



# Repository Digital Institucional "José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Jorge Arakaki

Significados de la enfermería: escuchando a los alumnos de la carrera. UNLa 2008-2010

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

**Director de Tesis**

Laura Recoder

El presente documento integra el Repository Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Arakaki, Jorge. (2011). Significados de la enfermería: escuchando a los alumnos de la carrera. UNLa 2008-2010 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: [http://www.repositoryjmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/029394\\_Arakaki.pdf](http://www.repositoryjmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/029394_Arakaki.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoryjmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoryjmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



www.unla.edu.ar  
www.repositoryjmr.unla.edu.ar  
repositoryjmr@unla.edu.ar



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**  
Departamento de Salud Comunitaria

*Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud*  
*7<sup>a</sup> cohorte (2004-2006)*

Tesis para la obtención del título de Magíster

Título: Significados de la Enfermería. Escuchando a los  
alumnos de la carrera. UNLa 2008-2010

Autor: Jorge Arakaki

Directora: María Laura Recoder

Fecha de entrega: 25 de noviembre

## ÍNDICE.

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>I) INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>II) ANTECEDENTES Y CONTEXTOS</b> .....	10
1) Definiciones de la Enfermería.....	10
2) Antecedentes de la Profesionalización de la Enfermería.....	12
2 a. La Enfermería moderna. Florence Nightingale.....	13
2 b. Antecedentes de la profesionalización de la Enfermería en la Argentina.....	16
3) Teoría de las Profesiones.....	24
3 a. Sociología de las profesiones.....	24
3 b. Profesionalización de las profesiones.....	26
3 c. Semiprofesiones.....	30
3 d. Formación de los enfermeros. Socialización y profesionalización.....	33
4) Contexto Social de los Alumnos de la Carrera de Enfermería de la UNLA.....	36
4 a. Características Sociales, Demográficas y Relacionadas con la Salud de los Alumnos de la Carrera de Enfermería de la UNLa.....	36
4 b. Calidad de vida, concepciones de salud y algunas condiciones relacionadas con las necesidades de salud.....	37
4 c. Características sociodemográficas y de los servicios de salud del municipio de Lanús.....	39
<b>III) MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	41
1) Etapa Exploratoria.....	41
2) Trabajo de Campo.....	42
3) Procesamiento y Análisis de los Datos.....	47
3 a. Primer procesamiento.....	47
3 b. Segundo procesamiento:.....	47
3 c. Descripción, análisis e interpretación de los datos. Discusión.....	49
4) Devolución de Resultados.....	51
<b>IV) SIGNIFICACIONES DE LA ENFERMERÍA</b> .....	52
<b>PRESENTACIÓN y ANÁLISIS de los RESULTADOS de las ENTREVISTAS</b> .....	52
1) Por qué Estudiar Enfermería.....	52
1 a. La influencia familiar y otras influencias.....	52
1 b. La vocación y los factores económicos.....	61
1 c. Discusión. La vocación. Las razones económicas. Otras razones.....	72
2) Qué es la Enfermería.....	78
2 a. Qué es la Enfermería.....	79
2 b. Trabajo de mujeres.....	84
2 c. Una ocupación escatológica.....	90
2 d. La Enfermería vista por los “otros”.....	91
2 e. Enfermeras de antes y de ahora.....	94

<b>2 f. El enfermero y el médico.....</b>	97
<b>2 g. Discusión: Perspectivas, antes y después. Los enfermeros y los otros. La cuestión del género. Tensiones de la enfermería.....</b>	103
<b>3) La Enfermería como Profesión.....</b>	107
<b>3 a. El conocimiento y la formación.....</b>	108
<b>3 b. El reconocimiento del enfermero como profesional.....</b>	112
<b>3 c. El monopolio del ejercicio, la jurisdicción.....</b>	115
<b>3 d. Las agrupaciones profesionales.....</b>	119
<b>3 e. Ética de la enfermería.....</b>	120
<b>3 f. La profesionalización y la actitud profesional.....</b>	124
<b>3 g. Discusión. ¿Ciencias biomédicas o sociales? ¿Saber hacer o saber teórico? La letra de la Ley y la realidad social. ¿Monopolio o libre ejercicio? La participación en las organizaciones de enfermería. De la ética de la sociedad y del estudiante a la del enfermero. Ética de la mujer y del hombre.....</b>	125
<b>4) Trabajar en Enfermería.....</b>	132
<b>4 a. Dónde trabajar.....</b>	132
<b>4 b. La política y la enfermería.....</b>	136
<b>4 c. La salida laboral.....</b>	138
<b>4 d. Discusión. Dónde trabajar. La política y los méritos. Trabajar, trabajar mucho, trabajar demasiado. Significados de la subjetividad y de la objetividad. Salud Comunitaria, Salud Colectiva y Enfermería.....</b>	142
<b>V) CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	149
<b>1) Significados .....</b>	149
<b>1 a. Polisemia de la enfermería.....</b>	149
<b>1 b. Polisemia del enfermero.....</b>	150
<b>1 c. Apuntes autorreferenciales.....</b>	151
<b>2) Concepciones de la Enfermería. (Un poco más allá de los Significados).....</b>	153
<b>2 a. Motivos para elegir la carrera.....</b>	153
<b>2 b. Articulaciones de la vocación y el beneficio económico.....</b>	154
<b>2 c. Tipos de concepción.....</b>	155
<b>2 d. Características de las concepciones.....</b>	159
<b>2 e. Últimos comentarios.....</b>	162
<b>VI) BIBLIOGRAFÍA .....</b>	163
<b>VII) ANEXOS.....</b>	170

## RESUMEN

La formación de enfermeros se inscribe en el marco de la escasez de profesionales de esa rama. La formación profesional implica, además de la adquisición de conocimientos y habilidades propias de la actividad, la constitución de una actitud a la cual se ligan, estrechamente, las significaciones de la enfermería.

Este trabajo está dirigido a investigar los significados de la Enfermería, más allá de las definiciones legales e institucionales. Los relacionados con las motivaciones, los afectos, los valores, los intereses y las expectativas personales.

Se trata de una investigación cualitativa que se llevó a cabo en la Universidad Nacional de Lanús entre 2008 y 2010, en base a entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales, realizadas con un total de treinta y seis alumnos de Enfermería, de la licenciatura, del ciclo de complementación curricular y del curso de admisión.

Se efectuó un análisis del contenido del material grabado y trascrito y se seleccionaron las significaciones más importantes, las cuales son presentadas y discutidas en relación a los temas: a) Por qué estudiar enfermería, b) Qué es la enfermería, c) La enfermería como profesión y d) Trabajar en enfermería. Las fórmulas señaladas por los alumnos para definir la enfermería (desde su perspectiva o desde la de otros) fueron múltiples y dispares, desde la de “profesión más humanística” a la de “un trabajo que consiste en cambiar chatas y limpiar culos” y las que refieren al enfermero, desde la de “profesional que puede fundamentar científicamente lo que hace” a la de “asistente del médico”.

Las significaciones fueron organizadas en modelos que representan diferentes formas de entender la enfermería, relacionados por lo tanto, al sentido de las prácticas. Denominamos a estos modelos “concepciones”, de ellas identificamos cinco tipos: la vocacional, la profesional al modo médico, la profesional al modo enfermero, la utilitaria y la comunitaria o “de la salud colectiva”. Las interrogantes y conclusiones del trabajo se proponen como puntos de partida útiles para que autoridades, docentes y alumnos de la UNLa profundicen el debate sobre el papel de la Enfermería, no solo respecto a sus procesos de trabajo sino también a la discusión y la gestión de las políticas de salud.

**Palabras Clave:** enfermería, profesionalización de enfermería, educación en enfermería, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

## ABSTRACT

The training of nurses is characterized by the shortage of professionals in the activity. Professional training involves not only acquiring knowledge and skills of nursery but also the formation of an attitude which is linked closely to the very significance of nursing.

This work aims to investigate the significances of nursing beyond the legal and institutional definitions, especially those related to the motivations, emotions, values, interests and personal expectations.

This is a qualitative research that took place at the National University of Lanús (UNLa) between 2008 and 2010. It is based on semi-structured individual and collective interviews, carried out with thirty-six undergraduate nursing students.

We performed a content analysis of recorded and transcribed interviews, selecting the most important meanings which are presented and discussed in relation to the following issues: a) Why nursing studying, b) What nursing is, c) Nursing as a profession d) Working in nursing.

Definitions given by students to define nursing (from their own view or others') were many and varied from "the most humanistic profession" to "a work consisting of changing bedpans and cleaning butts". Referring to the nurse, definitions varied from the "professional who can scientifically abscond what he does" to "the physician's assistant."

Significances were organized into models that represent different ways of understanding nursing, hence related to the meaning of the practice. We define these models as "conceptions" and we identified five types of them: vocational, professional "the medical way", professional "the nurse way", utilitarian, and communal or related to "collective health". The questions and conclusions of the study are proposed as starting points for authorities, teachers and students of the UNLa to deepen the debate on the role of nursing about not only their work processes but also health policies discussion and implementation.

**Key Words:** nursing, professionalization, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

## I) INTRODUCCIÓN.

La idea de realizar esta investigación nació a partir de algunas inquietudes surgidas en la práctica de la docencia en una de las asignaturas del primer ciclo de la Licenciatura en Enfermería, “Gestión de las organizaciones de salud”, es decir, que se enmarca en el amplio tema de la formación de enfermeros en la Universidad Nacional de Lanús (1).

La enfermería, si bien es muy antigua como actividad, no lo es tanto como profesión. Es común, y de justicia, referenciar el surgimiento de la enfermería profesional a la labor y la influencia de Florence Nightingale, en la segunda mitad del siglo XIX (2, 3, 4). En nuestro país aunque ya se han cumplido casi veinte años desde que la Ley 24 004 (5), estableciera el nivel profesional de ejercicio de la enfermería, todavía, muchas personas, dentro y fuera de las organizaciones de salud, aún no la reconocen como una profesión. Por diferentes razones, y a pesar de que la Ley lo determine, la enfermería no se ha establecido plenamente como una profesión. Fenómeno que no es exclusivo de nuestro país, y que ha dado lugar a que algunos autores, como Amitai Etzioni, hayan considerado a la enfermería, junto con la docencia y el trabajo social como semiprofesiones (6, 7). Y desde el punto de vista del desarrollo de la enfermería en nuestro país, podría decirse que aun no ha madurado lo suficiente, no solo en lo que se refiere a la consideración social y de otros profesionales, sino también a la producción de conocimiento y a la inserción en niveles de decisión en las políticas de salud (3, 8, 9).

Por otra parte, el colectivo enfermero aun presenta un predominio franco de personal no profesionalizado. El Ministerio de Salud de la Nación, en los fundamentos esgrimidos al presentar en el Congreso el proyecto del Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (10), señalaba que en junio de 2008, del total del personal de enfermería trabajando en el sector público (65.806 en todo el país) solo el 37 % correspondía a enfermeros con categoría profesional, lo magro de la proporción indica la necesidad de intensificar el proceso de profesionalización en esta área. A la escasez de profesionales debe agregarse, además, el agravante de que debido a la forma en que están distribuidos, en algunas provincias no alcancen al 10 % (10).

Las condiciones en que se halla la enfermería, instala a los estudiantes en medio de dos procesos simultáneos de profesionalización, el propio de cada uno para llegar a ser un enfermero y el que atraviesa la misma enfermería para llegar a ser una profesión bien establecida (3, 10). En este doble tránsito, los estudiantes aplican a los dos sentidos que el diccionario de la Real Academia Española (11) reconoce al término profesionalizar, el de

actividad que adquiere el carácter de profesión y, el del individuo que se convierte en profesional.

En su proyecto institucional, la dirección de la carrera de enfermería de la UNLa complementa el objetivo específico de la formación de enfermeros con el propósito de “*contribuir al proceso progresivo de profesionalización de la enfermería*” (1), reconociendo así que la profesión todavía no se ha consolidado en nuestro país.

En medio de esta indefinición: ¿cómo perciben los alumnos a la enfermería?, ¿como una profesión?, ¿qué nociones se han formado sobre la enfermería y sobre los enfermeros?, ¿qué significa, para ellos, la enfermería?, ¿cómo se imaginan trabajando? Estas preguntas que esta investigación busca responder, no surgieron como una reflexión teórica o una curiosidad espontánea sino que se originaron a partir del intercambio con los alumnos en el ejercicio de la labor docente, especialmente al repasar conceptos sobre la profesión en el análisis de las diferencias entre la gestión en la burocracia descripta por Max Weber (6, 12, 13) y la gestión de las organizaciones de salud (14, 15, 16).

¿Por qué investigar a los alumnos y no a los enfermeros que ya están trabajando? ¿Por qué no investigar el sentido de las prácticas, en lugar de la significación de los términos?

Mario Testa dice, refiriéndose a la enseñanza de la medicina: “*En nuestros países, la determinación de la enseñanza por la práctica es una determinación fuerte, lo cual quiere decir que es difícil de superar a partir de la modificación de las formas de enseñar; requeriría la modificación prioritaria de la práctica que la determina.*” (17 p.62) O sea, para cambiar, antes de modificar la enseñanza habría que modificar las prácticas de la profesión. Es un pensamiento extraño, que evoca una causalidad excesivamente lineal, para alguien que insiste en que hay que pensar dialéctica y estratégicamente. Rápidamente, Testa desvela la intención provocativa cuando dice del párrafo anterior: “*Es una afirmación fuera de contexto porque desconoce el hecho de que lo que tiene valor en nuestras circunstancias es el mismo intento de realizar cambios en ámbitos significativos de la vida social, aunque sea difícil alcanzar todos los propósitos que motivaron la acción.*” (17 p.62) Aunque el tema al que se refería fueran las prácticas y la enseñanza médica, la reflexión vale también para la enfermería, que también es una profesión y, sobre todo, teniendo en cuenta que se encuentra en un proceso de construirse y legitimarse como profesión.

En el campo de la salud intervienen muchos actores y múltiples variables y aunque, a grandes rasgos pudiera parecer que los poderes y las estructuras que operan en el sector son incombustibles, cualquier acción que genere algún cambio podría colaborar a producir los efectos buscados sobre todo el sistema. En ese mismo sentido, Gastão Campos afirma que es

muy difícil pensar que se pueda disminuir la hegemonía de las clases y los grupos más poderosos “sin movimientos multicéntricos de millones de personas que cuestionen sistemáticamente los micropoderes que sustentan el esquema dominante. En instituciones del campo económico, de la administración pública, de la enseñanza, de la salud, de representación política y, asimismo, religiosas, en todos estos sitios habría que instituir movimientos de contrahegemonía.” (14 p. 27) (El subrayado es agregado) Cambiar las prácticas, las formas de gestión, las políticas de salud, erosionar y conmover el Modelo Médico Hegemónico (14, 18, 19) requiere esfuerzos, la investigación entre ellos, en los espacios en que cada uno trabaja, y los lugares de enseñanza no son, un escenario de importancia menor.

Desde un espacio ideológico diferente, Henry Mintzberg afirma: “Un cambio en la burocracia profesional no proviene de nuevos administradores que se hacen cargo para anunciar reformas importantes, ni de los intentos de las tecnoestructuras gubernamentales de hacer caer a los profesionales bajo su control. Más bien, se filtra por el lento proceso de cambiar a los profesionales –cambiando a quienes pueden entrar a la profesión, lo que aprenden en sus escuelas profesionales (las normas tanto como las destrezas y conocimientos).” (15 p.254)

Luego, vale la pena intentar el cambio en la formación y, en vista a ese objetivo, vale la pena conocer un poco más a los alumnos, que son los “sujetos” (sujetos del aprendizaje, con su racionalidad y subjetividad y objetos de él, en el sentido de que hacia ellos está dirigida la enseñanza) del trabajo docente.

Dice Jean Piaget en “Psicología y pedagogía” (20) que, a pesar de las críticas que merece Jean J. Rousseau por varias de sus propuestas pedagógicas, hay una entre ellas que alcanzaría para rescatarlo. Se trata de una exhortación que hace a los educadores y que dice: “Empezad por estudiar a vuestros alumnos, porque seguramente no les conocéis lo suficiente.” (20 p.179). Y si bien, Piaget la interpretaba poniéndola en relación a los estadios de desarrollo del niño, también podría ser entendida, en una forma más general, como la necesidad de que el docente conozca y comprenda cómo y qué piensan sus alumnos. Muchos educadores reconocieron la importancia de la cuestión, en el mismo sentido apunta David Ausubel al decir “Si tuviera que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, diría lo siguiente: el factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averíguese esto y enséñese en consecuencia” (citado en Novak, Gowin (21 p.60))

Estas recomendaciones coinciden con el objetivo de este trabajo, no desde el punto de vista de evaluar saberes o conocimientos específicos de la práctica enfermera, sino de investigar y comprender otro tipo de significados, los relacionados con las percepciones, los

valores, las creencias, los afectos y expectativas que tienen los alumnos sobre la enfermería y las diferentes asociaciones que entre estos se tejen.

Llegar a comprender y a compartir los significados con los alumnos es un objetivo y un condicionamiento de los procesos educativos, Novak y Gowin son taxativos al respecto: “*La misma posibilidad de que exista valor educativo, al igual que la posibilidad de la propia educación, se basa en el hecho de que se puedan compartir los significados.*” (21 p.136) Es un objetivo, en la medida en que es algo que se busca alcanzar; pero también es un condicionamiento, porque compartir previamente algunos significados, es necesario para las posibilidades de comprender y adquirir nuevos significados.

La profesionalización, tanto desde el punto de vista individual, como proceso de constitución personal como enfermero profesional y la construcción social de la enfermería como una profesión, implican cambios individuales y sociales, a los que la Universidad busca aportar, pero éstas no son las únicas expectativas, explícitamente, la UNLa aspira a que el profesional de Enfermería se constituya como “*un miembro del equipo de salud de alto valor transformador de las actuales prácticas en salud.*” Es decir que hay la intención de un cambio más amplio y significativo, que ratifica al decir: “*El propósito es establecer nuevos paradigmas de intervención profesional que contribuyan a ofertar una atención en salud integral con fuerte participación de la población, a través de un compromiso ético-social con participación interdisciplinaria.*” (1)

En la realización de esta investigación convergen diferentes motivaciones, como docente en la carrera de enfermería, como trabajador de la salud y particularmente, en función de cumplir con los requisitos formales para la graduación en la Maestría, que es uno de los objetivos del trabajo. Fundamentados en la pertenencia a la Maestría de Epidemiología Gestión y Políticas de Salud de la UNLa, y para enfatizar la importancia y la pertinencia de estudiar los significados, recurriremos a una frase del profesor Mario Testa, quien afirmaba en una de sus clases que “*uno de los objetivos explícitos de la Maestría es aclarar los significados de los términos.*” (Apunte personal)

Para ser congruentes con este objetivo, comenzaremos por aclarar qué significa “escuchando a los alumnos de la carrera”. Esta frase del título pretende señalar que los “significados de la Enfermería” a los que se hace referencia surgen, precisamente, de escuchar a los alumnos entrevistados; y también debe entenderse como una forma de reconocer que los alumnos son, más allá de objetos de estudio para esta investigación o de objeto de trabajo para la docencia, personas, protagonistas principales del proceso de formación, sujetos del habla que merecen ser escuchados. Es decir que conocer los significados y las razones que la

enfermería tiene para los alumnos no debería interpretarse como una simple estrategia o recurso pedagógico para hacer más eficaz la enseñanza, sino como una forma de reconocer su derecho al uso de la palabra. Finalmente, desde el punto de vista instrumental se apunta a señalar que tanto la recolección de datos e información durante la entrevista como los resultados de su análisis dependen, en gran medida, de la calidad del aspecto receptivo de la comunicación o sea, la escucha, la reescucha y la reflexión sobre lo dicho por los alumnos en las entrevistas.

## II) ANTECEDENTES Y CONTEXTOS

### 1) Definiciones de la Enfermería.

El diccionario de la Real Academia Española define a la enfermería como la “*profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas.*” (11). En su uso original, la palabra refería al lugar reservado como estancia para los débiles y los enfermos, significación que aún conserva y se aplica. El término procede del latín, *infirmitas*, que se traduce como debilidad del cuerpo, complejión débil, enfermedad, o como sexo débil, comprendiendo como tal a mujeres y a niños (11).

La definición del término derivado, **enfermero**, “*persona dedicada a la asistencia de los enfermos*”, también de la RAE (11) presenta dos diferencias en relación a la anterior. La primera es que incluye a todos los “dedicados a”, sin requerimiento de profesión o titulación, y la segunda, es que especifica que la dedicación es para asistir a los enfermos; o sea es más amplia en cuanto a quiénes realizan la actividad pero más restringida en cuanto a quiénes se asiste. La referencia a la enfermedad es ineludible al momento de pensar el significado de los términos enfermería y enfermero<sup>1</sup>. Pero al asociarla, no con la significación original de *infirmitas*, sino con la actual de morbo o patología, automáticamente restringimos su campo de acción al cuidado de los enfermos. El sustantivo *nurse*, en inglés, enfermero/a, ama o niñera (11), que proviene del latín *nutrix*, que significa “nadriza”, la que produce, cría o alimenta (11); es un término que conserva la connotación de género que acompaña a la función nutricia.

En 1979, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa publicaba el “Documento básico sobre enfermería” en el que declaraba:

*La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto*

<sup>1</sup> Decidir la utilización del masculino “enfermero” o del femenino “enfermera” no es una cuestión baladí, tratándose de la enfermería. Utilizaremos como genérico el masculino “enfermero”, a pesar de que lo habitual sea utilizar el femenino, porque no pensamos que se trate de una profesión femenina, en el sentido de “para mujeres”, aunque en el colectivo enfermero, las mujeres sean mayoría. En varios puntos del desarrollo del trabajo se discutirá el tema del género.

*significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. (11) (Mayúsculas en el original)*

Planteando, de esta manera, que los cuidados de enfermería se extienden en un espectro que abarca desde los cuidados más elementales, naturales e instintivos hasta los científicamente más elaborados y sofisticados. Establece un campo de acción que no restringe la intervención a situaciones de enfermedad, ni a aspectos particulares, ni a individuos. Según el Consejo Internacional de Enfermeras <sup>2</sup>

*La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (22)*

El Consejo Internacional de Enfermeras (22) es una federación de asociaciones nacionales de enfermeras, que reúne representantes de 128 países. Fundada en 1899, es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de la salud.

La definición legal de la enfermería en nuestro país, se rige por la Ley 24.004 del año 1991, que reconoce dos niveles de ejercicio:

- a) *Profesional: Consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;...*
- b) *Auxiliar: Consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión. (5)*

El requisito para el ejercicio de la enfermería profesional es tener el título habilitante correspondiente otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas; o por centros

---

<sup>2</sup> La CIE utiliza en su denominación el femenino “enfermeras”.

de formación de nivel terciario nacional, provincial o privadas, reconocidas. Y para ejercer como auxiliar de enfermería exige la certificación de estudios correspondiente otorgada por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas.

La Ley 24.004 establece que en su nivel profesional, la Enfermería es una ocupación libre y autónoma; extiende el alcance de sus funciones a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, a la docencia, la investigación, al asesoramiento en temas de su incumbencia y a la administración de servicios de salud y define como ámbitos de ejercicio a los domicilios de las personas, a gabinetes y locales, instituciones o establecimientos de salud de la esfera pública o privada (5).

En la concepción de la enfermería, sea como ocupación en general o como profesión en particular, el concepto de cuidado es central. Cuidar es lo que los enfermeros hacen, lo que pueden, deben y saben hacer. El término cuidar que proviene del latín *cogitare*, se traduce como pensar, reflexionar, meditar, significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de lo que se hace. Asistir, guardar o conservar. Discurrir, pensar. Velar por la propia salud, darse buena vida. Vivir con advertencia respecto de las amenazas (11). Esencialmente, para la enfermería, vendría a significar: asistir y velar por la conservación de la salud y la vida con diligencia, atención y solicitud; y advertir respecto de las amenazas.

Desde la perspectiva enfermera, el cuidado está ligado a la naturaleza misma del ser humano, como especie y como individuo. AR Jofre dice:

*Cuidar es el proceso social que forma parte de la propia experiencia, ayuda a la supervivencia y hace posible la existencia, los cuidados son transmitidos y prodigados por las manos, por el tacto, y el contacto cuerpo a cuerpo. (23 p.19)*

El cuidado supone asistir a quien lo necesita. Asistir es un término que tiene su origen en el vocablo latino *assisto*, que significa “estar o ponerse cerca de”. Este “estar cerca” nos remite a los momentos históricos en los que, guiados por la caridad cristiana, hombres y mujeres se dedicaban a acompañar espiritualmente a los necesitados. Asistir significa según el diccionario de la RAE (11): atender a alguien, servir interinamente, socorrer, favorecer, ayudar, estar o hallarse presente y, más específicamente, cuidar enfermos y procurar su curación.

No abundaremos en otras definiciones en este punto, otros significados de la enfermería se profundizarán y discutirán a lo largo del desarrollo de este trabajo.

## 2) Antecedentes de la Profesionalización de la Enfermería.

## 2 a. La Enfermería moderna. Florence Nightingale.

La figura de Florence Nightingale (1820-1910) marcó con su impronta, el nuevo carácter que la enfermería fue adquiriendo en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX, carácter que se fue extendiendo a partir de las escuelas profesionales que creó y de las que se fueron fundando después tomando como modelo (2, 4). Pensamos que es de particular interés incursionar en su historia, ya que más allá del halo mítico que la rodea, en ella pueden identificarse con bastante precisión varios de los rasgos que caracterizan a la enfermería moderna: la vocación de servicio, la formación específica, la demarcación de un campo laboral bien definido, la formación por pares, la relación subordinada, aunque no sumisa, a la medicina, la valoración del entorno y la posición ética.

La influencia religiosa tradicional en la historia de la enfermería de Occidente, también fue decisiva en su caso. Nacida en el seno de una familia inglesa de buena posición económica, protestante devota, seguidora de la doctrina unitaria, una rama disidente de la Iglesia anglicana (2), Nightingale tempranamente se sintió llamada por la enfermería. Apuntaba ella, en su cuaderno privado: *“Dios me ha hablado y me ha llamado a este servicio.”* (4 p.69) En 1851, firme en su determinación de acudir a aquel llamado, y venciendo la oposición familiar, viajó a Alemania para estudiar en la prestigiosa escuela de las diaconisas de *Kaiserswerth*, a la que había conocido en un viaje realizado con anterioridad. Terminados sus estudios, continuó su formación visitando diferentes hospitales de Gran Bretaña y del continente europeo.

Su primera experiencia de trabajo fue en la dirección de un sanatorio para mujeres de la alta sociedad de Londres. Pero fue la guerra de Crimea la que le daría la oportunidad de servir y de aplicar lo aprendido tal como ella deseaba. Las noticias que llegaban del frente habían producido gran preocupación en el público y en las autoridades inglesas, no solo por lo que ocurría en los enfrentamientos sino también por el estado en que se encontraban los heridos y enfermos en los centros sanitarios. Ante esta situación, el Secretario de Estado inglés, que por ser allegado de la familia conocía bien a Florence, le propuso colaborar en la organización del cuidado de los heridos y los enfermos de Crimea. Ella aceptó la propuesta y acompañada de doce enfermeras partió para Escutari donde se había establecido el hospital británico. En el lugar, inmediatamente pudo percibir las pésimas condiciones en que se encontraban el lugar y los internados. Para evitar enfrentamientos con los médicos, Nightingale recomendó a sus enfermeras que respetaran y cumplieran con sus indicaciones, pero reivindicó con firmeza preservar el ámbito del entorno y su administración, y el cuidado de los pacientes como competencia de la enfermería. Ella declaraba explícitamente, su convicción de que las

funciones y el conocimiento enfermero eran intrínsecamente diferentes a los de la medicina. Superando las dificultades, en poco tiempo lograron instalar una lavandería, obtener ropa para los enfermos, mejorar la calidad de las comidas y del mantenimiento de las salas. Sus logros no estuvieron exentos de conflictos, tanto con las autoridades militares como con los responsables de la logística (2).

Es conocido que Nightingale se valió del diagrama de áreas polares para representar dramáticamente la proporción de muertes por enfermedades y por heridas sufridas en combate y dar un sustento estadístico impactante a sus propuestas y solicitudes. Al ordenar las muertes por sus causas, las debidas a heridas recibidas en combate figuraban en sexto lugar, en un listado en que las primeras eran el tifus, el cólera y la disentería. Aunque su temperamento estaba orientado fundamentalmente a la acción, nunca dejó de preocuparse por el conocimiento. Ella adhirió a la teoría de los miasmas, la cual sostenía que las enfermedades eran producidas por los malos olores, hipótesis que venía a explicar por qué entre los trabajadores que vivían en condiciones poco higiénicas y en las prisiones y hospitales se daban las mayores tasas de mortalidad (2, 4). Y aunque la microbiología se haya ocupado de descartarla, resulta interesante comprobar que teorías equivocadas pueden no ser incompatibles con acciones eficaces.

Si bien sin la pretensión de formular una teoría, Nightingale puso el foco sobre lo que denominaba el “entorno” que articulaba los objetivos y las acciones que correspondían a los cuidados de enfermería. El entorno incluía, entre otros aspectos, la temperatura, la ventilación y la iluminación de los lugares de internación, la higiene y la dieta de los pacientes, etc. A diferencia de la medicina, que siempre se cuidó de proteger su conocimiento específico del acceso de profanos; la enfermería, por compartir gran parte del cuidado con los familiares, no preserva sus saberes como un área de conocimiento esotérico. De hecho, ella pensaba que todas las mujeres, en algún momento de su vida, debían enfrentarse al trance de tener que velar por la salud de alguien, es decir de *ser enfermeras* (4).

Durante la guerra de Crimea, entusiastas seguidores de Nightingale crearon un Fondo para recaudar dinero con el objetivo de crear una escuela de formación de enfermeras. Con las contribuciones recibidas, ella fundó una institución para la enseñanza de la enfermería que comenzó a funcionar en el Saint Thomas Hospital, al tiempo se fueron instalando otras escuelas en otros tantos hospitales. Para aquellos años la cuestión de impartir enseñanza laica o religiosa no era un asunto menor. Y, a pesar de su devoción religiosa, optó por la enseñanza laica, persuadida por las discusiones surgidas a partir de que se conociera que algunas de las enfermeras religiosas que la acompañaron a Crimea habían intentado convertir a pacientes moribundos (2).

Los comienzos no fueron fáciles, no todos los médicos estaban de acuerdo, y muchos estaban en franca oposición al proyecto de formar enfermeras. Un cirujano del St. Thomas declaró públicamente que “*una enfermera no necesitaba más formación que una criada*” (2 p.7) Por otra parte no se contaba con docentes en número y calidad suficiente y ella misma no se consideraba una persona hábil para la enseñanza. Poco a poco estas escuelas se fueron afianzando, en un proceso al que ella no fue ajena, por sus propias iniciativas y en base a la gran popularidad que la rodeaba. Al principio la instrucción estuvo a cargo de las enfermeras jefes, las monjas y los médicos, pero con el tiempo Nightingale concluyó que lo más conveniente era que la formación de enfermeros estuviera a cargo de enfermeros y recomendaba que tuvieran amplia experiencia en el trabajo que debían realizar. En 1882 en “Formación de las enfermeras”, un artículo escrito para el *Quain's dictionnaire of medicine*, establecía como requisito básico de la enseñanza ideal, contar con “monjas residentes”, encargadas de supervisar y reforzar el aprendizaje en las salas y de seguir el desarrollo moral de las alumnas (2).

En 1887, cuando Nightingale se retiraba de la dirección, 42 hospitales tenían jefas de enfermería formadas en sus escuelas, y el número de egresadas superaba las quinientas. Las enfermeras formadas en estas escuelas, a su vez, fueron creando sus propias escuelas fuera de las fronteras, en Australia, Canadá, India, Finlandia, Suecia, Estados Unidos. Esta expansión contribuyó a fomentar y a cimentar la reputación de Florence Nightingale como una figura fundacional de la enfermería moderna. Ella fue una celebridad en vida, su labor en Crimea fue reconocida y recompensada por la Reina Victoria, y en virtud de la calidad de sus estudios estadísticos sobre la mortalidad en Crimea la *Royal Statistical Society* la incorporó como miembro, siendo la primera mujer en obtener esta distinción. Los soldados que la habían conocido en Escutari la elevaron a una dimensión heroica. Su historia y su fama contribuyeron a mejorar la desvalorizada imagen que de las enfermeras circulaba en aquella época. Hay quienes achacan la subordinación de la enfermería a la medicina al modelo de Nightingale (24), probablemente por desconocer las circunstancias o no reconocer las dificultades con las que debió lidiar en su época.

Nightingale tenía sus reservas sobre la profesionalización formal de la enfermería, ya que pensaba, no sin razón, que se constituiría en una especie de meta final, de objetivo cumplido, que conspiraría contra la búsqueda de superación permanente e inacabada que debía animar a las enfermeras. Argumentaba que la profesionalización llevaría a producir este efecto de la misma forma que había observado que lo había hecho con los médicos (4).

## 2 b. Antecedentes de la profesionalización de la Enfermería en la Argentina.

En este punto se reseñarán muy brevemente algunos de los hechos más sobresalientes de la historia de la enfermería en nuestro país, es de lamentar que los estudios hallados sobre el tema sean escasos.

A fines del siglo XIX y a principios del siglo XX, la enfermería estaba, casi exclusivamente a cargo de empíricas formadas en la práctica y el trabajo. Se trataba de personas del más bajo nivel económico y social, en muchos casos, mujeres que habían sido descartadas del servicio doméstico en las casas particulares. Estas trabajadoras eran, a la vez, enfermeras, cocineras, mucamas y peones; que cumplían sus tareas en las peores condiciones, sin horarios establecidos para la alimentación o el descanso (25). Es decir que la enfermería, no solo no era reconocida como una profesión sino que ni siquiera era considerada como una ocupación específica o calificada.

Cecilia Grierson (1859-1934), la primera mujer graduada como médica en nuestro país, para paliar la nula o escasa formación de las enfermeras, creó en el ámbito del Círculo Médico Argentino, la primera escuela de enfermeras, siguiendo el modelo de los institutos ingleses. Esta escuela, primera en su género, de carácter público, laico y gratuito, comenzó a funcionar en 1889 y fue inaugurada oficialmente en 1891 (26). Grierson se destacó también como una activa militante del movimiento feminista; en el año 1900 fundó el Consejo Argentino de Mujeres y en 1910 fue elegida para presidir el Primer Congreso Femenino Internacional, realizado en Buenos Aires. La Escuela de Enfermería fue un instrumento que sirvió no solo para mejorar la calidad de la práctica enfermera sino que también colaboró a la emancipación femenina.

En 1890 se creó la Escuela de Nurses del Hospital Británico y en 1920 la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Argentina, filial de la Cruz Roja Internacional ambas en la ciudad de Buenos Aires. El Dr. Ángel Roffo fundó en 1924 la Escuela de Nurses del Instituto de Medicina Experimental, institución dedicada a la investigación y la atención de enfermos con enfermedades cancerosas. Reproduciremos aquí un fragmento del discurso pronunciado por él, por considerarlo una muestra bastante representativa de la visión que en aquella época se tenía de las enfermeras:

*"Cuando en el año 1923 inicié en el Instituto de Medicina Experimental la función médica y social, y se abrieron las puertas de esta casa de ciencia y dolor para recibir en su seno a los enfermos cancerosos, enfermos física y moralmente torturados por su terrible mal, se presentó como un imperativo a resolver, la*

*necesidad de proveer para la mejor función central, a la formación de un personal adecuado de enfermeras que estuvieran a la altura de la responsabilidad de esta tarea. Desde entonces, desde el comienzo de la asistencia médica establecí una organización básica para reunir a mujeres que reunieran la condición de tales, vale decir a la femineidad, una vocación innata y un espíritu de dignidad en la profesión a que habían de dedicar sus actividades [...]*

*Una enfermera, tal como la concebí entonces, debía de llenar no solo la función complementaria del médico ante el enfermo, sino que debía ser una verdadera colaboradora [...]*

*Una función semejante solo podían llenarla quienes poseyeran una esmerada preparación moral, y muy especialmente una preparación técnica, a fin de poder secundar con eficacia y ejecutar las prescripciones médicas.” (27)*

El Dr. Roffo enumeraba en su discurso, las condiciones que a su criterio se requerían para esta actividad, femineidad, vocación innata, un espíritu de dignidad profesional, preparación técnica, conciencia y responsabilidad. Y definía a la enfermera como una colaboradora del médico. Puede observarse en el cariz del discurso que, aun cuando hablaba del espíritu de dignidad profesional de las enfermeras, el Dr. Roffo estaba hablando de lo que Etzioni (7) denominaría “semiprofesiones”, que como vimos, se caracterizan, además de no haber desarrollado en plenitud las condiciones de las profesiones, por ser desempeñadas mayoritariamente por mujeres y por tener una relación de subordinación con alguna profesión, más típicamente masculina.

En el año 1948, desde el Ministerio de Salud de la Nación, el Dr. Ramón Carrillo ponía en funcionamiento la Escuela de Enfermería de Salud Pública (28). Al año siguiente, en el número inaugural de la revista Enfermería, escribía el Ministro:

*De la otrora cuidadora de enfermos que desempeñaba, además, las más rudimentarias y hasta serviles tareas, que era la enfermera primitiva, llegamos al momento actual en que la multiplicidad de especialidades la han transformado en el más eficaz colaborador del médico. (28)*

Habían pasado veinticuatro años desde el discurso del Dr. Roffo, y el Dr. Carrillo aunque destacaba el nivel científico alcanzado por las enfermeras, insistía en el rol de las enfermeras como colaboradoras de los médicos. Pero, hay una diferencia muy importante que

consideramos conveniente destacar, mientras que el Dr. Roffo, había mencionado el antecedente de la buena voluntad y la piedad medieval de las enfermeras de Europa, el Dr. Carrillo hablaba de la enfermera de nuestro medio, de aquella trabajadora primitiva que además de cuidar a los enfermos debía realizar las tareas más humildes, revelando en esta referencia la índole política y social del emprendimiento encarado (28). En 1947, de acuerdo a registros del Ministerio de Salud Pública de la Nación, el número de enfermeras en el país era de 8.000, la mayor parte de ellas empíricas sin ningún tipo de preparación formal; y el ministro Carrillo aspiraba a alcanzar un plantel de 45.000 enfermeras en el término de cinco años (28).

En 1950, la Fundación Eva Perón creó su propia Escuela de Enfermería, la cual se mantuvo en funciones hasta 1955, año en que fue cerrada por el gobierno de facto del general, retirado, Eduardo Lonardi y el contralmirante Isaac Rojas. El único requisito para ingresar a la Escuela era tener entre 18 y 34 años, la Fundación también otorgaba subsidios económicos a las alumnas que no contaban con recursos suficientes (29). Si bien el gobierno peronista impulsó fuertemente la incorporación de las mujeres a la vida laboral, y también a la política al reconocer su derecho al sufragio, siempre sostuvo la idea de que el destino y la misión de la mujer estaban subordinados a su rol materno y condenó a todo lo que pudiera desviarla de su papel femenino (30). Otro punto de tensión del discurso oficial se producía, como vimos anteriormente, entre el énfasis puesto en la necesidad de profesionalizar la enfermería, y la persistente caracterización de la enfermera como la colaboradora o asistente del médico (30).

Entre 1952 y 1960 se abrieron cuatro escuelas de enfermería universitarias, en 1952 en la Universidad de Tucumán, en 1956 en la de Córdoba, en 1958 en la de Rosario y en 1960 en el Hospital de Clínicas “José de San Martín” de la ciudad de Buenos Aires. La incorporación de la enfermería al nivel universitario contribuyó a jerarquizar la disciplina (25).

En la reunión internacional de San Pablo, realizada en 1953 en Brasil, la Comisión Internacional de Enfermería aprobó el Código de Ética de enfermería que expresaba, entre otros conceptos:

*“La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.*

*La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.*

*La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.” (31)*

En este Código se remarcaba, todavía, la subordinación de la enfermera al médico. En 1965 diferentes representaciones provinciales y de la entonces Municipalidad de Buenos Aires se unieron para formar la Federación Argentina de Enfermería (32).

El gobierno de facto del teniente general Juan Carlos Onganía sancionó en 1967, el decreto ley 17.132 que trataba sobre el ejercicio de la medicina, la odontología, y las actividades de colaboración (33). No reconocía el status profesional de la enfermería y establecía importantes restricciones a su práctica, subordinada específicamente al profesional médico u odontólogo. En el año 1969, la Federación Argentina de Enfermería (32) era reconocida institucionalmente por el Consejo Internacional de Enfermeras (32).

Diferentes cuestiones conceptuales, legales y prácticas relacionadas con el ejercicio de la enfermería, se pusieron en debate a lo largo de la década de los '80. Pero no todos los enfermeros participaban de las discusiones, según A Habichayn (25) y nuestro informante clave (37) el reconocimiento del status profesional, no era un reclamo generalizado, por el contrario, algunas agrupaciones sindicales relacionadas con la enfermería se oponían a la ley y diseminaban el argumento atemorizante de que redundaría en la discriminación y el desplazamiento de los auxiliares que eran quienes sostenían realmente los servicios. Pese a las dificultades y al desinterés, algunos grupos de representantes de diferentes sectores, de docentes y de servicio, tanto de dependencia estatal como privada y de organizaciones profesionales y gremiales lograron ejercer la presión necesaria para que, finalmente, la ley alumbrara, algunos la denominaban “la ley de las licenciadas” (Ref. 37).

En septiembre de 1991, durante la primera presidencia de Carlos S. Menem, se sancionó la Ley Nacional 24.004, de Ejercicio de la Enfermería, que configura el marco legal del ejercicio de la enfermería profesional. La ley fue promulgada y publicada en el Boletín Oficial en octubre del mismo año (5). Esta ley establece como funciones de la enfermería a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de enfermedades; y la docencia, la investigación y el asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, realizadas ellas, en forma autónoma dentro de los límites de la competencia que derivan de los respectivos títulos habilitantes.

Define dos niveles para el ejercicio: el profesional, y el auxiliar. Corresponde a los profesionales de la enfermería ocupar puestos jerárquicos y ejercer funciones directivas, de asesoramiento, docencia e investigación, y también, presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para cubrir cargos de enfermería. De acuerdo a esta ley están habilitados para ejercer en el nivel profesional, únicamente aquellos que posean el título correspondiente otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas, reconocidas por la autoridad competente; o por centros de formación terciaria, que dependan de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas, debidamente reconocidos.

La ley establece la obligación de los profesionales o auxiliares de la enfermería, de mantener la idoneidad mediante la actualización permanente, y las responsabilidades derivadas de la capacitación recibida, y de acuerdo a lo que determine la reglamentación. La ley 24.004, derogó el capítulo IV, del título VII, que incluía los artículos 58 a 61 de la ley 17.132, sancionada en enero de 1967 por el gobierno de facto del teniente general Juan Carlos Onganía, ley que trataba, en general, sobre el ejercicio de la medicina y la odontología, y específicamente, en los artículos derogados, sobre el ejercicio de las que denominaba actividades de colaboración (33).

En función de la Ley 24.004, los Ministerios de Salud y Medio Ambiente y de Cultura y Educación de la Nación encararon, a partir de la Resolución N.C. 1027, de noviembre de 1993, la implementación del “Programa de profesionalización de auxiliares de enfermería” (PPAE), que apuntaba a brindar capacitación profesional del personal auxiliar de enfermería que contara con una experiencia mínima de 2 años en funciones operativas en instituciones de salud. El proceso contó con el asesoramiento y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (9).

El plan de estudios del PPAE se elaboró en base a los lineamientos curriculares de la Universidad Nacional de Rosario de la provincia de Santa Fe. Esta institución y la Escuela de Enfermería “Ramón Carrillo de Salta”, habían realizado su experiencia de profesionalización antes de que se lanzara el PPAE (9).

De acuerdo a la investigación realizada por Heredia y colaboradores para documentar la implementación del PPAE, publicada en 2002 con el auspicio de la OPS; en 12 de las 20 jurisdicciones que se integraron al programa alcanzaron un total de 1796 egresados, un magro 36 % de lo esperado, esto es, ajustando la meta inicial de 10.000 profesionales a 5.000, habida cuenta que se contabilizan los graduados de la mitad de las jurisdicciones. La evaluación del PPAE realizada en conjunto con los alumnos, mostraron conclusiones de interés:

Todos los grupos con los que se trabajó coincidieron en que el objeto del programa era “*el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidad realizado por enfermeras*” y que

se ponía de manifiesto “*el compromiso social de los profesionales con la salud de la población.*” (9 p.106) Se observó, entre otras cosas, que el proceso se había constituido como “*una usina generadora de cambios de enfermería y de desorganización y reorganización de los servicios de salud, no solo de enfermería.*” (9 p.181) Y, entre otros impactos positivos, los alumnos mencionaron: cambios en el lenguaje (más técnico) y en el modo de pensar, el planteo de nuevos problemas, tendencia a socializar los conocimientos adquiridos, sentimientos de seguridad personal y profesional, mayor autoestima y más gusto por el trabajo, y conciencia más clara de los deberes profesionales (9).

Un detalle llamativo, es que entre los conflictos observados a lo largo de la implementación del programa, se mencionan algunos surgidos entre auxiliares que ingresaron al programa y los que no, entre auxiliares y enfermeros profesionales, entre autoridades de los servicios y autoridades docentes, entre auxiliares y profesionales, pero no se mencionan específicamente conflictos entre enfermeros y médicos. Teniendo en cuenta que los médicos y enfermeros trabajan en el mismo campo, compartiendo el mismo espacio y el mismo objeto, creemos que sería esperable que las modificaciones en los procesos de trabajo surgidas como consecuencia de la profesionalización de las enfermeras produjera algún tipo de fricciones. Finalmente, en relación a las discordias surgidas entre los colegas de la enfermería, se mencionan situaciones competitivas y manifestaciones descalificadorias hacia las que no accedieron a un nivel de capacitación superior (9).

Elbio (informante clave), nos comenta que pese a las dificultades de instalar la Ley, es decir de “profesionalizar la enfermería”, se nota un cambio en las actitudes y en el perfil de los enfermeros; cada vez se ven más grupos debatiendo el rol profesional del enfermero, qué incumbencias tiene, qué significa desde lo legal; y por otra parte, agrega, la aparición de casos de juicios de mala praxis contra enfermeros, también ha contribuido a incrementar la inquietud y el interés por el tema (Ref. 37).

Según un estudio realizado en 1988 en conjunto entre la Dirección Nacional de Recursos Humanos, dependiente de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y los organismos OPS/OMS, el 65,3 % del personal de enfermería trabajaba en el subsector público. Algunos estudios de 1995 indican que ese porcentaje disminuyó, pero que mientras que el 82,3 % de los enfermeros trabaja en el subsistema público, el sector privado estaría ocupando en su personal a un 64,3 % de empíricos, incluyendo en este número a los estudiantes de enfermería (34).

En 1995 se fundó la Universidad Nacional de Lanús, en el partido de Remedios Escalada, del municipio de Lanús, en la provincia de Buenos Aires. Desde sus inicios, la carrera

de enfermería se ha posicionado como una de las ofertas de la Universidad con mayor demanda, al punto que los alumnos de enfermería representaban en 2005, de acuerdo al Censo de estudiantes realizado ese año, el 22,55% del total de alumnos.

La carrera de Enfermería está organizada en dos ciclos. El primero, con una duración estimada de tres años, carga 2304 horas, consta de 21 asignaturas y otorga a los egresados el título de técnico en enfermería, que los habilita para la práctica profesional. El 2do. Ciclo, de 696 horas, se desarrolla en un año; consta de seis asignaturas, otorga el título de licenciado en enfermería. La licenciatura tiene también otros requisitos que son: aprobar 3 niveles de inglés y 3 de informática de 70 horas cada uno y aprobar 1 trabajo de tesis o Práctica Profesional Final. Para tener una idea de lo que significa la carga horaria en la vida del estudiante, téngase en cuenta que, las 896 horas presenciales que corresponden al primer año, sin contar el tiempo de viajes, ni el dedicado al estudio, equivale a 112 jornadas laborales de 8 horas.

Las asignaturas de la carrera se distribuyen en tres áreas, de ciencias físicas y biológicas (336 horas), de estudios profesionales (1688 h.) y ciencias sociales y humanísticas (1326 h.) Totalizando 3350 horas. Para ingresar al 1er. Ciclo es necesario contar con un título de nivel medio o el polimodal completo y aprobar el Curso de Admisión. Para acceder al 2do. Ciclo es necesario haber completado el primero. A diferencia de muchos de los planes de estudio tradicionales, de marcada orientación biologista y asistencialista (34), la UNLa dedica una buena parte del plan a la formación en ciencias sociales y humanísticas, y a la promoción de la salud.

La carrera se organiza en torno a cinco categorías fundamentales, la promoción de la salud, la atención a la comunidad, integral y creciente, la gestión de las organizaciones de salud, el rol asignado y el rol asumido y la investigación en salud. Estas categorías constituyen los ejes curriculares que orientan el proceso de formación teórico y práctico.

La promoción de la salud se asume como una categoría de análisis socio-político y subjetivo, desde una posición crítica de los fundamentos derivados de los saberes de las ciencias de la salud y de las sociales. Con énfasis en una participación de la comunidad con poder de decisión en las acciones de salud.

Ante la demanda de atención con la consiguiente saturación del sistema y su consecuencia en la atención de la salud, propone la búsqueda de alternativas concretas que permitan garantizar la accesibilidad a los servicios, en forma igualitaria en tiempo y oportunidad de toda la población para alcanzar un mejor nivel de salud. La salud mental está incluida en la propuesta con el propósito de aportar al cuidado integral superando el dualismo mente-cuerpo.

La falta de diferenciación entre el rol asignado y el rol asumido, en relación con los modelos de prácticas, decadentes, dominantes y emergentes, desemboca en la ausencia de una función profesional alternativa que sustente la modificación de esas prácticas. La integración de los conocimientos teóricos y técnicos con la experiencia de las prácticas profesionales busca reposicionar el rol enfermero en el marco de una ética comprometida con la salud de toda la población. Por otra parte, se considera que el conocimiento de la gestión de las organizaciones es un elemento básico que intermedia entre los procesos de trabajo de la enfermería y las necesidades de atención de la población que conduce a un eficaz aprovechamiento de los recursos. La investigación de, y en, la salud, desde la práctica de la enfermería es también un objetivo prioritario, que apunta a la producción de conocimientos que mejoren la calidad de la atención y que contribuyan al desarrollo de la profesión.

Las disciplinas de la currícula fundamentan teóricamente las acciones de las prácticas profesionales al desarrollar los contenidos del campo específico de conocimiento en forma integrada, entre sí y con las prácticas profesionales. Estas prácticas se realizan en forma de talleres integradores, que consisten en una actividad constante y operativa de la realidad, utilizando y profundizando los contenidos y la metodología proporcionados por asignaturas en un mismo nivel, e integrado a través del tratamiento de un problema.

En cuanto al aspecto pedagógico, la carrera propende a una relación entre docente y estudiante, de sujeto a sujeto, con una asunción y adjudicación de roles que superen los vínculos de dependencia tradicional y se transformen en vínculos de cooperación activa por ambas partes.

El proyecto institucional de la carrera reconoce que la enfermería no es todavía una profesión bien constituida y declara, explícitamente, el propósito de *“contribuir al proceso progresivo de profesionalización de la enfermería”*, este propósito ha sido uno de los elementos considerados para la formulación del plan de estudios.

La UNLa apunta a la formación de enfermeros con el siguiente perfil: profesionales con competencia científica y técnica, capaces de brindar cuidados a la persona, la familia y la comunidad, con una actitud social, política y legalmente responsable. Preparados para aplicar cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles de atención, a personas sanas y enfermas, promoviendo la autonomía de los sujetos y de los grupos, en una relación interpersonal que asegure el respeto de la singularidad y la dignidad humana de aquellos a quienes cuida. En condiciones de administrar servicios de enfermería hospitalaria de menor complejidad y comunitarios y de colaborar en investigaciones, en

enfermería y en otras áreas de la salud, y de participar en actividades educativas. Y que se preocupen por su continuo crecimiento y desarrollo profesional.

La licenciatura, primer grado académico de la formación universitaria, a su vez, apunta a profundizar las competencias específicas del enfermero, en función de su capacidad para desenvolverse en situaciones de emergencia y de alta complejidad, y de tomar decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basado en su capacidad de observación, en el análisis reflexivo de la situación y en su juicio crítico. Con competencia para administrar servicios de salud en los más altos niveles de complejidad; de planificar y dirigir programas de formación y educación tanto para el personal de salud como de otros sectores o de la comunidad. Que promueva y participe en investigaciones; que divulgue y aplique los resultados a fin de contribuir a mejorar la atención en los servicios y el desarrollo de los trabajadores de la salud. Que integre organismos, nacionales e internacionales, relacionados con el desarrollo de los profesionales de la salud y que asesore y participe en equipos responsables de la formulación de políticas y programas.

En 2008 el Ministerio de Salud de la Nación, a cargo de Graciela Ocaña, presentaba el “Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería”, con el objetivo de formar a 45.000 nuevos enfermeros al año 2015 (10, 35).

### **3) Teoría de las Profesiones.**

La carrera de enfermería de la UNLa prepara a sus egresados para el ejercicio profesional, es decir que los egresados van a formar parte de una profesión. Pero ¿qué es una profesión? Esta no es una pregunta que desvele a médicos o abogados, ya que no hay cuestionamientos ni dudas sobre el status profesional de este tipo de ocupaciones, no necesitan ser confirmados como tales, pero sí es una cuestión importante para los enfermeros, que son “recién llegados” al mundo de las profesiones, al punto que en nuestro país la enfermería se reconoció legalmente recién en 1991.

La sociología, que analiza y estudia el tema, no tiene aún, una definición universalmente aceptada (36) para la profesión. Veremos y analizaremos a continuación algunos aportes de la sociología de las profesiones que se consideraron importantes para este trabajo.

#### **3 a. Sociología de las profesiones.**

El tema de las profesiones no pasó inadvertido para los clásicos de la sociología. Según Josep Rodríguez y Mauro Guillén (37), en el siglo XIX, la mayoría de las profesiones se encontraba alejada del núcleo de la sociedad industrial por lo cual sus instituciones colegiadas no reproducían los modelos organizativos capitalistas sino los jerarquizados de los regímenes anteriores, por lo que representaban un fenómeno enigmático y llamativo. Señalan estos autores que, por ejemplo, Karl Marx intentó definir el papel de las clases profesionales, especialmente en lo que con respecta a su contribución negativa a la plusvalía.

Como antecedentes importantes, cabe mencionar también a Emile Durkheim (38) quien investigó los grupos profesionales en Francia, profundizando el análisis sobre su faz corporativa y su relación con la cohesión social; y a Max Weber (39), quien apuntó a la racionalidad de las profesiones y a su contribución a la organización social, además de realizar un interesante análisis etimológico y semántico del término.

Según Weber el término *Beruf*, profesión en alemán, reúne las ideas de esfera de trabajo y de posición que se adopta en la vida, de asumir la profesión y la misión impuesta por Dios (39). Esta significación está estrechamente asociada a la de “vocación”, que la RAE define como “*inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión*” (11) y que en el uso coloquial tiene el sentido de “*inclinación a cualquier estado, profesión o carrera.*” (11) La expresión latina *professio*, que se refería inicialmente a los compromisos relacionados con el Derecho, en el sentido de declaración pública u oficial, extendió su significado, al de creer, o declarar públicamente una creencia religiosa.

Rodríguez y Guillén (37) citan a “*The professions*” de Carr-Saunders y Wilson como uno de los trabajos iniciales en la investigación teórica del tema. En esta obra se define a las profesiones como organizaciones de expertos que en su práctica aplican conocimientos esotéricos adquiridos en determinados sistemas de formación, que controlan el ingreso a su círculo y que han elaborado y adoptado un código de ética. Probablemente vinculado a la enorme importancia alcanzada por la práctica profesional liberal, la médica especialmente, el estudio de las profesiones adquirió auge en Inglaterra y en Estados Unidos (36, 40, 41).

La definición conceptual de la profesión no es un asunto que la sociología tenga resuelto. En una revisión sobre la teoría de las profesiones Freidson (36) concluía que “*el carácter histórico y concreto del concepto [...] excluye la esperanza de obtener una definición ampliamente aceptada y de valor analítico general.*”, y recomendaba, por lo tanto, explicitar la definición elegida al utilizar el término, extendiendo la sugerencia para la derivada, *profesionalización*. Para avanzar en el análisis y la conceptualización, el autor menciona dos usos bien diferenciados. Uno, como un estrato muy diverso de ocupaciones con prestigio, cuyos

miembros se caracterizan por contar con alguna educación superior y que se identifican más por este rasgo de estatus educativo que por sus habilidades ocupacionales específicas; y otro, como conjuntos de ocupaciones que comparten la característica de tener rasgos institucionales e ideológicos particulares. Esta última concepción, emparentada fuertemente con la de profesionalismo, es más significativa que la que representa la que privilegia el papel del rol y el estatus, porque implica una identidad ocupacional y la demarcación de espacios de mercado exclusivos predeterminados por la formación específica.

El primero de los usos descrito, más común en países del continente europeo, Alemania, Francia, Polonia, Rusia, coincide con que en estos países, era más apreciado, en términos de prestigio y de oportunidades laborales, el hecho de egresar de determinada institución educativa que la especialidad disciplinar con la cual alguien se titulaba. En tanto que en Estados Unidos e Inglaterra, los grupos ocupacionales se consolidaron e institucionalizaron como profesiones mediante movimientos activos en pro de alcanzar la protección del Estado, es decir que las corporaciones profesionales solicitaron y consiguieron la regulación del ejercicio de la actividad y el reconocimiento de las prerrogativas en función de sus profesiones (40).

### **3 b. Profesionalización de las profesiones.**

Los desarrollos históricos propios que las profesiones tuvieron en los países del continente europeo y en Inglaterra y Estados Unidos se reflejan en el diferente interés que despertó su estudio y en las diferencias conceptuales consecuentes. Los trabajos sociológicos de los años '50, abordaron el tema desde el punto de vista de la corriente funcionalista. Enfocando el papel social, el rol y las normas profesionales, en el marco de la interacción en los espacios de trabajo, bajo el supuesto del equilibrio y la armonía del sistema social. En tanto que los autores que fueron apareciendo con posterioridad, privilegiaron el análisis de la influencia política desarrollada por las profesiones, en su relación con el Estado y las élites políticas y económicas, como en el caso de Freidson y en relación con el sistema de clases y con el mercado, como en el de Magalí Sarfatti Larson (36).

La sociología funcionalista americana planteaba, que los "expertos" constituían la novedad más relevante del siglo. Atribuían su peculiaridad e importancia a que, diferenciados de los capitalistas, de los trabajadores, de los campesinos y los propietarios, habían alcanzado un alto grado de influencia en la articulación social, parcial pero sustancial, asumiendo el papel regulador y controlador que el Estado y la organización capitalista no habían alcanzado. Es coherente que una perspectiva tan complaciente con los resultados, concluyera en

descripciones acríticas, “funcionales” al sistema vigente, que reflejaban con fidelidad, la imagen ideal que los mismos profesionales se habían forjado. Caracterizadas por un cuerpo de saber con base científica y por un espíritu de misión, altruista y dirigido a satisfacer las demandas surgidas de las nuevas necesidades; portadoras de una ética de servicio, orientada al bien del próximo y no al interés propio en el ejercicio responsable dentro de las áreas de su competencia; las profesiones se erigían como el ideal a alcanzar para las nuevas generaciones (41).

El camino de la profesionalización descrito por el funcionalismo señalaba un itinerario que partía del establecimiento de las escuelas de formación, pasaba por el agrupamiento y la asociación de los profesionales y la delimitación de incumbencias para alcanzar finalmente la formalización de un código de ética (42). En un artículo sobre la profesionalización de los científicos, en el que compara investigaciones de Wilensky y Latour, André de Faria Pereira Neto (43) analiza las diferencias entre los puntos de vista con que estos autores abordan el estudio de los procesos de profesionalización.

Wilensky, representante cabal de la escuela funcionalista, concluye a partir del análisis de 18 profesiones, que la profesionalización es un proceso que ocurre en cinco etapas características:

a) Inicialmente se van configurando ocupaciones de tiempo completo, para lo cual es necesario que los servicios tengan aplicación en situaciones concretas y que haya una demanda de ellos. Las actividades que solo se realizan en forma esporádica están excluidas.

b) En la segunda etapa el proceso de enseñanza/aprendizaje de los conocimientos propios de la ocupación se reservan a escuelas de entrenamiento exclusivas de, y para, la disciplina. La institucionalización de la enseñanza/aprendizaje garantiza el monopolio profesional del conocimiento. El cumplimiento de las condiciones y los rituales de aprendizaje y entrenamiento es indispensable para incorporarse a la profesión. Este requisito excluye a las actividades cuyos conocimientos son transmitidos informalmente, de generación en generación, por observación e imitación.

c) En la tercera, los profesionales se organizan en asociaciones corporativas para defender sus intereses y definir normas de conducta y convivencia. Son atribuciones de estas instituciones: establecer las responsabilidades fundamentales de la profesión, intervenir en los conflictos, internos y externos, y establecer la competencia de los aspirantes a integrarla. Formar parte de ellas es una condición que identifica a los profesionales. La autorregulación es una condición necesaria para que una profesión sea reconocida por las otras profesiones, por los usuarios y por la sociedad en general, ella garantiza el dominio sobre la jurisdicción de su ejercicio profesional.

d) Para regular y ejercer el monopolio de la actividad, las profesiones deben establecer claramente los límites de su competencia y alcanzar su reconocimiento en las instancias del poder público. A partir de este reconocimiento los órganos profesionales cuentan con los instrumentos legales para rechazar a aquellos que no hayan cumplido con las condiciones declaradas como imprescindibles para que alguien adquiera el derecho a ejercerla.

e) Finalmente, las profesiones elaboran sus códigos de ética, instrumento básico para la autorregulación, que les permite fiscalizar, juzgar y penalizar a los miembros que no hayan cumplido con las normas de conducta previamente establecidas.

Según Wilensky, estas etapas, imprescindibles para alcanzar el instituto profesional, son de orden general y se presentan en el orden descrito, independientemente del tipo de actividad de que se trate. Latour, desde una perspectiva más fenomenológica, plantea que la profesionalización requiere:

a) Dedicación íntegra y exclusiva a la actividad. Es decir que ésta constituya la fuente de sustento económico del profesional.

b) La difusión de la información profesional en revistas u otros medios, para divulgar las aplicaciones, posibilidades y adelantos vinculados con la disciplina y aumentar la cantidad de interesados en utilizar los servicios lo cual implica desplegar estrategias para atraer al público y contribuir a satisfacer sus necesidades.

c) La aprobación y el reconocimiento de los poderes del Estado de que la actividad es imprescindible para la sociedad para que garantice su autonomía.

d) La normatización y la imposición estricta de programas y “rituales” para la formación de los nuevos profesionales.

e) La definición de las normas de conducta a seguir entre pares para reducir la conflictividad y resolver eventuales controversias. Las normas deben prever los castigos necesarios para preservar la imagen y el prestigio de la corporación ante los usuarios, la sociedad y los representantes del Estado.

En tanto que Wilensky postula una especie de historia natural de la profesionalización, Latour sostiene que estos momentos si bien son ineludibles, no ocurren necesariamente en la secuencia descrita; y puntualiza que tan importante como el dominio de cierta área definida del saber es conseguir la aceptación y el reconocimiento por parte de la comunidad científica y del Estado y convencer a la sociedad de que la actividad es necesaria (43).

Algunos autores, críticamente posicionados, rechazaron la idea de que la calidad del conocimiento, la organización de instituciones académicas y la identidad corporativa, fueran suficientes para establecer una profesión. En “Los profesionales en la mira: Un ensayo sobre

las relaciones entre élites de expertos y ciencias sociales", Joaquín Perren (41) delinea con claridad algunos aportes de Terence Johnson que reformularon la versión clásica del funcionalismo. Señalaba este autor que el perfeccionamiento de las habilidades ocupacionales específicas genera una dependencia de quienes carecen de ellas que redunda en una asimetría que se expresa como la "distancia social" que separa a los expertos de los que no lo son. El conocimiento y la distancia social concomitante ponen en manos del profesional-productor la capacidad de definir las necesidades del usuario-consumidor, y las formas en que éstas deben ser satisfechas. Por otra parte, los rituales, protocolos y ceremonias creados dan a las profesiones un halo de misterio que acentúa la distancia social, especialmente notorios en las áreas del derecho y la medicina. En este aspecto, los enfermeros, al ocuparse del cuidado y al fomentar la empatía, alejan la posibilidad de crear una distancia social que los separe y diferencie de los pacientes.

Sobre la relación entre las corporaciones profesionales y el Estado, afirma Johnson, citado por Perren (41), que se caracteriza por su índole contradictoria, de tensión y conflictos, entre la autonomía y la regulación; la primera, en función de defender los intereses particulares y la posición monopólica en el mercado, y la segunda, en su intención de intervenir en beneficio del bien común. La contradicción autonomía/regulación puede ser fácilmente entendida en referencia a profesiones como la médica, pero no puede trasladarse a la enfermería del mismo modo, en tanto se trata de una profesión que habitualmente, aún, no se ejerce con autonomía.

Rodríguez y Guillén (42), Freidson (36) y Belmartino (40), entre otros autores, destacan el particular interés del aporte de Magalí Sarfatti Larson, a fines de la década del '70. Con una perspectiva entre marxista y weberiana, esta autora plantea que las profesiones representan una ideología, en el sentido de "falsa conciencia". Interpreta ella que, conformes con el estatus alcanzado, los profesionales se resignan a subordinarse a los poderes dominantes y al aparato burocrático. De esta manera, los privilegios económicos y el prestigio social de que gozan, se erigen como la pantalla que ocultan y disimulan las verdaderas relaciones de explotación. Sarfatti Larson considera que los grupos profesionales, afines o subordinados a la burocracia, se complementan y colaboran en el objetivo de organizar el mundo laboral; y destaca especialmente el papel ideológico preponderante de la medicina y el derecho que, con sus propuestas de solución individual a los problemas estructurales, desvalorizan y relegan las propuestas colectivas, y sostiene que privilegiar las soluciones individuales es una postura extendida en muchos colegios profesionales; a diferencia de los sindicatos, que suelen apuntar a transformaciones o cambios de orden colectivo. Perren (41) recuerda, por su parte, la propuesta de Shudson, que a diferencia de Sarfatti Larson, sostiene que la ideología profesional

podría constituir no solo una justificación para el beneficio propio, sino también un instrumento para impulsar procesos de transformación social. Sarfatti Larson también plantea que la ideología profesional funciona como una pieza legitimante del sistema de poderes burocrático-capitalista, que constituye un soporte básico del capitalismo al perpetuar los privilegios económicos a través de la desigual distribución educativa entre los miembros de la comunidad. La inequidad educativa explica, además de la inequidad económica, la profesional, en términos de diferencias entre profesiones y dentro de la misma profesión (41).

La postura individualista, predominante en los profesionales de ejercicio liberal, permite entender cómo la idea de servicio pudo articularse sin contrariar el orden social imperante. La ideología profesional, así interpretada, se expresa como un proyecto que apunta hacia tres objetivos básicos: la captura del mercado, la movilidad social ascendente y la clausura del mercado ante otras ocupaciones. Este último, estrechamente relacionado con la creación de una identidad profesional capaz de satisfacer la demanda del servicio.

Por su parte, Rodríguez y Guillén (42) destacan el aporte de Abbott, quien pone en el centro de la discusión del desarrollo de las profesiones a las interrelaciones que tienen con otras profesiones y ocupaciones, y al contenido de la actividad profesional, temas de particular interés para este trabajo, si enfocamos el modo en que interactúan la medicina y la enfermería.

Según Freidson (36), la postura crítica predominante entre los autores posteriores a la década del '60 conocida como el "enfoque del poder" se contrapone al anterior "enfoque de rasgos" de los autores de la escuela estructural funcionalista. La perspectiva sociológica del enfoque del poder, tuvo su mayor desarrollo en los Estados Unidos, probablemente, asociado al proceso histórico que tuvo la profesionalización en ese país (40).

Entre los autores que hemos citado en el tema de sociología de las profesiones, son excepcionales aquellos que pertenecen al ámbito latino americano, esto es coherente con el escaso desarrollo que la disciplina ha tenido en la región. Alfredo Hualde (44) señala que la producción sociológica producida en nuestros países sobre las profesiones es escasa, dispersa y analíticamente insuficiente, calificándola como una asignatura pendiente.

### **3 c. Semiprofesiones.**

A diferencia de las profesiones bien consolidadas y cuya categorización no está en discusión, como la medicina o la abogacía, hay otras que, incompletas en sus características, son consideradas por algunos autores como "semiprofesiones", tal como las denominara Amitai Etzioni (7) en la década del '60. Aclaraba este autor que utilizaba este término porque le

parecía más adecuado que otros como sub-profesión o pseudo-profesión por su connotación desvalorizante y porque tampoco sonaba tan técnico como la expresión “profesión heterónoma”, con la que las había denominado Weber. Según Etzioni (7), el estudio de las semiprofesiones se encuentra estrechamente relacionado a tres áreas del estudio sociológico, las organizaciones, la demografía y el análisis de los conflictos, ya que sus características principales consisten en que: sus actividades se desarrollan, casi exclusivamente, en organizaciones; tienen un franco predominio femenino; y presentan aristas conflictivas por las tensiones adaptativas que sus responsabilidades y limitaciones generan.

Las semiprofesiones, la enfermería entre ellas, se caracterizan por tener un cuerpo de conocimiento menos especializado, un tiempo de formación de menos de cinco años y una autonomía restringida. Los trabajadores semiprofesionales se desempeñan bajo la supervisión de otros semiprofesionales de mayor jerarquía o de profesionales y gozan de prerrogativas laborales más acotadas y de un estatus más bajo que el de las profesiones plenamente constituidas. En el caso de las enfermeras, al no manejar la terapéutica se encuentran alejadas de decisiones en que están involucradas la vida y la muerte, y como no requieren para sus diagnósticos de información íntima o confidencial tampoco tienen una posición particularmente privilegiada en la comunicación con los pacientes (7, 45).

Según Machado (45), algunos autores destacan, además del hecho de carecer de un cuerpo específico de conocimiento, el no contar con una jurisdicción, es decir un mercado de trabajo, inviolable; el relativo reconocimiento externo, el escaso nivel de organización de los miembros y la falta de unanimidad entre los enfermeros para definir su objeto de trabajo, que para algunos es el cuidado directo de los pacientes y para otros es la planificación hospitalaria o la supervisión.

Las semiprofesiones no se definen sólo por tratarse de ocupaciones que cumplen parcialmente con los requisitos de la profesionalización, sino que, además, tienen una relación de subordinación con otras dominantes. La posición dominante de una profesión depende de diversos factores, el desarrollo teórico alcanzado, el reconocimiento académico, jurídico y social, y la organización, elementos que dan base a su capacidad de imponerse sobre otras. Las relaciones entre profesiones dominantes y subordinadas pueden ser reguladas a través de las leyes y las normas administrativas, y estar legitimadas por el reconocimiento social y la actitud adoptada por los mismos trabajadores en la interacción laboral (6, 7).

Para Etzioni (7) las diferencias entre las profesiones y las semiprofesiones también están vinculadas al hecho de que las primeras suelen ser ocupaciones ejercidas por hombres, en tanto que las últimas, son ejercidas por mujeres; y afirma que, a pesar de los efectos de la

emancipación, las mujeres presentan, aun, algunos rasgos de docilidad y sumisión, que contribuyen a que acepten con mayor complacencia las normas y que esto contribuye a relegarlas en el contexto organizacional.

Respecto del género, Molina (46) puntualiza que éste constituye uno de los factores estructurales y estructurantes del estatus y el reconocimiento social, y del valor adjudicado a la práctica de una profesión; y que la cuestión no es ajena al momento de separar y calificar el conocimiento: abstractos, analíticos, trascendentales, de los científicos, por un lado; y cotidianos, triviales, complementarios, asistemáticos, derivados de las prácticas realizadas por mujeres, por el otro. La adjetivación no tiene un significado descriptivo exclusivamente, sino también, y esencialmente, valorativo, que expresa una concepción ideológica del conocimiento y del saber. Vale señalar, en relación a esto, que algunos de los estudios últimos sobre las profesiones, destacan la producción y la posesión del conocimiento abstracto como la referencia profesional esencial, como base de su poder y de su capacidad de supervivencia (46).

La búsqueda de un cuerpo teórico propio de la enfermería se abordó con intensidad en Estados Unidos, a partir de la década del '50. Después de veinticinco años de investigación, las referentes más importantes en Estados Unidos evaluaban que no se había llegado a conformar un sistema teórico bien consolidado (4, 47). Carvalho (47) opina que la investigación en enfermería aún enfrenta grandes dificultades, y propone discutir las bases teóricas, filosóficas y epistemológicas de la investigación científica en su aplicación específica a la enfermería. Observa que la producción basada en las teorías propias es escasa, y que muchos de los trabajos son del tipo de "primera experiencia" o de "experiencia inmediata". Puntualiza la necesidad, más allá de la práctica del cuidado, de insistir en la práctica investigativa y de construcción de conocimiento y defiende el aspecto científico de la enfermería, como una búsqueda, no acabada, sino "en construcción", y en su especificidad.

Molina (46) sostiene que la posición subordinada de un grupo sostenida en el tiempo condiciona la producción teórica, y asimila a este tipo de conocimiento subalterno, con el que Foucault (48) denomina "saberes sometidos", habitualmente señalados como saberes ingenuos, insuficientemente elaborados, de una jerarquía inferior al del conocimiento científico, de características locales y específicas, que no han llegado a conformar un saber común, incapaces de alcanzar la unanimidad. Según Foucault (48) es a partir de estos saberes paralelos, subterráneos, que ha operado la crítica.

¿Profesiones femeninas o feminizadas?, Molina (46) plantea que el término "femenino", en abstracto, evoca una razón primordialista y universalista de lo aquello que es privativo de las mujeres en virtud de razones culturales; en tanto que "feminizadas" apunta a acentuar que las

características o funciones, y también las profesiones, consideradas femeninas, lo son por determinaciones de orden social y no natural, por lo que considera más adecuada a esta última denominación. Y cuestiona también la utilización del término semiprofesión, porque su connotación de característica cuantitativa deficitaria, y se pregunta si corresponde aceptar como una coincidencia el hecho de que se equipare a las profesiones “incompletas” con su condición sociológica femenina.

### **3 d. Formación de los enfermeros. Socialización y profesionalización.**

Ya se ha mencionado en la introducción que el marco en que se inscribe esta investigación es el de la formación de los enfermeros. Aunque los términos formación, socialización y profesionalización han sido utilizados por distintos autores con significados diferentes, nosotros consideraremos a la formación y a la socialización profesional como procesos de profesionalización, o sea, procesos complejos de aprendizaje a través de los cuales se adquieren, además de conocimientos y destrezas, los valores y actitudes propios de la profesión; se internalizan las normas ocupacionales y se construye el sentido de identidad ocupacional (49). Estos procesos no son la simple incorporación de novedades e información en una hoja en blanco, implican un cambio en las ideas, actitudes y valores que los estudiantes tenían antes de comenzar la carrera lo que involucra también una transformación de la imagen o concepción que tenían de sí mismos y de la profesión y por lo tanto la modificación, el enriquecimiento y la construcción de nuevos significados (49).

La socialización secundaria, según Berger y Luckmann (50) resulta de la distribución social del trabajo y del conocimiento. Y, si bien reconocen que la distribución del conocimiento también está relacionada con otros factores, como el de las clases sociales, ellos enfocan su atención en la distribución del conocimiento especializado, o sea, el definido institucionalmente. Estos autores sostienen que *“La socialización secundaria requiere la adquisición de vocabularios específicos de “roles”, lo que significa, por lo pronto, la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de un área institucional.”* (50 p.173) Puntualizando de este modo la importancia que tiene incorporar la terminología y los significados de la disciplina en la que alguien se está formando. Para Jofré (23), la socialización profesional implica fundamentalmente integrar un colectivo, desarrollar sentimientos de pertenencia y adquirir la identidad profesional.

Considerada en su totalidad, la formación de los enfermeros excede la adquisición de conocimientos y de habilidades para involucrar, además, las esferas de los valores, del

concepto de sí y de los comportamientos, expresados en la construcción de cierta identidad profesional, caracterizada por determinadas convenciones y tradiciones, por el lenguaje, los marcos de referencia y la forma específica de relacionarse entre sí, con las otras profesiones y con los usuarios en general (23, 49, 51).

El término “profesionalización”, en el ámbito de la enfermería, frecuentemente ha sido aplicado al caso particular de la capacitación de los auxiliares para alcanzar el título de enfermeros profesionales (41), y en los cuales se dio mayor énfasis a la adquisición de conocimientos teóricos y a la calificación formal. Utilizaremos este término, preferentemente en relación a los significados que derivan del de profesión y que están vinculados a los conceptos de la teoría sociológica de las profesiones.

En cuanto a la formación de los enfermeros y su profesionalización, es muy interesante recordar que Florence Nightingale, que estaba total y firmemente convencida de la necesidad de que las enfermeras debían formarse para poder desempeñar adecuadamente sus funciones, en cambio, estaba en contra de la profesionalización de la enfermería, porque consideraba que la inscripción en un registro de profesionales las induciría a asumir, en ese acto, que su formación había concluido; como ocurría, según afirmaba ella, con los médicos. Además, planteaba que la idea de profesión se oponía a la de vocación, de tal modo que para preservar el bienestar de los pacientes las enfermeras deberían entender su trabajo como una vocación y no como una profesión (2).

La formación de las enfermeras, según Nightingale, tenía diferentes características de las cuales nos interesa señalar dos, la primera, es que el saber práctico no se puede adquirir en los libros, “*solo se puede aprender a fondo en las salas de un hospital*” y la segunda, que la formación no finaliza al egresar sino que debe continuar, más allá de la escuela (2).

El término “formación” que adquirió durante la Edad Media el sentido de “ascenso a la humanidad” (52), fue utilizado por Gadamer (53) con el significado de “*dar forma a las disposiciones naturales y capacidades naturales del hombre*” refiriéndose, en un modo amplio, al proceso mediante el cual los individuos se van constituyendo socialmente como personas en la educación, en el aprendizaje de la lengua y al interiorizar las reglas, las costumbres y las instituciones de la comunidad; con Hegel, la idea de la formación alcanza su máxima expresión, se trata de un proceso evolutivo de transformación, continuo y progresivo, en el que las mismas capacidades de percibir y sentir se modifican (52).

Una frase aparentemente simple puede tener un gran contenido filosófico, por ejemplo, la que dice “*La formación consiste en enseñar a aprender la profesión*” (4 p.76), guarda en sí

misma la esencia de lo que es la formación del profesional en general y, por lo tanto, también del enfermero.

La profesionalización de la enfermería y la formación calificada de los enfermeros es una preocupación que ha merecido la atención en muchos países, y no solo en los de menor desarrollo, sino que es compartida también por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (3, 54). Esta preocupación se ha visto reflejada en las últimas décadas en una gran producción de trabajos dirigidos a investigar el tema. En relación, por ejemplo: al currículo, la formación y el desempeño profesional (55), a la formación crítica y reflexiva en relación con las competencias profesionales (56), a la formación práctica según la opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales (57), a la enseñanza de los contenidos actitudinales en la formación de las enfermeras (58), al desarrollo curricular, el proyecto pedagógico y las competencias profesionales (59), a la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes de alumnos en las prácticas en enfermería comunitaria (60), a la imagen pública de la enfermería vista por los estudiantes (61), a la imagen que se difunde a través de los medios (62), a la socialización profesional (49), a los significados que el proceso de enfermería tiene para los docentes (63).

Otros autores han abordado también temas de particular interés: Andrés (64), estudia y analiza cómo, muchas veces, lo que se enseña en las aulas de enfermería (la teoría) contrasta con lo que se observa en las prácticas, produciendo en los alumnos fenómenos de confusión, ansiedad y angustia (el “shock de realidad”). Los primeros contactos del alumno neófito con la práctica de la enfermería, el denominado “choque cultural” (65), puede ser conflictivo y aun traumático, especialmente si hay que enfrentar actitudes de menosprecio y rechazo por parte de quienes deberían acogerlos originando una sobrecarga de ansiedad y angustia.

A medida que cambian las funciones, competencias y responsabilidades, también cambian las percepciones, los valores y las actitudes laborales (66). En relación a la profesionalización de la enfermería, González y González (67) estudiaron la “actitud profesional” en enfermeros chilenos. Para evaluar esta actitud, tomaron en cuenta las siguientes categorías: si los enfermeros percibían a la profesión como indispensable para la sociedad; si consideraban a las organizaciones profesionales como fuente de conocimiento para su trabajo; si asumían los riesgos de la toma de decisiones, en relación a la auto-determinación y la auto-regulación profesional; si entendían la idea de Ética en relación a que los únicos calificados para juzgar su trabajo son sus pares y; si prestaban sus servicios privilegiando la satisfacción personal por encima de la recompensa económica. Según las conclusiones de ese estudio (67), más de la mitad de los profesionales entrevistados evidenciaba un alto grado de profesionalismo. De los

cinco aspectos considerados, los relacionados con la organización profesional y la vocación fueron los de mayor grado. Las variables relacionadas con la autonomía, la auto-regulación y el servicio de beneficio público fueron las que evidenciaron un menor grado.

También se han publicado diferentes trabajos dirigidos a investigar la enfermería en relación al género (46, 68, 69, 70).

Las propuestas y desarrollos mencionados serán retomados y expuestos con más amplitud más adelante, al discutir los significados en el apartado “Presentación y Análisis de los Resultados de las Entrevistas”.

#### **4) Contexto Social de los Alumnos de la Carrera de Enfermería de la UNLA.**

Consideraremos dos contextos. En orden de proximidad, el primero está representado por las características sociodemográficas y de otras relacionadas con la salud, de los alumnos de la carrera de Enfermería y de la totalidad de los alumnos de la UNLa, que fueron determinadas en una investigación realizada en 2005 y el segundo, está referido a algunas características sociodemográficas del partido de Lanús.

##### **4 a. Características Sociales, Demográficas y Relacionadas con la Salud de los Alumnos de la Carrera de Enfermería de la UNLa.**

Se presentan en este punto algunas características demográficas y socioeconómicas de los alumnos de Enfermería, que han sido extraídas de los resultados y conclusiones del Censo de estudiantes de la UNLa efectuado en el año 2005 y de la investigación realizada sobre las condiciones, concepciones y necesidades de salud de los estudiantes de la Universidad Nacional de Lanús de 2005.

Se trata de una información de contexto que consideramos de utilidad para el análisis de los resultados de las entrevistas realizadas en este trabajo.

**Características sociodemográficas.** Se censaron 5.321 alumnos de todos los niveles, carreras y sedes, lo que representaba el 91% de los alumnos que estaban cursando el Segundo Cuatrimestre de 2005 y el 76 % del total de la matrícula registrada en ese año. Del total de alumnos, 1200, o sea el 22,55 % del total, eran alumnos de Enfermería.

De los alumnos de la **Licenciatura en Enfermería**.

El promedio de edad fue de 30 años, con un 50 % central entre los 22 y los 36 años.

El 83 % de estudiantes eran mujeres.

El 50 % trabajaba, 29 % en relación de dependencia.

El 93 % es primera generación de universitarios. En el total de alumnos de la UNLa, la proporción de primera generación de universitarios, fue de 66,7 %.

Vale la pena detenerse a observar estos datos con atención: un promedio de edad de 30 años para los alumnos de la carrera es alta, habida cuenta que la edad esperada para el egreso del secundario está por debajo de los 20 años.

La relación entre mujeres y varones si bien muestra una franca predominancia femenina, no parece tan alta si comparamos con el 67,2 % de mujeres entre los alumnos de la Facultad de Medicina de la UBA, que informaba el censo de estudiantes de 2005 (UBA, 2005).

Si bien un 50 % de alumnos trabajando no es mucho, ya que implica que el 50 %, a su vez, no lo hace, pero hay que comprender que para quienes trabajan, el esfuerzo de sobrellevar ambas actividades es muy grande, dada la carga horaria que supone la carrera.

Por último, una reflexión sobre el hecho de ser el primer universitario de la familia. Por experiencia propia diría que es muy difícil imaginar las expectativas que se crean alrededor de esta situación, sobre todo si la carrera está relacionada con la salud. El estudiante se convierte, de alguna manera, en el depositario de los sueños y la esperanza de toda la familia.

De los alumnos del **Ciclo Complementario Curricular (CCC)**.

El promedio de edad fue de 41,4 años; con un 50 % central entre los 35 y los 48 años.

El 81 % mujeres.

El 96 % trabajaba, el 75 % en relación de dependencia.

El 95 % es primera generación de universitarios.

De acuerdo a las condiciones sociodemográficas relevadas, los alumnos de la carrera de Enfermería se encuentran entre los más desfavorecidos. El nivel socioeconómico es medio bajo, y los niveles de instrucción entre sus padres es el más bajo. De hecho, de todas las carreras es la que más beneficios recibe del Programa de Compromiso Educativo de la UNLa, a través de su sistema de becas.

#### **4 b. Calidad de vida, concepciones de salud y algunas condiciones relacionadas con las necesidades de salud.**

**Calidad de vida.** Se investigaron aspectos subjetivos y objetivos relacionados con la calidad de vida de los estudiantes y se elaboraron algunos índices, con estos resultados.

Calidad de vida subjetiva, se elaboró un índice conformado con las respuestas obtenidas en relación a: la satisfacción por el apoyo familiar, el uso del tiempo libre, las formas de entretenimiento, el uso del transporte, el apoyo que reciben de sus amigos, el vínculo con los compañeros de la universidad y las horas de sueño, fue valorizado en una escala que se categorizó como negativa, intermedia y positiva. Las proporciones según este índice, para el total de la UNLa, fueron de 41 % positivo, 4 % negativo y 55 % intermedio. Las carreras que menos valorizaron este índice, fueron la de Enfermería y la de Gestión Educativa.

El índice de calidad de vida objetiva se construyó en base a las variables: vivienda, en la que se consideró la cantidad de personas por cuarto, la provisión de agua corriente y de servicios cloacales, la cobertura médica social y las horas de sueño y de trabajo.

De acuerdo al índice de calidad de vida objetiva, la población total encuestada presenta una distribución de 64 % de satisfactoria, 2 % de insatisfactoria y 34 % de intermedia. También para este índice los resultados de Enfermería fueron los más desfavorables. Con un 30 % de satisfactoria y casi todo el resto de intermedia.

Cabe destacar en relación a la variable “horas de sueño”, que entre los estudiantes de enfermería solo el 37,5 % contestó en forma positiva, contra el 60 % de los estudiantes de Diseño, resultado que los autores del estudio atribuyen a que se trata de un grupo de personas de mayor edad, con familias a cargo, y que realizan tareas de mucha exigencia y desgaste.

**Concepciones de salud.** Se investigaron concepciones de salud según las opciones: no padecer enfermedades, sentirse bien aunque padezca enfermedad y otras.

El 65 % del total de estudiantes consideró que salud corresponde a no padecer enfermedades y solo el 19 % optó por sentirse bien aunque padezca enfermedad, lo que se interpretó como un reflejo del punto de vista biomédico dominante.

Entre los estudiantes de enfermería, un poco más del 40 % consideró que la salud es no padecer enfermedades y algo más del 30 % contestó que es sentirse bien aunque se padezca enfermedad, mostrando una perspectiva más subjetivista, vinculada a la percepción de la salud y del bienestar. Los alumnos de las carreras de Enfermería y de Ciencias Políticas, fueron que eligieron esta opción en mayor porcentaje.

**Condiciones relacionadas con la salud.** Ante la pregunta “¿sufrís tristeza o depresión?” Del total de alumnos, el 39 % respondió “nada”, el 49 % “un poco”, y el 10 % “bastante o mucho”. Esta última fue seleccionada entre los estudiantes de Enfermería por el 16,3 %.

Al investigar si los malestares psíquicos impedían hacer lo que les gustaría. En el total de la Universidad, hubo un 14 % que eligió la opción “bastante o mucho”. En Enfermería esta respuesta fue elegida por el 16,3%.

Para el tema “Necesidad de información o ayuda, en relación a la salud”, el 65 % del total de respuestas, para todas las carreras, fueron positivas para la necesidad de algún tipo de información sobre salud, en tanto que en Enfermería superó el 70 %. La apertura de este ítem en sus componentes, muestra que las principales necesidades de información pasan por “Cómo mantener la salud”, por “mejorar el estado de tristeza” y por “signos y síntomas de enfermedades”.

Para “Distribución de los alumnos según el tipo de efectores al que recurren para su atención en salud”, se ha visto que los estudiantes de Enfermería son los que más consultan en el sistema público, 43% en hospitales y 22 % en unidades sanitarias o centros comunitarios. Y los que menos recurren a efectores privados: 33,7 % en clínicas privadas y 15,1 % en consultorios privados.

Las condiciones sociales y económicas de los alumnos de Enfermería no son, obviamente, las más favorables para cumplir satisfactoriamente las exigencias de una carrera universitaria, veremos más adelante si esta información puede contribuir a entender y comprender mejor las nociones e ideas que los estudiantes tienen sobre la enfermería.

#### **4 c. Características sociodemográficas y de los servicios de salud del municipio de Lanús.**

El municipio de Lanús se encuentra ubicado en el primer cordón del conurbano. Se divide en seis localidades, Gerli, Lanús Este, Lanús Oeste, Monte Chingolo, Remedios de Escalada y Valentín Alsina. Con una población de 453.082 habitantes (Censo 2001) constituye el municipio con mayor densidad del conurbano. De acuerdo a su pirámide poblacional y a las cifras intercensales (1991-2001) la población de Lanús presenta una tendencia al envejecimiento (71).

Desde el punto de vista socioeconómico, el municipio se ubicó (entre todos los de la provincia), en el séptimo lugar, de menor porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. En 2001, el 45,6 % de la población total de Lanús carecía de obra social o cobertura de salud privada, porcentaje que entre los menores de 15 años alcanzaba al 53,1 %. El analfabetismo entre los mayores de 10 años fue de 1,2 %, menor al promedio de la provincia que trepaba al 1,6%. La proporción de personas por debajo de la línea de pobreza en octubre de 2000 era de 26,5 % en tanto que en octubre de 2002, después de la crisis política social y

económica que estalló en diciembre de 2001, llegó al 51,7 %. En cuanto al porcentaje de desocupación y de pobreza en el período 2004-2006, último año informado por el INDEC, para el grupo de edad de 20 a 30 años del total del conurbano bonaerense, al que pertenece la mayor parte de los alumnos de la UNLa, y también de los alumnos entrevistados, fue de 18,43 % de desocupados y de 36,23% para pobreza. (71)

El municipio de Lanús pertenece a la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires. Cuenta con cinco centros hospitalarios, el Hospital Interzonal de Agudos “Evita”, los Hospitales Zonales de Agudos “Dr. Narciso López” y “Dr. Arturo Melo”, el Hospital Zonal de Oncología de Lanús, el Vecinal de Pediatría “Dr. L. A. Máspero” y 37 unidades sanitarias y centros de salud. Todos los hospitales son de dependencia provincial, salvo el “Dr. L. A. Máspero”, que depende en forma conjunta de la provincia y del municipio. Las unidades sanitarias y los centros de salud, de dependencia municipal están organizados en una red que se distribuye geográficamente en siete Áreas Programáticas, cada una de las cuales tiene como cabecera a una Unidad Sanitaria. Los hospitales están articulados con esta red desde el punto de vista operativo pero no administrativo (71).

La dependencia administrativa de los centros asistenciales no es un asunto de menor importancia, ya que está relacionada con las políticas de salud que se llevarán adelante.

### **III) MATERIAL Y MÉTODOS.**

Esta investigación es un estudio descriptivo, de carácter cualitativo, que se propone indagar sobre los significados que los estudiantes de la carrera de Enfermería de la UNLa le dan a la enfermería, en sus diferentes dimensiones, como trabajo, como vocación y como profesión y para ello se establecieron los siguientes objetivos:

**Objetivo General:** Describir y analizar las significaciones que sobre la Enfermería tienen los estudiantes de la carrera de Enfermería de la UNLa.

**Objetivos específicos:**

Describir y analizar las motivaciones para la elección de la carrera.

Describir y analizar las nociones que tienen sobre la profesión enfermera.

Describir y analizar las nociones que tienen sobre el trabajo en enfermería.

La investigación se realizó en cuatro etapas:

- 1. Exploratoria**
- 2. Trabajo de campo**
- 3. Procesamiento y análisis de los datos**
- 4. Devolución de resultados.**

#### **1) Etapa Exploratoria.**

En este momento se investigaron diversas fuentes secundarias, legislación nacional, organismos representativos de la salud y de la enfermería, y la bibliografía especializada, para poder hallar diferentes definiciones y significados de la enfermería y de algunos términos relacionados.

También se realizó una búsqueda de los antecedentes históricos más relevantes de la profesionalización de la enfermería en la Argentina y se analizaron los aportes de diferentes autores especializados en la teoría de las profesiones. En base a la información relevada se construyó la guía de entrevista (Anexo 1)

Se hizo una primera aproximación al campo para establecer contactos y definir las condiciones de posibilidad de las entrevistas y se entrevistó a un informante clave: Elbio<sup>3</sup>, para investigar algunos antecedentes relacionados con la Ley 24.004, de profesionalización de la Enfermería, se entrevistó a un informante clave que reúne las características de ser abogado, haber trabajado como enfermero y dedicarse a los aspectos legales de la enfermería, en su profesión y como docente.

## 2) Trabajo de Campo.

Para esta etapa de la investigación se realizaron **entrevistas** con alumnos regulares de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús (1). Entendemos a las entrevistas, como conversaciones, o comunicaciones verbales, dirigidas a obtener información sobre determinado tema científico (72), sin olvidar que las significaciones que surgen del diálogo no dependen exclusivamente de las palabras, sino también de las expresiones paraverbales (33, 73).

Se decidió realizar entrevistas semiestructuradas para cubrir en forma amplia los temas que, en base al trabajo realizado en la etapa exploratoria se consideraron de mayor relevancia y para darles a los entrevistados un margen que les permitiera abordar los temas con relativa libertad (72, 74, 75).

Las entrevistas fueron administradas en base a la guía elaborada. Tanto la guía, como la forma de realizarla y el método para seleccionar los entrevistados fueron objeto de evaluación y de ajuste a medida que se fue avanzando en el trabajo de campo.

Además de las entrevistas individuales, se realizaron otras en forma grupal, con el objeto de observar en forma directa la confrontación de diferentes posiciones y definiciones de situación. Se buscaba, en estas discusiones grupales, que la interacción entre pares abriera las posibilidades de expresar algunos aspectos de la subjetividad de cada uno de los entrevistados, de forma diferente a la que ocurre en la interacción con el entrevistador cuando es el único interlocutor (72).

**Entrevista, conversación, discursos, textos.** La entrevista es el recurso técnico a través del cual se origina la producción discursiva. Según Ricoeur, los discursos se caracterizan: por su realización temporal, ya que ocurren a lo largo de un momento

---

<sup>3</sup> se ha utilizado un seudónimo para proteger el anonimato.

determinado; por ser autorreferenciales, siempre se trata del discurso de alguien; y por estar, también, dirigido hacia alguien (76); y agregaremos también, que su locución está acompañada de algunas expresiones paraverbales como la entonación y la intensidad de la voz o no verbales como la actitud corporal y los gestos, etc. (73)

Las grabaciones de las entrevistas fueron transcriptas en forma de textos, los cuales, por reproducir discursos, comparten las características de ser autorreferentes y estar dirigidos a una persona determinada, a diferencia de los textos producidos directamente en forma escrita que no configuran relaciones de interlocución o diálogo (76).

La circunstancia de que tanto las entrevistas como la transcripción a textos y el análisis e interpretación hayan sido realizados por la misma persona supone la ventaja de tener una perspectiva más rica y completa, del discurso en relación al contexto de la entrevista y del texto en relación al discurso pero implica, por otro lado, la desventaja de una interpretación unilateral, o sea que es la mirada desde un solo punto de vista, con la mayor probabilidad de sesgo que este hecho conlleva.

No se han definido factores de exclusión para los entrevistados, pero al progresar el trabajo de campo se fueron estableciendo algunos parámetros electivos a efectos de reflejar lo más ampliamente posible la diversidad del universo. Para ello se buscó entrevistar alumnos que estuvieran en diferentes momentos de la carrera, desde el 1º hasta el 4º año y del Ciclo de Complementación Curricular; de género femenino y del masculino; con y sin experiencias de trabajo en enfermería. Se buscó también entrevistar alumnos con participación activa en el centro de estudiantes para indagar específicamente sobre la participación de los alumnos en esta organización.

Los grupos de alumnas del curso de admisión y de tercer año, estuvieron conformados por estudiantes que, además de cursar el mismo período de estudio, tenían lazos afectivos. Los dos alumnos de cuarto año que fueron entrevistados conjuntamente, pertenecen al Centro de estudiantes y tienen cargos ejecutivos.

Excepciones: se han incluido en el estudio a tres alumnas del Curso de admisión a la carrera, porque se consideró que sus testimonios enriquecían la muestra sin desvirtuar los aspectos teóricos ni metodológicos del trabajo. Téngase en cuenta, además, que las alumnas entrevistadas en esta condición, ingresaron y comenzaron la carrera.

**Características de la muestra.** Por tratarse de una investigación cualitativa, no se han establecido criterios numéricos ni de aleatoriedad para definir la muestra. Sino que, la cuestión

considerada fue, en términos de Suely Deslandes: “*¿qué individuos sociales tienen una vinculación más significativa con el problema a ser investigado?*” (77 p.33).

Partiendo de ese criterio, se entrevistaron treinta y seis alumnos, entre octubre de 2008 y febrero de 2010, once en forma individual y veinticinco en siete entrevistas grupales. De éstas, dos se realizaron con dos alumnos, dos con tres, una con cuatro, una con cinco y una con seis alumnos. En todos los casos los integrantes de los grupos pertenecían a la misma comisión, o sea que eran compañeros que estaban en el mismo momento de la carrera.

La muestra se distribuye, según género y según el ciclo y el año cursado de la siguiente forma:

**Cuadro 1. Distribución de los alumnos entrevistados según el género, el ciclo y el año cursado. UNLa, años 2008 y 2010.**

Ciclo y año cursado	Mujeres	Varones	Total
Curso de ingreso	3	0	3
1er año	8	4	12
2º año	5	2	7
3º año	6	1	7
4º año (Licenciatura)	0	2	2
Ciclo Complementario Curricular. 1er año	4	1	5
Total	25	10	36

**Fuente:** elaboración propia.

El primer ciclo, que otorga al egresado el título de técnico/a universitario/a en enfermería, se divide en seis períodos, que hemos agrupado, en los tres años a los que corresponden.

Las edades de los entrevistados, incluidos los del Curso de admisión (C de adm.) y los del Ciclo Complementario Curricular (CCC), van desde los 19 a los 52 años, con un promedio de 28,3 años.

El promedio de edad de las 3 alumnas del **C de adm.**, es de 22,6 años.

El promedio de edad de los 5 alumnos del **CCC** es de 42,6 años.

El promedio de edad de los 12 alumnos de 1er año es de 22,5 años.

El promedio de edad de los 7 alumnos de 2.º año es de 29,6 años.

El promedio de edad de los 7 alumnos de 3.<sup>º</sup> es de 31, 7 años.

El promedio de edad de los 2 alumnos de 4.<sup>º</sup> es de 23 años.

El promedio de edad de los 28 alumnos entrevistados de la Licenciatura (1<sup>º</sup> a 4<sup>º</sup> año) es de 29 años, en tanto que el promedio de edad del total de estudiantes regulares de la Licenciatura en Enfermería según el informe del Censo de estudiantes de 2005, fue de 30 años (78).

De acuerdo al género, los 28 entrevistados de la Licenciatura se dividieron en 19 mujeres y 9 varones, lo que representa un 68% de mujeres. En el año 2005, del total de alumnos de la Licenciatura, 83 % eran mujeres y 17 % de varones (78).

El cuadro completo con las referencias de los entrevistados se reproduce como Anexo 2.

**Las entrevistas.** Se realizaron un total de dieciocho, fueron administradas por el autor, en base a la guía elaborada, profundizando más en aquellos aspectos en los que los entrevistados pudieron aportar información más significativa, en función de su experiencia personal o familiar, como alumnos de la carrera o en su trabajo como enfermeros. Todas se realizaron en instalaciones de la UNLa, cuatro en la biblioteca, diez en aulas y cuatro en la galería o el espacio verde que rodea a los pabellones. El tiempo promedio por entrevista fue de alrededor de 40 minutos.

Las entrevistas fueron grabadas y trascritas íntegramente para su estudio, salvo una entrevista grupal realizada con alumnos de 1er año (referencias 11 a 15 del cuadro de referencias, Anexo 2) cuyo registro se perdió por cuestiones técnicas, por lo que se utilizaron las notas de campo que se habían tomado. Los entrevistados fueron informados previamente de la índole de la investigación y de las condiciones de anonimato. Todos se prestaron voluntariamente y firmaron un formulario de consentimiento cuyo modelo se reproduce como Anexo 3, al final del trabajo.

El contacto con los alumnos fue facilitado por otros docentes y por personal administrativo de la Carrera. Para las primeras entrevistas no se aplicó ningún criterio de selección más que la conformidad de los alumnos, pero a medida que se fue avanzando en el trabajo, la búsqueda se orientó a alumnos de alguna etapa o año determinado (CCC, 1er año), con experiencia de trabajo en enfermería, con participación activa en el Centro de estudiantes, para abarcar la mayor heterogeneidad posible.

En general, la disposición de los alumnos cuya entrevista había sido pactada con anterioridad fue mejor, se explayaron más y no tuvieron ningún tipo de limitación de tiempo. En

cambio entre aquellos cuya entrevista se resolvió en el momento, aun cuando la gran mayoría tuvo muy buena actitud de entrada, en algunos casos, al tiempo de entrevista comenzaban a dar signos de impaciencia.

En las primeras entrevistas se insistió más en completar el esquema de entrevista diseñado, y se buscó estimular a los entrevistados para que se extendieran en algunos temas que no habían sido previstos. Las últimas entrevistas fueron más dirigidas a determinados puntos que interesaba más indagar, la cuestión de género, que no había sido incluida en la guía de entrevista, y con los alumnos del Ciclo de Complementación Curricular, especialmente experiencias del trabajo y de la relación con médicos y pacientes.

**La guía de la entrevista** fue pensada y diseñada para investigar:

Nociones e imágenes que tenían los estudiantes sobre la enfermería antes de comenzar la carrera.

Motivos y razones que los llevaron a estudiar enfermería.

Ideas sobre el trabajo, las tareas y la gestión, en enfermería.

Creencias y experiencias sobre cómo es considerado el enfermero, y la enfermería, por los pacientes, los médicos y las personas en general.

Nociones y opiniones sobre aspectos económicos y laborales de la enfermería. Expectativas sobre su trabajo en enfermería.

Nociones y opiniones sobre la enfermería como profesión.

Nociones y opiniones sobre la ética en la enfermería y de sus organizaciones profesionales.

La Enfermería, la forma en que es considerada por los otros, sus aspectos laborales, etc. fueron abordados como temas, es decir, como unidades referenciales de significación compleja cuya pertinencia es más psicológica que lingüística, expresadas en forma directa y explícita o indirecta, como alusiones o metáforas (72).

**Debilidades de las entrevistas.** La destreza adquirida en la práctica clínica y docente no garantiza idoneidad para las entrevistas, puedo aseverar con fundamento, después de esta experiencia. Personalmente, no fue fácil pasar del lugar de quien pregunta conociendo las respuestas, al de quien pregunta para encontrar las respuestas. Reconocer la falta de destreza para entrevistar y los huecos de conocimiento sobre algunos temas fue una de las partes difíciles, pero más importantes del trabajo.

### **3) Procesamiento y Análisis de los Datos.**

La información obtenida en el trabajo de campo fue procesada y analizada en su aspecto cualitativo, con el objeto de comprender cuáles son las significaciones subyacentes debajo de los significados manifiestos. Para ello se buscó identificar y relacionar los contenidos de orden afectivo, con los que expresan valor y con las creencias y nociones, tomando en consideración los aspectos contextuales más relevantes, de las entrevistas y del espacio más alejado, o sea el marco social y económico que configuran la totalidad de estudiantes de la UNLa de 2005 y las condiciones sociodemográficas del municipio de Lanús.

#### **3 a. Primer procesamiento.**

**Trascripción de las grabaciones.** Todas las grabaciones de las entrevistas fueron trascritas por el autor, en forma completa, respetando y señalando las características paraverbales correspondientes, pausas, dudas, entonaciones, y también los énfasis, los gestos o actitudes en los casos más significativos.

**Sistematización.** Para organizar los textos según sus contenidos, se seleccionaron y clasificaron los fragmentos tabulando el material obtenido en planillas temáticas, una por cada tema, ordenando los textos según dos variables. La primera, de acuerdo al ciclo y al año cursado y la segunda, según hubieran sido entrevistados en forma individual o grupal.

Los temas elegidos para una primera organización del material fueron:

Por qué la enfermería (la elección de la carrera).

Qué es enfermería.

Enfermería como profesión.

Relaciones con los médicos.

De la relectura y el análisis de los fragmentos seleccionados surgieron otros temas que se consideraron significativos y útiles para una selección y un recorte más específico.

#### **3 b. Segundo procesamiento:**

Para la presentación y el análisis de los resultados de las entrevistas no se siguió el orden de la tabulación del primer procesamiento (por ciclo y año cursado y según fueran entrevistas individuales o grupales), sino que se prefirió jerarquizar el sentido de los fragmentos,

para facilitar la fluidez de la lectura y destacar las coincidencias, diferencias y oposiciones entre los testimonios.

Los fragmentos textuales y el análisis correspondiente están presentados en base a cuatro ejes básicos, subdivididos en temas cuya relevancia fue determinada de acuerdo a los resultados de las entrevistas. El material presentado en los diferentes temas o tópicos puede superponerse ya que éstos no constituyen campos excluyentes, por el contrario sus límites son artificiales, fueron metodológicamente adoptados para organizar el análisis y la interpretación de las significaciones. Los ejes y temas seleccionados para la presentación son:

**Por qué estudiar Enfermería.**

Historias de familia y otras.

La vocación y los factores económicos.

**Qué es la Enfermería.**

Qué es la enfermería.

Trabajo de mujeres.

Una ocupación escatológica.

Los Enfermeros Vistos por los Otros.

¿Mucamos o doctores?

Maltrato y violencia. Pasado y presente. Enfermeras de antes y de ahora.

El enfermero y el médico.

Buenas relaciones y relaciones jerárquicas.

Relaciones conflictivas.

**La Enfermería como profesión.**

El conocimiento y la formación.

Reconocimiento del Enfermero como profesional.

El monopolio del ejercicio, la jurisdicción.

Las agrupaciones profesionales.

Ética de la Enfermería.

La profesionalización y la actitud profesional.

**Trabajar en Enfermería.**

Dónde, en qué, trabajar.

La política y la enfermería.

La salida laboral.

### 3 c. Descripción, análisis e interpretación de los datos. Discusión.

La bibliografía no es uniforme al momento de definir estos procesos (72, 79, 80), de modo que explicitaremos brevemente el sentido dado a estos términos. En este trabajo, lo descriptivo refiere al proceso de exponer lo más significativo de la información empírica recogida en el trabajo de campo, lo cual conlleva, también un proceso de análisis e interpretación.

Aunque algunos autores diferencian el análisis y la interpretación como la instancia de presentación, el primero, y de articulación de lo descrito con los conocimientos teóricos, la segunda; preferimos coincidir con Romeu Gomes en que “*el análisis y la interpretación están contenidos en el mismo movimiento: el de mirar atentamente los datos de la investigación.*” (81 p.53). El “mirar atentamente los datos” constituye un proceso que implica relacionar las nociones más racionales con las expresiones de emoción y afecto y con los juicios valorativos, y también con las creencias, opiniones y prejuicios. Este proceso, que comenzó con las observaciones realizadas en la entrevista, continuó con las lecturas de las transcripciones y la selección de los fragmentos a reproducir y siguió reiterándose hasta el momento de cerrar la última conclusión.

**Discusión.** Este es un momento de reinterpretación en que se enfatiza la confrontación de los datos empíricos entre sí y con los aspectos teóricos rescatados de la bibliografía. De las discusiones se rescatan los nudos de significación más importantes, allí es donde se ponen en juego las definiciones y las referencias, las semejanzas, las diferencias, los contrastes, las tensiones, los cambios y transformaciones. Los afectos y los valores. Y es donde se van perfilando las formas en que los diferentes significados se van articulando.

El momento de interpretación y análisis enfoca sobre las significaciones específicas, relacionadas con los temas abordados, en tanto que los modelos de concepción son configuraciones semánticas de un nivel más abstracto, basados en significados relevantes para el sujeto.

**Sobre el punto de vista del investigador.** Dentro del marco social general, el mundo cotidiano del investigador, en lo que RH Pardo describe como el “*entramado y horizonte de significaciones previas, en el que vive y desde el cual da sentido a las cosas*” (82 p.93), pueden operar algunas particularidades, modificando y dando diferentes matices a esas significaciones. Daremos cuenta, brevemente, de algunas de esas particularidades, que van a “situar” al autor

de este trabajo en un punto de vista singular. La triple condición de varón, médico y docente de la carrera, constituye, a priori, una combinación que, alerta sobre la posibilidad de algún sesgo en las respuestas de los entrevistados: por pudor, temor o inhibición; por reproducirse, en algún modo, la asimetría docente-alumno, médico-enfermero y también el de varón-mujer. A estas características cabe agregar, además, que ésta fue la primera experiencia en este tipo de entrevistas.

La actitud observada en general, de apertura, confianza y espontaneidad, sumada a la variedad de respuestas y al abordaje de algunos temas que implican cierta intimidad y compromiso personal, estarían indicando que los entrevistados no se han sentido inhibidos o intimidados por la situación.

Es importante señalar la existencia de otros factores, de orden personal, que podrían ejercer influencia en el análisis y la interpretación de los resultados:

La *herencia cultural*, vinculada con el origen familiar campesino-japonés. La sociedad japonesa de la preguerra, en la primera mitad del siglo XX, regulaba rígidamente sus jerarquías de acuerdo a diferentes criterios, la generación, la edad, la ocupación y el género entre otros. Ser campesino en aquella época, sobre todo si se era originario de alguna isla alejada de los centros universitarios, limitaba hasta tornar imposibles las expectativas de alcanzar ese nivel de estudio y, a consecuencia de ello, la distancia social creada entre los que habían recibido ese tipo de educación y los que no, era muy amplia<sup>4</sup>. La influencia de este antecedente puede colaborar a la comprensión del significado afectivo y el valor que representa ser el primer universitario de una familia pero, por otra parte, puede llevar a percibir las diferencias, entre hombres y mujeres, entre docentes y alumnos o entre las distintas profesiones como que son “las diferencias que deben ser”.

La *diferencia generacional*, téngase en cuenta que al momento de la profesionalización de la enfermería (en 1991), ya había transcurrido prácticamente todo el tiempo de formación, de grado y de posgrado. En cuanto a la diferencia de edad, en tanto la del investigador era (durante el período de entrevistas) de 56/57 años, el promedio de los alumnos entrevistados fue de 28 años.

La *localidad*: la crianza y educación en la Ciudad de Buenos Aires y la práctica profesional ejercida, casi exclusivamente, en la misma ciudad implican, por un lado, la falta de experiencia directa sobre las prácticas en el conurbano y por otro, el riesgo de cargar con cierto prejuicio de los profesionales “de la Capital” que tienden a desvalorizar la calidad de los servicios de salud del conurbano.

---

<sup>4</sup> Sobre este tema pueden consultarse “El crisantemo y la espada” de Ruth Benedict o “Teoría Z”, de William Ouchi.

*La identidad profesional.* La formación y la práctica médica, no solo pueden conspirar contra las posibilidades de comprender los significados de la enfermería “desde la enfermería” sino que, además, el contacto y la familiaridad pueden llevar a confundir prejuicios con observaciones. El prejuicio de “saber de qué se trata” constituiría una forma de “ilusión de transparencia” el “obstáculo epistemológico” sobre el que alerta Pierre Bourdieu (72, 83, 84).

*La posición docente.* La asimetría que se establece en la relación entre el docente y el alumno es inherente a la misma función docente y, si bien esta asimetría no tiene por qué extenderse a otros temas, la idea de “saber más que el alumno” podría estar operando sin que hubiera conciencia de eso. Además, el trato con los alumnos es una fuente de abundante información “silvestre”, es decir, no controlada y expuesta a las deformaciones que las prenociónes y prejuicios ocasionan.

*La situación socioeconómica.* No haber tenido la necesidad de trabajar durante la época de estudiante, podría dificultar la comprensión de lo que significa sufrir la opción de trabajar o estudiar o la de tener que pensar o elegir la carrera condicionado por factores económicos.

Estos factores, que seguramente ejercen su influencia operan a un nivel no consciente fueron tenidos en cuenta y vigilados durante el proceso en conjunto con la directora de esta investigación.

#### **4) Devolución de Resultados.**

En esta etapa se prevé organizar un espacio de devolución, invitando a autoridades, docentes y alumnos de la UNLa a discutir los resultados de la investigación. Como se dijo en la Introducción, llegar a compartir los significados es uno de los objetivos de la Educación y, en este sentido, discutir los significados de la enfermería, por fuera de los espacios cotidianos de la enseñanza, en forma abierta y participativa entre todos los actores involucrados, podría ser un aporte para el proceso de profesionalización.

## **IV) SIGNIFICACIONES DE LA ENFERMERÍA. PRESENTACIÓN y ANÁLISIS de los RESULTADOS de las ENTREVISTAS.**

En esta sección se presentan los resultados y el análisis de las entrevistas. Se reproducen fragmentos textuales en los que los entrevistados se refieren a temas y cuestiones relacionadas con los significados de la enfermería, acompañados de los comentarios y análisis correspondientes. Los diferentes tópicos están agrupados en los temas 1) Por qué estudiar enfermería, 2) Qué es la enfermería, 3) La enfermería como profesión y 4) Trabajar en enfermería.

### **1) Por qué Estudiar Enfermería.**

Este apartado trata sobre las razones de la elección de la carrera, cuyo conocimiento consideramos de la mayor importancia para la comprensión de los significados de la Enfermería. Klimovsky e Hidalgo dicen, refiriéndose al tema: “*...la comprensión completa de lo que ocurre en una comunidad solo puede lograrse si se captan las motivaciones, las intenciones, los significados y los afectos que gobiernan nuestras acciones.*” (85 p.210)

En la literatura (4, 34, 67), algunos de los motivos más comúnmente relacionados con la elección de la enfermería son la vocación, la salida laboral y las posibilidades de un trabajo permanente y el prestigio y el ascenso social. Veremos en el desarrollo que, si bien las respuestas de los entrevistados pueden enmarcarse también en estos temas, las circunstancias y los detalles agregados les dan ciertos matices que enriquecen los significados de una forma sustancial.

#### **1 a. La influencia familiar y otras influencias.**

Al ser interrogados sobre las razones que incidieron en la elección de la carrera, los entrevistados mencionaron diferentes razones y circunstancias, la influencia de algunas personas, de los medios familiares o ajenos a éstos, la vocación, factores económicos, y otras, que veremos a continuación.

María (1.º, 18 años) cuenta que una tía, desde siempre, la orientó a elegir la carrera porque

*...ella ama enfermería, es su vocación, y ella siempre dice que se sintió útil y por más que pueda hacer otras carreras decidió hacer eso. (Ref. 6)*

La tía de María pone el acento, según nos refería ella, al amor por eso que hace, al *sentirse útil*, que es una forma de *servir*, de relacionarse con los otros de un modo altruista; y a que se trata de una decisión propia, un camino elegido entre varios.

Flavia (1.º, 18 años) nos dice:

*...yo tengo un tío, que también, me convenció, dijo que tenía rápida salida laboral y, nada, me mostró como era, estaba bueno. El era auxiliar, pero después se hizo profesional, sigue estudiando [...] dice que es muy bueno, a él porque le encanta ¿no?, me convenció, [...] él hace diálisis y me dijo que es lindo ayudar a las demás personas, cuidar. (ref. 5)*

Una carrera con rápida salida laboral y capaz de producir las satisfacciones que su tío manifiesta, pueden ser una combinación bastante convincente, por lo menos así fue con Flavia.

Por su parte, Alan (1.º, 19 años) nos contaba de su mamá que es auxiliar, y una tía que está cursando el segundo año de la licenciatura, pero sin el entusiasmo y la convicción que se observaba en María y Flavia:

*No, me dicen que es bueno porque..., bueno, ayudás a mucha gente y bueno, también porque tiene una buena salida laboral, cuando te recibiste. Pero, después no hablamos mucho, ellas están en sus cosas y yo en las mías, lo único que le importa que venga y estudie algo. (ref. 8)*

En la última frase, Alan expresa cierto disgusto por el hecho de que a su madre solo le importe *que vaya y estudie algo*. La impresión, que daba Alan, era la de alguien que hace lo que está haciendo a falta de una opción mejor.

Para Paula (2.º, 26 años) la influencia llegó salteando una generación, ella atribuye su inclinación hacia la enfermería a la influencia de una abuela:

*Llegué, en parte porque fue una convicción familiar, porque mi abuela siempre quiso estudiar enfermería, y en el momento que se decidió no pudo*

*hacerlo por la edad, ya tenía, era mayor de cuarenta y cinco años, y no la aceptaban en los Institutos... (Ref. 18)*

La abuela cuidaba enfermos, internados en hospitales o en su domicilio

*Eh, y ella era una enamorada, eh, ella siempre, que quizás por eso yo también me oriento, a la persona, de cuidarla a la persona, integralmente. Ahora, le puedo poner un concepto que se extrae de la carrera pero, yo siempre digo que ella era, más allá de ponerle una chata, de conversar con la persona de, que esté bien, que eh, integrarse al entorno familiar, el cariño que tení..., la interacción que se forma entre, entre el cuidado y el cuidador. (Ref.18)*

Y en la placidez de la expresión y del tono de la voz, puede sentirse que la abuela es para Paula, realmente alguien significativo, con mucha cercanía afectiva, capaz de influir positivamente en una decisión tan importante como la elección de la profesión y, tal vez, también en la forma de ejercerla. Es como si Paula viniera a continuar, y a perfeccionar, aquello que empezó alguna vez con su abuela. Así vemos cómo los términos y los conceptos nuevos, la interacción entre el cuidado y el cuidador, el cuidado integral, vienen a articularse con aquello que Paula recuerda que su abuela le decía. De este modo, no solo accede al significado de los nuevos términos sino que, además, éstos se hacen significativos. El aprendizaje es significativo cuando lo nuevo se integra con lo conocido, y esa *significatividad* es más firme cuando está relacionada con un afecto.

La vocación no nos exime de las preocupaciones económicas, la abuela de Paula, también le señalaba las posibilidades de la enfermería:

*...ella me incentivó, en verdad como salida laboral, porque, el auxiliar se pide mucho en los diarios y, en verdad, sí, es una salida laboral porque vos empezás a manejar, técnicas, que en el propio barrio te ayudan, a poner inyecciones y ganarte aunque sea, diez, siete pesos, lo que puedas eh, obtener. (Ref. 18)*

Alba compara a un hermano, licenciado en enfermería, que trabaja en el “Hospital Penna” con una hermana, enfermera profesional, que trabaja en un centro privado:

*Él es una persona que admiro mucho porque, él, hace su trabajo con gusto. Se siente motivado aparte del sueldo, es como que le gusta la carrera. En cambio tengo otra hermana que es también enfermera, no hizo la licenciatura, y trabaja en un, en una clínica privada de diálisis. Y a ella no le tocó todavía hacer lo que es enfermería en sí, higienizar, brindar..., estar en contacto con las personas, ella está en contacto con las personas pero está a través de máquinas. (Ref. 4)*

Ella admira a su hermano porque ve que hace su trabajo con gusto, con una motivación y un placer que van más allá de la retribución económica, en cambio a su hermana, no le nota tanto entusiasmo, y ella supone que tal vez se deba a que trabaja en diálisis, manejando máquinas y sin contacto con personas, o sea que estaría desarrollando una labor que no despierta su interés y parecería que, para Alba, eso no es, en sí, enfermería. La figura del hermano parece haber tenido una influencia decisiva en su elección, ya que se erige como un modelo de compromiso y satisfacción personal vinculados con la profesión y por otra parte fue quien le señaló las posibilidades laborales y de ingreso económico que, según refirió, para ella son muy importantes porque sueña con un proyecto político y social para el cual requeriría contar con una entrada importante.

*Claro, porque, hay salida laboral, si uno trabaja, se esfuerza, hace horas extras, puede juntar plata y, esa es una forma para... Mi objetivo, por ejemplo, es crear comedores, ayudar y hacer, ¿cómo se dice?, salud pública en el barrio, en el barrio más que todo. Y bueno, si se puede, poder avanzar, trabajar en el Ministerio de Salud, y poder abarcar la problemática de las salitas, también, que hay. (Ref. 4)*

Alba confía que el ejercicio de la enfermería le permitirá alcanzar una base económica como para poder llevar adelante un proyecto de tipo social. Pero sin desconocer la importancia que tiene el hecho de que al enfermero le guste lo que hace y que trabaje con compromiso.

*Esto es lo que, lo que yo busco, el compromiso y el cariño por la carrera, cosa que no se puede ver en un montón de personas; no, no generalizo porque siempre hay gente como, eh, jefes o alguien, siempre vas a encontrar un enfermero, o alguien siempre va a haber, que realmente le guste la carrera.” (Ref. 4)*

La familia de Marina (2.º año, 20 años) es lo que podría llamarse, con todo derecho, una familia de enfermeros:

*...todos en mi familia, son todos enfermeros. Mi mamá, tengo cinco tíos, mis dos tíos varones son enfermeros, mis tías mujeres también son enfermeras, todas son enfermeras, y es como que, no sé, me gusta, me gustaba escuchar cuando hablaban de, de los pacientes, de cosas así, del hospital me interesaba, siempre me quedaba escuchando y, y me gustaba. Y dice: -yo quiero ser enfermera. (Ref. 17)*

Las cuestiones relacionadas con la enfermería son para ella, temas “familiares” en el sentido de que tienen que ver con su familia y en el de que son cotidianos. A ella le gusta escucharlos hablar de los pacientes, de hechos y circunstancias del trabajo. Tanto sus tíos como su mamá están trabajando en establecimientos privados prestigiosos, donde se atiende a gente de buen nivel económico y, a pesar de que algunas veces tienen algunas quejas, nos decía Marina, en general están conformes y contentos con su profesión. Parecería que elegir la carrera fue para ella, una decisión “natural” aunque, recuerda, las compañeras del colegio decían que ella no tenía el perfil, porque era demasiado “fifi” (fina, remilgada) para trabajar en enfermería y por otra parte, ella también tenía una marcada inclinación por la psicología. Se desarrollará este último punto, de la decisión entre dos carreras, más adelante.

Hay casos en que la motivación parece arraigar en momentos lejanos de la infancia. Verborrágica y enfática, Ana (2.º, 22 años) relata:

*¡Huy, lo mío viene de familia ya! Mi mamá empezó a estudiar cuando yo tenía ocho años, y tenía mis hermanitos, mis dos hermanos bebé, entonces, y yo la veía a ella, el esfuerzo que hacía, para poder estudiar, y los exámenes, y que se quedaba noches estudiando con la estufa al lado, tapada con una frazada, este, después al, al tiempo, primero hizo el auxiliar, en Cruz Roja, después hizo el profesional, después estudió mi papá, el auxiliar, y hace unos años, unos años atrás vino a hacer la licenciatura acá mi mamá. Y de repente, es como que, digamos, crecí entre jeringas y cosas así, y escuchar, hablaba o, qué se yo, o capaz que me daba una jeringa para jugar a mí, y así me empezó a gustar. (Ref. 2)*

Ana hizo el curso de auxiliar, también en la Cruz Roja, y trabaja cuidando enfermos en domicilio, se percibe en lo que dice y en la sonrisa y el énfasis, el entusiasmo y la satisfacción que su actividad le produce y las ganas de contarlo. Por otra parte, en su relato transmite un sentimiento de identificación de todos, sus padres y ella, con la enfermería. Una suerte de desafío, de voluntad de superación y de satisfacción, compartidos en una historia que ha creado un nexo, una especie de identidad familiar. Las expectativas de Ana ya superaron la confrontación con el mundo de la enfermería “real”, tanto en las prácticas del curso de auxiliar, como en el trabajo que desarrolló después. Y hoy día, la experiencia le confirma lo acertado de su elección:

*Bueno, para mí abarca un montón de cosas ¿no?, porque más que nada, a mí, me llena, es una satisfacción propia, lo que yo hago, por ejemplo, la nena que yo cuido cuando se pone mal y yo veo que, que yo la saco, que empieza a desaturar<sup>5</sup> y que yo le hago un montón de cosas, un montón de procedimientos y, y la puedo sacar y la puedo hacer que ella esté mejor es como una cosa, decir que, algo que a mí me llena, o sea.” (Ref. 2)*

Ella trabaja cuidando enfermos en domicilio. Cuando hablaba daba la impresión de que, realmente, no necesitara otra cosa para sentirse plena y ser feliz.

El de Alicia (3.º, 27 años) es un caso que tiene alguna semejanza con el de Ana, ella recuerda cómo jugaban con su hermano en la enfermería, cuando su mamá los llevaba para sus controles pediátricos al hospital donde trabajaba (y aún trabaja) como enfermera.

*“Entonces, más o menos, teníamos una idea pero no mucho, porque ella no nos dejaba ver a los pacientes pero, estábamos en la sala donde se podía estar, veíamos a los otros enfermeros, cuando venía el médico, que no venía mucho pero..., o nos hacía jugar con la silla de ruedas, dormir en camilla, ver la medicación, ver todo, como son, pero no ver cuando ella aplicaba inyecciones, a veces.” (Ref. 28)*

Alicia está terminando el primer ciclo de la carrera y si bien después de haber pasado por las prácticas en los hospitales, cree “*tener estómago*” para la enfermería, aun le falta ver

---

<sup>5</sup> la saturación de oxígeno en sangre se mide para controlar la evolución de enfermos con diferentes patologías.

cómo responderá en el momento de actuar. Para el lenguaje común, *tener estómago* significa tolerar y no flaquear ante situaciones nauseabundas o que producen asco o repulsión; se supone habitualmente, que es una virtud imprescindible para trabajos como la medicina o la enfermería.

Para Ana y Alicia la enfermería no era una actividad extraña y amenazante sino algo familiar y amigable. Ellas se fueron familiarizando con el ambiente y con los instrumentos de la enfermería desde chicos, de modo que no crecieron con la aprensión y la desconfianza que los niños suelen tener por estos lugares y trabajos. Jugando fueron incorporando la enfermería en su vida, en contacto con las jeringas, las camillas y las sillas de rueda. Optar por aquello que nos resulta familiar y conocido puede disminuir las ansiedades de la incertidumbre y producir la engañosa impresión de tener el control y el manejo de las cosas, impresión que la práctica podrá desmentir, reforzar o encarrilar. Curiosamente, Alicia comenta que su madre, lejos de alentarla, se opuso tenazmente a que estudiara enfermería y recuerda que insistió hasta el último momento que no se anotara en esta carrera.

*-No te vayas a anotar, no te vayas a anotar en enfermería, por favor, elegí otra carrera, algo de Informática, algo en una oficina, no, no, no trabajes de esto, - me decía. Así me decía, hasta que me convenció y no me anoté en eso. (Ref. 28)*

Así fue que comenzó a estudiar otra carrera, la que abandonó al año para finalmente recalar en la enfermería, tiempo después. La madre de Alicia nunca le aclaró por qué se oponía tanto. Tampoco su padre estaba muy conforme con la elección:

*Él, no, él tampoco estaba muy de acuerdo, pero no me insistía tanto. No, lo que pasa es que, es como que siempre los padres quieren, como que sean más los chicos. (Ref. 28)*

Es decir que el padre de Alicia consideraba que la enfermería era “poco” para ella. En el caso de Ailén (2.º, 19 años), cuya mamá es auxiliar, la oposición paterna fue mayor y más activa. Al padre le parecía que la enfermería se trataba de algo secundario, y aún después, cuando estando ella en la carrera, quería explicarle que se trataba de otra cosa, él contestaba:

*-vas a ser como tu mamá, -porque mi mamá tiene una, se operó de una hernia de disco, me dice, -vas a terminar como tu mamá, con la columna rota. -*

*Bueno, pero es algo que yo elegí, si yo quiero terminar con la columna rota, es mi columna.*

- Ahá,

*- O sea el cuestionamiento fue, de la no enfermería, fue de parte de mi papá, ese fue el cuestionamiento, siempre fue el que, mi papá quería que yo fuera igual que mi hermana, mi hermana se recibió de asistente social, yo me tengo que recibir de asistente social, mi hermana tuvo un hijo, yo tengo que tener un hijo, mi hermana estudia tal cosa, yo tengo que estudiar tal cosa, yo tengo que ser igual que mi hermana, como que en esto él no, mi papá nunca me apoyó. Pero mi mamá sí, de las personas que están, o sea, en mi entorno, también me apoyan, como es mi novio, como es mi abuela, me apoyan, pero siempre, o sea, lo opuesto lo vi de parte de mi papá, básicamente. (Ref. 16)*

Un detalle interesante para señalar del relato de Ailén, es que ella resuelve su elección, en contra de la opinión del padre, y queda bien clara su resolución de continuar con la carrera a pesar de las advertencias del padre, más bien daba la impresión de que la oposición paterna más la reafirmaba en su decisión. De algún modo, la carrera representa para ella, un doble desafío, por lo que es en sí misma y por la oposición paterna.

Las madres pueden generar diferentes tipos de influencia, y de diferentes modos, Patricia (3.º, 48 años) nos dice:

*...carga sobre sus hombros, la enfermería, un mito antiguo que decía que la enfermera era mala, que era violenta, y todavía se carga con eso. Será por eso que yo no quería la enfermería, nunca me gustó, esto es lo que mi mamá me decía a mí: -¡eran de malas las enfermeras!, -y yo tenía ese fantasma de la enfermera... (Ref. 25)*

La opinión de la madre, según lo que refiere, no fue decisiva para la elección de Patricia, por lo menos no del modo que podría esperarse ya que era bien desalentadora pero, de cualquier manera, la sola mención del recuerdo nos habla de la vigencia que la influencia materna conserva.

Juan (4.º, 23 años) recuerda que en sus internaciones en el Hospital de Niños a raíz de un defecto cardíaco por el cual tuvo que ser intervenido, a quien más cerca suyo sentía era a un enfermero.

*...yo tengo una insuficiencia aórtica, un soplo, es un problema desde chico y, y siempre veía como la gente, estaba encima mío, y el que más realmente estuvo, y el que sabía más mi nombre, y el que siempre me hacía reír, desde chico, de chico siempre fui muy callado, que no me gustaba, que me molestaba el hospital desde chico. Obviamente por todas las cosas, todas las cosas que yo sufrió no me gustaba, entonces, la única persona que se me acercaba siempre y me traía juguetes, o un globo, chocolate, era un enfermero... (Ref. 31)*

Y cuenta Juan que, siendo ya más grande, al encontrarlo en una oportunidad en que había ido al hospital para un control, este enfermero le preguntó qué pensaba hacer de su vida, y ante la respuesta, que todavía no sabía, le propuso

*¿Me querés acompañar para ver qué es lo que yo hago? (Ref. 31)*

Y continúa relatando Juan:

*-Entonces hice todo el recorrido con él, el hospital, hizo todo APS, bueno, cuando iba caminando por todo el hospital, todos desde los de seguridad hasta los de limpieza lo saludaban. Entonces, como que me hizo una epifanía. Es decir, me gustaría hacer esto, entonces, ahí es como yo llegué a, a estudiar y hoy por hoy ya a recibirme de enfermería. (Ref. 31)*

La impresión que el relato produce es que lo que fascinó a Juan, parece haber sido, por un lado, el reconocimiento y la consideración que pudo percibir; y por otro, lo que el enfermero hace cuando no está ocupado en el cuidado de los pacientes.

También las amistades pueden ejercer su influencia en la elección de la carrera. Luisa, (C de adm., 19 años) cuidada en su arreglo personal y en su vestimenta como una joven de nivel socioeconómico medio, comenta que en su familia no hay nadie dedicado al trabajo en salud, y que todo empezó gracias a Ana:

*Fue por ella, yo empecé a conocerlo por ella. [...] Estee, porque yo estaba indecisa, no sabía. Yo hace un año que terminé el secundario, no sabía qué estudiar, y con ella [Ana] veíamos documentales de enfermería y, y me interesaba, me empezó a interesar, entonces, este, fuimos a una expo, y ahí conocimos que*

*acá se podía estudiar eso. Entonces vinimos y nos inscribimos y acá estamos. Acá estamos, y cada vez nos interesa más. (Ref.1)*

Luisa se contagió del entusiasmo de Ana, y se decidió a hacer la carrera. Ella no había tenido contacto directo con servicios de salud, por lo que ilustraba sus expectativas con las imágenes de televisión; en otro momento de la entrevista aclararía que al decir “documentales” se refería a la serie americana, *ER Emergencias*. No es improbable que Luisa y Ana eligieran ver esta serie no solo por sus características dramáticas o por los actores que en ella trabajan; esta producción se destaca de otras que también tratan sobre temas médicos, en que reserva para las enfermeras un papel más relevante, no solo en las vicisitudes sentimentales, en las que la joven y hermosa jefa de enfermería tiene un rol protagónico, sino también por la importancia que se le da al papel que cumplen en el servicio. En algunos de los capítulos (vistos a raíz de este comentario) pudimos observar diferentes situaciones, de violencia familiar o de catástrofes, en las que las enfermeras intervienen con gran profesionalidad, con conocimiento, intuición, empatía y sentido común, y en las que quedan tan bien, o hasta mejor paradas que los médicos, y se ven también algunos conflictos y enfrentamientos entre médicos y enfermeras, relacionados con las formas de coordinar las funciones de los que ellas salen airoosas. Aunque, cabe aclarar, los papeles principales son de los médicos, varones.

#### **1 b. La vocación y los factores económicos.**

Daniel (4.º, 23 años) cuenta que desde que era estudiante secundario tenía claro que quería trabajar en salud, inclinación que según interpreta, sería consecuencia de haber padecido asma de niño, y recuerda que su conocimiento de la enfermería como una opción posible e interesante fue gracias a un profesor:

*Terminando la secundaria un profesor nos, nos preguntó qué queríamos estudiar cada uno y, bueno, hubo un grupo que decía que quería estudiar medicina y ahí nos empezó a decir que, que enfermería era una carrera que estaba en ascenso que, que por ahí tendríamos que ver qué onda enfermería y nos llevó a recorrer un par de lugares donde estaba enfermería entre esos vinimos a la UNLa, nos dio una charla Ramón [el director de la Carrera] y fuimos al Británico también, nos dio una charla una señora y ahí nos empezamos a, me empecé a interiorizar en lo que era la enfermería y me di cuenta que me gustaba más ser enfermero,*

*una vez que conocía más o menos, muy por encima, las funciones de un enfermero con lo que me había dicho Ramón y con lo que me habían dicho en el Británico. Yo quiero ser enfermero antes que ser médico. Me interesaba más la, el contacto con el paciente, que era algo más social y después una vez que entré en la carrera ya me convencí totalmente. (Ref. 30)*

¿Medicina o enfermería? es un dilema que no podría siquiera plantearse quien desconozca la enfermería como una carrera profesional, es decir, ¿cómo elegir o preferir aquello que se desconoce? El relato de Daniel pone en evidencia el desconocimiento que él tenía de la enfermería; para muchos, la forma “natural” de encauzar la inclinación por el trabajo en salud es la medicina, natural por ser la más conocida y difundida. Es instructivo ver cómo la preocupación de aquel profesor le permitió descubrir la enfermería y ampliar el espectro de su elección. El caso de Carlos (CCC, 45 años) es uno de esos ejemplos infrecuentes de vocación temprana que se sostiene en el tiempo. Con evidente y firme convicción, decía:

*-No, lo mío es vocación, desde que tengo uso de razón, no es que surgió a los dieciocho ni nada, yo creo que a los cinco, seis años ya sabía que iba a hacer esto.*

*- ¿Había alguien enfermo en tu casa?*

*- No, no, nadie, no. Yo ya cuando iba a la escuela primaria, ya me encargaba del botiquín de la escuela.*

*- ¿Ya te gustaba?*

*- Me gustaba y yo sabía, aprendí los primeros auxilios, cuando tenía doce años leía a escondidas libros de medicina, de salud, porque pensaba que eran prohibidos, entonces los leía a escondidas de mis tíos, y leía todo. (Ref. 32)*

Y cuenta que a los quince años empezó a ayudar a las enfermeras de una sala de primeros auxilios del barrio y que al terminar el secundario hizo el curso de auxiliar en la Cruz Roja. Ahora, casi treinta años después, está terminando el primer año del Ciclo de Complementación Curricular para la licenciatura. Y se percibe, por lo que dice y por el entusiasmo que pone, que aún conserva el gusto por la lectura, el estudio y el trabajo que tenía al comienzo.

Los motivos de Felisa (3.º, 44 años) son similares a los de Carlos, ella relata que siempre se sintió atraída por la enfermería:

*Era, para mí era una meta, era la meta a seguir, era, eh, lo que yo siempre quería ser, lo que pensaba que iba a hacer, este, a lo que me iba a dedicar y, y bueno desde el principio, en mi juventud me, me propuse estudiar y lo logré pero en el nivel más bajo [el de auxiliar], y como no tuve la oportunidad de trabajar un largo tiempo decidí, después, de unos, 17 años, hacerlo profesionalmente, o sea, dedicarme directamente al, al estudio profesional de la carrera. (Ref. 24)*

¿Y qué era lo que le gustaba a Felisa de la enfermería, por qué le llamaba tanto?

*Eh, porque estaba al lado del, del enfermo, del paciente que necesitaba, simplemente eso, y nunca pensé en ser médico, ni otra cosa, ninguna otra cosa, o sea yo hice otras cosas en mi vida, trabajé en otras cosas pero ninguna me, me causó ninguna satisfacción. (Ref. 24)*

Felisa planteó, explícitamente, la contradicción entre el interés económico de algunos compañeros con los sentimientos que involucran la vocación enfermera:

*...entre nuestros compañeros, hay gente que lo está pensando desde, desde el punto de vista económico: 'yo tengo un trabajo y voy a ganar plata'. Otra gente lo hace porque, realmente lo siente, es otra clase de sentimiento, uno pone, pasión. (Ref. 24)*

Felisa dice pasión, pero en su forma de expresarse, si bien hay convicción no se observan el fervor y la fuerza que esperamos ver en la pasión. Carlos y Felisa no tienen familiares ni parientes que trabajen en salud; médicos, enfermeros, psicólogos, nadie. Tampoco mencionan algún episodio en particular que le hubiera despertado la inclinación por la enfermería. Simplemente, era lo que sentían que querían hacer, y según su propia experiencia, no estaban equivocados. Pero hay una diferencia, Felisa declara que nunca pensó ser médica, en cambio Carlos sí, él había comenzado a estudiar medicina pero tuvo que abandonar porque le exigía recursos económicos y un tiempo, de los que no disponía. Sin embargo, Carlos declaró no sentirse frustrado, ni por el hecho de no ser médico, ni por la cuestión económica, por el contrario decía:

*...yo me siento satisfecho, satisfecho, autorrealizado, porque lo mío pasa primero por una cuestión moral, si yo las cosas las hago bien, yo me siento bien, si yo ayudo a alguien y ese que ayudo a alguien se sintió bien, aunque se haya muerto, yo me siento bien, entonces, a mí me da satisfacción personal, el poder servir, es una cuestión mía, y no pasa por la plata. (Ref. 24)*

Según Carlos, la satisfacción pasa por hacer las cosas bien, por sentirse bien uno y que también se sienta bien el otro; por servir, es decir, por ser útil. Y esto va más allá del desenlace, que algunas veces es la muerte. A pesar del orgullo declarado por la profesión y de la autorrealización personal, Carlos dejó traslucir un dejo de resignación al contar que no había podido estudiar medicina, y cierto enfado ante el insuficiente reconocimiento económico de la profesión. El significado vocacional de la enfermería podría estar atado también a la resignación. Eliana (C de adm, 31 años) menciona, admirada, la relación conflictiva entre lo económico y la vocación

*...creo que es realmente por vocación lo que hace la mujer y está ahí [la enfermera], a veces tiene seis pacientes y es ella sola en terapia, y yo, creo que, se trata un poco, pasa por la vocación y el interés que tenga cada uno, porque por lo que es por lo financiero creo que muchos dejarían, porque, no, no pagan bien. (Ref. 3)*

No siempre el llamado de la vocación es tan claro y rotundo. A veces despierta a partir de alguna experiencia en el cuidado de algún familiar, como es el caso de Marisa (CCC, 39 años) quien dice:

*...uno, creo, que siempre se inicia en su hogar con algo, un familiar que se muere, que se enferma, y bueno, yo tuve así, un tío que mucho tiempo estuvo enfermo. (Ref. 34)*

Trabajar en enfermería requiere ciertas condiciones, por lo menos, que no sea intolerable, completa ella:

*Entonces me interesó, me interesó y así empecé con la enfermería, vi que no era chocante para mí, que lo podía tolerar bien, eh, no es algo que ¡Uy, cómo me gusta, no quiero salir de la clínica! no. Pero sí, la llevo bien, digamos. (Ref. 34)*

Una expectativa mesurada como la de Marisa puede ser tan auspiciosa como algún entusiasmo más fervoroso, ella ahora está terminando el primer año del CCC y proyecta para después de la licenciatura dedicarse a estudiar alguna especialidad.

Ivana, (CCC, 28 años) compañera y amiga de Marisa, descubrió la enfermería de una forma parecida, cuidando una tía que se encontraba internada. Ahí en el hospital fue que las enfermeras le enseñaron a hacerle las curaciones y a tomar los signos vitales. Ese fue su primer acercamiento, que derivó después en la elección de la carrera. Como decía Nightingale, a las mujeres, alguna vez, les toca hacer de enfermeras. Y parece que no pocas veces, esa puede ser también la forma de descubrirla. Eliana (C de adm. 31 años) ratifica la importancia del antecedente del cuidado de algún familiar con su relato:

*Yo lo viví con mi abuela. Estuvo internada tres meses en el hospital, y bueno nosotras, mi mamá, mis tíos, mis hermanas y yo nos turnábamos para que no esté sola, la rotábamos porque tanto estar acostada se le habían hecho escaras ¿no?, entonces comprábamos cremas y, y la cuidábamos, entonces yo, a mí me quedó, yo sé que si hoy tengo que cuidar a un paciente, abuelito que está postrado no [va a dejar que se escare], voy a tener ese cuidado, de rotarlo, que no esté quieto, de higienizarlo, de ponerlo fresco, ponerle talco, maízena y cremas, estar atenta, a eso. (Ref. 3)*

Por otra parte, Eliana declara su intención y preocupación por hacer las cosas mejor para que no ocurra con algún *abuelito* aquello que había pasado con su abuela.

El contexto, las vicisitudes económicas y la intervención de un amigo, fueron decisivos en el caso de Fernando (2.º, 36 años), quien relata:

*Yo estaba trabajando como radiólogo en el 2001, en medio de la crisis, de De la Rúa<sup>6</sup> y toda esa historia que ya conocemos, y trabajaba en una clínica, acá en*

---

<sup>6</sup> En diciembre de 2001, luego de un largo período de recesión, se produjo una crisis económica y social de gran magnitud. El gobierno nacional, mediante un decreto limitó el retiro de los depósitos bancarios a una cantidad máxima por día, lo que llevó a una interrupción de las cadenas de pagos. Finalmente el Estado Argentino entró en

*Lanús Este, que me debía dinero, otra clínica, también de Lanús, que me debía dinero, y estaba trabajando haciendo guardias en otra clínica en Constitución. (Ref. 20)*

Y a través de un amigo, auxiliar de kinesiología, que cuidaba pacientes en domicilio, y que viajó al interior por un trabajo se le abrió la posibilidad de reemplazarlo en esta actividad. Era un trabajo por cuenta propia cuyas condiciones se establecían directamente con las familias de los pacientes, y por el cual recibía el pago en forma efectiva, en tiempo y forma, y así pasó:

*...de cero ingreso y no cobrar los cheques y los patacones<sup>7</sup>, y qué sé yo, a 2200 mangos así. (Ref. 20)*

“La necesidad tiene cara de hereje”, se suele decir, para justificar alguna acción realizada por el interés de salir de un mal trance. Básicamente, además del acompañamiento a los pacientes, las obligaciones de Fernando consistían:

*...en los cuidados, la higiene y confort del paciente, la rehabilitación, caminar, masajes, el paso de medicación, bueno, lo que hace un enfermero, y dije: esto es lo que a mí me interesa y ahí, en el medio de esta crisis yo resolví una cuestión que tenía, intrínseca, de si ser médico o ser psicólogo, o seguir siendo técnico radiólogo, y limitarme a disparar un equipo, o manejar un resonador, sin involucrarme en la cuestión del paciente, y dije: esto es lo que me interesa. (Ref. 20)*

La decisión de comenzar a trabajar cuidando pacientes, de acuerdo a lo que el mismo Fernando relata, no estuvo exenta de cierta audacia, de la que no serían ajenos las necesidades económicas y cierto grado de desconocimiento, ya que en aquel momento, si bien tenía estudios relacionados con la salud, él todavía no contaba con los conocimientos de enfermería, que fue adquiriendo después. Esta experiencia, aparte de contribuir a resolver su cuestión económica le permitió encontrarse con una alternativa de estudio preferible a las que él manejaba, que eran la medicina, la psicología y la radiología.

---

cesación de pago con sus acreedores externos. Entre otras consecuencias de la crisis, los niveles de desocupación y de pobreza llegaron a los niveles más altos de las últimas décadas.

<sup>7</sup> Patacones eran medios de pago, una cuasi moneda, que había emitido la provincia de Buenos Aires, para cumplir las obligaciones salariales que tenía con sus empleados.

En algunos casos, la elección de la enfermería está vinculada a la vocación religiosa, veamos el ejemplo de Silvia (2.º, 40 años):

- *¿Cómo llegaste a estudiar enfermería?*
  - *Eh, por una vocación de servicio.*
  - *Eh, ¿y vos te diste cuenta ahora o venías trabajando ya?*
  - *Eh, yo trabajo en una iglesia evangélica.*
  - *Ahá.*
  - *Y terminé mi secundaria hace, dos años, por una cuestión personal, que quería estudiar, terminar los estudios y después me motivé a seguir estudiando así que, llegué acá, encontré en el listado de las materias eh, temas que me interesaban y, empecé, y gracias a Dios, hasta ahora me está yendo muy bien.*
  - *Uno puede servir de muchas formas, ¿no? puede estar, qué se yo, cuidar chicos, o juntar cosas para ellos, ¿por qué enfermería?*
  - *¿Por qué enfermería?, porque tiene eh, yo encuentro en la enfermería una rama que le falta a mi vocación de servicio, que es brindar la atención física, o sea, puedo complementar las dos cosas, que es la ayuda espiritual y la ayuda física.*
- (Ref. 22)

Para Silvia la enfermería viene a ser la rama que le faltaba a su vocación de servicio. Evangelista, casada con un pastor, afirma que en la enfermería encontró la manera de dar cauce a su vocación con plenitud, ella piensa trabajar en donde vive “*en el barrio de Fiorito, es un barrio muy carenciado*”, y comparte con su esposo el proyecto de hacer un campo de deportes con una sala pediátrica para los niños de la zona. El significado de la vocación, fue originariamente religioso. De hecho, la primera forma en que el diccionario de la RAE define este término es: “*inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión.*” (11) Un antecedente célebre de la vocación entendida en este sentido, es el que evoca la frase que F Nightingale apuntara en su cuaderno privado, que decía, refiriéndose a la enfermería: “*Dios me ha hablado y me ha llamado a este servicio.*” La referencia a Nightingale no es ociosa, si recordamos que para los religiosos dedicados al cuidado de los enfermos, ésta se trataba de una actividad piadosa dirigida a reconfortar espiritualmente a los fieles y recién a partir de ella comenzó a tomar el cariz profesional de la enfermería del siglo XX. El caso de Silvia nos recuerda también, aquello que Nightingale decía, que ayudar a los semejantes es una forma de servir a Dios.

Sandra (2.º, 37 años), también refiere cierta influencia de Dios, o por lo menos su aquiescencia, en el hecho de estar en la carrera.

*Eh, por una suerte de..., una casualidad. Estaba trabajando en una clínica, en la parte administrativa de seguridad, yo tenía mucha curiosidad, yo siempre charlaba con una enfermera, y un día vino y me trajo la solicitud. Me dice: - vos que te gusta tanto, tomá, -me dice. O sea, siempre me gustó todo lo que era salud, siempre miraba muchos documentales del Discovery, pero nunca me sentí capacitada como para estar en una Universidad, o sea, eso es lo que yo creía, y aparte tengo hijos y tengo una vida ya hecha, no..., y cuando me lo dio, dije: - bueno, Dios quiere que sea así, me vine, me anoté, y acá estoy. (Ref. 21)*

Al momento de la entrevista está terminando el segundo año, y no se arrepiente para nada de su decisión.

*Siento que estoy en el lugar indicado, que esto es lo mío, que es lo que yo hago en mi casa, este arte de cuidar, todo, es lo que yo puedo, brindar a los demás, o sea, yo estoy como medio enamorada de todo este asunto y le pongo mucha énfasis, en venir a rendir, y me quiero sacar buenas notas, y estudio hasta las tres de la mañana, me levanto, no me importa que tengo cinco hijos, no me en.., no me para nada.*

*- ¿Seguís trabajando?*

*- No, no porque, legalmente me tendrían que haber dado ocho horas, de trabajo, pero no me lo querían dar, entonces, prioricé esto, este, lo prioricé, o sea, obviamente la economía no es la misma, no me alcanza pero, le encontramos la vuelta para otra cosa. En este momento esto me hace muy feliz a mí, me llena, estudio, y bueno, y espero algo mejor con enfermería. (Ref. 21)*

Es notable la identificación de Sandra con la enfermería, o más exactamente con la carrera ya que todavía no trabaja en enfermería, “*esto es lo mío*” dice, y para expresar su satisfacción una fórmula parecida a la que utilizara Ana en su momento, “*me llena, es una satisfacción propia*”.

Algunos estudiantes al pensar en las razones de la elección de la carrera, se refieren a las posibilidades de realización personal que les da la profesión, pero no a través de las

actividades específicas de la profesión sino por otro tipo de motivaciones. Eliana (C de adm., 31 años), por ejemplo, cuenta:

*...me imagino, bueno, llegar, atenderlos, o sea, tomarles los controles, ver, cómo están, llevarles un regalo también, yo siempre pienso, si llego a estar, creo que cuando los nenes están enfermos un incentivo de, más allá del cuidado la atención y hacer todo lo que hay que hacer para que el nene esté bien, llevarle un regalito cuando los nenes están internados, creo que ése es un incentivo muy, muy grande, una golosina si puede, o un regalito, lo que sea. Yo me imagino eso, me gustaría eso, espero que, que pueda, trabajar. (Ref.3)*

La imagen que Eliana se hace del trabajo de enfermería tiene algo de fantasía, de cuento de hadas, pero la intención es buena y, aunque la motivación no esté orientada específicamente hacia las actividades o las tareas habituales de la enfermería, tampoco son contradictorias con ellas.

En algunos casos, la Enfermería no fue la primera elección sino que se presentó como una opción más accesible que otras que debieron ser descartadas o postergadas por diferentes razones. Lucía (3.º, 26 años) nos decía que le gusta todo lo relacionado con la salud, refiriéndose más específicamente a lo asistencial. Al momento de elegir, ella pensó en medicina, en kinesiología, en psicología; pero no en enfermería, esta carrera no figuraba en el catálogo de sus preferencias.

*Bueno eh, para hacer una carrera tipo medicina, yo tenía que irme hasta la UBA y a mí me quedaría muy lejos, yo tengo una nena chiquita, cuando empecé la carrera, tenía tres cuatro años, mi hija, y era mucho tiempo el que tenía que estar fuera de mi casa, entonces empecé a ver otras opciones y bueno, acá estaba enfermería y tenía gente que me decía, bueno, -animate a la enfermería, -y yo decía: no me va a gustar, no me va a gustar, no me va a gustar. (Ref.23)*

Finalmente, venciendo sus prejuicios y para no perder el año, decidió inscribirse y ver de qué se trataba. Al ir conociéndola más profundamente, su visión de la enfermería cambió y le fue gustando más cada vez (Ref. 23). En cuanto a las razones por las que ella pensaba que no le gustaría la enfermería, Lucía cuenta que era por una cuestión de pudor, por lo de la higiene de los pacientes, que le provocaba vergüenza.

Angélica (3.º, 24 años) y Carlos (CCC, 44 años) llegaron a la enfermería después de intentar en medicina, ella se había inscripto en el Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires pero no le fue bien en dos materias y eso la desalentó (Ref. 26), y Carlos, pronto advirtió que la carrera de Medicina le exigía una cantidad de tiempo y de recursos económicos, de los que él no disponía (Ref. 32).

El de Leo (3.º, 22 años) es un caso distinto, él lo relata así:

*...me aconsejaron optar por enfermería, porque, era como más, era como más simple ver las cosas de enfermería para después abocarme bien a lo que es medicina en sí, que me iba a resultar mucho más fácil, si bien, cuando me anoté y empecé a cursar las materias de enfermería, me di cuenta que no, no hay mucha diferencia en contenidos en cuanto a la capacidad que uno tiene que tener para abocar a los estudios de la carrera. (Ref. 27)*

Quien le recomendó a Leo este paso previo antes de estudiar medicina fue el novio de una amiga, un enfermero universitario, quien además, (a través de ella) le explicaba que la enfermería

*... es más abocada al cuidado del paciente y se ve más al paciente, en cuanto a... ¿cómo le explico? Eh, que valora, mucho más eh, y, aboca mucho más al estudio del paciente como persona, como un todo. (Ref. 27)*

Algo que es importante aclarar es que no estamos intentando establecer una relación causal entre las influencias ejercidas y la elección de la carrera sino que estamos explorando y analizando el registro que los alumnos guardan sobre las razones o motivos, sobre las formas y las circunstancias en que se produjeron las decisiones, porque consideramos que eso que cada uno registra como razón o motivo forma parte de la red de significados que sustenta el propio significado de la enfermería.

Uno de los factores que los alumnos analizan para la decisión de qué carrera seguir es el económico, especialmente, como ya se ha señalado, en lo que refiere a la “salida laboral”. Pueden verse los casos de Flavia (Ref. 5), Alan (Ref. 8), Alba (Ref. 4), Sandra (Ref. 21), Daniel (Ref. 30), etc. en páginas anteriores. Otro elemento vinculado a lo económico, repetidamente mencionado como importante, es el de la extensión de la carrera; generalmente en relación a la expectativa de poder concluir los estudios y empezar a trabajar en un plazo relativamente corto.

Casos particulares en relación a este tema son los de Ailén (2.º, 19 años) y Marina (2.º, 20 años); ambas coinciden en que dudaron entre la psicología y la enfermería. Ailén decía:

- *yo ingresé a, a hacer la carrera esta que es corta, que me gusta, y que voy a tener salida laboral, y después iré dando de a poco las materias de la carrera..., o sea de la, la, de la carrera que a mí me gusta. Ir de a poco, esa es mi idea.*
- *O sea la especialización, pero ¿seguirías en enfermería?*
- *Claro, seguiría en enfermería y haría, por otra parte, iría dando de a poco, las materias de psicología.* (Ref. 16)

Pero las cosas no siempre son como se imaginan; a Marina, según comenta, la carrera le está resultando más difícil que lo que había pensado, o sea que ella imaginaba que, además de corta, también era fácil. Un caso que recuerda a los dos anteriores es el de José (1.º, 23 años) quien está cursando 4to año de medicina y que se anotó en la carrera con la idea de terminarla rápidamente para comenzar a trabajar como enfermero y poder contar con un ingreso mientras continúa sus estudios de medicina (Ref. 14).

La extensión de la carrera, cabe recordar, es una de las características que, de acuerdo a Etzioni, distinguen a las profesiones de las semiprofesiones (7). Que una carrera sea más corta tiene sus ventajas, obviamente, pero esto tiene su contrapeso, también, en la categorización que de ella se hace.

El interés, la preocupación y la gravitación de la cuestión económica están muy extendidos y son comunes a ambos sexos. Las estrecheces económicas se reflejan en el hecho de que muchos alumnos necesitan trabajar mientras estudian. Leo (3.º 22 años) comenta que algunos de sus compañeros trabajan en doble turno o en dos lugares. Para algunos alumnos la cuestión económica es crítica; Amalia (1.º 23 años) nos dice:

*... hasta tengo compañeros que se vienen caminando por no tener para el boleto.* (Ref. 10).

Un dato a tener en cuenta al momento de evaluar el proceso de enseñanza/aprendizaje es que muchos alumnos necesitan trabajar para poder solventar sus gastos. Muchas veces son trabajos de horario completo, que no se pueden acomodar con facilidad a las necesidades del estudio, lo cual incide no solo en su capacidad de aprendizaje y en su rendimiento en las evaluaciones sino también en su vida de relación y no pocas veces, en su salud. En la

investigación sobre calidad de vida de los alumnos de la UNLa realizada en 2005 (86), una de las variables estudiadas fue “horas de sueño”. Entre los estudiantes de enfermería solo el 37,5 % contestó en forma positiva, contra el 60 % de los estudiantes de Diseño (la carrera con mayor índice de satisfacción para esta variable). Los autores del estudio atribuyeron el resultado a que el grupo de estudiantes de enfermería está conformado por personas de mayor edad, con familias a cargo, y que realizan tareas de mucha exigencia y desgaste (86).

### 1 c. Discusión. La vocación. Las razones económicas. Otras razones.

**La vocación.** Al indagar sobre los motivos o razones por los que decidieron estudiar enfermería, por qué o cómo llegaron a la carrera; varios alumnos aludieron a la vocación o se refirieron a ella sin mencionarla directamente. Para varios, ésta fue el elemento central de su decisión.

Algunos estudiantes desconocen, no recuerdan ni saben cómo fue que nació o se instaló en ellos la inclinación hacia las cosas o quehaceres relacionados con la salud, y especialmente con la enfermería. Solo saben que era lo que les atraía y les gustaba y que era lo que sentían que deseaban hacer en su vida, aun antes de conocer la carrera, sus contenidos y sus posibilidades de desarrollo y crecimiento profesional. La vocación se manifestaba en ellos como un ansia de saber y conocer, de estudiar y aprender, y como una disposición para estar cerca y ayudar en las enfermedades, para cuidar y asistir.

Las definiciones actuales (RAE, CIE, OMS), no mencionan la vocación, que hasta no hace mucho era considerada como uno de los elementos esenciales de la enfermería, como veíamos en los antecedentes de la profesionalización en Argentina (punto 2b), en que el Dr. Roffo, al inaugurar la Escuela de Nurses del Instituto de Medicina Experimental, en 1924, se refería a la femineidad, la vocación y el espíritu de dignidad como condiciones fundamentales para el cuidado responsable de los enfermos (87).

Muchos de los alumnos entrevistados hicieron referencias relacionadas con la vocación sin nombrarla específicamente. Las expresiones que, según entendemos, tienen este sentido son: *ella ama a la enfermería; ella era una enamorada; le encanta; el compromiso y el cariño por la carrera; que realmente le guste la carrera; me llena, es una satisfacción propia; lo que yo siempre quería ser, lo que pensaba que iba a hacer; me siento satisfecho, autorrealizado; esto me hace muy feliz a mí, me llena; otra gente lo hace porque, realmente lo siente, es otra clase de sentimiento, uno pone, pasión.*

Estos sentimientos de amor, cariño, satisfacción y felicidad, relacionados con la enfermería fueron expresados, unas veces a título personal, conjugados en primera persona y otras atribuyéndolos a otros. Interpretamos que asociar el significado (el sentido) de la enfermería a estos sentimientos, atribuyéndolos a otras personas es una forma de asumir también ese significado, o ese sentido. Esta sería una forma de identificarse con alguien a través de compartir el significado y el sentimiento. No estamos refiriéndonos a la identificación en el sentido psicoanalítico del término (88, 89) sino como una forma de adoptar a determinada persona como modelo, de que alguien quisiera “ser como alguien” a quien le une un afecto y a quien le gustaría parecerse, en eso que es: querido, admirado, respetado.

La identificación se da también con la actividad que uno realiza. La frase de Testa: “*La satisfacción que produce el trabajo es una importante fuente de identidad (se dice que uno se ‘identifica con su trabajo’)...*” (90 p.201) podría ser un comentario a propósito de aquello que decían los alumnos de que la enfermería (como trabajo y como carrera) les produce satisfacción, un sentimiento de autorrealización, y de felicidad, sentimientos que forman parte de su subjetividad y que están vinculados estrechamente al reconocimiento y la respuesta social (50, 91). La identidad y la identificación con la enfermería se perciben en el sentimiento puesto al expresar la definición “yo soy enfermero”. Lo que viene a significar que “ser” enfermero no es lo mismo que “trabajar” de enfermero (23).

Alguien habló también de la pasión que se pone en la enfermería, este término refiere a dos significados que parecen contrarios, uno de pasividad e inacción, de dejarse llevar, y otro, de inclinación o preferencia muy viva y vehemente por algo o alguien (11) que podría llevarnos a pensar, concomitantemente, en acciones muy motivadas. También se relaciona a las pasiones con las emociones, en referencia a los estados mentales en los que no somos responsables de nuestros actos (92). Brevemente: las emociones (las pasiones) son fenómenos que nos ocurren, en cambio las acciones, las realizamos voluntariamente (92). Una vocación muy fuerte, con gran contenido emocional, sería algo que nos sucede, una razón o una fuerza ajena a nuestra voluntad que nos lleva a tomar por determinado camino.

El concepto de vocación también alude a un espíritu desinteresado. El altruismo, la voluntad de servicio y el desinterés son también virtudes ligadas estrechamente a la idea de vocación (39). Virtudes que fueron expresadas por los entrevistados como la inclinación a ayudar, sentirse útil, servir, brindar atención, ayuda física y espiritual, estar al lado del enfermo o hacer salud pública en el barrio.

Entre los entrevistados tampoco faltó la referencia a la religión. Ya se ha comentado que los significados de vocación y de profesión tienen una connotación religiosa (39), relacionada

con la idea cristiana de la salvación y la vida eterna y que, acorde a ese pensamiento, los mayores esfuerzos de los religiosos dedicados al cuidado de los enfermos estaban dirigidos a reconfortar espiritualmente a los necesitados y no a cuidarlos físicamente. Los conceptos de orden religioso relacionados con la decisión de estudiar enfermería, fueron en un caso, el espíritu de misión, de hacer algo por los que necesitan más, y en otro el de la intervención de Dios en el destino de los humanos *“Dios quiere que sea así”* (Ref. 22). Históricamente, se identifica el período de los siglos XVI al XVIII, de la consolidación de la religión cristiana, como la etapa vocacional, caracterizada por una práctica rudimentaria y una actitud religiosa basada en la sumisión y la caridad (93).

La vocación entendida según los significados a los que los alumnos aludieron, coincide con algunas de las características que, según la sociología funcionalista, se atribuyen a las profesiones y que legitiman sus privilegios sociales y sus prerrogativas económicas, como el espíritu de misión dirigido a satisfacer las demandas surgidas de las nuevas necesidades sociales y la ética de servicio, orientada al bien del prójimo y no al interés propio (ver 3.a. “Sociología de las profesiones”). La medicina constituiría un modelo típico de las profesiones así concebidas. Pero hay una diferencia, que no es menor, entre esta idea de la vocación que fundamenta los privilegios y el status de la medicina y la idea de vocación que algunos alumnos reservan para la enfermería, en la cual el espíritu de la vocación entraría en contradicción con el interés económico, o por lo menos, la vocación debería primar sobre el interés si hubiera que decidir entre esas alternativas. Sin embargo, Cecilia Grierson sostenía que la enfermería no solo no está reñida con una buena retribución económica sino que, además, pagarles bien y darles buenas condiciones de trabajo es una inversión recomendable porque redundaría en beneficios para la salud de los pacientes (25).

Aceptar el escaso reconocimiento económico y social con el recurso a la vocación, sería, a nuestro entender, característica de una postura ideológica, de conformismo y resignación, ante la realidad imperante. Utilizamos aquí la palabra *ideológica* con el sentido que le daba K Mannheim, de ideas, concepciones y teorías orientadas a la conservación y la reproducción del orden vigente. La ideología, así considerada, coincide con la tendencia del positivismo y el funcionalismo a consolidar el orden establecido, el funcionamiento de las instituciones y la integración social (72).

El positivismo y el funcionalismo sociológico representan las corrientes de pensamiento más difundidas y representativas en el abordaje de la salud desde la óptica social, lo cual es coherente con la práctica médica hegemónica, una de cuyas características es la posición

dominante de la medicina en relación a otras profesiones del campo de la salud, enfermeros, asistentes sociales, etc. (72, 94, 95)

Un supuesto asumido en este trabajo es que para los alumnos, los términos como enfermero, enfermería, cuidado, sano o enfermo no son neutros desde el punto de vista de sus sentimientos. No creemos que los estudiantes puedan ser afectivamente indiferentes a sus significados. Y para aclarar un poco más podríamos decir que, desde nuestro punto de vista, los afectos no solo *acompañan* a los significados sino que *son* una parte inseparable de los significados. Ellos forman parte de los significados o como dice Paín “*sentir es, en resumen, otorgar significación*” (96 p.56).

Las palabras no despertarían afectos si no estuvieran asociados a personas, es decir a otros significativos. La mayor parte de los alumnos ha mencionado la intervención o la influencia de algún allegado en su decisión de estudiar enfermería. Familiares, parientes, amigos y otros. Padres, madres, tíos, tías, hermanos, hermanas, una abuela, que siendo enfermeros, o no, intervinieron o influyeron en la elección de la carrera. En algunos casos la referencia era a una sola persona, la madre, una tía o un tío. En otros, eran ambos padres, o la mamá y una tía, o dos hermanos y en un caso las referencias eran múltiples, madre, tíos y tías.

Entre estos familiares, algunos jugaron papeles más activos en términos de recomendar la profesión, en cambio otros fueron más prescindentes y, aunque la mayoría abogaba por la profesión o por lo menos la aceptaba, en algún caso, la oposición a la elección de la carrera fue muy tenaz e insistente. Entre los que más influyeron a favor de la elección de la carrera se mencionaron a tíos y tías y entre los que se opusieron hubo una mamá, que es enfermera profesional y que ejerce en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, y un padre que no se dedica a la enfermería.

Amigos y amigas contribuyeron también con sus opiniones, algunos alentando y estimulando con su propio ejemplo a seguir la carrera y otros, por el contrario, sembrando dudas con comentarios desconfiados y poco alentadores, en cuanto a la vocación que enfermería demanda, o en cuanto a la calidad de ésta como profesión, etc. El punto de qué opinan los otros sobre la enfermería será desarrollado con más detalle al abordar el tema *Qué es la enfermería*.

Resumiendo, la variedad de fuentes de influencias es muy grande, parientes muy cercanos o más alejados, amigos o conocidos lejanos y, en algún caso, de conocimiento indirecto. Personas que informan, opinan, aconsejan, persuaden, convencen, confunden, estimulan, a favor o en contra de la enfermería; que estudian o trabajan en enfermería, profesionales o empíricos, mujeres y hombres, que aman la carrera o que no. Y la variedad en

las formas de reaccionar a las intervenciones de los otros también es amplia, aunque en términos de la decisión, los resultados son uniformes ya que, por la índole de la población entrevistada, están excluidos los testimonios de aquellos que habiéndola considerado entre sus alternativas, por diferentes razones, decidieron no ingresar en la carrera.

En cuanto a los modos en que la historia de cada uno en su proceso de decidirse por la carrera aporta al significado de la enfermería, es conveniente recordar que los primeros significados se adquieren y se construyen en el medio familiar (50, 97, 98), en la socialización primaria y aunque posteriormente, en la socialización secundaria (50) la escuela, las amistades, y los grupos de los que se va formando parte enriquecen y modifican el lenguaje, la familia sigue siendo, en general, una fuente privilegiada de experiencias y significados.

Decíamos antes que no pensábamos que los términos enfermería o enfermo, pudieran ser afectivamente indiferentes para los alumnos. En la misma tónica, consideramos que también las opiniones vertidas por los familiares, parientes y amigos, están investidas de algún significado afectivo. El mismo hecho de recordar, de guardar en la memoria e incluir en la propia historia a determinado personaje que influyó en la decisión de seguir la carrera, indicaría que hay sentimientos operando (96, 99).

**Las razones económicas.** Otra cuestión que atraviesa la decisión de estudiar enfermería es la económica. La preocupación económica de los alumnos entrevistados básicamente apuntó a dos aspectos: las posibilidades de incorporarse rápidamente al trabajo (salida laboral) y el financiamiento de los gastos de, y durante, la carrera. La cuestión económica no es algo aislado o limitado a un grupo determinado, sino que se inscribe en el marco de las condiciones socioeconómicas, de los altos índices de pobreza y de desocupación de los últimos años en nuestro país y que afecta especialmente a los jóvenes del conurbano bonaerense.

La salida laboral para los enfermeros reúne una serie de características convenientes, una vez obtenida la matrícula la posibilidad de trabajar es casi inmediata, ya que en muchos lugares y para determinados puestos, no se solicita experiencia previa. De hecho, algunos alumnos trabajan cuidando enfermos, antes de haber concluido sus estudios. Algunos entrevistados mencionaron, además, las posibilidades del trabajo informal, por "cuenta propia", aplicando inyecciones, haciendo controles de tensión arterial, cuidando pacientes en domicilio, etc. Téngase en cuenta, además, que contar con algún familiar en el ambiente puede facilitar el acceso a lugares con mejores condiciones y salarios, lo cual implica un estímulo extra para quienes tienen familiares en la profesión.

Otras variables de orden económico que los alumnos mencionaron entre los factores que influyeron en su decisión de estudiar enfermería fueron la proximidad de la Universidad al domicilio, la cantidad de apuntes o libros que hay que comprar, la disponibilidad de la bibliografía en la biblioteca, la gratuitad de la carrera, la existencia de becas, es decir todo aquello relacionado con los gastos de la carrera y la posibilidad de sostenerlos. Cabe recordar que, de acuerdo a la investigación realizada sobre las condiciones, concepciones y necesidades de salud de los estudiantes de la UNLa, de 2005, (86) el índice de calidad de vida objetivo que daba un resultado de 64% de satisfactorio para la población general de la UNLa, para los estudiantes de Enfermería registró un porcentaje que solo llegaba al 30 %. De hecho, esta es la carrera que cuenta con el mayor número de becas otorgadas para estudiantes.

En algunos casos, el tratarse de una carrera corta y con salida laboral, fue determinante en la elección., al punto de llegar a desplazar otras opciones que se pospusieron (psicología y medicina) para abordarlas una vez instaladas en algún trabajo como enfermeras y contar con un ingreso propio. No es extraño que los estudiantes pongan atención al aspecto económico si tenemos en cuenta que una de las características de las profesiones es que son ocupaciones de tiempo completo, o sea que constituyen la fuente de ingreso básica del trabajador (43, 100). De todos modos, en varias entrevistas quedó claro, que la cuestión económica no es excluyente sino complementaria a otros intereses. La cuestión económica es un punto muy importante y que volverá a plantearse más adelante.

**Otras razones.** Algunos factores sociales, educativos e institucionales podrían influir también en forma más o menos directa, sobre la decisión de qué carrera estudiar. La opción por la enfermería, algunas veces, se presenta como la alternativa “ posible”, o viable, ante las dificultades que impone la carrera de medicina. El diario Clarín, publicaba el 26 de junio de 2009 un artículo titulado “ *La Plata: los bochados en Medicina podrán ingresar a otras carreras* ”. De ahí se extrae este fragmento:

*La Facultad de Medicina de La Plata diseñó una alternativa para los alumnos que no aprueban el estricto curso de ingreso a la carrera: una ordenanza aprobada por el Consejo Directivo propone que los “bochados” puedan cursar Enfermería o licenciatura en Obstetricia, que se dictan en esa unidad académica. La decisión tuvo el apoyo de los docentes y los graduados pero fue rechazada por los alumnos. Los estudiantes consideran que “representa un menosprecio a otras disciplinas”. El presidente del centro, Ignacio Alberdi, cuestionó la medida porque “obliga a los*

*jóvenes a optar por una profesión que no eligieron. Y las ubica en un segundo plano. Como una carrera de descarte". (101 p.38) (Negrita en el original)*

La cuestión planteada refleja cómo, desde el comienzo, a través de las dificultades que se ponen a la accesibilidad, se van conformando las diferencias entre las carreras. La selección no se trata solo de capacidades intelectuales, tiene que ver con las facilidades para estudiar, con el tiempo, con los recursos con que se cuenta, los libros y los apuntes, con la calidad de los estudios previos, etc. Recordemos que algunos planteos sostienen que la ideología profesional actúa como un órgano legitimante del sistema de poderes burocrático-capitalista, constituyendo así un engranaje básico del sistema que perpetúa los privilegios económicos a través de la desigual distribución educativa entre los miembros de la comunidad (40, 41). La inequidad educativa es congruente con las diferencias profesionales y las económicas, y todas colaboran a reproducir las condiciones y las determinaciones sociales dadas. Se establecen de esta manera, profesiones de primera y profesiones de segunda, "de descarte". Y los grupos de estudiantes no van buscando su cauce solo en virtud de sus preferencias, o de sus condiciones económicas, sociales y culturales sino también por el rumbo que se le van fijando a través de los dispositivos que las instituciones educativas van creando. Las autoridades de la Facultad de Medicina de La Plata intentaron dar una respuesta sectorial a un problema de orden más amplio. La situación vuelve a repetirse cada año porque las razones y las diferencias persisten. Este proceso va seleccionando así, desde el inicio, el alumnado que concurrirá a las diferentes carreras, condicionando de algún modo la calidad de su formación. Las autoridades tratan de atenuar el desequilibrio derivando a los estudiantes hacia las carreras menos solicitadas y apreciadas pero el problema de la formación de los profesionales de la salud, en general, y el de los enfermeros en particular, va mucho más allá del dominio académico y de las estrategias de ingreso. Tiene qué ver con qué tipo de salud queremos, cómo pensamos alcanzarla y cuál sería el papel de las distintas profesiones, y especialmente de la enfermería, en ese proceso.

## 2) Qué es la Enfermería.

En este apartado se presentan y analizan algunos fragmentos textuales de las entrevistas vinculados con los temas "Qué es la enfermería" y "Qué es ser enfermero". A diferencia del punto anterior, en que se indagaron las diferentes razones que llevaron a la elección de la carrera y que evocan los significados que la enfermería tenía para los alumnos en aquel momento, en este se apunta al significado actual, a "qué es" la enfermería, desde la

perspectiva propia de los alumnos y desde la que ellos perciben como la de “la gente”. El colectivo “la gente” incluye a las personas que no tienen relaciones con la enfermería, salvo el caso de haber sido asistidos, y por lo tanto desconocen las particularidades de la profesión. Otro de los tópicos refiere a las experiencias y la percepción de los estudiantes sobre la relación de los enfermeros con los médicos. Finalmente, se desarrollan las referencias a la enfermería como profesión.

## 2 a. Qué es la Enfermería.

Algunos de los alumnos comenzaron la carrera con la carga de imágenes y prejuicios comunes de los que no la conocen en profundidad. Sandra (2.º, 37 años) decía en la entrevista que la enfermería le parecía

- *...un trabajo de segunda para mi forma de ver, como yo lo, lo veía antes, un trabajo de segunda.*
- *Y ¿por qué lo veías así?*
- *Eh algo, algo cultural, algo que uno ya lo..., que lo trae establecido.*
- *Pero, ¿era lo que escuchaste decir, la gente hablaba mal de las enfermeras, donde vos trabajabas, veías que...?*
- *Sí, eran de los más maltratados, las enfermeras. (Ref. 21)*

Trabajando en el área de seguridad de una clínica privada, Sandra veía cómo las enfermeras eran maltratadas y menospreciadas, tanto por el público como por las autoridades. Ella piensa que la enfermería no es valorada como otras especialidades como por ejemplo, la kinesiología, que siendo una carrera de igual extensión habitualmente está mejor considerada (Ref. 21). Por su parte, Silvia (2.º, 40 años) confiesa que ella

- ...tenía al enfermero como una persona..., como un ayudante del médico, como un relleno del lugar donde trabajaba. (Ref. 22)*

Ailén (2.º, 19 años) tampoco consideraba que la enfermería fuera un trabajo importante, ella pensaba

*...que era algo secundario [...] como que la, la enfermería estaba escondida, y el que siempre estaba adelante era el médico, la medicina y esas cosas. (Ref. 16)*

Aquella idea cambió al avanzar en la carrera y al conocer la potencialidad de la profesión:

*...hasta que uno no se interioriza y sabe de qué se trata, y estudia y está con los pacientes, hasta que no llega ese momento uno no se da cuenta. (Ref.16)*

Trabajando como radiólogo, Fernando (2.º, 36 años) se había formado una imagen pobre de la enfermera:

*-Yo tenía una visión de la enfermería dentro del modelo médico, del hospital, de la clínica, de donde yo me movía como radiólogo.*

*-O sea, vos previamente pensabas...*

*-En la que pone una vacuna y hace la higiene y nada más, esa era la, la visión que yo tenía de la enfermería. (Ref. 20)*

Fernando opina, que esa era la imagen que daba la enfermería en el contexto del modelo de atención centrado en el hospital; por eso, él propone que para contribuir a la autonomía del enfermero y poder independizarlo del médico se debería impulsar la implementación de una enfermería comunitaria, extra muros, fuera del ámbito hospitalario. El poco aprecio que según los alumnos supieron tener alguna vez por la enfermería, no es algo excepcional o privativo de nuestro país, según el Libro Blanco del Consejo General de Enfermería (102) en una encuesta realizada en España a 60 mil enfermeras, ellas se consideraban por debajo, en términos de estatus, que otras profesiones de similar categoría académica como el profesorado de educación general básica, podología, trabajo social, fisioterapia, etc.

Estos estudiantes coincidieron en que la imagen que tenían del trabajo de los enfermeros de algo poco importante, de segunda, pero que se encontraron al ir transitando la carrera, con una profesión cuyas posibilidades no habían imaginado, con un extenso campo de acción. El proceso a través del cual se va construyendo la imagen de la enfermería no termina

con la perspectiva que da la carrera, como puede verse en el caso de Lucía, (3.º, 26 años) quien antes de comenzar la carrera pensaba:

*...desde mi punto de vista que no era una profesión, o sea, no era algo importante, yo quería hacer algo importante, o sea importante para mí ¿no? (Ref. 23)*

Para ella la enfermería no era tan importante como la medicina o la psicología pero, confiesa que a medida que la fue descubriendo

*...la verdad que me gustó, en todo sentido, las prácticas, el estar con el paciente, como está dada la carrera, aunque en algunos aspectos no estoy muy conforme pero en la mayoría, o sea, cuando yo entré el primer año estuve muy conforme con, con lo que es la carrera y, y cambió totalmente mi punto de vista de lo que era enfermería, y a, o sea, como se desarrolla la, la profesión. (Ref. 23)*

Sin embargo, la enfermería que conoció en las clases y en los libros no es la realidad que encontró en los hospitales. A despecho de la teoría, el trabajo del enfermero, en los lugares por los que pasaron, dista de lo que la carrera propone.

*...una labor de enfermería ideal, no existe, ideal, o sea, lo que te enseñan los libros, lo que nosotros leemos, no se puede brindar, entonces, vos tenés que, medicar, y nada más. A algún otro paciente se le hará una higiene, y listo, ahí termina y empieza la labor de enfermería, en todos los hospitales a los que fuimos, no hay contención del paciente ni de la familia, no hay educación. (Ref. 23)*

En los hospitales no se puede brindar el cuidado para el cual uno está preparado porque hay muchos pacientes, mucho trabajo y no hay tiempo para todo, concluía ella. El ejemplo es interesante porque muestra las diferentes imágenes de la enfermería para Lucía, la poco valorada, del común de la gente; la ilusionada con el valor potencial, teórico, de la profesión y finalmente la de la desilusión, la de la realidad laboral. Lo cierto es que, en muchos lugares, el trabajo cotidiano no consiste en hacer lo que se fue aprendiendo durante la carrera, aquello para lo se ha formado sino en algo más simple y sencillo. Fernando (2.º, 36 años), opina en la misma línea

*Desde la bibliografía el personal de enfermería debe tener mucho conocimiento que después en la práctica no lo lleva a cabo. Y sobre todo, no porque no quiera, sino porque básicamente no tiene el espacio. (Ref. 20)*

La realidad no sorprendió a Alba (1.º, 19 años), y si la enfermería no es lo que se dice, los enfermeros tampoco son como debieran ser, ella dice:

*...muchas cosas yo ya sabía como iban a ser, por ejemplo, falta de compromiso a la hora de la práctica, de enfermería. Cuando fui a hacer las prácticas había un montón de gente que no, como que, o sea, lo hacía como si fuese una obligación, el cuidado hacia los pacientes. (Ref. 4)*

Amalia (1.º, 23 años) que tuvo una mala experiencia con el trato dado por las enfermeras durante la internación de su hija, identifica la desidia y el maltrato, con las enfermeras “de antes”

*Enfermeras grandes, las enfermeras grandes porque, por ahí los jóvenes están..., mi sobrina estuvo internada en Casa Cuna y es como que era otra cosa, eh, atendieron de otra manera a mi sobrina y todo, pero las enfermeras grandes, también le tocaron el turno noche, eran muy asquerosas, eh, tenías que vos ir a avisarle el cambio de sueros, la medicación, no venían a la hora de la medicación, tenías que ir a avisar. (Ref. 10)*

En el grupo entrevistado se proponen diferentes razones para explicar la situación narrada, que han perdido el interés, por las bajas remuneraciones, o porque cargan con muchos años de trabajar siempre en lo mismo, que se han insensibilizado al dolor ajeno, o que tiene que ver con el maltrato que las mismas enfermeras sufren por parte de los pacientes y del público en general.

La experiencia vivida por Amalia no refleja un hecho aislado, muchos estudiantes reconocen, por haberlo visto o vivido, que el modo de trabajar “real” está lejos de corresponderse con lo que se propugna en la teoría, y lo atribuyen a distintas razones, como vimos, pero con frecuencia recurren al argumento de que “las de antes son así”. Al interrogar a uno de los alumnos, Alan (1.º, 19 años) sobre la incongruencia entre lo que él refería de la

enfermería, que teóricamente se trata de una profesión altruista, que se ocupa del cuidado del otro y el descuido y el maltrato que se ven en la realidad, él señaló:

*- No, no, pero las viejas. (Ref. 8)*

Provocando la risa de todo el grupo y marcando, con humor, una diferencia generacional tajante, como si hubiera un antes y un después claramente delimitado, que separara a las viejas de los nuevos. La idea de que la desconsideración y el maltrato son defectos casi exclusivos de las enfermeras de antes, es el fundamento de una esperanza, que las cosas cambiarán cuando los nuevos vayan reemplazando a los viejos, Amalia (1.º, 23 años) dice:

*...yo siento que, el futuro está en nosotros. (Ref. 10)*

Y alguien del grupo<sup>8</sup> ratifica:

*Claro, nosotros estamos para cambiar eso. (Ref.: ver nota al pie)*

Amalia completa:

*Para cambiar eso, yo siento que una vez que nosotros salgamos, que ya nos recibamos vamos a cambiar todo eso, yo lo siento así, porque yo no voy a, no voy a ser, de por sí ya no soy así, de maltratar a la gente. (Ref. 10)*

El grupo confía en que ellos van a cambiar las cosas porque no son como las viejas, son diferentes y porque saben cómo hay que hacer las cosas. La intención es buena y para el cambio el optimismo suele ser más auspicioso que el pesimismo pero algunas experiencias desmienten la expectativa. Según Daniel (4.º, 23 años), quien se encuentra mucho más adelantado en la carrera y que trabaja en la terapia intensiva de una clínica privada, el egresado

*[...] sale formado de una manera, y entra al servicio y en un tiempo termina siendo de otra bastante diferente, en contra de lo que, de lo que uno sabe que está mal y no tendría que ser así, que está mucho, influenciado por el modelo de*

---

<sup>8</sup> En la grabación no se pudo identificar a la alumna.

*enfermería... Un modelo de enfermería más viejo, una forma de trabajar de, de décadas atrás. (Ref. 30)*

La formación universitaria, la vocación y el compromiso individual no parecen ser elementos suficientes para cambiar procesos y formas de trabajo fuertemente arraigados. Por otra parte, la profesionalización y la superación de los modelos viejos de la enfermería dependen también, y fundamentalmente, de otras variables: económicas, sociales y culturales, que los enfermeros no controlan.

Los médicos coinciden, en cierto modo, con la crítica a los enfermeros de antes; según contaba Mirta (1. °, 20 años) su tía, que es enfermera, suele quejarse de los problemas que tiene con los médicos quienes dicen de ella que es vieja y no sabe nada (Ref. 12). Pero no todas las opiniones sobre las enfermeras de antes son críticas, Rosa (CCC, 49 años), sostuvo con firmeza que

*...en su momento, durante, digamos sesenta años, prácticamente, la enfermera empírica sostuvo un sistema de salud, no, no es una pavada, sostuvo un sistema de salud, no sostuvo, cualquier cosa, un sistema de salud, que se basó en un médico, dejándole a ella, a cargo de ella, es decir, no estamos hablando de una pavada de una tontería. (Ref. 35)*

Rosa no habla sin razones; su madre, que comenzó como mucama se fue formando en la práctica como enfermera. Y, a pesar de haber trabajado durante años como enfermera, al momento de jubilarla, lo hicieron como mucama, deplora ella (Ref. 35).

Muchos de los entrevistados han reconocido la idoneidad y el compromiso con que algunos auxiliares se desempeñan, excepciones más o menos numerosas que no son representativas de la totalidad. Según Mintzberg (15, 103) el mecanismo de coordinación del trabajo característico de las burocracias profesionales es la normalización de las capacidades y destrezas, es decir, la educación formal avala, en cierta medida, que se ha alcanzado el mínimo necesario de capacidades y destrezas para el ejercicio, mínimo que la formación empírica o auxiliar no garantizan.

## **2 b. Trabajo de mujeres.**

La enfermería no solo es una ocupación realizada, mayoritariamente, por mujeres sino que, además, para algunos, “es” una ocupación de mujeres. Relata Juan (4.º, 23 años) que siendo niño debió estar internado en varias ocasiones debido a una cardiopatía congénita que padece, y que en ese entonces él pensaba que lo que diferenciaba a los médicos de las enfermeras no eran sus funciones sino el sexo. Los varones eran los médicos y las mujeres, las enfermeras (Ref. 31). O sea, había “naturalizado” las diferencias, del modo en que muchas veces se hace con las características culturales, como si no hubieran sido socialmente configuradas; al modo en que la “tradición” impone que el cuidado, y por extensión la enfermería, son ocupaciones “de mujeres”. ML Esteban dice: *“La naturalización, que sigue estando en pleno auge, funciona como un subterfugio ideológico totalmente idóneo para resolver las contradicciones surgidas en las sociedades de clases, puesto que intenta aunar la igualdad teórica de oportunidades con las diferencias socioeconómicas y las discriminaciones reales.”* (104 p.9)

En general los alumnos, y las alumnas, no mencionaron cuestiones vinculadas con el género, y al ser interrogados a propósito, tampoco se expliaron demasiado. Entre los pocos que se refirieron al tema, Carlos (CCC, 45 años) decía:

*Está la condición de género y la condición sexual, porque en el ambiente, ponele, yo soy gay, en el ambiente de enfermería hay muchos, pero los gay estamos bien vistos en enfermería, y las enfermeras. Y los enfermeros, depende si es un hombre que se aboca mucho al paciente, porque vamos a suponer, hay más machismo, la mujer es más dócil, más cariñosa, el gay es más dado, conoce bien, se involucra más, sí. (Ref. 32)*

Según Carlos, entre los enfermeros habría algunos con una tendencia más machista, y otros con una tendencia más involucrada, más cercana a las características de la mujer, con la que se identificarían los gay. El testimonio continúa, y el entrevistado no se priva de ilustrar con ejemplos representativos las diferencias entre el compromiso que las mujeres y los gay tienen con su trabajo en oposición al desinterés de los heterosexuales.

*Los hombres para determinado cuidado, en enfermería, hay como una...[insensibilidad] porque el hombre es más frío, no es tan maternalista, la mujer es más maternalista, puede llegar a ver más la necesidad del enfermo; el hombre, viste como ¿qué me importa? si está cagado, está cagado, si está meado*

*está meado, dejalo ahí. El gay no. El gay ya lo piensa un poco más, también más maternalista, más, más humanamente, en el sentido de decir no, me puede pasar a mí, si se lo hacen a mi mamá no, que hay como una conciencia un poco más desarrollada, no sé por qué ¿eh? (Ref. 32)*

A través del cuidado, piensa Carlos, el gay asumiría también el costado maternal de la enfermería, caracterizado por una conciencia y una responsabilidad de la que los hombres “más machistas”, carecerían. Por otra parte, vemos que coincide en la fórmula a través de la cual se asocia al sentido humanitario, con la empatía, con la capacidad de valorar o de ver la situación, desde la posición, desde el punto de vista del otro, o asumiendo que esa situación podría estar afectando a un ser querido.

La responsabilidad por el cuidado y la crianza de los hijos es algo que muchas mujeres aceptan como un componente natural y lógico de la maternidad, Eliana (C de adm. 31 años) contaba que había tenido que postergar su deseo de estudiar por cuidar a sus hijos; hablando con una enfermera, ella le decía:

- *a mí me encanta eso [la enfermería] y nunca lo hice.*
- *¿y por qué?,*
- *y, por mis nenes, (tengo tres hijos) porque no tenía tiempo... (Ref. 3)*

La referencia al género, en este caso es indirecta, no está relacionada con las características de la profesión, pero muestra cómo Eliana asumió su obligación como mujer, ella no manifestó ningún tipo de contrariedad o resentimiento por el hecho de haber tenido que dejar de lado su deseo de estudiar por cuidar a sus hijos. Por el contrario, la expresión de su rostro y el tono con que hablaba eran de orgullo por haber cumplido con su función. Lucía (Ref. 23) se manifestaba de manera parecida al explicar que no hubiera podido estudiar medicina porque el cuidado de su hija que era muy pequeña, le requería mucho tiempo. Y otras referencias similares fueron las de Eliana (Ref. 3), quien contaba que su madre, sus hermanas, sus tíos y ella, se habían ocupado de cuidar a su abuela postrada, o la de Marisa (Ref. 34) que había cuidado a un tío enfermo, o Ivana (Ref. 33) que había ayudado a cuidar a una tía en el postoperatorio de una cirugía complicada cuando recién terminaba sus estudios secundarios. Ellas contaron estos episodios como antecedentes de su decisión; como si en esas experiencias, realizadas en forma “amateur”, hubieran descubierto la posibilidad de abordar la enfermería como una carrera profesional.

Curiosamente, o no tanto teniendo en cuenta la cuestión del género, los varones que también recordaron antecedentes relacionados con enfermedades Juan (4.º, 23 años) y Diego (4.º, 23 años), lo hicieron desde el otro punto de vista, no como cuidadores de pacientes sino como pacientes cuidados.

En lo que lleva de carrera, Ailén, (2.º, 19 años) ha observado una diferente predisposición al estudio entre varones y mujeres. Ella cuenta que algunos compañeros tienen la postura de

*...si apruebo la materia, y tengo cero de conocimiento, mejor, la aprobé, me la saqué de encima.*

*...Yo veo eso, o sea en mis, en mis compañeros veo que hay menor importancia, o menor interés que el que yo veo en las mujeres. (Ref. 16)*

Posición que si bien, dice Ailén, no es privativa de los varones, entre ellos es bastante más frecuente.

Según Fernando (2.º, 36 años) la subordinación de la enfermería a la medicina estaría asociada a la sumisión de la enfermera al médico, y ésta a su vez, a la sumisión de la mujer al hombre. Es decir, que hay condiciones sociales y culturales que enmarcan esta situación, de algún modo

*...la enfermería se vio como que es la mujer que asiste al médico, que atiende, que le prepara el desayuno, que le dice: "sí doctor". Que le pone la toallita en el baño, que trata de que al doctor no le falte nada. (Ref. 20)*

Esta doble subordinación contribuye a acentuar la situación de debilidad de la enfermería, estableciendo relaciones de sumisión que se retroalimentan y se hacen muy difíciles de romper. Fernando plantea para la cuestión de género, una respuesta de género masculino:

*Mientras más hombres nos dediquemos a hacer enfermería, la cuestión de género va a ir cambiando. (Ref. 20)*

Propuesta que no oculta cierta perspectiva machista. Por otra parte, la maledicencia atribuye a las mujeres que se dedican a la enfermería una reprochable ligereza moral. Alba (1.º,

19 años) comentaba que es común que no se vea a las enfermeras con buenos ojos. Buscando los términos menos ofensivos, ella decía:

*Tienen una mala idea de lo que es un enfermero, una enfermera, como que piensan que son -a ver qué me dijeron una vez- como que si las enfermeras sean como “regaladas” en una palabra. (Ref. 4)*

Aclaraba luego, que el término “regaladas” aludía a la predisposición y liberalidad con que algunas mujeres aceptan las relaciones sexuales fugaces. Un prejuicio condenatorio de este tipo, representa una agresión moral en el contexto de las discriminaciones que se cometen contra la mujer, en general, y contra las enfermeras, en particular. Fernando (2.º, 36 años) señala que el prejuicio se extiende también entre los trabajadores:

*...Cuando uno entra al campo laboral hay un preconcepto, de que... Decir todas las enfermeras son trolas, es un poco fuerte, pero como que hay cierta facilidad para conseguir sexo, que muchos enfermeros son gay... (Ref. 20)*

Pero los prejuicios, o preconceptos, no serían solo el producto de la imaginación y la suspicacia de los pasillos, Fernando contribuye con un ejemplo del quirófano:

*...el anestesista deja al paciente con la anestesia y se pone a apoyar a la enfermera y la enfermera en vez de darse vuelta y patearle los huevos, acepta ese juego. Porque entiende que es normal ¡y no es normal!, ¡no es normal porque yo a mi vecina no voy y la apoyo porque soy el enfermero y ella es la almacenera, o porque soy el médico y ella es mi vecina y tengo derecho a apoyarla porque soy médico! (Ref. 20)*

Hablabía Fernando, con una indignación evidente, que se traslucía en la voz y en la tensión airada de los gestos. Es comprensible, no se trata de una situación que pudiera aceptarse como normal en ningún lugar de trabajo. La interpretación del ejemplo pasa, según Fernando, por las variables que caracterizan la subordinación de la mujer al hombre y de la enfermera al médico. No creemos que episodios como este sean frecuentes, por lo menos en la actualidad, pero vale el ejemplo, porque nos permite referirnos a un aspecto de la situación, que el entrevistado jerarquiza: la anuencia de la enfermera. Claramente, “acepta ese juego”. El

ejemplo vendría a ser una metáfora de la relación entre la enfermería y la medicina, en el sentido de que ilustra la aceptación y la conformidad de la enfermera, una forma de “naturalización” ante determinados comportamientos de sumisión, a los que las relaciones de género no serían ajenas.

Es curioso que, a pesar de que la enfermería sea una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres, varios alumnos mencionaron a enfermeros como figuras representativas en su elección de la carrera. Un tío, un hermano, un amigo, todos casos de personas que se presentan como satisfechas con su profesión, que aman lo que hacen y lo hacen bien y con un compromiso verdadero.

*...Y él [hermano] es una persona que admiro mucho porque, él, hace su trabajo con gusto. (Ref. 4)*

*... dice que es muy bueno, a él [tío] porque le encanta ¿no? (Ref.5)*

*... él [amigo] ama a su profesión y lo ve de otro punto de vista de, de ver a la madre, de ver al nene, qué necesita. (Ref. 9)*

*... la única persona que se me acercaba siempre y me traía juguetes, o un globo, chocolate, era un enfermero. (Ref. 31)*

*... una vez había hablado con un muchacho que hacía lactancia materna que era enfermero y tenía un perfil muy alto, esto antes de que yo empiece a estudiar, tenía un perfil muy alto este muchacho, y me encantó, entonces le dije: -vos tendrías que hacer medicina, -le dije, y me dijo: -no, vos estás equivocada, de la enfermería se puede hacer mucho y más, vos no sabés la cantidad de cosas que se pueden hacer de la enfermería, - y yo ahí empecé a respetar la enfermería desde otro lugar... (Ref. 25)*

Vale decir, o esto significa, que si bien podría asociarse a la enfermería con los roles femeninos culturalmente predominantes, los hombres pueden asumir la profesión con igual, o mayor, dedicación y compromiso. Según Vega: “Socialmente se estableció que la mujer estaba hecha para el cuidado de niños, de ancianos y del hogar, por lo que se atribuyeron funciones e institucionalizaron roles para hombres y mujeres.” (105 p.40) Coincidimos con la propuesta: el cuidado, y por extensión, la enfermería, no son un patrimonio natural de las mujeres sino una construcción histórica y socialmente impuesta, lo que determinó entre otras cosas, las diferencias y las desigualdades que la caracterizan respecto de otras profesiones no feminizadas.

## 2 c. Una ocupación escatológica.

La mención al costado escatológico de la enfermería expresa y fundamenta, muchas veces, los sentimientos de desvalorización. Paula (2.º, 26 años) dice

*...el enfermero no es valorado, para nada, se, se tiene el viejo concepto que, es para, poner chatas, nada más. (Ref. 28)*

Alba (1.º, 19 años) opina, en coincidencia,

*-Como que lo toman “qué asco la carrera de enfermería”.*

*-¿Y vos qué pensás de estas cosas?*

*-Me río de la gente porque, digo que tranquilamente la persona que estoy limpiando puede ser su mamá, entonces, no, no siento asco, porque, tanto puede ser su mamá, mi mamá, cualquier persona, si uno realmente quiere a esa persona... (Ref. 4)*

Y en la respuesta se puede entender mejor, el significado de algo que ella misma dice de las posibilidades que tiene la enfermera de ser útil como ser humano, de la utilidad que implica el cuidado del otro, de alguien que podría ser uno mismo o que podría ser la propia madre de ese otro que nos denigra o él mismo. Ser humano significa en este contexto, asumir las miserias y debilidades del ser humano, cuidar a todos y a cualquiera como se haría con las personas que se ama. La experiencia “escatológica”, se puede encontrar también en los orígenes de la decisión de estudiar enfermería. Ivana (CCC, 33 años) cuenta, como un antecedente clave en su elección, haber cuidado a una tía que por una cirugía intestinal había quedado con una colostomía<sup>9</sup>.

*...entonces las enfermeras mismas, me enseñaban como hacerle la curación, como, hacerle el cambio de la bolsa de colostomía, controlarle los signos vitales, o sea, también, yo digo, capaz que me enseñaban porque, no sé, me veían joven, con predisposición porque, o sea, como estaba todo el día ahí... (Ref. 33)*

---

<sup>9</sup> Colostomía es una derivación quirúrgica por la cual el contenido del colon se expulsa directamente hacia el exterior a través de un orificio practicado en la pared abdominal.

Más allá de explicaciones e interpretaciones, por si quedaran dudas, Alejandro (1.º, 32 años) afirma que para la gente en general, directamente

*...la enfermería es una mierda.* (Ref. 15)

Se entiende que lo escatológico no es solo una metáfora sino también una sinédoque, una parte representativa de la totalidad. La enfermería no es exactamente eso, y abarca mucho más que hacer solo eso pero, si bien es cierto que la alusión a lo escatológico no es una expresión de delicadeza y de buen gusto, en cambio es una forma clara e inequívoca de manifestar el sentimiento que se tiene hacia ella.

La idea de que la enfermería se trata solo de limpiar inmundicias, no es exclusiva de los profanos, es compartida también por algún estudiante. Paula (2.º, 26 años) asegura que, entre sus compañeros, hay quienes justifican la escasa dedicación al estudio con una desalentadora sentencia:

*¿Para qué, si vas a ir a limpiar culos?* (Ref. 18)

Cuestión que, más allá de su simpleza y vulgaridad, pone en discusión, con cínica crudeza, a la realidad social y educativa, específicamente, al sistema de salud y a las políticas de formación de los profesionales. Formar a un profesional, más allá del costo social que implica, en recursos económicos, trabajo docente, tiempo y esfuerzo de los estudiantes, involucra la expectativa de una determinada manera de trabajar y contribuir a la salud de los individuos y de las poblaciones, de una forma de ejercer la profesión y de determinadas condiciones laborales que hagan posible ese ejercicio. Expectativas que no se cumplen para una gran parte de los egresados, que deben resignarse a trabajar realizando tareas que no requieren formación, cobrando sueldos que no se corresponden con su título, expuestos, no pocas veces, a la descalificación y al maltrato, etc. (34, 106).

El lado sucio de la enfermería, el que se ocupa de limpiar heridas infectadas, pus, vómitos y excrementos, es el que se ocupa de la “cara oculta” vergonzante y disimulada de los seres humanos; y si la enfermería es “humanista” como dijeron algunos alumnos en las entrevistas es porque no se desentiende de la integridad del ser humano, porque no reniega de sus miserias, tan humanas como sus grandezas.

## 2 d. La Enfermería vista por los “otros”.

Los pacientes, los familiares, los usuarios de los servicios de salud en general, no suelen diferenciar entre las diferentes ocupaciones no médicas. Reina (CCC, 52 años) cuenta, por ejemplo:

*[Los pacientes y los familiares] no tienen en cuenta nuestra formación, para, a ellos le da lo mismo [...] donde yo trabajo, están las asistentes, las mucamas, que todas tienen una, un trabajo diferente y las enfermeras. [...] es lo mismo para ellos lo que hacen, cualquiera, no hay diferenciación. (Ref. 36)*

Y es así que les solicitan y exigen cosas que no corresponden. En realidad no solo confunden las funciones sino que no las diferencian, todas (mucamas, asistentes o enfermeras) estarían para todo. Para Marisa (CCC, 39 años) el relato de Reina no es extraño, en la clínica donde trabaja también debe soportar esta situación en que pacientes y familiares confunden las funciones de enfermería con las de hotelería. No es algo excepcional que algún paciente se aferre al timbre como si fuera una urgencia y después resulta que llamaba

*...porque quiere que vayan y le cambien la, el, el canal de la televisión o le abran un poquito la cortina. (Ref. 34)*

No solo los pacientes y familiares ignoran las diferencias, los mismos responsables de los establecimientos también suelen hacerse los distraídos.

*Donde yo estoy la auxiliar, el profesional o el licenciado, hace el mismo trabajo, gana el mismo sueldo y es tratado de la misma manera, tirando a mal, por supuesto. No te reconocen, no te diferencian, ni por la parte patronal ni por los propios pacientes. (Ref. 34)*

No todos confunden a las enfermeras con las mucamas, Rosa (CCC, 49 años) refiere que en el Hospital de Budge<sup>10</sup>, muchas pacientes, sobre todo de origen boliviano, suelen dirigirse a ellas como “doctoras” y cuenta, reproduciendo el acento:

- *Doctorcita, doctorcita,*
- *no soy doctorcita, soy enfermera,*

---

<sup>10</sup> Hospital Materno Infantil “Dr. Oscar Alende” de Ingeniero Budge, provincia de Buenos Aires.

- *pero no, ió le digo.*
- *Y así, con esa sumisión, como habrán sufrido para venir así, y nosotros en nuestro país no sabemos cuidar eso, valorarlo.* (Ref. 35)

Comentaba ella el episodio como una fuente de satisfacción no por el hecho de ser tratada como doctora sino por el reconocimiento, de ser depositaria de un saber valioso, y por el cariño que la expresión involucraba. Para Alicia (3.º, 27 años) los pacientes no colocan a los enfermeros en el mismo nivel que al médico, ella lo dice de un modo muy ilustrativo:

*Eh, no lo ven tan superior como, por ahí, al médico. Por ahí si tienen que preguntar algo, pedir algo, le piden a la enfermera, pero no es porque tengan más confianza, no, es porque, porque, obviamente saben que sabe menos que el médico, bah, eso dicen, o sea, si el médico le dice algo y la enfermera algo, le van a creer cien veces más al médico, porque tiene como, eh, un saber divino, y, pero, es como que, como que sienten que, no tienen tanto respeto como, que pueden hinchar cada rato, por cualquier boludez, que por ahí que al médico no se animan a preguntar porque saben que el médico los va a mandar a la mierda...* (Ref. 28)

María de los Ángeles (3.º, 24 años) piensa que la relación de los pacientes o los familiares con los enfermeros y con los médicos

*...siempre es diferente, es como que al médico lo enaltecen y al enfermero lo tienen como más a la par, le, le cuentan todo, hay como más confiabilidad.* (Ref. 26)

Hay un aspecto que varios alumnos comentaron con especial irritación, que los pacientes muchas veces atribuyen y agradecen a los médicos los cuidados que recibieron de los enfermeros. El contexto de esta circunstancia sería la falta de reconocimiento, Fernando (2.º, 36 años) aporta un ejemplo bien demostrativo:

*“El radiólogo, el técnico de laboratorio, el médico, tienen derecho a comer. El médico cuando come, come, y nadie lo molesta, porque la gente entiende que el médico tiene derecho a comer, pero el enfermero no, no come.”* (Ref. 20)

Parecería que “la gente” estuviera esperando una disponibilidad permanente de parte de los enfermeros, una disponibilidad absoluta que estaría por encima de sus propias necesidades y que, por otra parte, cuando no se los necesita, los enfermeros no existen. La forma en que los pacientes consideran al enfermero, según Fernando (2.º, 36 años), se explica por la forma en que el enfermero se para delante del paciente, de qué modo se planta ante él. Es decir que no se trata solo de lo que los pacientes, los otros profesionales y la sociedad en general piensan de los enfermeros sino de lo que ellos mismos piensan de sí, de su trabajo, de su profesión y de que poniéndose en el lugar que corresponde sean capaces de exigir el trato que merecen.

La “gente” y la “sociedad”, son términos con que hacemos referencia a los profanos, pacientes, familiares o personas en general, las que desconocen las cuestiones que rodean a la profesionalización de la enfermería, cuya opinión, conforma el “sentido común”, en este caso el definido por la RAE como “*modo de pensar y proceder tal como lo haría la generalidad de las personas*” (11).

## 2 e. Enfermeras de antes y de ahora.

Amalia (1.º, 23 años) contaba con notoria irritación, la mala experiencia que tuvo con algunas enfermeras

*...tuve a mi nena internada, y la verdad que, me indignaron las enfermeras, yo me, pero me sentía totalmente indignada porque eran enfermeras, eran mujeres grandes, pero un maltrato hacia la gente... (Ref. 10)*

Para dar un ejemplo, contaba lo ocurrido en una ocasión en que se había acercado a la enfermería para averiguar por una cuestión administrativa:

*...le dije, a la enfermera: -mirá, ¿te puedo hacer una pregunta?, - y me gritó: -esperá un momentito, ¿no ves que estamos ocupadas?”, - ese maltrato. (Ref. 10)*

El maltrato no era solo una falta de cortesía y de buenos modales, abarcaba también el desinterés por el cuidado de los sueros, la impuntualidad con los horarios de la medicación, la falta de compasión ante el dolor ajeno, etc. (Ref. 10) Y entre los compañeros del grupo se

barajaron algunas razones para explicar la falta de sensibilidad de las enfermeras que Amalia había observado y sufrido en esa internación:

- *Yo no sé si perdieron el interés o...* (Ref. 10)
- *O es la paga,*
- *O son muchos años de carrera...*
- *De hacer lo mismo, que ya no se da cuenta de tratar bien a una persona y si te ve mal, llorando, le da lo mismo...* (Ref.10)
- *Lo que pasa que la misma gente, a veces, también te lleva, porque a nosotros nos pasó también en el hospital cuando tuvimos las prácticas, que tratábamos bien a la gente y, capaz que la gente estaba acostumbrada al maltrato y te trataba mal.*<sup>11</sup>

Patricia (3.º, 48 años) dice que en los hospitales en donde hicieron las prácticas de la carrera

*...todo es violencia, hay maltrato, todo es violento, desde el, desde, uno entra al hospital, ya es violento porque uno ve cosas feas no, no tiene un ambiente, desde, desde limpio ni, ni, este, ni cordial, ni entre compañeros, ni entre jefes, ni del jefe hacia, hacia uno de los enfermeros, en la relación misma...* (Ref. 25)

Felisa (3.º, 44 años) y Lucía (3.º, 26 años), opinan, de acuerdo con Patricia:

*Lucía.- Mucho maltrato, hay mucho maltrato* (Ref. 23)

*Felisa.- Pero no maltrato solamente en que, de que...* (Ref. 24)

*L.- Maltrato verbal ¿no?, humillación.*

*F.- Maltrato, humillación, violencia.*

*Entrevistador.- ¿De la enfermera al paciente?*

*Patricia.- Sí, sí, sí.* (Ref.25)

*F.- Y viceversa, también.*

*L.- Claro, obviamente.*

*F.-Pero menos ¿eh?* (Ref. 24)

---

<sup>11</sup> En la grabación solo se puede identificar a Amalia.

Patricia (3.º, 48 años) propone algunas razones que contribuyen a explicar el maltrato

*... la gente está cansada, porque viene de otro trabajo y se va a otro trabajo cuando sale de este, además tiene la casa hecha un desastre porque el marido también, no se ven, no se ven a los hijos, no saben qué pasa con su casa, y entonces se, se pasa su vida fragmentándola, de aquí para allá, y no, su vida es esto, y está mal. (Ref. 25)*

Las opiniones son diferentes si se habla de la enfermería de “antes” o de la actual. Aparentemente, la mala fama corresponde mucho más a las enfermeras formadas en el pasado que a las del presente. Según Patricia (3.º, 48 años)

*...tiene una gran confusión la gente, creo yo, porque... este, carga sobre sus hombros, la enfermería, un mito antiguo que decía que la enfermera era mala, que era violenta, y todavía se carga con eso. (Ref. 25)*

El mito no sería tal, de acuerdo a lo que ella misma decía después:

*...todavía queda aquella vieja camada que por ahí son un poco más, este, torpes, pero, me parece que la nueva camada de enfermeros está formada de otra manera, está un poco más humanizada, por así decirlo y, por ahí tiene otro, otra llegada al paciente, con más tolerancia, con más respeto. (Ref. 25)*

Para aclarar un poco, Patricia sostenía que, si bien las enfermeras de ahora, mejor formadas, no son como las de antes, en la gente persistiría vigente aquella imagen.

Carlos (CCC, 45 años) desde su experiencia de veinticinco años de trabajar en la enfermería, afirma que actualmente

*...está más valorada la enfermería. Mucho más valorada, y la gente sabe que necesita de los enfermeros. (Ref. 32)*

Y al interrogarlo sobre cómo era en el pasado dice:

*No, las enfermeras eran todas putas, era un trabajo degradante, al no haber estado tan profesionalizado. Lo hacía cualquiera, era empírico, era la mucama que, que mirando aprendió a poner una sonda... (Ref. 32)*

Pero advierte que la opinión no es uniforme, que aún hay gente que no valora la enfermería, que está resentida por los sufrimientos que debieron padecer como consecuencia de los grandes errores que cometieron, en su aprendizaje y en su ejercicio.

Adelina (3.º, 31 años) que es instrumentadora, y trabaja en una clínica privada opina que ahora la gente, valora un poco más a la enfermería, que sabe de qué se trata, de una carrera universitaria y terciaria, casi tan extensa y exigente como la medicina. Es decir que, aunque menos valorada, la enfermería se ha elevado a un plano de comparación con la medicina. “La gente” ha tomado conocimiento, y reconoce, que para alcanzar el título de enfermero hay que dedicar un largo esfuerzo.

## **2 f. El enfermero y el médico.**

Alba (1.º, 19 años), que no tiene todavía experiencia, comentaba que en la bibliografía está bien descrito y comentado, que

*...la relación entre médicos y enfermeros está como obstaculizada, por el tema de las jerarquías... (Ref. 4)*

Ella atribuye a la cuestión de la relación jerárquica, que lo que podría ser una relación de consenso y de compañerismo se instale como una relación de poder o de autoridad. Y, en ese sentido, ella estima que sería conveniente para el enfermero que se le dieran más responsabilidades, porque eso contribuiría a equilibrar la asimetría entre el poder del médico y el del enfermero. Sostiene Alba que, si bien tanto uno como otro tienen su área de incumbencia, en las situaciones de discordancia, la decisión final es del médico, no en mérito de su conocimiento sino de su autoridad (Ref. 4). Y es cierto que la bibliografía respalda su afirmación, varios autores (68, 107) sostienen que las diferencias entre los médicos y las enfermeras están más vinculadas, a las diferencias de género y a las condiciones que impone la jerarquía que a las que dependen de la división del trabajo.

Fernando (2.º, 36 años) coincide en que las relaciones entre médicos y enfermeros tienen una base que se estructura en la jerarquía pero él piensa que con el tiempo, puede establecerse otro tipo de relación basada en la confianza.

*Vos empezás a trabajar en un lugar y el médico tiene cierta, no digo desconfianza pero, vos tenés que ganarte tu confianza también, o sea, como él la tuya. Si vos te ves que el médico es un médico que no se preocupa por el paciente, o que ves que le faltan ciertas luces, tenés que estar alerta, y el médico lo mismo con vos, hasta que esa relación rompe esa estructura y vos ya tenés otro diálogo con el médico. (Ref. 20)*

Y terminaba de explicar que las relaciones de los enfermeros con los médicos pueden establecerse en el marco de la más estricta formalidad burocrática, donde lo que está escrito se hace y lo que no está escrito no, o también en relaciones de mayor confianza en donde el enfermero hace su trabajo según los criterios habituales y completando las formalidades después.

En la campaña para la atención de niños con enfermedades respiratorias en que participó Felisa (3.º, 44 años), la experiencia de trabajo con los médicos, dice, fue muy buena

*El médico valoraba muchísimo eso, trabajaba al lado nuestro, nos preguntaba como, en realidad, el médico lo valoraba al paciente una sola vez, y para darle el alta, después todo el tratamiento lo dábamos nosotros y era, era una buena relación... (Ref. 24)*

Según Daniel (4.º, 23 años) en la terapia intensiva en la que trabaja la relación entre los enfermeros y los otros profesionales en general es buena,

*...con los médicos también es muy buena la relación, siempre estamos consultándonos, las cosas. La verdad que se trabaja bastante en equipo... (Ref. 30)*

El sistema de salud es muy estructurado, dice Carlos (CCC, 45 años) refiriéndose no específica pero sí, especialmente, al ámbito hospitalario. En su percepción, la comunicación y el contacto de los enfermeros con los médicos, en esos medios, es mínimo.

*Es un mundo aparte. Por ahí lo que nosotros podemos llegar a hablar mayormente es de nuestro tema. Tema médico, es médico. (Ref. 32)*

Los temas médicos son de ellos y se tratan entre ellos, explicaba Carlos. Los enfermeros se ocupan de los suyos. Aunque, reconoce que en algunos lugares no es tan así:

*Mayormente donde se da un mayor compañerismo es en, en los lugares como unidad sanitaria y esos. (Ref.32)*

Adelina (3.º, 31 años) que es instrumentadora, cuenta que en lo que respecta a la relación con los médicos, ellas se quedaron en el tiempo:

*...la instrumentadora es bastante estructurada, lo que le enseñan eh, la mayoría lo toma así, no, no, no lo cambia, eh, por ejemplo, respetar al médico, y lo que dice el médico es así porque es médico...(Ref. 29)*

Y agrega que con las enfermeras del área de cirugía no suele ser muy diferente, aunque también hay algunas que cuando tienen sus razones no se quedan calladas, pero éstas son las enfermeras más jóvenes, no las mayores, más acostumbradas al respeto de las jerarquías y a la subordinación. Paula (2.º, 26 años), opina que los enfermeros deberían tener más autonomía, no en aquello que corresponde decidir al médico pero sí en lo que a ellos les compete pero que eso está condicionado,

*...hasta que el enfermero no cambie la cabeza va a seguir siendo sumiso a la medicina. (Ref. 18)*

Esto, cambiar la cabeza, significa para ella, no solo acumular conocimiento, sería algo así como lo que algunos denominan “la postura” del profesional, y que refiere también a eso que dicen de “plantarse” ante las arbitrariedades o los excesos de los médicos. Reflexionando sobre las diferencias entre los médicos y los enfermeros Patricia (3.º, 48 años) dice y se pregunta:

*...los médicos tienen, héroes, eh, figuras a seguir, respetables, y de donde agarrarse para poder seguir remando, y lo que veo es que nosotros no tenemos*

*esto, ¿no será eso también, una, una deuda pendiente que tenemos con nosotros mismos? No tenemos un ideal, hay algo por ahí, nombres muy antiguos de damas muy antiguas, pero son muy antiguas, son inalcanzables, no las conoció nadie, no tenemos nada nuevo, no hay nada nuevo, después de aquello, después del arca de Noé ¿desapareció todo? ¿El modelo a seguir de enfermería? ¿Será eso un, un error? (Ref. 25)*

Y Patricia cita como ejemplos de figuras médicas a René Favaloro<sup>12</sup> y a Esteban Maradona<sup>13</sup>, personalidades de la medicina, ampliamente conocidas, respetadas y admiradas. La falta de figuras notables en la enfermería no solo es coherente con la posición subordinada que ocupa y más que la causa, más bien sería una consecuencia de esta subordinación.

Ana (C de adm. 23 años) está haciendo el curso de ingreso pero hace algunos años que trabaja como auxiliar de enfermería, y eso le ha permitido hacerse de cierta experiencia. Ella opina que una comunicación fluida entre los médicos y los enfermeros sería beneficiosa para los pacientes pero que eso en la práctica pocas veces se observa,

*...lo que yo vi, el médico viene agarra el report de enfermería, se fija en los controles de la noche, pregunta, capaz que pregunta, cómo anduvo, bueno, ponele tanto, ponele esto, hacele lo otro, y ya está. (Ref. 2)*

No cuestiona abiertamente la supuesta infalibilidad de los médicos, pero la desmiente con un ejemplo. Ella cuenta que en una oportunidad en que, preocupada por una paciente a quien cuidaba en domicilio y que se encontraba con dificultad respiratoria y fiebre, llamaron a la médica de control

*Para mí le tenía que haber mandado una radiografía de tórax para ver por qué la nena estaba así hace tantos días. Ya ese día, fue el peor día que, le bajó mucho la saturación y tenía una taquipnea pero, la frecuencia cardiaca volaba y bueno, pero al otro día bueno salimos corriendo al hospital y tenía una neumonía... (Ref. 2)*

---

<sup>12</sup> René Favaloro (1923-2000), cardiocirujano argentino, desarrolló una técnica de revascularización miocárdica utilizada en todo el mundo.

<sup>13</sup> Esteban L Maradona (1895-1995), médico rural, naturalista y escritor, pasó 50 años en Estanislao del Campo, una localidad alejada de Formosa atendiendo a las comunidades indígenas de la región.

Si la médica hubiera valorado mejor su preocupación y hubiera solicitado una radiografía en el primer momento, juzga Ana, el tratamiento hubiera sido más oportuno y la mejoría más rápida. Según Lucía, (3.º, 26 años) hay médicos que tienen en cuenta la opinión de los enfermeros y trabajan en conjunto, a la par, pero en cambio otros, directamente la ignoran

*...no les importa lo que dice la enfermera, no le preguntan. (Ref. 23)*

Mirta (1. °, 20 años) nos contaba que según su madre, que es supervisora de enfermería, la mayor parte de los roces con los médicos surgen por desacuerdos en la distribución del personal de enfermería, y que su tía se lamenta de problemas que suele tener con los médicos, que le dicen que es vieja y no sabe nada (Ref. 12).

A propósito de conflictos entre médicos y enfermeros, Carlos (CCC, 45 años) cuenta sobre un enfrentamiento que vivió cuando trabajaba en un hospital de la provincia de Buenos Aires. El problema era el maltrato.

*...él gritaba, era un loco suelto y yo no me lo soportaba. (Ref. 32)*

Finalmente, cansado del maltrato, presentó una nota denunciando la situación, pero las autoridades no tomaron ninguna medida “*no pasó nada*”. Según Carlos, el maltrato era habitual en los primeros años de regreso a la democracia. En aquella época, dice, los médicos eran muy autoritarios, se la pasaban amenazando a los enfermeros con “hacerles una nota” por cualquier cosa, del mismo modo que en los colegios se amenazaba con las amonestaciones. Elbio (informante clave, 45 años) comentó también que en los primeros años de la democracia, las relaciones entre médicos y enfermeros, y también entre enfermeros de diferente jerarquía, se manejaban de un modo muy autoritario.

Rosa (CCC, 49 años) cuenta su experiencia con un médico con quien compartía guardias:

*...ingresó a las 2 de la mañana una paciente con, convulsivando, este, y en ese momento el doctor estaba durmiendo, yo fui y lo llamé, le digo: -doctor por favor puede venir que hay, que está convulsivando una señora, y no venía, yo golpeaba, golpeaba más fuerte la puerta, ya estaba más nerviosa, ahí, el esposo, que veía que yo iba, iba y lo llamaba y no venía, le dije: -creo que el doctor no me*

*escucha, pase por acá porque ahí está el cuarto del doctor, pero no me escucha, yo no voy a entrar, y cuando entró el hombre le pegó una piña. (Ref. 35)*

Y el médico no encontró mejor excusa que culparla a ella de no haber sabido tratar el caso.

*-mirá, si sos "boluda"<sup>14</sup> y no sabés manejar una convulsión, ya no es mi problema, me dijo. (Ref. 35)*

Situaciones parecidas se fueron repitiendo, contaba, hasta que siguiendo el consejo de una compañera, ella se plantó y enfrentó la situación en una conversación con aquel médico.

*-yo no tengo ningún problema en volver llamar a otro familiar que lo vaya a despertar, yo le voy a golpear su puerta dos veces, no más, no estoy acá para despertarlo a usted. -Creo que cuando él vio esa postura en mí, él cambió, porque me la había pasado llorando no sé cuánto tiempo... (Ref. 35)*

Un diálogo franco puede cambiar una relación mal iniciada y allanar resentimientos y rencores.

*...después salimos siendo reamigos porque después yo como, yo le pude entender que él también se encontraba con el miedo como él me dijo una vez, acá no tenés a otro que no seas vos y yo no sé hasta donde da tu capacidad, de enfermero, me pidió disculpas de mil maneras... (Ref. 35)*

Su conflicto no tenía que ver con las incumbencias sino con el maltrato en el orden personal. Ahora, contaba Rosa, no se deja atropellar, tiene otro tipo de relación con los médicos, facilitada por el hecho de haber profundizado su formación lo que también contribuyó a mejorar su autovaloración.

La sumisión y el sometimiento de los enfermeros a los médicos no son elementos que surgen automáticamente de las diferentes capacidades e incumbencias, o de las formalidades jerárquicas. Se configuran en la práctica y en la vida cotidiana, están vinculados no solo con el ordenamiento administrativo, sino con las instituciones, el prestigio, el miedo y con otras

---

<sup>14</sup> Término vulgar que significa tonta, estúpida.

variables (desigualdades) sociales y económicas que sustentan ese tipo de relación, que pueden observarse también en otros ámbitos de la administración pública y de la sociedad en general (46, 48, 108, 109).

En relación al maltrato que sufren los enfermeros es conveniente señalar que, según el estudio Cisneros, versión III, realizado en España en 2002, el acoso psicológico, la principal causa de riesgo laboral en la enfermería, no tiene como principales responsables a los médicos sino a los mismos enfermeros ubicados en puestos jerárquicos (110), dato que no contradice ni desmiente lo narrado por los alumnos.

## **2 g. Discusión: Perspectivas, antes y después. Los enfermeros y los otros.**

### **La cuestión del género. Tensiones de la enfermería.**

**Perspectivas: antes y después.** Las diferentes perspectivas de los alumnos van de cómo veían a la enfermería antes y desde fuera (de la enfermería), a cómo la vieron después, estando dentro (de la carrera). Desde qué es lo que parece desde fuera a qué es lo que se observa después, desde el interior (del trabajo).

Antes, la enfermería se veía como un trabajo de segunda, subordinado a la medicina, expuesto a la desconsideración y el maltrato. Después, el entusiasmo despertado les hizo sentir la potencialidad de la propuesta como si ya fuera un hecho de la realidad. Como si la profesión estuviera bien establecida, acorde a la teoría: se veían brindando cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles de atención, promoviendo la autonomía de los sujetos y de los grupos asegurando el respeto de la singularidad y la dignidad humana de las personas a su cuidado. Una ocupación ejercida por profesionales idóneos, habilitados para dirigir y gestionar servicios de enfermería, comunitarios y hospitalarios, y de participar en investigaciones o en actividades educativas en salud; tal como lo propone el proyecto institucional de la UNLa (1).

Para muchos, enfrentar la realidad fue decepcionante. Visto desde dentro, en su interior, el trabajo en enfermería no era lo que habían aprendido. En muchos hospitales, las condiciones en que se realiza el trabajo y la forma de trabajar de los enfermeros, no fue lo que esperaban encontrar. Para otros, la realidad de los hospitales no fue una sorpresa, ya que entienden que la profesionalización es un proceso que aun no se ha concretado. Y algunos no sintieron que la forma de trabajar en la enfermería constituyera un problema de trascendencia.

Ante el estado actual de la enfermería, caracterizado porque: “*El salario de los Enfermeros no se equipara a otros profesionales de la salud. [...] Existe maltrato laboral,*

*violación a los derechos adquiridos, denuncias de violencia en actos eleccionarios para organizar democráticamente organizaciones asociativas. Algunas instituciones de atención de la Salud se han convertido en espacios no saludables para los colegas que en ellas trabajan* (106), algunos estudiantes plantean la necesidad de cambiarla y otros no, por lo menos, no la explicitan. Entre los que buscan el cambio, hay quienes, con cierta ingenuidad, confían en que el reemplazo generacional será suficiente y hay otros que entienden que la situación requiere cambios más profundos, políticos, sociales y culturales. Y habría, también, entre los alumnos, según lo que algunos entrevistados decían de sus compañeros, quienes ya albergan un marcado resentimiento hacia lo que la profesión representa, y a lo que la sociedad les ofrece, les permite y les exige.

**Los enfermeros y los otros. La cuestión del género.** Lo que la gente piensa de la enfermería, los significados de la enfermería para el sentido común, no son necesaria, ni exactamente, los que los estudiantes creen que son. Pero lo importante para este trabajo no es lo primero, sino lo segundo, ya que los significados que ellos atribuyen a “los otros” participan también en la red de significaciones que sustenta el sentido de su propia definición de la enfermería y que, por lo tanto influyen en la interpretación y la valoración que hacen de su propia realidad y en la forma en que ejercerán su práctica. Lo que los enfermeros creen que la gente piensa de ellos es, de algún modo, el reflejo de lo que perciben en la sociedad, en tanto que ellos mismos forman parte de ella.

La imagen escatológica de la enfermería y los prejuicios derivados de la supuesta ligereza moral de las enfermeras forman parte de la red de significados de la enfermería que explican, en parte, las formas en que las personas se relacionan con ella. Los dos señalamientos, que apuntan a descalificar a la enfermería y a las enfermeras, no son casuales, sino que se inscriben en el marco de las relaciones sociales, económicas y culturales de dominación, subordinación y desvalorización, relacionadas con el género. Esta imagen social tiene un antecedente bien conocido en la historia de la enfermería. Se le reconoce a Florence Nightingale, entre otras cosas, haber logrado cambiar la degradada imagen de la enfermería, de oficio realizado por mujeres dadas a la prostitución y al alcohol que se dedicaban al cuidado de enfermos porque ya no estaban en condiciones de hacer otra cosa, por la imagen de la profesión ejercida por mujeres de buena familia, con irreprochable moral y que habían recibido una formación adecuada (2, 4).

La percepción de los alumnos de lo que la gente piensa de las enfermeras no es excepcional o aislada, se asemeja a los resultados de algunos estudios, según los cuales, el imaginario social atribuye diferentes imágenes negativas para la enfermera: la de malvada,

hostil o agresiva (68, 111); o la de mujeres de escasa moral, desinhibidas y sexualmente predispuestas. En el extremo del desprestigio, la enfermera es considerada, como “señorita para todo”, “objeto sexual” o “cazadora de médicos” (111).

Es significativo que el tema de género no haya sido mencionado como un problema por las alumnas entrevistadas, al hablar de las diferencias entre médicos y enfermeras, no hicieron referencia a que pudieran tener relación con las diferencias entre hombres y mujeres. ¿Deberían haberlo mencionado? Según Molina, “*el género funciona como uno de los factores estructurales y estructurantes que perfilan la posición social, el reconocimiento y el valor de la práctica de una profesión.*” (46 p. 39) y Espino Muñoz y cols. dicen, refiriéndose específicamente a la enfermería en nuestro país “*La cuestión del género femenino parece representar uno de los factores más fuertes en la debilidad de los esfuerzos de despegue del sector, tanto en el marco social como sanitario.*” (34 p.32) Tomando posición, diríamos que el silencio, en este sentido, es significativo, y no por eso es llamativo. Lo habitual no se nos antoja extraño, lo que es permanente a la vista se va tornando “transparente” o “invisible”, no llama a la atención ni a la reflexión. Las diferencias se aceptan como naturales, además, las enfermeras no protestan. Al hablar de diferencias en términos de género nos referimos especialmente a las diferencias observadas entre enfermeras y médicos o entre enfermeras y otros profesionales, entendiendo que la enfermería es, histórica y socialmente una enfermedad “sexuada”, es decir construida con los estereotipos y roles atribuidos a la mujer.

Según Trasobares, “*el género influye de manera muy directa al asociar parte de los cuidados enfermeros a acciones consideradas intrínsecamente femeninas y sujetas a falta de medición y valoración económica.*” (112 p.11) Lo intrínsecamente femenino, al que refiere Trasobares está relacionado con los estereotipos del género, entre cuyas características pueden mencionarse: la sumisión, la pasividad, la dependencia, la paciencia, la minuciosidad y el detalle, el cuidado de los demás, la necesidad de contacto afectivo, la complacencia y la fragilidad (70, 105, 112, 113). De este modelo se desprende la idea de que el cuidado del hogar, los niños, los enfermos y los ancianos, son funciones de las mujeres, como hemos observado también entre nuestras entrevistadas. Van Dijk destaca la importancia de la influencia que ejercen los medios de comunicación masiva en la construcción de las ideologías “*Las ideologías se construyen o legitiman a través del discurso de los medios, tanto mediante las noticias como gracias a las películas u otros programas de televisión.*” (114 p.174)

Estos medios constituyen, así, factores que refuerzan los argumentos de la tradición. En las series de televisión, por ejemplo, la enfermera: “*Aparece ejerciendo un papel subordinado al médico y presentando estereotipos que están ligados al género.*” como dicen Camero y cols.

(62), las enfermeras de esas series, son presentadas como personas de estatus más bajo, con menos poder y relevancia que las figuras médicas masculinas, aunque también pueden verse algunas situaciones en las que las enfermeras no quedan mal paradas, como señaláramos antes (ver apartado III 1 Aa). En el artículo “*La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones*” (105), Vega se preguntaba: *¿...por qué no se ha debatido suficientemente los estereotipos de género asociados a la profesión; por qué se sigue asociando la profesión a roles femeninos desfasados; cómo influye todo ello en el reconocimiento de la Licenciatura, en el estilo de poder de las instituciones enfermeras, en nuestro sistema sanitario y en nuestra sociedad?* (105 p.40)

Preguntas que fueron formuladas en el contexto de la sociedad española pero que creemos que nos interpelan también a nosotros, y que complementamos con otra que surge de nuestra propia investigación ¿por qué los estudiantes de enfermería, varones y mujeres, solo excepcionalmente plantearon cuestiones relacionadas al género?

Las alumnas de enfermería, la profesión feminizada por autonomía, no perciben que la de los géneros sea una cuestión trascendente. Y no se trata solo de falta de cuestionamiento de la situación de la enfermería, también están los relatos que las colocan en forma complaciente, en las situaciones femeninas típicas, de cuidado de niños, ancianos y parientes enfermos. La interpretación puede ser errónea, pero la impresión es que para ellas las cosas, naturalmente, son como son y, por lo tanto, no hay de qué hablar.

Molina (46), insiste en que es más adecuado utilizar la denominación “profesiones feminizadas” que la de “profesiones femeninas”, ya que esta última induce a interpretaciones esencialistas, que explicarían por qué en algunas profesiones se reproducen las condiciones de tratamiento entre los géneros en base a las características que la cultura considera como privativas de las mujeres. La feminización, según esta autora, refiere a asignar los valores culturalmente femeninos a las relaciones sociales y, consecuentemente, a las profesionales.

En nuestra investigación, a diferencia de lo que podría esperarse, de acuerdo a lo que algunos autores, como Gómez y cols. señalan, que “*La mirada androcéntrica no tiene en cuenta las diferencias por razón de sexo, ni siquiera contempla la existencia de mujeres y/o hombres en las profesiones sanitarias.*” (69) fueron dos alumnos los que mencionaron el tema. Fernando (Ref. 20) quien, desde una postura en la que se revela cierta tendencia machista, opina que la subordinación a la medicina y la infravaloración social y económica de la enfermería, solo cambiarán a medida que se vayan incorporando más hombres a la profesión, y Carlos (Ref. 32) quien, posicionado como gay, diferenciaba el desempeño laboral de los heterosexuales y de los gay, atribuyéndoles a los primeros, el descuido y la falta de compromiso en el cuidado y a los

últimos, las virtudes que reconoce en las mujeres como consecuencia del maternalismo propio de ellas.

Antes de cerrar la discusión de género, recordaremos un dato que ya fue mencionado: según el censo de estudiantes de la UBA de 2004, el 67,2 % de los alumnos de la Facultad de Medicina eran mujeres (115), lo cual está indicando lo obvio, y que no por obvio dejaremos de explicitar: no todas las mujeres se inclinan por la enfermería, hay mujeres con horizontes, vocaciones, intereses y posibilidades diferentes a los que encontramos en las alumnas de nuestra investigación y que optaron por otras carreras. Y no todos los enfermeros, o enfermeras ni todos los estudiantes de enfermería, mujeres o varones, tienen la misma percepción sobre lo masculino y lo femenino.

**Tensiones de la enfermería.** La propuesta de la Universidad, de un enfermero bien formado y con amplia capacitación y la realidad del mercado de trabajo que demanda trabajadores poco calificados; la profesión y el trabajo de segunda; los prejuicios y el reconocimiento; el aprecio y el menospicio. Son algunas de las tensiones identificadas al momento de analizar las significaciones de la enfermería. Nociones, ideas, contradicciones y tensiones que coexisten y que caracterizan a las respuestas de los alumnos, no solo tomados en conjunto sino también, en cada uno. Así, las significaciones que estas tensiones albergan, no son estáticas sino dinámicas, y en doble sentido; uno en el de estar cruzadas por diferentes valores, sentimientos y emociones, en el mismo momento; y otro, en el diacrónico, o sea el de ir cambiando y transformándose a lo largo del tiempo y de las experiencias vividas.

Autores como Moya y Parra (51) advierten, en la enfermería española, una situación similar, caracterizada por una creciente preocupación por la disociación existente entre la exigencia de conocimiento profesional reinante en las universidades y las habilidades y competencias requeridas en la práctica real. Práctica que, según estos autores, depende tanto de criterios científico-técnicos como de juicios de valor.

### **3) La Enfermería como Profesión.**

La enfermería es una profesión, por lo menos desde el punto de vista legal, ya que la legislación nacional vigente, a través de la Ley 24.004 de 1991 (5) así la reconoce, aunque desde otras perspectivas, el estatus profesional de la enfermería podría ser discutido. Algunos autores, como vimos anteriormente (7), consideran a la enfermería como una semiprofesión.

El tema de la profesionalización no es indiferente ni desconocido entre los enfermeros, y tampoco es extraño para los estudiantes ya que tiene implicancias y consecuencias laborales,

económicas y legales. Al preguntarles a los alumnos si la enfermería es una profesión, la respuesta fue positiva y unánime, pero no todos acudieron a las mismas razones al momento de explicar por qué. Para organizar el análisis se han agrupado las respuestas de acuerdo a los siguientes temas: a) El conocimiento, b) El reconocimiento de los enfermeros como profesionales, c) Profesionales y auxiliares, d) Otros temas.

### **3 a. El conocimiento y la formación.**

Los tópicos relacionados con el conocimiento teórico, especialmente en referencia a la fundamentación científica de las acciones, y los relacionados con la formación, fueron los más frecuentes entre los entrevistados. Según Felisa (3.º, 34 años)

*La enfermería es una profesión porque se basa en principios científicos [...] cada cosa que hacemos, cada acción que realiza la enfermería tiene un fundamento. (Ref. 24)*

Marisa (CCC, 39 años) sostiene que los enfermeros son profesionales porque hacen su trabajo

*...con criterio y fundamentando cada cosa que hacemos. (Ref. 34)*

Hacer, cualquier persona podría hacer algo, pero saber por qué hay que hacerlo y por qué de determinada manera

*...no es que lo sepa cualquiera, puede venir un familiar y se lo olvida, o no lo hace o no lo sabe. (Ref. 34)*

Entonces, no es lo mismo cualquiera que un profesional. Adelina (3.º 31 años) relata que pudo observar las diferencias que hay entre auxiliares y las profesionales trabajando como instrumentadora.

*...yo veía que la auxiliar sabía que para tal cosa se hacía, se hace..., esa acción, pero por ahí no sabía porqué. En cambio la profesional yo le preguntaba cosas y, sabía funda..., sabía fundamentar, tal vez, las acciones que hacía, por qué y para qué. (Ref. 29)*

Las razones de este tipo se repiten, al preguntarle a Lucía (3.º, 26 años) qué significa el hecho de que el enfermero sea un profesional, contestó:

*Lo que hace tiene una fundamentación probada, científicamente, lo hace por una razón, y para un, para conseguir un fin. [...] Yo creo que el enfermero está capacitado, de conocimientos para, para realizar la tarea, y sabe por qué la realiza, por eso mismo, se, se estudia tres años, y se piden, en todas las acciones que se realizan acá adentro, la justificación. (Ref. 23)*

Al hablar sobre el conocimiento que tienen los enfermeros, una idea frecuentemente invocada fue la de “fundamentar”; con el sentido de justificar, como decía Lucía en el último testimonio; es decir, el enfermero profesional debe ser capaz de avalar su práctica, lo que hace y cómo lo hace, con conocimiento; es el saber hacer y el por qué se hace así. El fundamento, interpretado de este modo, remite a un saber de orden técnico o tecnológico, que viene a justificar las formas en que se realiza un procedimiento. Para aclarar mejor el punto, la impresión es que la preocupación de los alumnos está centrada fundamentalmente en las intervenciones y los procedimientos que van a tener que realizar, y en el conocimiento necesario para avalar lo realizado.

Para Luisa (C de adm., 19 años)

*...un enfermero profesional es una persona capacitada para ayudar al otro y que estudió tres años. Y no sólo eso porque también como veíamos ellos pueden hacerse cargo de un piso o ser, o administrarlo, o enseñar, puede ser un enfermero profesional docente, en investigación, yo creo que todo eso es un enfermero profesional, puede hacer muchas cosas, no sólo el cuidar. (Ref. 1)*

Noción que se ajusta al criterio legal (Ley 24.004) que define al enfermero por la condición formal de completar los requisitos de la carrera y por la competencia que este cumplimiento supone, para cuidar, enseñar, administrar o investigar. Para ella, el significado de la profesión se asocia a la capacitación adquirida en el ámbito de la carrera, es decir a la formación.

Fernando (2.º, 36 años) exponía sus reservas en cuanto a la formación de los compañeros:

*En un segundo año, casi terminándolo, compañeros míos no saben colocar una vía endovenosa, no saben cuáles son las técnicas de colocar una vía, y ya tendrían que saberlo, no saben cuál es la técnica de colocar una sonda vesical, creo que falla ahí, falla la educación falla la preparación [...] Yo tengo compañeros míos, que aprobaron farmacología con nueve y no diferencian un antibiótico de un analgésico, y es grave, que no entienden lo que es la acidosis o la alcalosis, y es grave, porque ya tendrían que saber. (Ref. 20)*

Fernando apunta, al momento de medir los conocimientos que el enfermero necesita, a evaluar el saber hacer técnico y el conocimiento teórico proveniente de las ciencias biomédicas, la fisiopatología, la farmacología, etc. Germán (2.º, 29 años) coincide, en cuanto al rigor de la formación, en que los docentes de la carrera no son tan estrictos al momento de evaluar:

*...si yo fuese profesor, tal vez sería un poco más exigente, tal vez ¿no?*  
(Ref. 19)

Silvia (2.º, 40 años), comenta que, si bien hay compañeros muy aplicados al estudio, también hay otros que no,

*- Hay algunos jóvenes que son ejemplo en el estudio, yo me doy cuenta que están en la búsqueda, pero otros, es como que [solo] quieren llegar a tener una salida laboral eh, entonces digamos, estudian...*  
*- ¿En qué lo notás, en lo que ellos dicen...?*  
*- En el esfuerzo.*  
*- Ahá.*  
*- Sí, sí, en el esfuerzo, en lo que dicen, en que varios se copian en los exámenes, hay, hay casos donde uno se, se pregunta, yo al menos me pregunto: - ¿qué será de esa persona?, - si llegará al final de la carrera, si en la búsqueda personal que él tiene, es entregar eso a una persona, cuando uno se termina de formar es la suma de lo que hizo ¿no? (Ref. 22)*

Los comentarios de Fernando, Germán y Silvia, ponen en discusión dos de las condiciones centrales de las profesiones, la formación y el conocimiento. Una cosa es el deber

saber y otra es lo que efectivamente se sabe y, según estos testimonios, aprobar las materias no garantizaría su conocimiento.

Felisa (3.º, 44 años) plantea la cuestión de la teoría y la práctica, la diferencia entre saber cómo se hace y saber hacer. Ella opina que la carrera

*...te está dando algunas herramientas para ser un profesional, pero si uno quiere ser un profesional y actuar como un profesional tiene que ir por su lado tratando de ver cómo se termina de formar, con la, la formación que te da la Universidad sola no te alcanza, por el tema de la parte asistencial, o sea, yo puedo saber por qué estoy dando una medicación, por qué la doy por esa vía, puedo saber todo pero no sé como darla, no sé como aplicarla, no sé como administrarla. Entonces, eso no tiene valor. (Ref. 24)*

“No tiene valor”, en el planteo de Felisa, significa que lo importante en el cuidado no es el saber hacer teórico sino el saber hacer práctico.

José (1.º, 23 años), desde la perspectiva que le da estar cursando el 4º año de medicina, opina que algunas materias que son cuatrimestrales como anatomía y fisiología, deberían ser anuales (Ref. 14). Opinión con la que coincidió el grupo en general y el cual, por otra parte, considera que en el programa de la carrera está sobredimensionada el área humanística y que debería equilibrarse más a favor de las asignaturas biológicas y de las prácticas (Ref. 11 a 15).

Si bien la profesión puede ser definida por una serie de capacidades o caracteres establecidos y certificados con la titulación, para Ailén (2.º, 19 años) la definición es más dinámica y se extiende más allá; ella piensa que el profesional es alguien que sigue estudiando y aprendiendo y que sabe cada vez más, o sea que lo anima un interés epistémico que no se agota, y no el que termina la carrera y se queda solo con lo que aprendió. Profesional es el que sigue estudiando y se sigue interiorizando, eso es lo que ella ve como una profesión. Este concepto, con el cual no se puede dejar de coincidir, y que por otra parte también figura en la Ley 24.004 (5), se opone al recelo que Florence Nightingale tenía ante la profesionalización de la enfermería. Su temor era que las enfermeras, una vez alcanzado el título perdieran el interés por seguir estudiando y perfeccionándose, como veía que ocurría con los médicos (2).

Para Silvia (2.º, 40 años), la formación de un profesional va más allá de lo que adquiere en la Universidad, ella dice:

*Un profesional, lleva mucho tiempo formar, no solamente los años de estudio que brinda la carrera, yo creo que un profesional es una persona que, que con seriedad apoya en teoría lo que está haciendo en la práctica y que tiene que tener a su vez una parte humana, un desenvolvimiento tal que le permita resolver, resolver situaciones, ¿no? saber lo que está haciendo. (Ref. 22)*

Resolver situaciones y saber lo que se está haciendo refiere a un proceso más complejo que el de la adquisición del conocimiento y las destrezas, incluye también un proceso de crecimiento humano en el contexto de un proyecto de vida, ella comentaba que comparten, con su esposo que es pastor de una iglesia protestante, un proyecto enmarcado en su fe religiosa, construir un campo de deportes y una sala de pediatría en el barrio (Ref. 22).

### **3 b. El reconocimiento del enfermero como profesional.**

Fuera de los ámbitos de la salud, en los que el tema de la profesionalización de la enfermería está más presente, ésta no es una cuestión de conocimiento o interés especial. En general, no solo no es un tema de preocupación, sino que además la opinión de mucha gente sobre la enfermería no suele ser de respeto y valoración. Fernando (2.º, 36 años) decía:

*...mi cuestión no es que yo estoy embroncado, frustrado con el médico o lo que sea, yo, creo que a la enfermería le falta un poco de reconocimiento social, pero es porque la forma en que se para, la enfermera dentro del contexto social. [...] Yo creo que los valores están muy, distorsionados, esto se da desde el momento en que el equipo de trabajo y en como se para adelante del paciente, la enfermera. Toda esa cuestión que no está reconocida económicamente como corresponde, que no se la ve como profesional, se la ve como trabajadora, no discute cuánto quiere ganar sino que otros discuten por ella o por él, creo que, también lo refleja en el paciente, en el trabajo del día a día, pacientes infiltrados por horas que no lo atienden, pacientes que, en los hospitales se ve que no están higienizados por días. (Ref. 20)*

Fernando pone el foco también en la parte que, según él, corresponde a las enfermeras, al momento de repartir las responsabilidades por las cuales la enfermería no es socialmente bien reconocida. Carlos (CCC, 45 años), por su parte, piensa que

*...falta conocimiento con respecto a lo que es esta carrera, falta, falta concientizar más a la sociedad y explicarles que es una profesión, no un servicio de sirvientes y de gente que se puede pasar por arriba. (Ref. 32)*

Opinión que no es infundada sino que se sustenta en la experiencia recogida en el trato con pacientes y familiares durante más de veinte años de ejercicio de la enfermería y que coincide con la conclusión de algunas investigaciones según las cuales es generalizada la idea de que las enfermeras son gente muy sumisa, a la que “se le puede gritar”. En la revisión “Imagen, identidad y construcción de conocimiento”, Silva y colaboradores (109), también puntualizaron la necesidad de poner en conocimiento de la sociedad y, especialmente de las autoridades, la potencialidad de la función y el trabajo de enfermería porque, explicaban, muchas decisiones políticas se toman sin conocerla.

Comparando con otras profesiones, Sandra (2. °, 37 años) señala que para el común de la gente, la enfermería tiene menos estatus que, por ejemplo, la kinesiología que es una carrera que exige la misma carga horaria. A Alicia (3. °, 27 años) le preguntaban, desaprobando,

*¿Cómo vas a desperdiciar todo lo que te exigen en la Universidad?, los apuntes que tienen que, que leer el, el tiempo, el esfuerzo, todo, para estudiar esa carrera, para eso lo hacías en la Cruz Roja, que es menos, si total por lo que hacen, de lo que vas a trabajar. (Ref. 28)*

La desaprobación se potencia en determinadas circunstancias. A Alejandro (1. °, 32 años), que proviene de una familia de padres y hermanos profesionales, al anunciar su intención de estudiar enfermería, sin requerirle otra información, le diagnosticaron con seguridad absoluta: “vos estás enfermo” (Ref. 15)

Rosa (CCC, 49 años) cree que a la sociedad le cuesta reconocer a las enfermeras como profesionales porque todavía conserva la imagen de las empíricas, de las mucamas sin instrucción, o con instrucción mínima, que se fueron formando al lado (y también a expensas, podría agregarse) del paciente, aprendiendo de otras enfermeras que a su vez habían aprendido como ella.

Esta historia de la mucama que a fuerza de estómago, audacia y empeño deviene enfermera, más la mezcla indiscriminada de auxiliares y profesionales, tanto en funciones asistenciales como de docencia o de gestión, que puede verse en algunos servicios, desdibujan los límites entre unos y otros, llevan a la confusión y conspiran contra la imagen de la

enfermería como profesión. Por otra parte, como señalaron algunos de los alumnos entrevistados, el rol secundario y la actitud de sumisión de la enfermera en relación al médico, que aún subsisten, conducen también a que la sociedad no considere al enfermero como a una persona capaz de una práctica autónoma, como correspondería a una ocupación de nivel profesional.

El reconocimiento de la enfermería como profesión (más exactamente, la falta de reconocimiento de la enfermería como profesión) no pasa solo por el lugar que se le asigna en la escala de prestigio social, sino también por el valor económico que se le adjudica a su trabajo. Al respecto, cuenta Rosa (CCC, 49 años), sin disimular cierta cuota de resentimiento:

*...yo tengo una hermana que es auxiliar, gana dos mil pesos, yo soy enfermera universitaria, gano mil quinientos. -Estás tragando un montón de libros al divino pepe<sup>15</sup>, -me decía justamente ayer que nos encontramos. (Ref. 35)*

Ella se lamenta por lo frustrante y doloroso que es el hecho de que no se reconozca los esfuerzos realizados para capacitarse más y poder brindar una mejor atención a los pacientes. Se queja, porque siente que no es coherente y que es injusto.

Pero ser profesional en algunas ocasiones, o en determinados lugares, implica ventajas sobre ser auxiliar, por lo menos sería así para acceder a algunos trabajos. Carlos (CCC, 45 años) asegura que el título profesional abre muchas puertas laborales, y para corroborar lo dicho da un ejemplo propio

*...cuando yo quería cambiar de trabajo mandé siete currículum, me contestaron seis, y me entrevistaron cuatro, y entré en el que elegí, es decir, si sos auxiliar eso no se da tan así. (Ref. 32)*

Lucía (3.º, 26 años) lamenta que no haya posibilidades de llevar a la práctica profesional los conocimientos adquiridos durante la formación (Ref. 23). Por su parte, Fernando (2.º, 36 años) dice:

*...desde el gobierno de la provincia de Buenos Aires, de acuerdo al ministro de Salud, nosotros somos asistentes de los médicos, y lo somos desde muchas maneras, lo somos desde el momento en que nos pagan un sueldo de asistente, y*

---

<sup>15</sup> Sin provecho

*no nos reconocen como profesionales, y donde el concepto de profesionalización es más que nada, sumar conocimiento porque, no se lo iguala [a otros profesionales]. (Ref. 20)*

Según Fernando, profesionalizar consiste para las autoridades de la provincia, en responsabilizar a los enfermeros como profesionales pero no en reconocerlos como tales.

El reconocimiento de uno por los otros representa la dimensión relacional de la identidad, es en ese reflejo donde uno se ve y se reconoce, es el espacio en que operan los símbolos y los valores y donde se va forjando y consolidando la identidad profesional.(116)

### **3 c. El monopolio del ejercicio, la jurisdicción.**

Entendemos por jurisdicción a un campo laboral de ejercicio exclusivo, o sea monopolizado por una profesión. Éste no fue un tema que los estudiantes hayan identificado como esencial, de hecho no fue señalado como algo propio de la profesión hasta que se indagó de manera específica y puntual en relación a las funciones desempeñadas por auxiliares y profesionales.

Las instituciones educativas van formalizando, a través de diferentes rituales burocráticos el avance de los estudiantes en la carrera. El trámite final de la formación, el ritual que los lanza a la etapa profesional es el otorgamiento de la matrícula por parte de las organizaciones del Estado, que los habilita para trabajar. Los estudiantes (también los empleadores) son muy sensibles a este reconocimiento oficial que los identifica y les da capacidad legal, tanto es así que algunos destacaron lo de la matrícula como un carácter esencial de los profesionales.

Decía Germán (2. °, 29 años) con notoria indecisión, que la diferencia entre el profesional y el no profesional podría ser

*...la formación, tal vez un título, tal vez un gasista es el mejor de todos pero no está matriculado, tal vez no, y no es un profesional como un matriculado, tal vez no tiene la misma oportunidad, por más que sea un experto en la materia. (Ref. 19)*

Acentuaba así la importancia que para él tiene el hecho de estar legalmente habilitado. Rosa (CCC, 49 años) considera que el conocimiento es la condición que caracteriza a la práctica profesional de la enfermería pero rápidamente agrega:

*...y su matrícula, fundamental. Somos personas matriculadas. (Ref. 35)*

Juan (4. °, 23 años) cuenta que era inútil buscar trabajo antes de tener la matrícula, directamente ni lo recibían para las entrevistas, le tomaban los datos, para llamarlo más adelante, cosa que nunca ocurría (téngase en cuenta que tampoco contaba con ningún tipo de experiencia práctica). La situación, asegura, se modificó rotundamente una vez que obtuvo su matrícula (Ref. 31).

Pero la matriculación no es sinónimo de profesionalización, ni garantiza que en la práctica se vaya a diferenciar a los profesionales de aquellos que no lo son. Paula (2. °, 26 años) dice que en los lugares por donde pasó para realizar las prácticas no ha observado diferencias entre auxiliares y profesionales:

*En realidad, no. No, porque, primero que en el hospital hay muchos auxiliares y las diferencias en realidad no se plantean, más en los hospitales públicos, no se plantean, creo que en el privado, sí, que la diferencia se nota porque los roles están bien delimitados, el auxiliar es auxiliar y hace higiene y confort, colabora con el enfermero y el enfermero cumple con sus tareas. Es injusto quizás para la sociedad, la gente que va al hospital público, que merecería el mismo nivel de atención, pero eso no se lleva a cabo. (Ref. 18)*

Que no se respete la jurisdicción del profesional implica que personas que no tienen ni la formación adecuada ni la habilitación para determinada función, la estén cumpliendo, situación cuyas consecuencias recaerán sobre los pacientes. Es de destacar que Paula haya pensado también en eso y en la injusticia que implica para los usuarios de los servicios públicos.

Lo que más indigna a Felisa (3. °, 44 años) es la falta de interés de los auxiliares por profesionalizarse

*... hoy en un hospital están trabajando muchas auxiliares, que no tienen ningún, pero, ni intención, de hacerse profesionales, ni intención de hacerse profesionales, porque están como, si van a seguir cobrando lo mismo, nadie las va sacar de su puesto y están haciendo la, la tarea de, de un profesional. (Ref. 24)*

En cambio, Marina (2. °, 20 años) se mostraba sorprendida por el desempeño de una auxiliar en el hospital donde hacía las prácticas. En ese lugar, decía,

*...todos hacían lo mismo, todo, o sea, trabajaban de igual manera, por ahí alguna me decía: -yo soy auxiliar, -¿de verdad?, le digo yo, -¿un año estudiaste nada más?, - un año, dos años son, sí, y diga que sabía..., la tenía reclara, porque sabía de todo. Estaba por ahí sola con, no sé, diez pacientes y estaba lo más bien... (Ref. 17)*

La experiencia de Marisa (CCC, 39 años) en la clínica privada donde trabaja es tan desilusionadora como la observada por algunos entrevistados en los hospitales. La mezcolanza, la indiferenciación y la confusión no son exclusividades del sistema público:

*Donde yo estoy la auxiliar, el profesional o el licenciado, hace el mismo trabajo, gana el mismo sueldo y es tratado de la misma manera, tirando a mal, por supuesto. No te reconocen, no te diferencian, ni por la parte patronal ni por los propios pacientes. (Ref. 34)*

Tampoco es que todas las empresas sean así, hay algunos lugares en los que se respetan las diferencias entre los profesionales y los auxiliares, no todo es igual. Reina trabaja en un establecimiento privado de internación geriátrica y rehabilitación neurológica; en ese lugar, cuenta, las funciones están bien diferenciadas: la enfermera tiene su labor específica, la asistente también tiene su labor específica y la mucama también la tiene. Estas diferencias se traducen también a nivel de los sueldos, pero no se llega a discriminar entre enfermeros y licenciados.

Felisa (3.º, 44 años) agrega un detalle que acentúa la gravedad de la situación en el sistema público. Según explica, ocurre a veces que un nivel de capacitación “demasiado alto” no solo no es reconocido sino que además se convierte en un obstáculo para ingresar a trabajar porque ¿cómo va a exceder el título del que recién ingresa al de la jefa del servicio? (Ref. 24)

Estos desaguisados también son fuentes de enfrentamiento entre unos y otros. Amalia (1.º 23 años) cuenta, con disgusto evidente, que una auxiliar conocida, le espetó

*...vos te estás matando cuatro años en la Universidad y yo en ocho meses me recibí y mirá lo que soy. (Ref.10)*

Decía esta auxiliar, haciendo alarde de las tareas y las funciones que tiene a su cargo, y comenta Amalia desaprobando:

*Y “ésta” hoy hace, todo lo que te puedes imaginar lo hace, todo el trabajo que vendría a ser de nosotros. (Ref. 10)*

Alba (1.º, 19 años) decía con firme resolución que todos deberían hacer la carrera:

*Sí, no importa si están trabajando como auxiliares un montón de años, porque me parece que es injusto a la hora de..., que a un enfermero profesional que está estudiando tres años, yo estudio tres años, es injusto, me parece que es injusto. (Ref. 4)*

También hay alumnos que opinan en contrario. Leo (3.º, 22 años) afirma haber conocido auxiliares que trabajaban con una idoneidad que para nada se diferenciaba de la que podría exigirse de un nivel profesional. Él opina que hay auxiliares con mucha experiencia que trabajan con técnica y conciencia, orientados a mejorar la calidad de vida del paciente.

*Hoy en día no hay diferencia, todos trabajan de igual manera. [...] yo he visto personas en las prácticas que tienen mucha experiencia y, y que son auxiliares, que están trabajando, pero se están especializando para ser profesionales, es como que tienen la, ya tienen la experiencia y ahora están en busca de lo teórico. (Ref. 27)*

Y agrega que muchos auxiliares con inquietud y compromiso con el tiempo se han profesionalizado; la diferencia entre los auxiliares y ellos (los universitarios) dice, estaría en el sentido de la realización, de la capacitación teórica a la experiencia, en los que comienzan estudiando y en el sentido inverso, de la experiencia a la teoría para los que comienzan trabajando (Ref.27). Angélica (3.º, 24 años) afirma que el auxiliar

*...es más empírico, no sabe lo que hace, eh, si bien es más mandado [audaz] es como que, el profesional piensa las consecuencias de, de ese accionar. (Ref.26)*

Ante una nueva pregunta, Angélica explicitó el sentido de su opinión: que los auxiliares no piensan en las consecuencias

*De la intervención, de la intervención en el paciente. (...) O si lo está haciendo bien... (Ref. 26)*

Leo acota que algunos de sus compañeros no les van en zaga en lo que a imprudencia se refiere. Él asegura que se ha sorprendido por las preguntas que algunos alumnos, que ya están trabajando, hacen a los profesores; porque evidencian serios desconocimientos, que no esperaba que alguien que está trabajando tuviera (Ref. 27).

La opinión de Carlos (CCC, 45 años) sobre los auxiliares nos recuerda la inconveniencia de generalizar:

*...hay mucha gente que es muy buena auxiliar de enfermería, pero hay gente que es muy mala auxiliar de enfermería, que son un peligro para la vida de la persona que estás dejando a cargo. (Ref. 32)*

Comentario que nos advierte también sobre la necesidad de profesionalizar el ejercicio de la enfermería y de asegurar institucionalmente los niveles mínimos de calidad y responsabilidad.

### **3 d. Las agrupaciones profesionales.**

Respecto de este tema, Reina (CCC, 52 años) y Rosa (CCC, 49 años) decían:

*R- tenemos entidades en enfermería, pero pasa que no nos acercamos a ellos.*

*G- No sabemos buscar, no sabemos tal vez, como, como operan, porque cuando recién te recibís, tenés un, así un abanico de cosas que te ofrecen, te cuesta.*

*R- Yo creo que ellos también tendrían que acercarse a unos, porque ellos están muy cómodos, en su oficina y esperando que les caiga... (Ref. 36)*

*G- Gente ¿no? Como socios digamos, no tenemos que ser socios, tenemos que ser una entidad, a mí me gustaría no morirme y saber que hay un colegio de enfermería, como tienen los abogados, colegio de escribanos ¿por qué no? un colegio de médicos ¿por qué no un colegio de enfermería? ...a mí me gustaría no morirme y saber que hay un colegio de enfermería, como tienen los abogados,*

*colegio de escribanos ¿por qué no? un colegio de médicos ¿por qué no un colegio de enfermería? (Ref.35)*

Ante la pregunta sobre el punto de las asociaciones profesionales Fernando (2.º, 36 años) decía:

*Honestamente, todavía no tomé contacto, con la Asociación de Enfermería no, no tomé contacto, pero, lo poco que conozco, por medio de lo que proponen por Internet, o que proponen por gráfica, es, es casi cero... (Ref. 20)*

Casi cero, o nada, además, es lo que estas asociaciones habrían hecho por una profesionalización efectiva de la enfermería, recriminaba Fernando.

La falta de colegios profesionales y la matriculación de los enfermeros por parte de los ministerios de salud, sin el control necesario fueron dos de las determinantes críticas de la situación de la enfermería en nuestro país según las conclusiones a las que arribaron enfermeras docentes y de servicio en el Seminario de Formación de Recursos Humanos en Enfermería realizado en Buenos Aires en 1988 (34 p.30). Y en el documento "Políticas Argentinas de Enfermería para el decenio 2000" emitido en conjunto por la Federación Argentina de Enfermería (32, 117) y la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería República Argentina, reconocían, diez años después, la persistente debilidad de las organizaciones que reúnen a los enfermeros y proponían, entre otros puntos: "*Promover el conocimiento, el acercamiento y la participación de los estudiantes en las organizaciones profesionales, de manera continuada y sostenida durante toda la carrera.*" (117 p.10). Poniendo así la atención en la necesidad de interesar tempranamente a los enfermeros, ya desde su etapa de formación.

El mismo documento auspiciaba en otro punto: "*Promover la creación de organizaciones profesionales que realicen el control de la matrícula, el gobierno de la ética y el contralor del ejercicio profesional.*" (117 p.10) La propuesta revela, por sí misma, la carencia de lo que promueve. La mención a la ética no es gratuita, por el contrario, consideramos que, acorde a la situación de la enfermería, al no estar consolidada aún como una profesión, los principios y la conducta ética tampoco son uniformes.

### **3 e. Ética de la enfermería.**

Daniel (4.º, 23 años) refiere la ética a los valores que se ponen en juego en la atención de los pacientes, en el modo de trabajar.

*El enfermero que ya está trabajando, ya está acostumbrado y por ahí tiene una forma de trabajar que no es como la que nos enseñaron a nosotros o no ponen tanto tiempo en el paciente, como que lo hace más estructuralmente su trabajo, no con un pensamiento más crítico, científico, es todo más sistemático y con la ética, creo que, ellos no tienen ética o moral. (Ref. 30)*

Y en ese sentido, según Daniel, la ética del enfermero no está divorciada de los valores del contexto social.

*- La ética del enfermero baja mucho de la ética de la sociedad creo. (Ref.30)*

Germán (2.º, 29 años), aclara que no cursó aún la materia, pero igual arriesga una opinión:

*-¿Qué sería lo ético? Tratar de hacer lo correcto ¿no?, creo. Tener una... tratar de hacer lo correcto sería ético, para mí. (Ref.19)*

Juan (4.º, 23 años), señala la ausencia de los enfermeros en los comités de ética en los hospitales y lo relaciona a los espacios que deberían abrirse para que los enfermeros pudieran desarrollar su potencial,

*...es muy difícil, tenés que buscarte el lugar para, por ejemplo: los comités de ética, debería haber siempre un enfermero, y cuando llegás a los hospitales preguntás: -¿hay comités de ética?, - hay doct..., hay médicos, doctores, y enfermeros no había, por ejemplo. Entonces como que al enfermero, yo siento como que al enfermero, le cuesta mucho ir. Como que todavía sí, seguimos siendo, o el que sirve el café, o las normas básicas de higiene y confort, creo que el enfermero es mucho más, y puede dar mucho más que eso. (Ref. 31)*

Según Fernando (2.º, 36 años), la ética se irá modificando a medida que la enfermería se entienda como una profesión, es decir, cuando los enfermeros asuman el protagonismo que corresponde:

*[Cuando] nosotros mismos bajemos el rol, bajemos el espacio, digamos, enfermería se conduce así, se maneja así, eh, creo que se va a poder hablar de ética en enfermería, eh, digo, ética la interpretamos como, ¿en la cuestión de interpretar y desarrollar valores, podemos hablar de ética desde ese lugar?*

-Sí, sí.

*-Yo creo que los valores están muy, distorsionados, esto se da desde el momento en que el equipo de trabajo y en como se para adelante del paciente, la enfermera. (Ref. 20)*

Fernando vincula la ética con los valores y con la actitud del enfermero frente a los otros, la desvalorización de la propia imagen conspira contra la consolidación ética de la profesión. Lucía (3.º, 26 años) afirma que en la enfermería lo que puede observarse no es la ética sino su ausencia,

*-La ética, falta en todos lados, porque si yo me voy de acá sin saber nada, y me voy a, a trabajar a un hospital. Porque me necesitan me contratan, y yo voy a ver un paciente y yo no sé como atender a ese paciente, no sé, me voy a arriesgar con ese paciente, y bueno, voy a tratar de aprender con ese paciente; entonces, la ética mía, de cuidar a la otra persona, de trabajar a conciencia, no está. (Ref. 23)*

Según este testimonio el problema ético enraizaría, en algunos casos, en sus orígenes, en el escaso compromiso puesto durante la formación y que se pone de manifiesto al momento de ejercer. Los docentes, a su vez, tampoco estuvieron exentos de crítica:

*A nosotros, un profesor de esta Universidad, profesor de enfermería, nos dijo: - ay, ya fue uno a buchonear, porque si fuésemos médicos nos encerramos ahí y todos, los médicos de la puerta para adentro discuten todo y queda todo tapadito, pero enfermería no, enfermería es... - Entonces, si no te enseñan la ética desde la Universidad quiere decir que yo tranquilamente puedo ir, mandarme una buena macana, que puede morir el paciente, o puede quedar con una secuela grave,*

*arruinarle la vida a alguien y decir: - bueno, esto lo tapamos acá, no pasó nada, mañana vengo y sigo con otro paciente y nadie se enteró, total, estoy yo con ella, que ella me cubre y ya está. (Ref. 23)*

Lucía comentaba críticamente la postura del docente que, por una parte, señalaba la oposición entre el fuerte sentido corporativo que tienen los médicos en comparación a su ausencia entre los enfermeros y que, por otra parte, invitaba a imitar la discreción que ellos tienen al momento de ocultar los errores. Abundó ella:

*Un médico, por más que no quiera al compañero, por más que no lo quiera, que lo odie, que lo deteste, no se mete en lo que hizo, y no está resaltando lo que hace mal. El enfermero, generalmente, no. Tampoco todos son ¿no? pero, está tratando de resaltar lo que el otro hizo mal, sin ayudarlo, no es una crítica constructiva, no vamos a hablar de tal cosa que no se hace bien que, ¡no!, es: - ésta, mirá como pone la vía, la deja así, - mirá: siempre pasa el, el, el antibiótico, en, en bolo y rompe toda la vía, y yo tengo que venir y cambiarla. (Ref. 23)*

El problema ético de los enfermeros, de acuerdo a los relatos de los entrevistados, iría más allá de la falta de espíritu de cuerpo y de confidencialidad ante los errores, tendría que ver también con la rivalidad y la competencia entre los compañeros y con cierta tendencia a divulgar los defectos y errores de los demás, orientada al regodeo y no a la superación.

*...queda todo en una, en un chusmerío<sup>16</sup>, que no tiene ningún beneficio ni para ella, ni para la otra, ni para, ni mucho menos para el paciente (Ref. 23)*

¿Qué significa la ética profesional para los alumnos en este contexto? ¿La responsabilidad moral que se lee en los códigos deontológicos o la que se ve en la práctica en los servicios? El significado de la ética deviene por su ausencia. Las menciones sobre la ética no remiten a un proceso de consolidación de los valores a través de la práctica sino a una relación de tensión y oposición entre los diferentes valores y de competencia entre compañeros. La falta de ética observada en la práctica de los enfermeros sería congruente, por una parte, con la forma en que algunos alumnos encaran sus estudios y por otra, con los modelos, institucionales o informales, con que la sociedad va configurando a sus ciudadanos.

---

<sup>16</sup> vulgarmente, conjunto de chismes y murmuraciones.

### 3 f. La profesionalización y la actitud profesional.

El proceso de profesionalización puede referirse a los profesionales o a la profesión. En el primer caso remite especialmente al aspecto educativo, el de la formación, y en el segundo al político, social y cultural, el de la consolidación de la profesión en su medio.

La UNLa declara en su proyecto institucional el objetivo expreso “*de contribuir al proceso progresivo de profesionalización de la enfermería*” (1). Fernando (2.º, 36 años) opina respecto al tema que, si bien la Universidad tiene la voluntad de profesionalizar al estudiante,

...parecería ser que la intención de profesionalizarlo es darle más conocimiento teórico y no, darle la personalidad del profesional. (Ref. 20)

Él plantea que ser profesional, tiene que ver con lo que podía llamarse la **actitud**. Refiriéndose a ésta, Minayo dice que “*sería la predisposición relativamente estable y organizada para reaccionar bajo la forma de opiniones o de actos en presencia de objetos (personas, ideas, cosas, acontecimientos) de manera determinada.*” (72 p.172), y Fernando completa su idea sobre la personalidad o la actitud del profesional, refrendando con su propia actitud corporal,

...eso tiene que ver con esto, tiene que ver con como yo me paro delante del paciente. Tiene que ver con como yo me presento delante del paciente. Yo entiendo cuál es mi trabajo, saber cuál es mi limitación y cuál no. (Ref. 20)

Ser profesional estaría relacionado, así, con la forma en que alguien se planta frente al “otro”, con la postura y la actitud de exigir el respeto y la consideración merecidos, ubicándose en el lugar que corresponde, con su identidad y autovaloración. Sentirse profesional, es lo que se siente como tal y es, entonces, lo sentido por lo que significa ser profesional. El término “actitud” se utiliza con diferentes connotaciones, en el estudio realizado por Nosow y Püschel (58), se la refiere al respeto, la postura, las formas de relacionarse con el trabajo y la institución, el comportamiento con los compañeros y con los pacientes y se la vincula a conceptos como el valor y la justicia, la afectividad terapéutica, la identidad y la ética profesional. Algunas formas de objetivar la actitud, según estos autores, son el cumplimiento de los horarios y las normas, el uso de uniforme, la participación en las actividades etc. González y González (67) para evaluar la actitud profesional de los enfermeros tomaron en cuenta: si percibían a la profesión como

indispensable, si valoraban a las organizaciones profesionales como fuente de conocimiento, si asumían los riesgos de la toma de decisiones, si se percibían como los únicos calificados para juzgar la ética de sus pares y si privilegiaban el compromiso profesional y la satisfacción personal por encima de la recompensa económica.

**3 g. Discusión. ¿Ciencias biomédicas o sociales? ¿Saber hacer o saber teórico? La letra de la Ley y la realidad social. ¿Monopolio o libre ejercicio? La participación en las organizaciones de enfermería. De la ética de la sociedad y del estudiante a la del enfermero. Ética de la mujer y del hombre.**

**¿Ciencias biomédicas o sociales? ¿Saber hacer o saber teórico?** La mayoría de los entrevistados mostraron especial preocupación por los conocimientos relacionados con la práctica hospitalaria asistencial, es decir que valorizan más las asignaturas de la órbita biomédica como anatomía, fisiología y farmacología. El tipo de conocimiento que buscan indicaría, en alguna medida, el tipo de trabajo que piensan realizar y cuál es la percepción que tienen de la enfermería y en qué contexto la localizan. La medicalización de la salud y la hegemonía del paradigma alopático operan a todos los niveles y sobre todas las profesiones, y con mayor efecto sobre las menos poderosas.(46, 94, 95, 118)

Acorde con esa percepción, los estudiantes se preocupan fundamentalmente por lo que se relaciona con el saber hacer y con la fundamentación de lo que se hace en la práctica asistencial dirigida a la recuperación de la salud, especialmente en el ámbito hospitalario. En general, los estudiantes reivindican el conocimiento como un elemento constitutivo de la profesión pero no como un conocimiento propio, producto de la investigación y la elaboración de la enfermería sino como un fundamento, instrumental pero necesario, para la práctica responsable de la profesión.

Según Molina (46) la valoración de diferentes formas del conocimiento tiene también una connotación relacionada con el género:

*“La división del conocimiento también implica, a su vez, una asignación por género de los saberes considerados valiosos, abstractos, analíticos, trascendentes, productivos y transformadores frente a los que se consideran cotidianos, repetitivos, complementarios o asistemáticos, adjetivaciones que proyectan una concepción ideológica sobre el valor de los saberes y los jerarquiza genéricamente en nuestras sociedades.”* (46)

El conocimiento que se produce no está disociado de los sujetos ni de los escenarios sociales en que se producen. Y los sujetos tienen género y los escenarios sociales, el campo laboral entre ellos, están cruzados por valores, prejuicios e intereses; variables que se entrecruzan en combinaciones complejas e intrincadas. Pero el género no es una cuestión que afecte solo a los sujetos, también se aplica a las profesiones, en el sentido de que hay profesiones “feminizadas”, cuya producción de conocimiento es desvalorizada de igual forma que lo son esas profesiones denominadas también semiprofesiones (7, 46).

El cuidado, a pesar de que en sus formas más sofisticadas requiera estudios y entrenamiento importantes, en otros niveles es un saber, y fundamentalmente un hacer, que no es patrimonio exclusivo de profesionales. En este sentido, el conocimiento de la enfermería no goza de las condiciones esotéricas de otras profesiones, que detentan el monopolio de determinada área de conocimiento; aunque cada vez con menos exclusividad, desde que las redes informáticas y la divulgación por otros diferentes medios masivos pusieron a disposición de los usuarios una gran cantidad de información científica, antes solo accesible para los iniciados (119)

Valeria Lamb Corbellini, en un artículo que lleva el extenso y sugestivo título de *Fragmentos de la Historia de la Enfermería: un saber que se crea en la tela del proceso de la sumisión teórica* (120), sostiene que hasta la década del '50, del siglo pasado, la enseñanza de la enfermería estuvo centrada en la práctica, en las técnicas y en los procedimientos; y que en el período que le siguió hasta los años '80, la enfermería sustentó su práctica sobre la base de conocimientos que habían sido producidos por la medicina lo que motivó un distanciamiento entre la enseñanza y la práctica que, consiguientemente, trajo aparejada una crisis de identidad de la enfermería. Durante ese tiempo, y relacionado con las necesidades que surgía de sus mismas funciones y tareas, la técnica siguió siendo el aspecto del saber primordial para la enfermería. Saber que, en su conjunto, era considerado como poco calificado desde el punto de vista científico (120). La autora sostiene que a partir de la década del '80, conviven saberes heterogéneos; los saberes populares, fragmentarios, empíricos, y los saberes científicos. Saberes y conocimientos que se fueron produciendo en el contexto de la construcción histórica de la profesión, proceso sobre el cual se montó otro fenómeno, el de la importación de teorías de la enfermería desarrolladas en Estados Unidos por parte de profesionales que habían recibido formación en ese país. Estos conceptos y teorías que no habían sido adoptados en la práctica cotidiana de la profesión, fueron resistidos por lo que quedaron aislados y sin aplicación efectiva (120). Aunque la investigación de Corbellini refiere a lo ocurrido en Brasil, creemos que

sus conclusiones son útiles y aplicables también para nuestro país. En síntesis, el conocimiento que los estudiantes valoran y esgrimen como fundamentos de su práctica y de su profesión son los legitimados y difundidos por el modelo biomédico, conocimiento que a su vez, contribuye a legitimar al mismo modelo, realimentando así el predominio de este tipo de pensamiento.

El conocimiento es, para la mayoría de los estudiantes entrevistados, el fundamento de su autonomía; con ese aval pueden tomar decisiones, trabajar sin supervisión y hacerse cargo de las responsabilidades que son de su competencia. Dada esta postura, se hace imprescindible una reflexión, relacionada con la formación de los enfermeros, de cuya calidad, algunos alumnos dudan; apuntando, específicamente, a la poca exigencia en los niveles de evaluación.

Lo más notable en relación al conocimiento son las tensiones entre el saber hacer y el saber teórico; entre las ciencias biomédicas y las humanísticas; entre el saber intuitivo y el investigativo, entre el saber concreto y el abstracto. Tensiones que en la práctica se transforman en contradicciones y que, lejos de resolverse en síntesis, se profundizan como oposiciones. Efecto, probablemente, de las propias ambigüedades que la enfermería mantiene en su proceso de profesionalización y en su relación con las instituciones y los sistemas de salud en general.

En algunos puntos se ha mencionado el sentido común, como una virtud de las enfermeras (pág. 62) y como una forma de pensar general, del común de la gente (pág. 105). Profundizaremos aquí los significados del “sentido común” en relación al saber hacer, y en oposición a lo que sería el sentido especializado, teórico y racionalista. Según Giambattista Vico (1668-1744): “*El sentido común es un juicio desprovisto de cualquier reflexión, comúnmente experimentado por todo un orden, por todo un pueblo, por toda una nación, o por todo el género humano.*”, citado por Minayo (79). En donde la mención “desprovisto de cualquier reflexión” no debería ser tomada como una referencia descalificante, Vico defendía el principio de la experiencia, en relación al hacer, que expresaba en la frase “*Verum ipsum factum*” que Samaja explica: “*Lo que yo hago, eso es lo verdadero. Y eso lo puedo conocer con verdad, con evidencia plena sólo porque lo he hecho.*” (121 p.42) Siguiendo a Vico, Gadamer entiende el sentido común como una forma del saber orientado a lo correcto y verdadero, a lo que es plausible y práctico y que se fundamenta en vivencias y no en argumentos racionalistas (79). Es el “sentido común” que rescata el humanismo para oponer al racionalismo cartesiano y al “metodologismo” de las ciencias naturales (52). A este sentido común apelamos al investigar los significados que para los alumnos tiene la enfermería.

**La letra de la Ley y la realidad social.** Cuando hacemos mención a la realidad, en referencia a que la enfermería no es tratada en la práctica, como podría esperarse, de acuerdo a la visión que los mismos enfermeros tienen de sí mismos y de su profesión, no estamos hablando de una realidad única, objetiva e indiscutible, de “la” realidad, sino de la realidad social, la que cada uno cuenta, de acuerdo a cómo la percibe al interactuar con el mundo que lo rodea, con sus particularidades y singularidades, culturales, económicas, afectivas, etc. Hecha esta aclaración, diremos que el reclamo de la mayoría de los estudiantes entrevistados, sobre todo de aquellos que están trabajando, se dirige hacia el hecho de que “la sociedad” o “la gente”, en general, no reconoce ni el nivel profesional ni la importancia de la labor de los enfermeros. Es notorio que esta situación les resulta insatisfactoria, y tal vez sea así porque más allá de la injusticia que representa, pone en evidencia una carencia propia de la misma profesión. Dice Cano:

*Que una profesión busque un reconocimiento social dice mucho de ella, entre otras cosas, una indefinición de su propia ocupación. Este sentimiento genera malestar, ya que la demanda de este reconocimiento se convierte en muchos momentos en un afán más de autodeterminación que en demostrar y fortalecer lo que representa y ofrece la profesión. (122 p.13)*

La falta de reconocimiento social no está divorciada de un deficiente reconocimiento de sí mismo. El fenómeno no es privativo de nuestro medio, los enfermeros españoles se planteaban, hace más de veinte años, que era necesario “reconocer qué es nuestra profesión” (102), exhortación que para nuestro caso mantiene toda su vigencia. Algunos autores sostienen que la confusa imagen que la misma enfermería proyecta en la sociedad está vinculada a la falta de definición y de identificación de su objeto de estudio y a la carencia de una teoría propia y de un lenguaje único para toda la enfermería (102).

Aunque la opinión general no sea favorable y esté teñida de prejuicios, en los anecdotarios personales de quienes ya están trabajando, no suelen faltar experiencias halagadoras que retroalimentan al impulso vocacional. Si no fuera por estos alicientes, tal vez la profesión estaría más despoblada de lo que hoy está.

Para rescatar algunos pormenores del proceso de profesionalización recurrimos a un informante clave, Elbio, enfermero y abogado de 45 años, quien comentó que en 1991, al promulgarse la Ley 24.004, la profesionalización no era un reclamo generalizado de la enfermería, de hecho, varios sindicatos no solo no apoyaron la iniciativa sino que se opusieron

a ella y predispusieron a los enfermeros en el mismo sentido, con el argumento de que con la Ley ellos perderían sus trabajos (Ref. 37). De modo que el reconocimiento legal de la enfermería como profesión fue un logro alcanzado fundamentalmente por el empeño de un grupo de licenciados que en sintonía con la tendencia observada en otros países, bregó para alcanzar este reconocimiento. Pero la legalidad no implica la legitimidad, y la aceptación social de la profesión es un anhelo todavía no alcanzado. Nuestro informante agrega que en su experiencia como docente y como especialista en temas de Enfermería Legal, pudo ver que en los últimos años se han ido formando agrupaciones enfermeras que se afanan por mejorar la calidad del trabajo y las condiciones laborales de la enfermería, acorde a lo que corresponde a una profesión. Por otra parte, el hecho de que hayan comenzado a producirse demandas por mala praxis en relación con la práctica enfermera, dice Elbio, seguramente va a impulsar la preocupación los enfermeros, de los administradores y los empleadores por ajustarse más estrictamente a las normas y leyes que rigen el ejercicio de la profesión.

Entre los estudiantes, el tema de la profesionalización es conocido y asumido, pero no se percibe la idea de que se trata de un proceso en el que ellos no pueden ser solo beneficiarios sino que también deberían ser sus protagonistas. Uno de los temas pendientes desde el punto de vista político y legal, es la reglamentación por parte de los estados provinciales de la Ley de profesionalización (5). Esta falta pone de manifiesto, por un lado, el escaso interés y compromiso de las autoridades locales y, por otro, la débil capacidad de presión de los grupos involucrados en el tema.

¿Cómo repercute en la imagen que cada uno tiene de sí mismo, lo que los otros piensan de uno? O mejor, ¿cómo relaciona cada uno la imagen que cree que los demás tienen de la enfermería con la que uno tiene de ella?

Otra vez la disociación, esta vez, entre la imagen de "la gente" y la de cada uno, entre la de los médicos y la de los enfermeros y, fundamentalmente, entre la que cada uno, estudiante o enfermero, cree que debería tener y la que percibe que tiene. Las diferentes percepciones y creencias, los juicios y valores contradictorios, concurren a conformar significaciones ambiguas, plenas de tensión y, por eso, con gran potencial de cambio.

**¿Monopolio o libre ejercicio?** Varios de los entrevistados mencionaron conocer casos de auxiliares que realizan intervenciones que serían de la competencia exclusiva de los enfermeros, estos casos no son excepcionales, están relacionados con la escasez de enfermeros formados y con la falta de reglamentación y de control. Como vimos en la introducción, según cifras de 2008 del Ministerio de Salud de la Nación (10, 35), el 62,9 % del total del personal de enfermería del sistema público de nuestro país está compuesto por

auxiliares, personal que en muchos casos cuenta con experiencia e idoneidad para hacer el trabajo pero que, estrictamente hablando, está realizando tareas que no son de su competencia. Y el de los auxiliares no es el único caso de “exceso” en el ejercicio de sus tareas, también está el de los estudiantes, que sin haber completado su formación trabajan realizando, a veces, actividades de la competencia profesional (34) O sea que los límites del ejercicio del cuidado son difusos, hay un área de indiferenciación, que todavía persiste entre unos y otros en la que podemos encontrar a enfermeros, auxiliares o estudiantes.

La situación más difícil de resolver es la que presentan los auxiliares que trabajan bien, que cuentan con un bagaje de experiencia valioso, recogido en servicios de buen nivel que se enfrentan a enfermeros sin experiencia, que llegan con un importante caudal teórico pero que son bisoños en el arte del cuidado. El panorama actual estaría indicando que en muchos lugares la enfermería, no por haber adquirido el estatus legal de profesión ha cambiado sus funciones, de modo que los enfermeros profesionales hacen, en líneas generales, lo mismo que se hacía antes, pero con una preparación formal para ello. O sea que la profesionalización no habría ampliado sensiblemente el campo de acción y la autonomía de la enfermería, lo que explica el hecho de que varios alumnos no pudieran distinguir el desempeño de auxiliares del de profesionales. Esta situación permite especular que si los enfermeros no expanden y profundizan su campo profesional, por fuera de la esfera biomédica, les resultará muy difícil modificar su imagen y su valoración.

**La participación en las organizaciones de enfermería.** Eduardo Menéndez, al referirse a la participación social en “De sujetos, saberes y estructuras” (18), menciona que los conjuntos sociales, en especial los subalternos, buscan solucionar sus problemas de enfermedad a través de alternativas asistenciales, de tipo individual o de microgrupos, y explica que algunos autores lo atribuyen a la escasez de tiempo para dedicar a participaciones más colectivas e inespecíficas, es decir, les resulta más “económico”, en términos de la organización del tiempo y de las tareas cotidianas. Aunque se trate de situaciones diferentes, podría observarse cierta analogía en la actitud de los enfermeros y de los estudiantes, en referencia a la poca participación en las organizaciones y a la escasez de tiempo. Otros autores señalan que otros factores que pueden influir en la poca participación en las organizaciones gremiales son las relaciones entre poder y micropoder y entre hegemonía y subalternidad, y los conflictos sectoriales, individuales o grupales, etc. Todas estas cuestiones, que bien pueden aplicarse a la enfermería, como conjunto social expuesto a trabajar muchas horas y sometido a relaciones de subalternidad, contribuyen a explicar la poca participación de los enfermeros en sus organizaciones, muchas veces señalada (3, 32).

**De la ética de la sociedad y del estudiante a la del enfermero. Ética de la mujer y del hombre.** La ética del enfermero no podría ser independiente de la de la sociedad, ni tampoco de la del estudiante. Más bien hay una continuidad entre ellas, y así lo precisaron algunos de los alumnos entrevistados, en parte, como explicación y también como una justificación de que no debería esperarse de la enfermería algo muy diferente de lo que la sociedad es en su conjunto. Varios refirieron la ética del enfermero a la forma de desenvolverse en su trabajo, en relación al cuidado de los pacientes, al respeto debido a su individualidad y a su intimidad, pero nadie mencionó el hecho de que, tratándose de una profesión, una característica de la ética es que nadie fuera de ella estaría habilitado a juzgar la conducta de sus profesionales, considerada por algunos autores uno de los elementos principales de la autonomía profesional.

En cuanto a la relación entre la ética de los estudiantes y la de los enfermeros, la mención que hicieron algunos entrevistados de compañeros poco, o nada, preocupados por su formación, debería ser un llamado de atención. La ética del enfermero deviene de la del estudiante, y de su historia anterior, y se forma según los moldes que el medio sociocultural y la Universidad, le ofrecen; con este antecedente ¿qué clase de enfermeros se está (estamos) formando; con qué conocimientos, con qué ética? La asignatura que formalmente se ocupa del tema es “Problemáticas ético legales de la práctica profesional”, que se dicta en el tercer año, por lo que muchos de los entrevistados no la habían cursado, lo cual no fue óbice para que dieran su parecer, por el contrario nos permitió acercarnos a sus ideas “originales” sobre el tema.

Por otra parte, cabe también una reflexión sobre la ética “disciplinaria”, o sea la ética de las disciplinas. La ética de los enfermeros, la de los médicos y la de los psicólogos, ¿no debería ser una sola ética de todos los profesionales que trabajan para la salud?, ¿por qué los médicos deben tener una ética diferente de la de los enfermeros? Las profesiones tienen, desde ya; según sus funciones, sus especificidades, pero ¿cómo podrían ser específicos los valores y el compromiso?

Por otra parte también podríamos preguntar: la ética de las profesiones dominantes ¿debería ser la misma que la de las subordinadas? Ya hemos visto que no lo son, que las primeras tienden a justificar la dominancia, el prestigio y la reproducción selectiva del grupo más poderoso, a diferencia de las subordinadas, que se resignan, aunque no sin quejarse, a su situación subsidiaria. ¿También la ética está atravesada por el género?, o ¿cómo podría no estarlo?, son preguntas que revelan, por sí mismas, la perspectiva desde la cual se analiza la cuestión. ¿Será, tal como decía un alumno entrevistado, que los varones heterosexuales menos

comprometidos con el cuidado y más dados a la desidia que las mujeres y que los gay? ¿O se trata, simplemente, de lo que se observa desde su punto de vista, de su forma singular de entender e interpretar? ¿Son menos afectos a cumplir sus responsabilidades los alumnos que las alumnas? ¿Es un hecho o hay en esta percepción un sesgo prejuicioso de las mujeres? Las referencias relacionadas con el género, que no fueron muchas, diríamos que no se diferenciaron de lo que podría calificarse como las del sentido común. Si bien, por ser los estudiantes y los enfermeros parte de la misma sociedad, no habría forma de que estuvieran ajenos a sus influencias, por otro lado, por tratarse de un conjunto particular dentro del general, podría también esperarse un posicionamiento con alguna diferenciación de ese sentido común. Sea como fuere, creemos que la cuestión del género en relación a los diferentes aspectos de la profesión en nuestro país, merecería ser más investigada y, fundamentalmente, más discutida; tanto en las organizaciones de salud, como en las de la enfermería y en los ámbitos de la formación.

## 4) Trabajar en Enfermería.

### 4 a. Dónde trabajar.

Uno de los temas interrogados en relación al trabajo fue dónde preferirían trabajar. El término “dónde” está utilizado con amplitud, en forma abierta, refiere al área de trabajo, al tipo de institución, pública o privada, a la especialidad, etc.

A falta de vivencias o de aproximaciones personales a la realidad, la fantasía o las series de televisión pueden ser también una poderosa fuente de imágenes. Luisa (C de adm. 19 años) se imaginaba

*...recorriendo pasillos, visitando gente, eh, preguntando si necesitan algo, revisándolos, eh, no sé como en un servicio. Claro, así como clínica médica ¿no? así, rotando y vigilándolos, cuidándolos, estar atenta... (Ref. 1)*

Por su parte, Eliana (C de adm. 31 años) se ve trabajando en pediatría, cuidando, atendiendo a los niños y llevándoles algún regalito, una golosina, para que se sientan mejor

(Ref. 3). Ana (C de adm. 22 años), que es auxiliar, sueña con trabajar en los servicios de terapia intensiva del Hospital Fiorito<sup>17</sup> o del Hospital Udaondo<sup>18</sup>

*...los conozco a los dos servicios y, y me encantan, me gustan, pero sé que para poder trabajar ahí me falta, me falta, me falta mucho conocimiento, para poder aplicar, pero es, lo que vi ahí, es como que me llama, me llena...(Ref.2)*

La expresión de felicidad de Ana, confirma su franqueza, es evidente que el ámbito hospitalario realmente le atrae.

Fernando (2.º, 36 años) cuenta que a partir de conocer el cuidado domiciliario empezó a descubrir las posibilidades de una enfermería diferente a la que conocía, no limitada al modelo en el que el médico prescribe y el enfermero actúa en función de esa prescripción, una profesión que se extiende por un campo que incluye desde lo tradicional del modelo, hasta la docencia, la investigación y el trabajo en domicilio. Y precisamente lo que más le atrajo al comenzar a trabajar en cuidado domiciliario fue la posibilidad de manejarse de manera independiente:

*En el trabajo domiciliario, básicamente uno tiene autonomía y libertad, manejas tus tiempos, manejas la forma en que vas a darle de comer al paciente, cómo organizar la, los días de baño. (Ref. 20)*

Carlos (CCC, 45 años) destaca de la enfermería domiciliaria

*...yo voy al domicilio y mi conocimiento, mi técnica, tiene que beneficiar a la persona, y no tengo supervisión, yo actúo autónomamente, este, ahí está la cosa. Por eso te digo, el trabajo que yo hago ahora es, pienso yo, de una mayor responsabilidad, porque vos sos, quien ejercés las acciones, y sos vos el que da la cara y sobre vos va a caer la negligencia, o la impericia o lo que fuere o lo, o lo, o también lo bueno ¿no? Porque la gente te agradece si hacés las cosas bien. (Ref. 32)*

<sup>17</sup> Hospital Impersonal General Agudos “Dr. Pedro Fiorito” de Avellaneda, provincia de Buenos Aires.

<sup>18</sup> Hospital De Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Respaldado en una larga experiencia en enfermería, y satisfecho de trabajar en lo que le gusta y quiere hacer, Carlos ha encontrado un nicho laboral apropiado en el cuidado domiciliario. Alan (1.º, 19 años), que no tiene experiencia laboral, se resigna a trabajar en cualquier lugar:

*“No me molesta, si tengo que trabajar, voy a trabajar en donde sea.”* (Ref. 8)

Más allá de la adaptabilidad manifestada, el gesto, la mirada y el tono de Alan no indicaban una fuerte predisposición para el trabajo sino, más bien, una actitud de resignación ante una situación inevitable.

La mayor parte de los alumnos que no está trabajando, y también algunos de los que están trabajando, manifestaron sus preferencias por el sistema público. Entre otras razones, porque sienten que el trabajo en el sistema público es más humano que el privado, en el sentido de que está abierto al cuidado de cualquiera que lo necesite; porque en los privados no se trata a todos los pacientes de igual manera sino dependiendo de la cobertura; porque no se trata bien al personal y porque a las empresas lo único que les interesa es el lucro.

Alicia (3.º, 27 años) supone, además, que debe ser mejor trabajar en el sistema público

*Me parece que podés ser más independiente en el trabajo, porque por ahí en el privado tenés que hacer todo lo que te dicen [...] En el privado, es como que tenés que hacerle caso al, al dueño de la clínica, supongo yo, no sé bien cómo será, hablo por mi imaginación, porque no estoy al tanto eh, se me hace que va a estar más bueno, el, el público, no sé.* (Ref. 28)

Alba (1.º, 19 años) fue terminante al descartar el trabajo en lugares privados

*...en un privado, no. Sé que es más lindo lugar, el ámbito laboral, todo, pero no, no, no me llama la atención [...] y aparte para ver si puedo armar un grupo, entre, un grupo de trabajadores, no importa que sean médicos, auxiliares, enfermeros mismos, para ver si podemos a hacer un cambio.* (Ref.4).

A Sandra (2.º, 37 años) le gustaría trabajar en el Hospital Argerich<sup>19</sup> de la Capital Federal, en donde estuvo internado su hijo

---

<sup>19</sup> Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”.

*...vi como trabajaban, y me encantó, me encantó el trabajo, hay profesores acá que están ahí, o sea que, no sé me imagino ahí, o sea, no sé si, obviamente que también voy a pensar en lo económico, pero, por ahora me imagino en eso.*  
(Ref. 21)

Ella siempre prefirió los servicios del sistema público porque le parecen más confiables, y lamenta del estado de decadencia en que se encuentran hospitales como el Fiorito<sup>20</sup> al que acudía cuando requería atención (Ref. 21).

A Marina (2.º, 20 años) a quien le interesa lo relacionado con la salud mental, le gustaría trabajar en el Hospital Borda<sup>21</sup> o el Moyano<sup>22</sup>, de la Capital Federal, aunque los lugares no sean muy lindos. Ella conoció el Borda en invierno y dice de su experiencia:

*...yo estaba así, encapuchada con la campera, no había ventanas, no habían vidrios estaban los pacientes helados, con remera, temblando.* (Ref.17)

Es curioso que quiera trabajar en un lugar en esas condiciones, si bien es cierto que esos hospitales dan la oportunidad de entrar en contacto con muchos casos de la especialidad y con otros profesionales y de adquirir una valiosa experiencia.

Amalia (1.º, 23 años) decía que le gustaría trabajar

*...en público, en público porque lo siento más humano que, que el privado. Aparte es donde más se necesita profesionales ¿no?* (Ref. 10)

Flavia (1.º 18 años), María (1.º 18 años) y Julia (1.º, 19 años), entrevistadas en el mismo grupo, coincidieron con Amalia en sus preferencias por trabajar en el sistema público (Ref. 5,6 y 7).

Pero los que están más avanzados en la carrera ya conocen las dificultades que entraña ingresar en estos lugares. Al abordar el tema del Proyecto de formación de enfermeras del Ministerio de Salud (10), Felisa (3.º, 44 años) cuestionaba con vehemencia, que se hiciera un proyecto para formar 45.000 enfermeras para el año 2016, sin articular con las necesidades, las posibilidades y la demanda para la inserción laboral:

<sup>20</sup> Hospital Interzonal General Agudos “Dr. Pedro Fiorito”, de Avellaneda, provincia de Buenos Aires.

<sup>21</sup> Hospital de Salud Mental “José Tiburcio Borda”, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>22</sup> Hospital de Salud Mental “Braulio Moyano”, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

*...están preparando para que vayan a los sistemas de salud privados. (Ref. 24)*

Y explicaba que ingresar al sistema público es algo casi imposible. Ella cree que en general sus compañeros lo prefieren al privado, y no le parece que estén pensando en la conveniencia de trabajar en clínicas o sanatorios por ambición, para obtener una propina. Según Carlos (CCC, 45 años) los enfermeros son explotados tanto en el sistema público como en el privado

*...yo pienso que hay más salvajismo de, de explotación en el público, pero también en algunos privados. (Ref. 32)*

Para él, la causa de esta situación, por lo menos en el sistema público, reside en que una gran parte de los enfermeros son gente “bastante mayor”, y entre ellos algunos ni siquiera cuentan con el título de enfermeros y es por eso que no tienen otra alternativa que quedarse en donde están, obligados a soportar las condiciones a las que son sometidos porque no tendrían donde trabajar si dejaran el puesto que tienen.

#### **4 b. La política y la enfermería.**

Hablando del tema del trabajo surgió, sin buscarlo, el tema de la política. Casi todas las referencias estuvieron cargadas de un fuerte tono crítico. Luisa (C de adm., 19 años), quien tuvo una actitud reservada y tímida en la mayor parte de la entrevista, al hablar del papel del gobierno y de los enfermeros en la solución de los problemas de la enfermería, y de los hospitales en general, preguntaba con dureza:

*¿Qué se puede esperar del gobierno hoy en día? (Ref. 1)*

Y ella misma se contestaba con enfado y resentimiento:

*...nada, si no lo hacemos nosotros, nadie lo va a venir a hacer por nosotros, yo pienso eso. (Ref. 1)*

En el sistema público está todo politizado, asegura Carlos (CCC, 45 años). Esto significa que en los hospitales públicos los enfermeros ingresan, no por sus méritos profesionales sino

por las relaciones políticas con que cuentan, y trabajan indiscriminadamente, los auxiliares y los profesionales hacen lo mismo. Según él, las organizaciones privadas suelen manejar este tema de manera diferente. En los sanatorios o clínicas, aunque no en todos, eligen y toman al que les parece que puede hacer mejor su trabajo, y tienen los roles están bien especificados: el auxiliar hace confort e higiene y el enfermero profesional medica (Ref. 32).

*En todo el sistema público, el auxiliar hace el mismo trabajo que el profesional. [...] Por ahí se ve un poco más en lo privado [...] Pero en el público no, porque está todo, politizado. Mayormente el que trabaja en instituciones públicas, eh, son todos de la política. (Ref. 32)*

Rosa (CCC, 49 años), que trabaja en un hospital del municipio de Lomas de Zamora, en consonancia con Carlos, contaba:

*En donde yo estoy es todo puesto político. [...] hoy, autoridades más, por puestos políticos, son todos auxiliares, yo he sido instructora, los propios alumnos míos hoy son mi jefe de personal. (Ref. 35)*

Y comparaba, con una mezcla de decepción y envidia, con las clínicas privadas en las que trabajan su hija y su hermana, en Capital Federal, donde se evalúa a las enfermeras periódicamente para ascenderlos según sus méritos. Felisa (3.º, 44 años) comentó también, algo que se complementa con lo que Rosa decía:

*...si tenés mucho título, no entrás, porque, ¿cómo?, ¿va a ser superior tu, tu chapa<sup>23</sup>, como dice ella, tu matrícula va a exceder a lo que es la directora, la jefa de servicio? (Ref. 24)*

O sea que, además de adjudicarse cargos arbitrariamente, se bloquea la posibilidad de ingresar a trabajar a aquellos que tienen “exceso de mérito”. Lucía (3.º, 26 años) agrega un ejemplo del favoritismo en lo cotidiano

*...siempre hay clientelismo, el que es amigo del que gestiona, el que es amigo del supervisor, puede faltar, “yo te cubro, no te hagas problema”. Ahora el*

---

<sup>23</sup> Título.

*que no es amigo, el que siempre cumple, por lo general, el que cumple, el que llega temprano, el que dice “esto está mal, esto está bien”, “esto tendría que ser así porque así no corresponde, no conviene, no, no está bien”, ese es el que, nunca va a poder faltar, o nunca va a poder tomarse el franco, va a tener que venir a cubrir el día del franco justamente. (Ref.23)*

Patricia (3.º, 48 años) decía que las enfermeras que entran a trabajar en los hospitales

*...están por una beca, que es política, que se saca y se quita, que no es, este, lleva puntuación, uno no va a concurso, es política, uno entra porque tiene a alguien adentro. (Ref. 25)*

Felisa (3.º, 44 años) afirma que la mayoría de los enfermeros de planta, estables, de los hospitales, son gente de mucha antigüedad, que está hace muchos años y que no hay nuevos nombramientos desde hace largo tiempo y en general, señala, los que están pertenecen a la clientela de los políticos (Ref. 24).

No todos tienen tan mala opinión de la política, Alba (1. °, 19 años), sueña con poder trabajar políticamente para “hacer salud pública en el barrio” y para contribuir también a mejorar la calidad de la atención en los centros periféricos de salud (Ref.4).

#### **4 c. La salida laboral.**

Éste fue uno de los elementos señalados con mayor frecuencia al hablar de la elección de la carrera; y si bien es cierto que la demanda de enfermeros es permanente, el tipo y las condiciones de trabajo y el salario que se ofrecen, pocas veces satisfacen sus expectativas. Según Daniel (4.º, 23 años)

*...la demanda de enfermería está en los lugares que a nadie le reconforta demasiado trabajar y con una paga por lo general bastante baja para lo que hay que hacer de laburo<sup>24</sup>, también alejado de las funciones de enfermería, en muchos casos. (Ref. 30).*

---

<sup>24</sup> Trabajo, labor.

Una consecuencia deplorable de la actualidad laboral de los enfermeros, es que necesiten tener dos trabajos para poder sostener una familia y progresar mínimamente. Esta situación no es infrecuente: Carlos (CCC, 45 años) comenta que varios de sus compañeros tienen dos trabajos y se pregunta: ¿cómo hacen?, pero él mismo que trabaja noche por medio, también aprovecha los días en que no tiene clases para hacer más guardias (Ref. 32). Lucía (3.º, 26 años), a su vez, hacía referencia a casos extremos:

*En realidad, mucha gente estudia porque piensa, estudian enfermería muchos, como salida laboral y como ve que: "Uy, este tiene tres trabajos y hace un montón de plata", pero ¿tres trabajos hay que tener para poder uno tener lo que, el sueldo que uno espera? (Ref. 23)*

En general los alumnos coinciden en que los enfermeros, no están bien pagos. Angélica (3.º, 24 años) opina que el trabajo enfermero está muy devaluado, pero quiere creer que poco a poco está mejorando. La cuestión económica, tratándose de trabajo es fundamental, de hecho, muchas veces, cuánto pagan puede ser más importante que el tipo de trabajo que tienen que hacer o que las condiciones en que van a trabajar.

Para Alan (1.º 19 años), la variable decisiva para elegir dónde trabajar es

*...en donde paguen mejor. (Ref. 8)*

Fernanda (1.º, 25 años), quien preferiría trabajar en un lugar público, decía

*- a mí me gusta el hospital eh, dicen que el privado paga mejor pero, sé que en privado pagan mejor. (Ref.9)*

Y Amalia (1.º, 23 años) completaba con sus razones el “pero” de Fernanda:

*- Si tenés que llevar adelante una familia. (Ref. 10)*

Aparte de la cuestión de los bajos salarios que afecta a todos por igual, también está el de la remuneración indiferenciada entre profesionales, licenciados o auxiliares. Marisa (CCC, 39 años) cuenta que

*Donde yo estoy la auxiliar, el profesional o el licenciado, hace el mismo trabajo, gana el mismo sueldo y es tratado de la misma manera, tirando a mal, por supuesto los auxiliares, los profesionales y los licenciados, cobran igual, y mal (Ref. 34).*

En cambio en el geriátrico donde trabaja Reina (CCC, 52 años) los sueldos de los enfermeros profesionales y de los auxiliares están diferenciados, pero la licenciatura no la reconocen (Ref. 36).

Leo (3.º, 22 años) no pensaba tanto en lo económico al comenzar la carrera, pero después fue tomándolo en cuenta aunque, dice, en el sentido de aspirar a un sueldo fijo, ya que no lo desvela tanto la cantidad, como a algunos compañeros que con tal de ganar más, hacen turnos dobles o trabajan en dos lugares (Ref. 27). Este asunto es motivo de preocupación entre los estudiantes, Patricia (3.º, 48 años) dice:

*...el enfermero se pasa muchas horas trabajando, y tiene, suele tener, por lo general, dos trabajos, y la pregunta mía es ¿qué pasa en ese hogar de ese enfermero, con los hijos de ese enfermero, cuando él está ausente la mayoría del tiempo? (Ref. 25)*

Rosa (CCC, 49 años) piensa que la falta de horas de descanso de los enfermeros puede ser un buen tema de investigación para quienes aspiran a la licenciatura. De acuerdo a los resultados de la encuesta sobre calidad de vida de los estudiantes de la UNLa, los de la carrera de Enfermería son los que están peor en relación a la cantidad de horas de sueño (Investigación calidad de vida).

El trabajar más de un turno, o las guardias nocturnas, o en fin de semana, son circunstancias que interfieren con la vida familiar, que suelen ser aceptadas con más naturalidad cuando se trata de hombres, pero ¿cómo afectan a las mujeres que además de criar a sus hijos deben cumplir estos horarios? Resulta de esta situación que esta profesión “de mujeres” es incompatible con lo que la sociedad y la familia tradicionalmente esperan de ellas.

El mal pago y la falta de reconocimiento de la formación no son los únicos motivos de queja, también está la precariedad laboral, que afecta sobre todo a los enfermeros más jóvenes y que no tienen experiencia. Según Juan (4.º, 23 años)

*...la realidad es que no es que falten enfermeros sino que al enfermero, por ejemplo a mí, que tiene poca experiencia, lo toman por tres meses nada más. Entonces, qué hacen, a ese chico que toman por tres meses le rescinden su contrato y toman a otro, por qué, para no, que no pase el año y no, que se quede por ejemplo [...] Y te van diciendo: "buen, se terminó tu contrato", listo. Termina ese y empieza otro... (Ref. 31)*

La precariedad laboral no es una situación inocua, implica además de la desprotección social y de la salud, efectos de desvalorización, inseguridad, desánimo y miedo.

Lucía (3.º, 23 años) opina que el sistema de salud no valora a la enfermería como corresponde

*...porque no se pagan buenos sueldos, en provincia conocemos muchísima gente que está por una beca, o sea no tiene aporte jubilatorio, no tiene obra social, está sobrecargada de trabajo, no se pagan buenos sueldos, y hay muchísima gente que trabaja por una beca, o sea sin aporte jubilatorio, ni obra social, sobrecargada, durante muchas horas... (Ref. 23)*

Sin embargo, no todos los enfermeros están tan mal, según Marina (2.º, 20 años) su madre y sus tíos, que son enfermeros y trabajan en establecimientos privados de alto nivel socioeconómico de la Capital Federal, están conformes con lo que se les paga, dice que pueden vivir bien, sin apremios económicos.

Sería esperable que quien ha alcanzado a tener una profesión, al menos, pudiera desempeñarse en las actividades que le gustan, pero la realidad laboral no siempre es condescendiente con lo que se espera. No todo lo que los enfermeros tienen que hacer en sus trabajos tiene que ver con la enfermería. Daniel (4.º, 23 años) da un ejemplo

*...tenemos un compañero que, que está trabajando en un psiquiátrico, y él tiene que bajar a la cocina a traer las ollas de mate cocido, y es un enfermero profesional recibido, matriculado y está, le exigen que vaya a buscar la, la jarra de mate cocido, que no es función de enfermería. (Ref. 30)*

Y acota Juan (4.º 23 años) que también lo obligan a limpiar los trapos. Esa es la realidad laboral de hoy en muchas clínicas, psiquiátricos y geriátricos. Concluía Daniel:

*La gran mayoría de la demanda está en lugares que no, que por ahí no es de un enfermero profesional sino de un enfermero auxiliar, o de, o que no se necesita tanto estudio para ir a, a trabajar en un geriátrico... (Ref. 31)*

El hecho de que haya profesionales que se ocupan de funciones que no requieren capacitación configura un desatino que es la contrafaz de otro aun mayor, el de los auxiliares ocupados en funciones, o realizando tareas, que requieren una capacitación que no tienen. Este deslate, al cual los responsables de las políticas de salud no son ajenos, forma parte de las condiciones laborales y económicas que sufren los enfermeros y que tienen sus efectos no solo en su calidad de vida sino también, probablemente, en la calidad con que los servicios de salud se brindan. Esta situación no es nueva o desconocida, sino que ya ha sido denunciada con anterioridad en diferentes ámbitos (34, 35).

**4 d. Discusión. Dónde trabajar. La política y los méritos. Trabajar, trabajar mucho, trabajar demasiado. Significados de la subjetividad y de la objetividad. Salud Comunitaria, Salud Colectiva y Enfermería.**

**Dónde trabajar.** La inclinación por trabajar en algún hospital determinado está relacionada, por una parte, con el aura de prestigio que algunos servicios mantienen y por otra parte con la influencia y la vigencia de la perspectiva biomédica tradicional, centrada en lo asistencial y en la utilización de tecnología de alta complejidad, la cual es compartida con gran parte del colectivo enfermero (34), y coincide con las ideas del público, que relacionan a la enfermería con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades (123).

Aunque la mayoría manifestó su preferencia por trabajar en el sistema público, muchos no dejaron de plantear las reservas económicas correspondientes. Esta preferencia se ve reforzada con el rechazo manifestado hacia el sistema privado; los estudiantes se resisten a incorporarse a una forma de trabajo acotada por la mercantilización en la que el objetivo primordial es la máxima ganancia. De los treinta y seis alumnos entrevistados, diez se hallan trabajando en enfermería, y solo uno de ellos lo hace en un lugar público.

Desde el punto de vista de la autonomía, reivindicada en el último argumento, aquellos alumnos que preferirían trabajar en los hospitales, parecen olvidar que éstos son territorios en los que la hegemonía médica es más acentuada. Es interesante recordar, en este sentido, que la atención de los enfermos en Occidente durante mucho tiempo se realizó a través de dos vertientes separadas, la médica y la hospitalaria, y que recién en el siglo XVIII el médico, que

brindaba su atención directamente en los domicilios de los enfermos, ingresó al ámbito hospitalario, dándole el cariz curativo que hoy tiene. Con la “medicalización” de los hospitales el dominio de ese ámbito, hasta entonces ejercido por los religiosos, pasó a estar en manos de los médicos (93, 124). Actualmente, una de las alternativas para los enfermeros interesados en salir de la órbita del control médico consiste en trabajar en atención domiciliaria. La autonomía así concebida conlleva el costo de trabajar solo, lo cual resulta más un incentivo que un obstáculo para aquellos que apuntan a un desempeño más individualista e independiente, análogo en cierto modo a la práctica médica liberal.

**La política y los méritos.** La interferencia del poder político en los servicios de enfermería que refirieron los alumnos no son hechos aislados solo observados por los alumnos; Muñoz y cols., sostienen, en coincidencia, que “...*la escasez de enfermeras y en algunos casos intereses políticos y gremiales (por conseguir ascenso de sus agremiados), han creado situaciones irregulares, existiendo aún auxiliares de enfermería en puestos de gestión.*” (34)

Esta circunstancia contribuye a fundamentar el resentimiento y la actitud cínica de algunos alumnos que cuestionan ¿para qué estudiar si después hay que hacer el mismo trabajo y por la misma paga que los auxiliares?

Dos circunstancias conspiran, además, para que la enfermería pueda enfrentar al poder de los malos políticos que ejercen su influencia para favorecer a sus acólitos, la falta de organizaciones representativas fuertes y el hecho que no se haya consolidado aún su carácter profesional. Por otra parte, reemplazar los mecanismos meritocráticos característicos de la burocracia profesional (15, 125), por el favoritismo político, debilita el espíritu de cuerpo profesional, desvía hacia el individualismo y alienta las actitudes egoísticas y redonda en las dificultades de crear organizaciones sólidas y poderosas.

**Trabajar, trabajar mucho, trabajar demasiado.** La salida laboral, recordemos, fue el factor que terminó de decidir a muchos estudiantes por la enfermería. Y ciertamente, se trata de un rubro con posibilidades concretas de trabajo, no solo eso, se puede conseguir más de un trabajo, pero la contrapartida negativa de poder trabajar en dos lugares es que para sobrevivir, o para vivir dignamente, sea necesario trabajar en dos lugares. ¿Cómo se explica que habiendo una alta demanda y una baja oferta, los enfermeros tengan que trabajar el doble para ganar lo suficiente? La demanda de enfermeros surge de la necesidad de cuidado que tienen muchas personas y los bajos salarios se explican porque el trabajo de enfermería se cubre, insatisfactoriamente, con trabajo de médicos, de estudiantes, de auxiliares o de empíricos, o no se cubre. El fenómeno no es nuevo, ya lo había advertido Mario Testa hace más de quince años:

*Los excesos y defectos autogeneran mecanismos de ajuste, uno de los cuales ya fue mencionado (el dimensionamiento del subsector privado no organizado). Otro, de mayor importancia que el anterior porque modifica las formas de práctica, es la redefinición de las funciones de las categorías -técnicas y sociales- del personal: el déficit de enfermería es suplido con médicos –en exceso- y auxiliares con escasa o nula capacitación en una combinación característica de muchos países latinoamericanos. (126 p.123)*

El panorama actual, veinte años después, nos muestra que la situación no se ha modificado demasiado. Además, como consecuencia de la necesidad y la falta de una regulación actualizada y de personal con la formación adecuada, en los últimos años el campo laboral de la enfermería se ha visto invadido por una variedad de trabajadores escasamente capacitados que se dedican, sin ningún tipo de control, al cuidado de personas como “asistentes geriátricos”, “acompañantes terapéuticos”, etc. (67) Y ante este estado de las cosas, muchos enfermeros se ven obligados a aceptar los salarios que se le ofrecen y/o a realizar tareas que no les corresponden, de limpieza o de camareros.

Trabajar, donde paguen mejor, donde se pueda, todo el tiempo posible, haciendo lo que haya que hacer, aunque no corresponda a las funciones de la enfermería. ¿Qué significa un trabajo así para alguien que está estudiando la carrera?, ¿qué sentimientos despierta?, ¿qué valores y qué ética pueden sobrevivir a esta situación? ¿Cómo se articula la realidad con los proyectos que fueron forjando a su paso por la Universidad?

Se pueden discutir teóricamente, la identidad profesional, la ética, la imagen y la autoestima de los enfermeros (91, 102, 108, 127), pero ni una ni las otras son elementos inherentes a la profesión misma si no que se construyen en las relaciones sociales, en la forma de ser percibido y de sentirse percibido, valorado y considerado por los otros, en términos subjetivos y objetivos. Relaciones mutuas y recíprocas en las que se van construyendo, consolidando y modificando las significaciones (116). La sociología puede definir las características de las profesiones, pero el significado que cada una tiene para quienes la ejercen o la estudian no depende de esas definiciones ni de las que formulan las organizaciones profesionales, nacionales o internacionales, depende de cómo se consolidan esos significados en la práctica, en la cotidianidad de las relaciones, en el intercambio con los usuarios y sus familiares, con los otros profesionales y, especialmente, con los empleadores, con el Estado y con las organizaciones de servicios médicos. Relaciones que son mediadas y fuertemente influenciadas por el factor económico, sin desmedro esto de ninguna vocación; ya

que, como dice Campos: “*El dinero habla, explica y convence. Las mentalidades son destruidas y formadas de acuerdo a los modos de circulación y de distribución del dinero. Esto es verdad tanto para las personas inmersas en situaciones típicas de mercado como para otras vinculadas a instituciones teóricamente antagónicas a la racionalidad del lucro.*” (14 p.111)

Si la forma de distribución del dinero modifica y altera las mentalidades, concomitantemente lo hará con las significaciones, o sea que la enfermería en tanto proceso vivo y social, constantemente se reconstituye y se resignifica, entre otras cosas, en relación a las retribuciones económicas.

¿Trabajar en el sistema público o en lugares privados? La pregunta, más exactamente la opción, expresa de algún modo, la oposición que hacen algunos alumnos entre la vocación y el beneficio. La vocación, ¿debería necesariamente estar enfrentada a la lógica del beneficio económico? Ya hemos visto en el desarrollo teórico que no son incompatibles, que la vocación es uno de los fundamentos esgrimidos por las profesiones para exigir un reconocimiento diferente de la sociedad, reconocimiento que incluye privilegios laborales y económicos. ¿Por qué la vocación, como elemento justificativo, funciona de manera inversa cuando se aplica a la enfermería? La vocación es un argumento que (todavía) aplicado a la mujer, en general, y a la enfermera, en particular, es sinónimo de sacrificio, abnegación, desprendimiento, entrega y resignación, significados que van a justificar la explotación y que desalientan los intentos de reivindicación económica. El sentirse útil, constituiría un beneficio lo suficientemente importante como para compensar lo magro del reconocimiento económico. Coherentes con esta idea, González y González en un estudio sobre la actitud profesional en enfermeros realizado en Chile, consideraban que la vocación “*refleja la dedicación del profesional a su trabajo, prestando sus servicios principalmente por satisfacción personal por sobre la recompensa económica.*” (67)

El efecto real de los salarios insuficientes es que se trabaja más, más tiempo, que se descansa menos y el rendimiento y la eficacia disminuyen, que se trabaja en donde se pague más y no donde y en aquello que uno quisiera, a desgano y con pocas motivaciones, en las condiciones que sea y con la calidad que se alcance a brindar, en esas condiciones.

La elección del sistema público refiere, en casi todos los casos, al hospital y, muchas veces, a los servicios de mayor complejidad tecnológica, tendencia que estaría indicando la vigencia hegemónica del pensamiento biomédico (3, 34, 94) y a la vez vendría a reafirmar que las ideas de los grupos dominantes son las ideas dominantes en la sociedad (17, 72).

¿Ser autónomo es trabajar solo? El ejercicio de la autonomía no es una falsa e ilusoria “no dependencia”, trabajar en un campo tan complejo como es la salud, en el que la división del

trabajo y de las funciones se ha especializado tanto, implica necesariamente relaciones y dependencia mutua, de uno hacia otros y de los otros hacia uno. El afán de trabajar y bastarse solo, sustentado sobre la base del conocimiento y la experiencia propia, estaría revelando una tendencia a pensar la autonomía desde una perspectiva extremadamente “disciplinaria” de la profesión, o sea la enfermería como una disciplina supuestamente autosuficiente.

El deseo de trabajar en el sistema público choca contra las barreras que éste presenta a aquellos que quieren ingresar, situación que se interpreta como que se está formando profesionales de enfermería para que vayan a abastecer las necesidades del sistema privado. La contradicción entre los esfuerzos por formar profesionales de enfermería y las dificultades que enfrentan al momento de querer incorporarse a trabajar en los hospitales públicos es un punto que las autoridades responsables de las políticas de salud deberían considerar.

¿Meritocracia o favoritismo político? Hay situaciones arbitrarias en la asignación de cargos en las jerarquías que son francamente irritantes y que, al no poder modificarse, pueden derivar en frustraciones, desánimo y resentimiento. Las injusticias que se cometen en algunos establecimientos del sistema público en que designan a auxiliares en puestos de gestión contrarían, no solo la legislación sino también, los esfuerzos realizados para la formación. Trabajar, trabajar mucho, trabajar demasiado, trabajar mal, son derivaciones que suelen darse en el desarrollo de un trabajador que quiere alcanzar un bienestar económico pero ¿a costa de qué?, trabajar demasiado no es compatible con la buena calidad, de la vida o del trabajo.

Muchas veces, las expectativas de los alumnos se estrellan contra la “realidad” de las condiciones laborales en la práctica cotidiana. Lucía Domínguez y Juan Mijana (110), enfermeros del conurbano bonaerense, describen con meridiana claridad esta situación:

*Los enfermeros se preparan para realizar Cuidados de enfermería mientras cursan sus estudios [...] Pero, los enfermeros no se preparan para la “vida laboral”; para lo que representa el trabajo por turnos, el ejercicio de la autonomía profesional dentro de un sistema vertical de mando, no estudian ni analizan desde los claustros la diferencia entre el trabajo prescripto y el trabajo real, desconocen la legislación laboral Argentina y no poseen formación política, sindical o gremial.*

*Existe una aparente contradicción entre el “deber ser enfermero”, representado por un sujeto social que estaría en condiciones de brindar cuidados de calidad a los individuos, a la familia y a la comunidad en sus tres niveles de atención y el “ser enfermero”, sujeto que es transformado en un objeto de trabajo del orden dominante y que es quien efectivamente realiza los cuidados. (110 p.14)*

Los sujetos del cuidado, los del “deber ser” de la enfermería, terminan siendo transformados en “objetos de trabajo” dicen Domínguez y Mijana. La situación expuesta pone en discusión la necesidad de replantear la formación de enfermeros no solo como un proceso de profesionalización técnica y científica sino también de politización, en términos de conocer también los aspectos políticos relacionados con la salud en general y la enfermería en particular.

**Salud Comunitaria, Salud Colectiva y Enfermería.** Un párrafo lanzado sin ningún énfasis retórico por una alumna nos llamó la atención por su gran potencialidad. Afirmaba Alba (1. °, 19 años) que no tenía ningún interés por trabajar en el sistema privado, aun sabiendo que las condiciones de trabajo suelen ser mejores; y que tenía el objetivo de formar un grupo, de enfermeros, médicos, auxiliares, para lograr un cambio en la salud de la comunidad. Al articular estas ideas con otras de la misma entrevistada fuimos armando un modelo, una concepción de la enfermería (que desarrollaremos y completaremos más adelante) que recuerda a algunas de las propuestas del movimiento de la Salud Colectiva brasileño y del proyecto de la UNLa para la carrera de Enfermería.

La **Salud Colectiva** se presenta como un campo científico y de prácticas abierto a las innovaciones, que jerarquiza el peso de los determinantes históricos y sociales en el Proceso-Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado, que apunta a la eliminación de desigualdades y trabaja para la inclusión social y la construcción de ciudadanía social. Que se sustenta en los valores de solidaridad y afecto y en la conciencia sanitaria y ecológica. Y que avala el trabajo en equipos interdisciplinarios, y la educación permanente y continua (128, 129, 130, 131).

La **Salud Comunitaria** tuvo su desarrollo más importante a partir de los años '60 en Estados Unidos. Algunos de sus aportes fueron revalorizar la prevención e integrar a la práctica médica las contribuciones de las disciplinas socioculturales y psicológicas. Como política se instrumentó en base a los centros de salud, lugares destinados ofrecer una atención de menor complejidad y aliviar la demanda de los centros hospitalarios más especializados y sofisticados. Desde sus comienzos, la función de estos centros estuvo centrada en asistir a la población careciente de las zonas marginales. Históricamente, la Salud Comunitaria, quedó como una salud “alternativa”, una salud para pobres en oposición a la salud de los ricos, la de la medicina sofisticada, de alta tecnología y máxima eficacia (132). En este modelo de atención de la salud, a los enfermeros no les queda otra posibilidad que adaptarse al trabajo hospitalario o al de los centros de salud, ejerciendo los roles subalternos ya establecidos.

La principal diferencia entre la Salud Comunitaria (de la experiencia estadounidense) y la Colectiva (la construcción brasileña) consiste en que ésta tiene entre sus objetivos, el acceso universal a los servicios de salud de todos los niveles, la asistencia integral y la igualdad de la

asistencia (133), y no está focalizada en cierto sector postergado, propósito que se expresa como derecho en la Constitución brasileña de 1988 y como política en el “Sistema Nacional de Salud” (14, 134, 135). Gastón Campos, señala que una de las nociones centrales de la Salud Colectiva es la de la *“producción social de la salud”* (14), de la cual, por supuesto no están excluidos los enfermeros. Entre sus propuestas de renovación de las formas de gestión, Campos desarrolló la idea de los “Equipos de Referencia”, equipos compuestos por profesionales de diferentes disciplinas, en los que el poder se distribuye democráticamente y no según la tradicional dominancia médica. Estos equipos deberían formar parte de la estructura jerárquica permanente de los servicios de salud, como unidades de producción, en lugar de los departamentos organizados por categorías profesionales (médico y de enfermería) o especializadas (cirugía, clínica, etc.) (14).

En este contexto, también se verifica un proceso de cambio orientado a modificar los modelos tradicionales de formación profesional y a redefinir el perfil de los diferentes actores: enfermeros, docentes, gestores. De este cambio señalaremos un punto sustancial, que señalan Silva y Sena (133), y que consiste en preparar a los profesionales de enfermería, *“no solo para atender las demandas del mercado de trabajo sino, sobre todo, para transformar las condiciones impuestas por este mercado.”*

## V) CONSIDERACIONES FINALES

### 1) Significados.

Decimos “significados”, pero hablamos no solo de significados (intensiones), en tanto connotaciones, sino también de referencias (extensiones). No se trata solo de lengua, sino también, o especialmente, de habla y por lo tanto también de sentido y de acción. No son vanas especulaciones teóricas, definiciones técnicas o lingüísticas; sino que son, además, referencias al mundo real, a lo empírico y cotidiano, al estudio y el trabajo y las relaciones que se producen durante la formación y en el cuidado de la salud de las personas y que conllevan, además, un fuerte compromiso afectivo.

#### 1 a. Polisemia de la enfermería.

La enfermería como tantos otros términos que se resisten a mantenerse encuadrados dentro de los límites de las definiciones legales o institucionales, “adolece” del defecto de la polisemia, lo que permite que se la defina con muy diferentes fórmulas. Veremos a continuación lo más representativo de lo recogido en las entrevistas (no es textual):

Una profesión humanitaria, o la más humanitaria, para ser ejercida por gente con vocación, que produce grandes satisfacciones en el orden espiritual y moral.

Una pasión, una forma de desarrollo personal, una forma de servir y sentirse útil.

Una profesión socialmente mal calificada, económicamente mal retribuida.

Una profesión de la salud con gran potencialidad, que puede desarrollarse en instituciones, con más o menos tecnología, en equipos más o menos numerosos, o en forma solitaria.

Una profesión que también es ejercida por trabajadores no profesionales, que se ocupa de actividades o intervenciones que a veces realizan los médicos.

Una carrera alternativa a otras de mayor envergadura, accesible a personas de escasos recursos económicos y con menor capital cultural.

Un trabajo de mujeres, que también pueden hacer los hombres. Un trabajo necesario.

Un trabajo de segunda que consiste en aplicar vacunas, hacer la higiene, poner chatas y limpiar culos.

Un trabajo con buena salida laboral, poco valorado hasta por personas que lo ejercen.

Una actividad en crecimiento y maduración que no ha terminado de instalarse como una profesión.

### **1 b. Polisemia del enfermero.**

Congruentemente con lo anterior, también “enfermero” tiene diversos significados y referencias.

Un profesional de la salud, un trabajador egresado de la carrera y matriculado, del mismo nivel que los médicos.

Un profesional del cuidado que promueve la salud, previene enfermedades, que contribuye a la recuperación y a la rehabilitación de las personas.

Un trabajador técnico, que sabe cómo hacer su trabajo, reconocido y valorado en función de eso.

Un profesional formado que puede fundamentar científicamente lo que hace, con un bagaje de conocimientos biomédicos y humanísticos.

Un profesional tratado por algunas personas como un doctor.

Un trabajador expuesto a la desconsideración, el maltrato y la violencia, y a condiciones laborales precarias.

Una especie de mucamo de pacientes y familiares.

Un asistente del médico, un médico frustrado.

Por su parte, la enfermera puede caracterizarse de modos tan disímiles como: una trabajadora malvada, agresiva, “fácil” o “regalada” (para el sexo), comprensiva, compasiva, bondadosa, tolerante, afectiva, maternal. Abnegada, piadosa, etc.

La polisemia de los términos enfermería y enfermero entre los alumnos, resulta (entre otras razones) de los desarrollos y transformaciones que fueron sufriendo los primeros significados a lo largo de la formación, en las experiencias vividas en las prácticas y el ejercicio laboral de cada uno.

Los diferentes significados pueden coexistir en la misma persona al mismo o en distinto momento. Y en diferentes personas, también, al mismo o en distinto momento. Estos significados pueden ser similares, equivalentes, complementarios, contrarios o aun, contradictorios. Pueden estar basados en el aprendizaje teórico o en la experiencia personal, y pueden despertar diferentes sentimientos: ansiedad, esperanza, pasión, felicidad, placer, orgullo, temor, frustración, desilusión, resentimiento, envidia, celos, indignación, resignación,

angustia. Sentimientos se manifiestan con menor o mayor intensidad y que se alternan en distintas proporciones, sea en la misma o en diferentes personas, produciendo variados grados de tensión y conflictividad según la compatibilidad entre los significados.

### 1 c. Apuntes autorreferenciales.

En estos comentarios, realizados al tenor de las prevenciones señaladas en el apartado III 3 c. (Sobre el punto de vista del investigador), se analizarán muy sucintamente algunos significados, en relación a la experiencia personal del autor. Se aclara que no se trata de la posición actual sino de elementos contextuales e históricos.

**La elección:** no he percibido<sup>25</sup> que hubiera entre los alumnos entrevistados la idea de un mandato, un imperativo para dedicarse a esta actividad, más bien me impresionó como algo elegido, por deseable y por viable. Algo así como: "esto es lo que puedo hacer, esto es lo que quiero hacer. No soy libre pero puedo elegir, y esta es mi vocación", había un techo pero por debajo de él había la posibilidad de decidir con libertad. A diferencia de mi experiencia, en la que no me encontraba limitado por las condiciones económicas o culturales, que la carrera médica exigía, pero sí lo estaba en la posibilidad de elegir otra cosa. El objetivo, familiarmente consensuado pero sutilmente impuesto, podría formularse como: "puedo elegir lo que quiera, por lo tanto debo elegir lo mejor. Si puedo elegir, lo que haga tengo que hacerlo bien." No había techo para las opciones, pero había un camino señalado.

**Orden y ascenso social:** el del ascenso social es un tema que casi no fue mencionado por los alumnos a pesar de que en muchos casos se trata de la primera generación de universitarios. Para la perspectiva de mi familia la división del trabajo y la distribución de los conocimientos tenían que ver con el orden social. Si el orden social da oportunidades para mejorar, entonces, los resultados dependen de la capacidad, la voluntad y el esfuerzo de cada uno. Respetar ese orden y conservarlo es una responsabilidad de todos. De acuerdo a esta regla: los médicos y los enfermeros, los hombres y las mujeres, alcanzan los derechos y los privilegios de que gozan de acuerdo a sus propios méritos.

**La política y la profesión:** Tanto la indiferencia como el rechazo de la gran mayoría de los alumnos entrevistados hacia los políticos y la política, muestran que aun persiste, por lo menos en algunos, cierta tendencia a considerar a las ciencias y al ejercicio de las profesiones como universos independientes de la política. Del mismo modo pensaba en mi época de

---

<sup>25</sup> Se utiliza el singular por tratarse de referencias de carácter estrictamente personal.

estudiante, en aquel entonces tenía la idea de que la medicina y la política tenían objetivos, momentos y espacios diferentes, tanto para la acción como para la reflexión. Y pasó mucho tiempo, y ocurrieron muchos acontecimientos, hasta llegar a entender que, aunque en determinados niveles puedan no tener un contacto directo, en lo sustancial el desarrollo de las ciencias y las condiciones en que las diferentes profesiones u ocupaciones se realizan, no son independientes ni de la forma en que se distribuye el poder político ni de las políticas económicas y sociales que se llevan adelante.

**Interpretación de los significados de la profesión:** A lo largo de la investigación y hasta el final, he tenido, y tengo, la impresión de que muchas de las nociones en que se apoyan los significados de la enfermería como profesión, han sido “tomadas prestadas” de la medicina; que no son propios de la enfermería, de los enfermeros, ni de los alumnos. Si la impresión es correcta, tal vez esto esté relacionado con el poco tiempo transcurrido desde que la enfermería ha sido reconocida legalmente como profesión, y si es infundada, quizá esté vinculada a una perspectiva particular producida por la de-formación ideológica/profesional de la medicina.

Creo haber eludido, tutoría mediante, los sesgos que los prejuicios y los escotomas personales producen, aunque no se puede estar seguro, y tal vez algunos hayan estado operando aun a lo largo del trabajo. Exponer acá algunos factores que podrían inducir a errores es una forma de objetivar mejor el procedimiento y de colaborar a reconstruir la complejidad del objeto de estudio ya que, si las significaciones de la enfermería descriptas implican su interpretación; ésta implica, a su vez, la subjetividad de quien interpreta.

**Beneficios de la investigación.** No se puede desconocer que la experiencia de la investigación redunda en un beneficio que, en principio, reproduce y acentúa la asimetría médico/enfermeros y docente/alumnos. Un médico-docente-investigador-varón, estudiando los significados de la enfermería en alumnos de la carrera para cumplir con el requisito exigido para la maestría resuena, en ese sentido, como “más de lo mismo”. O peor, como si los alumnos de enfermería hubieran sido utilizados como objetos para el estudio.

Más allá del respeto con el que se ha realizado el trabajo y de la intención de compartir y discutir los resultados con ellos, la investigación plantea la cuestión de la subordinación entre investigado e investigador. El proceso de investigación consolida la constitución del investigador como sujeto cognosciente, contribuye a su conocimiento y a su experiencia lo cual da como resultado (paradójicamente deseado e indeseado) la acentuación de la diferencia con los alumnos/investigados quienes, a lo sumo, serán beneficiarios pasivos de este desarrollo.

Es difícil eludir esta conclusión si la evaluación se realiza en términos de ubicar a docente-médico por un lado y alumno-enfermero por otro, así enfocada la situación, indudablemente la distancia aumenta.

Creemos que este resultado se debe a la falsa oposición que surge de posicionar a docente y alumnos, como si estuvieran enfrentados cuando el lugar del docente no es enfrentado a los alumnos sino junto a ellos, del mismo modo que el lugar del médico debería ser junto a los enfermeros y no enfrentado a ellos.

## **2) Concepciones de la Enfermería. (Un poco más allá de los Significados).**

La propuesta de las concepciones responde a la búsqueda de organizar, trascender y particularizar las significaciones individuales de los alumnos entrevistados, pero sin caer en la pretensión de interpretar y representar los significados de ningún colectivo en general, sea de los enfermeros, de las enfermeras o de las mujeres, en general. Las concepciones representan formas de entender la Enfermería y por lo tanto, de darle sentido a las prácticas.

### **2 a. Motivos para elegir la carrera.**

Para no repetir lo ya mencionado en el apartado correspondiente y para ir aproximándonos a los significados de la enfermería en los alumnos entrevistados, sintetizaremos al máximo los motivos de elección:

Básicamente podemos hablar de dos vertientes: la **vocacional**, que representa la perspectiva subjetiva vinculada a los afectos y las identificaciones, y a la inclinación por el cuidado de las personas. La vertiente **económica** representa el interés práctico, que conlleva una elaboración más lógica y racional, que relaciona a los intereses y necesidades con las oportunidades que brinda la enfermería como salida laboral.

Estas categorías, la vocación y la económica, que podrían reforzarse, como vimos que es en el caso de la medicina, en algunos casos funcionan como si fueran antagónicas. Como si la vocación debiera cumplir una función compensatoria del escaso reconocimiento económico. Las razones vocacionales están implícitas en todos los trabajos relacionados con la salud (aunque no se las encuentre en los trabajadores); no podrían dejarse la vida y la salud de las personas, sujetas solo a los criterios del beneficio y del lucro. Se espera del profesional de

salud, un compromiso más fuerte que el que representa simplemente el del contrato que significa, dar un determinado servicio a cambio de tal pago. Compromiso que se vio reflejado en las respuestas que los alumnos dieron al referirse a sí mismos pero que, según refirieron, no se evidencia en los dichos y los comportamientos de “otros”, enfermeros o compañeros.

La connotación vocacional ocupa un lugar preponderante entre los significados de la enfermería, aun cuando no figure en las definiciones oficiales, por ello, abrazar la profesión implica no desconocer esta significación y compromete a actuar en consecuencia. Esto es en la teoría, porque en la realidad no parece ser así para todos, no todos los alumnos parecen abrigar esa llama. Por otra parte también sería justo que a aquellos trabajadores a los que se les exige un compromiso y un esfuerzo mayor se les recompensara económicamente en la misma medida, pero las reglas de la reciprocidad no son universales y menos para la enfermería.

## 2 b. Articulaciones de la vocación y el beneficio económico.

Algunos discursos reivindican tanto el valor de la vocación como la exigencia de un reconocimiento económico justo. Relación acorde con una posición de tipo “profesional”. Profesional, podría decirse, al “modo médico”, que constituye el modelo más acabado de profesión en el área de la salud.

Otros alumnos instalan a la vocación como un valor fundamental, por encima del beneficio económico que representa y aun cuando éste fuera insatisfactorio, al cual denominaremos “vocacional”. Y habría un tercer tipo de discurso descrito en las entrevistas, puesto en la voz de “entrevistados fantasma”, que no estuvieron presentes pero que hablaron por boca de los entrevistados y que fueron mencionados como “otros” que presentaban determinados comportamientos o intereses inaceptables cuyo interés pasaría casi exclusivamente por el beneficio económico. Denominaremos a este grupo, a falta de algún término más apropiado “utilitario”, aclarando expresamente que no estamos haciendo referencia a la corriente de pensamiento desarrollada por Jeremy Bentham y John Stuart Mill.

A partir de analizar la forma en que se articulan los motivos de estudiar enfermería quedan perfiladas tres tendencias, la **vocacional**, la **profesional al modo médico** y la **utilitaria**.

En base al cruzamiento y ordenamiento de los significados rescatados en la discusión de los temas abordados, con las tendencias descriptas en el punto V 1 b., (vocacional, profesional al modo médico y utilitaria), construimos algunas perspectivas más amplias, a las

que denominamos “concepciones”, que configuran diferentes formas de entender a la enfermería.

Al cotejar los diferentes discursos de los entrevistados con las concepciones: vocacional, profesional al modo médico y utilitaria, notamos que estas formas no agotaban las formas de entender la enfermería. Agregamos, entonces, otras dos formas; la profesional al modo enfermero, que busca diferenciarse claramente de los no profesionales, auxiliares y empíricos y que, si bien mantiene algunos rasgos vocacionales, tiende a jerarquizar más las características profesionales, y la concepción vocacional/profesional en la que pueden reconocerse algunas de las propuestas de la corriente de la salud colectiva brasileña, que fueron mencionadas anteriormente.

Las características distintivas del enfermero vocacional, “al modo tradicional”, se corresponden con las señaladas para la vocación en la presentación y análisis (apartado II 2 b.): una predisposición innata, elevada preparación moral, buena voluntad, piedad y espíritu de servicio.

La forma utilitaria es una descripción elaborada casi exclusivamente a partir de comentarios de los alumnos entrevistados, es decir se trata de una construcción a partir de referencias empíricas. Los vacíos de la columna de la concepción utilitarista son consecuencia de que fue elaborada en base a referencias de los alumnos entrevistados sobre expresiones o prácticas de terceras personas, fueran compañeros o enfermeros.

Los tipos de concepción son elaboraciones de un nivel de abstracción mayor que el de los significados, ya que surgen como resultado de ordenar los significados como modelos, o sea como esquemas teóricos. Los temas básicos sobre los que giran las concepciones son **¿por qué** se decidieron por la enfermería?, **¿cómo** piensan desarrollar su práctica?, esto es, cómo se piensan en relación a otros profesionales, médicos especialmente, y a los pacientes; y **¿para qué** trabajar en enfermería?, o sea qué significa para ellos, ser enfermero, en su proyección como ser humano, individual y social. Es decir que buscan reflejar la relación entre los significados de los deseos, las acciones y el proyecto laboral y social de cada uno. Esta relación supone una coherencia discursiva que no siempre hemos verificado, no es extraño que aparezcan tensiones, incongruencias o contradicciones en los discursos de alumnos que recién han comenzado a tener contactos con la enfermería “real” (no teórica) y que aún no han vivido experiencias laborales concretas.

## 2 c. Tipos de concepción.

**La concepción vocacional.** Como ya se observara en la discusión, llamativamente, las mujeres no mencionaron a la relación de género como un factor que se asocie a la subordinación de la enfermería a la medicina, relación que ha sido postulada y sostenida por diferentes autores. No obstante, la forma en que algunas alumnas asumieron funciones de cuidado (de los ancianos, los enfermos y los hijos) permite interpretar que para ellas la de cuidar sería una función percibida como “natural” de las mujeres aunque no lo hayan explicitado de esa manera. Esta predisposición que las entrevistadas asociaron a la decisión de estudiar enfermería, sería una de las características que atribuimos a la concepción vocacional.

Entre los varones, hubo quien afirmó, a título personal y por haberlo observado en otros enfermeros gay, que en ellos se produce una especie de identificación con la disposición natural al cuidado, “maternalista”, similar a la que describimos en el párrafo anterior, de la cual derivaría a su vez una identificación con ese aspecto de la vocación por la enfermería.

En cuanto a los otros entrevistados, que no problematizaron la cuestión de género, consideramos que se trata de una postura que no es neutra en sus efectos, sino que tiene un resultado estabilizador (ideológico al decir de Mannheim) de la situación, compatible con la concepción vocacional.

Aceptar que los médicos se encuentran en un nivel de conocimiento y de responsabilidad más alto, pero reclamar por un buen trato, con la cortesía y el respeto que cualquier persona merece. Asumir las tareas de higiene como una función que ennoblecen, en su humanidad, a la persona que las realiza. Reivindicar a las enfermeras “de antes”, las empíricas y auxiliares, por el papel que jugaron como pilares del sistema de salud. La resignación a ser relegado por favoritismos políticos y a las retribuciones económicas injustas y el rechazo, por reacción, a la política en general, y que se extiende también a las organizaciones de estudiantes. El arraigo local o institucional y la preferencia por trabajar en el sistema público porque es donde se puede ser más útil. Sostener que para el cuidado las mujeres son más responsables y éticas que los varones. Son todos ellos, rasgos que caracterizan a la concepción vocacional. Y también lo son la valorización de lo afectivo, de lo vincular, de la empatía, de la compasión y la actitud humanitaria; el desprendimiento, la tolerancia, el altruismo y la convicción moral. Para esta concepción el reconocimiento y el respeto ganados a través de la buena predisposición y el trato personal puede ser tan, o más, importante como el obtenido en base a la técnica y los conocimientos. Y la satisfacción obtenida por ese reconocimiento es, a su vez, mucho más valiosa que una buena retribución económica.

En base al principio de separar y privilegiar lo vocacional sobre lo económico, se sistematiza esta concepción.

**La concepción profesional, al modo enfermero:** El orgullo de ser un profesional, diferenciarse marcadamente de los auxiliares, sostener la exclusividad del ejercicio de la enfermería en la formación o en la matrícula, privilegiar la técnica, fundamentar las intervenciones en el conocimiento, quejarse de que no se haga conocer a la sociedad que la enfermería es una profesión, juzgar con la misma vara a las enfermeras “viejas” y a las “nuevas” sin considerar los contextos históricos y sociales, entender la autonomía como el trabajo enfermero independizado del control médico, depositar expectativas en que la creación de colegios profesionales de enfermería más representativos que las organizaciones actuales, que aboguen por los derechos de sus afiliados vayan a cambiar la situación, son elementos que identifican a la posición de profesional “al modo enfermero”.

Caracterizan a esta concepción, el asumir las actitudes y las reivindicaciones, el “rol” que legalmente corresponde a los enfermeros, en tanto profesionales; y los conflictos con los auxiliares. Asumir el rol y la identidad del enfermero, son compatibles con una participación activa en las organizaciones de estudiantes. El argumento legal, la Ley 24.004, es el que da la base y las razones que fundamentan a esta concepción “la Ley dice que la enfermería es una profesión, y la formación avala a quien la ejerce.”

La búsqueda de los lugares de más calidad y prestigio, preferentemente los de mayor complejidad tecnológica, las quejas por la falta de una política de “profesionalización” de los servicios y de reconocimiento del nivel profesional corresponde a quienes ostentan una ideología de tipo profesional, sea al modo médico o al enfermero.

**La concepción profesional al modo médico:** jerarquizar la posibilidad de trabajar en forma autónoma, de crecer profesionalmente según la capacidad y el esfuerzo individual y personal y de recibir las compensaciones en función de ese mérito, caracterizan a esta concepción.

Juzgar el comportamiento femenino como funcionalmente complementario y complaciente al masculino, en lo que refiere a la subordinación de la enfermería a la medicina y sostener, por lo tanto, que las posibilidades de cambio dependen de que más hombres se vayan incorporando a la profesión, es una forma de entender la relación entre los varones y las mujeres que porta un sesgo machista y que, vendría a reproducir al interior de la enfermería, la postura del médico en su relación con la enfermera, o sea desde una posición dominante, más fuerte, en virtud precisamente, de los diferentes roles y poderes asignados socialmente al género. Cargar responsabilidades de la situación subordinada y secundaria de la enfermería en las mismas enfermeras por no adoptar actitudes de afirmación profesional. Situarse en un plano

desafiante, de paridad e igualdad ante los médicos, en los terrenos del conocimiento y de las actitudes ante los pacientes y ante la sociedad. Reclamar por condiciones laborales equivalentes a las de otras profesiones, y por una retribución económica de acuerdo al nivel profesional. Aceptar las tareas de higiene con reservas por considerar que por su formación deberían realizar funciones de otro nivel. Privilegiar el conocimiento más teórico, el de la fisiología y la farmacología, por ejemplo. Reivindicar y defender el monopolio de los enfermeros en lo que refiere al cuidado de los pacientes; el aplomo y la seguridad personal y el tomar distancia de los pacientes son, todas, características que atribuimos a esta concepción. No participa formalmente del Centro de estudiantes, pero no desdeña la posibilidad de colaborar, en funciones de asesoría o de coorganización en determinadas actividades de su interés.

Los conflictos surgen en la búsqueda del espacio profesional propio, especialmente de competencia con los médicos. En la suma de estas características, puede percibirse un sentimiento de seguridad y convicción, de confiar y bastarse a sí mismo y más aun, de ser superior a los demás. Este tipo de concepción se basa, esencialmente, en un pensamiento ideológico profesional de corte individualista, que privilegia el ejercicio autónomo en base al conocimiento.

**La concepción utilitaria:** se caracteriza por tomar las decisiones según cálculos en los que priman los intereses personales, por adaptarse a los lugares de trabajo, o buscarlos, según su conveniencia. Entre quienes están trabajando, destacan la falta de compromiso con el cuidado de los pacientes, el rechazo a las tareas de higiene. Entre los estudiantes, porque no se interesan ni esfuerzan para alcanzar una mejor formación.

Esta concepción se presenta como una especie de reservorio de actitudes y sentimientos que desde las concepciones “vocacional” o “profesional” se ven como criticables e indeseadas.

La hipótesis nuestra es que nadie está exento de privilegiar excesivamente los intereses, la comodidad o la conveniencia, en determinadas situaciones y que, por lo tanto, cualquiera, en algún momento podría ser caracterizado como utilitarista. Aunque tampoco debería descartarse que diferentes razones, personales o contextuales (el maltrato, la desvalorización, la discriminación, el desprecio, etc.) pudieran llevar a alguien a adoptar esta concepción de un modo más estable y permanente.

Lo predominante en este tipo de concepción consiste en subordinar las decisiones al cálculo económico, especialmente el monetario.

**La concepción comunitaria (o de la Salud Colectiva).** Es una combinación especial que reúne sinéricamente algunas de las características que corresponden a la concepción vocacional y a la profesional a las que se agregan inquietudes propias de orden político y social, y que recuerda algunas de las propuestas del movimiento de la Salud Colectiva en Brasil y de la Salud Comunitaria de los Estados Unidos y de la Universidad. Recordaremos con respecto a la UNLa que en la presentación de la carrera de la carrera de Enfermería, la dirección declara explícitamente el propósito de *“establecer nuevos paradigmas de intervención profesional que contribuyan a ofertar una atención en salud integral con fuerte participación de la población, a través de un compromiso ético-social con participación interdisciplinaria.”* (1)

. Esta concepción tiene una marcada base vocacional, pero no al modo tradicional, ya que no se limita a cumplir con el mandato ético-moral de altruismo, abnegación y solidaridad, sino que articula el compromiso vocacional con la actitud profesional y el interés por lo ético y social. Con una expectativa de trabajo en equipo, interdisciplinario, que no siente rechazo hacia la política sino que por el contrario tiene la determinación de militar y actuar desde ella, expresada en la participación que tiene en el Centro de estudiantes; que privilegia la formación, y de ella los aspectos sociales relacionados con la salud y que tiene una preferencia definida por trabajar en el sistema público y en su comunidad.

Lo más llamativo de este tipo de concepción es, el hecho de no estar sesgada por los velos ideológicos de la vocación tradicional o de la profesión, sea al modo médico o al enfermero, el compromiso ético político y la convicción de que las condiciones de salud de la población pueden y deben mejorar.

## 2 d. Características de las concepciones.

En el cuadro 2, se sintetizan las características de las concepciones según los tópicos desarrollados en las entrevistas. Los datos señalados en cada casillero de la matriz están fundamentados en las respuestas de los alumnos entrevistados.

Las características distintivas del modo tradicional, se corresponden con las señaladas para la vocación en la presentación y análisis (apartado II 2b): una predisposición innata, elevada preparación moral, buena voluntad, piedad y espíritu de servicio.

Los vacíos de la columna de la concepción utilitarista son consecuencia de que fue elaborada en base a referencias de los alumnos entrevistados sobre expresiones o prácticas de terceras personas, fueran compañeros o enfermeros.

**Cuadro 2. Características de las concepciones de los alumnos de la carrera de enfermería según los tópicos de mayor relevancia. UNLa, 2008-2010.**

TÓPICOS	CONCEPCIONES DE LOS ALUMNOS				
	Vocacional Al modo tradicional	Profesional Al modo médico	Al modo enfermero	Comunitaria (de la salud colectiva)	Utilitaria Al modo económico
Vocación/ beneficio económico	Privilegia la inclinación humanitaria por el cuidado, los afectos y valores	El aspecto vocacional justifica el beneficio económico	Buscan el equilibrio entre la vocación y el beneficio económico	Valoriza lo económico como recurso para hacer “salud pública” en el barrio	Busca el máximo beneficio con el mínimo esfuerzo
Enfermeras “viejas” y “nuevas”	Minimiza las diferencias. Respeto y consideración por las “viejas” empíricas	Diferenciación y desvalorización de las “viejas”, enfatiza la falta de formación	Establece una diferencia, reconoce la experiencia y la idoneidad de algunas auxiliares		Desvaloriza a las “viejas”. Espera ser respetado por ellas por ser profesional
El género	Naturaliza las diferencias, no las cuestiona	Reconoce las diferencias, las cuestiona, pero propone soluciones masculinas	Naturaliza las diferencias, no las cuestiona.	No hace diferencias entre los géneros, los considera iguales No problematiza el tema	Concepción más frecuente entre los varones
Tareas de higiene	Las acepta como una parte de la enfermería	Aceptación resignada	Las acepta pero sostiene que corresponden a los auxiliares	Las acepta como una parte noble de la enfermería	Las rechaza
Relación con médicos	Acepta la diferencia y la superioridad médica	De iguales, en tanto profesionales	Como profesionales pero no del mismo rango Por cuestiones	De iguales, en tanto profesionales	
Conflictos con los médicos	Por las maneras en el trato personal	Por cuestiones de competencia profesional	administrativas relacionadas con la distribución del personal	Por cuestiones jerárquicas	
Relación con los pacientes	Empatía y solidaridad	Formal	Formal	Empatía y solidaridad	Por interés como fuente de ingreso extra (propinas)
Valor del conocimiento	El saber hacer	Teórico, como fundamento del poder y la autonomía	Como fundamento de las intervenciones		El saber mínimo necesario
Tipo de conocimiento	Práctico	Biomédico, teórico	Biomédico, técnico	Biomédico y social Límites estrictos	
Jurisdicción	Sin exclusividad	Límites estrictos. Disputa con	Límites estrictos. Disputa con	en relación a los auxiliares. Trabajo en	

		médicos	auxiliares	equipo con otras profesiones	
Autonomía	Para las funciones técnicas específicas	Rechaza el control médico. Prefiere trabajar solo	Disciplinaria, de acuerdo a las funciones de su competencia	Trabajando en equipo, en forma interdisciplinaria	
Actitud profesional	Valora especialmente la buena predisposición y la empatía	Responsabiliza a las enfermeras por no asumir actitudes profesionales	Asume actitudes profesionales que lo diferencian de los auxiliares	Complementa la actitud profesional con la predisposición vocacional	
Organizaciones profesionales	Participación pasiva, reclamo de mayor representatividad	Confía en sí mismo, descree de los representantes	Anhelan un colegio profesional		
Organizaciones de estudiantes	Poca participación	Colaboración informal en determinadas actividades	Participación activa, política y en las actividades	Participación activa, política y en las actividades	
Ética	Confían en la propia convicción y responsabilidad moral	Relaciona a la ética con la actitud de cada uno como profesional	La asumen como una virtud individual, de compromiso con la profesión	Como compromiso con los pacientes y con la sociedad	No manifiestan compromiso con los pacientes ni con la sociedad
Dónde trabajar	Prefieren el sistema público, por ser más humano. Tienen arraigo a determinada institución o localidad	Privilegia los lugares donde trabajar con autonomía y poder desarrollarse profesionalmente	Privilegia los lugares donde trabajar con autonomía y comodidad.	En el sistema público y en el barrio.	Donde convenga más
Retribuciones económicas	Resignan el interés económico por el sentimiento de pertenencia a un lugar o institución	Búsqueda individual de mejores alternativas	Búsqueda individual de mejores alternativas. Queja por falta de reconocimiento del esfuerzo	Valora lo económico como un recurso necesario para realizar sus proyectos	Donde paguen más
Sobre la política	Mantiene una posición neutral y distante	Actitud crítica, en especial en lo que refiere a las políticas vinculadas con la enfermería	Denuncia y deplora la interferencia política en la asignación de cargos	La considera positivamente como una forma de trabajar para la salud	
Sentimiento personal	Humildad, modestia Satisfacción moral	Autosuficiencia y arrogancia	Autosuficiencia y orgullo	Autosuficiencia y satisfacción moral	Resentimiento, desvalorización

**Fuente:** elaboración propia.

## 2 e. Últimos comentarios.

Las concepciones descriptas fueron construidas a partir de organizar y analizar los significados según los temas tratados, en base a los desarrollos teóricos previamente analizados y a los surgidos en las entrevistas. Según nuestra apreciación, algunos alumnos están bien representados por alguna de las concepciones propuestas, pero otros no, porque sus posiciones ante algunos tópicos no se corresponden al ordenamiento según los modelos que hemos establecido. En líneas generales, aquellos que tienen mayor experiencia acumulada de trabajo, especialmente en la enfermería, tienen discursos más estructurados, podría decirse, más congruentes. En cambio los de los alumnos que tienen menos experiencia de trabajo en enfermería, están construidos con una mayor proporción de referencias teórico conceptuales salpicados de anécdotas recogidas en las prácticas de la carrera o de su historia personal, se trata de referencias que suelen corresponder a diferentes concepciones. Esto no las invalida, las concepciones son construcciones hipotéticas, instrumentos de referencia para analizar, comparar y debatir significados y posiciones. Las tensiones y contradicciones que puedan aparecer, entre ellas o al interior de ellas, no son perjudiciales o indeseables; por el contrario, constituyen oportunidades potenciales de enriquecimiento en el proceso de la formación de los alumnos como enfermeros, toda vez que sean identificadas, analizadas y esclarecidas.

Consideramos que este trabajo, con sus interrogantes y conclusiones, puede aportar a la reflexión sobre qué tipos de enfermeros se está formando en la Universidad Nacional de Lanús, y para qué. Y sobre cuál debería ser el papel de los enfermeros en el Proceso de Salud/Enfermedad/Atención/Cuidado, no solo en su trabajo específico, sino también en la discusión, formulación y ejecución de las políticas de salud. Teniendo en cuenta que la intención de la UNLa, de acuerdo a lo declarado en el proyecto institucional, es contribuir a la transformación de la realidad sanitaria, instalar este debate entre los docentes y los alumnos, futuros enfermeros, se presenta tan necesario como la discusión de temas más estrictamente técnicos.

## VI) BIBLIOGRAFÍA

1. UNLa. Departamento de Salud Comunitaria. Licenciatura en Enfermería. Presentación. Lanús 2008 [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.unla.edu.ar/departamentos/desaco/carreras/licenciaturas/enfermeria/index.php>.
2. Attewell A. Florence Nightingale (1820-1910). Perspectivas, revista trimestral de educación comparada. 1998; XXVIII (Nº 1).
3. Malvarez S, Loria P, Heredia A, Espino M. Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
4. Tomey A. Modelos y teoría en enfermería. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1994.
5. Boletín Oficial. Ley 24 004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería. 28 de octubre de 1991.
6. Etzioni A. Organizaciones modernas. México: Uteha Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana; 1975.
7. Etzioni A. Teachers, nurses, social workers. En: L Mackay KS, K Melia, editor. Classic text in health care. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998.
8. Federación Argentina de Enfermería (FAE). Institucional. Quiénes somos. 2010 [fecha de acceso: 16 de junio de 2009]. URL disponible en: [http://faeweb.org.ar/jmla/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=11](http://faeweb.org.ar/jmla/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=11).
9. Heredia A, Malvarez S. Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina 1990-2000. Buenos Aires: OPS/OMS; 2002.
10. Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería, (2008).
11. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda ed. URL disponible en: [http://buscon.rae.es/draE/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=cultura](http://buscon.rae.es/draE/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura).
12. Scott W, Mitchell T. Sociología de la organización. Frischknecht F, editor. Buenos Aires: El Ateneo Pedro García S.A.; 1978.
13. Morgan G. Imágenes de la organización. 1ra ed. México D.F.: Alfaomega Grupo Editor, S.A. de C.V.; 1998.
14. Campos G. Gestión en salud. En defensa de la vida. 1ra. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.; 2001.
15. Mintzberg H. Diseño de organizaciones eficientes. 2da ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2001.
16. Varo J. Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994
17. Testa M. Pensar en salud. 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 1993.
18. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2009.
19. Menéndez E. Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos Médico-sociales (33); 1985.
20. Piaget J. Psicología y pedagogía. Madrid: SARPE; 1983.
21. Novak J, Gowin B. Aprendiendo a aprender. 1ra ed. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. S.A.; 1988.
22. CIE. La definición de Enfermería del CIE 2. [fecha de acceso: 13 de agosto]. URL disponible en: <http://www.icn.ch/definitionsp.htm>.
23. Jofré AR. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica enfermera en Catalunya [Tesis de doctorado]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005.

24. Jiménez J. La enfermería, una breve aproximación sociológica: desde dónde y hacia dónde. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 2002; Año 6 (11:30-39).
25. Habichayn A. El proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2004.
26. Marín G. Una historia poco conocida ¿Quién es Cecilia Grierson? *Mujer profana. Medicina & Cultura*. 2009; 2 (24).
27. UBA. Escuela de enfermería "Helena Larroque de Roffo". Breve reseña histórica. Buenos Aires 2009. URL disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/hospitales/roffo/Areas/ha\\_enf.htm](http://www.fmed.uba.ar/hospitales/roffo/Areas/ha_enf.htm).
28. Martín A. Hogares, hospitales y enfermeras. Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín 2008; 2 (3). [fecha de acceso: 26 de enero de 2009] URL disponible en: [http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/03\\_5\\_Art%C3%ADculo\\_Ana\\_Laura\\_Mart%C3%ADn.pdf](http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/03_5_Art%C3%ADculo_Ana_Laura_Mart%C3%ADn.pdf)
29. Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón. Red de seguridad y salud. Escuela de Enfermeras. 2009 [fecha de acceso: 26 de noviembre de 2009]. [http://www.evitaperon.org/health\\_eva\\_peron-es.htm](http://www.evitaperon.org/health_eva_peron-es.htm).
30. Folco M. Control social, Género y Enfermería. XXIII International Congress; Washington D.C.: Latin Americam Studies Association; 2001.
31. Consejo Internacional de Enfermería. Código Internacional de Ética de Enfermería. San Pablo. Brasil1953.
32. Federación Argentina de Enfermería. (FAE). Institucional. Quiénes somos. [fecha de acceso: 2 de febrero de 2009]. URL disponible en: [http://faeweb.org.ar/jmla/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=11](http://faeweb.org.ar/jmla/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=11).
33. Boletín Oficial. Ley 17132. Tit VII. Cap IV. 31 de enero de 1967.
34. Muñoz S, Malvarez S, Davini M, Heredia A. Desarrollo de Enfermería en Argentina. Análisis de Situación y Líneas de Trabajo. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Publicación N° 42; 1995.
35. Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería; 2008.
36. Freidson E. La teoría de las profesiones. Estado del arte. Perfiles educativos. 2001; 23 (093).
37. Rodríguez J, Guillén M. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. . Revista española de investigaciones sociológicas. 1992; (59).
38. Durkheim E. La división del trabajo social. En: Di Tella T, editor. Elementos de sociología. Buenos Aires: Editorial Biblos; 1996.
39. Weber M. Ética protestante. Buenos Aires: Andrómeda Ediciones; 2004.
40. Belmartino S. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. En: Spinelli H, editor. Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 1999.
41. Perren J. Los profesionales en la mira - Un ensayo sobre las relaciones entre élites de expertos y ciencias sociales. Contribuciones a la Economía. Agosto 2007.
42. Guillén M. Profesionales y burocracia: Desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1990 Jul.Sep., 1990; (51).
43. Neto A. Tornar-se cientista: o ponto de vista de Bruno Latour. Cad Saúde Pública. 1997 Jan/Mar. 1997; 13 (1).
44. Hualde A. La sociología de las profesiones: asignatura pendiente en América Latina. En: Toledo E, editor. Tratado latinoamericano de sociología del trabajo. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2002.

45. Machado M. Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educación Médica y Salud*. 1991; 25 (1).
46. Molina B. Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*; 2004.
47. Carvalho V. Acerca de las bases teóricas, filosóficas, epistemológicas de la investigación científica - el caso de la enfermería. *Rev Latino-am Emfermagem*. 2003; 11 (6).
48. Foucault M. *Microfísica del poder*. 3ra ed. Madrid: Ediciones Endymión; 1992.
49. Shinyashiki G, Mendes I, Trevizan M, Day R. Socialización profesional: estudiantes volviéndose enfermeros. *Rev Latino-Am Emfermagem*. 2006; 14 (4).
50. Berger P, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
51. Moya J, Parra S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva *Texto Contexto Enferm*. 2006 Abr-Jun; 15 (2).
52. Moralejo E. La hermenéutica contemporánea. En: Díaz E, editor. *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos 1997.
53. Gadamer H. *Verdad y método I*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1988.
54. Organización Mundial de la Salud (OMS). Punto 14/11 del orden del día provisional. 56a Asamblea Mundial de la Salud; 2 de abril 2003.
55. Villalobos N. Opiniones sobre currículo: entre la formación el desempeño profesional. 1996; 4 (2).
56. Silva F, Marinho M, Rosas A. El significado de la formación profesional para el graduando de enfermería de la UFF frente a su futuro profesional. *Enferm glob*. 2010; (18).
57. Pérez M. El portafolio como herramienta didáctica: un estudio en escuelas universitarias de enfermería. *Educ méd*. 2010; 13 (1).
58. Nosow V, Püschel V. O ensino de conteúdos atitudinais na formação inicial do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(spe2):1232-1237, dez. 2009.
59. Chaves M, Brito M, Montenegro L, Alves M. Competencias profesionales de los enfermeros: el método developing a curriculum como posibilidad para elaborar un proyecto pedagógico. *Enferm glob* 2010; (18).
60. Isern M, Segura A, Oriol R, Bonnet I, Roca M. Prácticas de Enfermería Comunitaria: evaluación de una muestra de enfermeras tutoras (curso 2001-02). *Educ méd*. 2003; 6 (4).
61. Ramos M, Olivares J, Laiseca J. La imagen pública de las enfermeras Cómo ven la profesión los estudiantes de enfermería. *educare* 21 aprendiendo a cuidar. 2005.
62. Camero M, Camero N, Hernández R. La construcción mediática de la Enfermería. *Index Enferm*. 2008; 17 (2).
63. Corona M, Carvalho. E. Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. *Rev Latino-Am Emfermagem*. 2005; 13 (6).
64. Andrés C, Cuesta A, Lizarraga C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev Esp Salud Pública*. 2002 Oct 76 (5).
65. Toro A. Pedagogía de la desmotivación: soy tonto, me llaman inútil: Dos estrategias de socialización secundaria en el hospital. *Index Enferm*. 2005; 14 (48-49).
66. Aguilar-Luzón MC, Calvo-Salguero A, García-Hita MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2007 [fecha de acceso 30 de Julio de 2010]; 49 (6): Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342007000600006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007000600006&lng=es).

67. González L, González I. Actitud Profesional. *Medwave*. Junio 2003, Año 3 (5).
68. Gálvez M. Enfermería y género. *Tiempo de reflexión para el cambio*. *Index Enferm*. 2004; 13 (46).
69. Gómez T, Salcedo J, Olmo RD. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2004.
70. Bañón A, Otero A, Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2004 [fecha de acceso 4 de abril de 2009]; 13(46): 45-48: Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es). doi: 10.4321/S1132-12962004000200009.
71. Camino F, Zunino G, Spinelli H. El municipio de Lanús, características demográficas socioeconómicas y de los servicios públicos de salud. En: Alazraqui M, Spinelli H, editores. *Desigualdades en salud en el nivel local/municipal*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa; 2008.
72. Minayo M. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 1997.
73. Watzlawick P. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder; 1981.
74. Peón FV. Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En: Tarrés ML, editor. *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México D.F.: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2004
75. Minayo M. Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En: Minayo M, editor. *Investigación social Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2003.
76. Ricoeur P. *Del texto a la acción*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.; 2000.
77. Deslandes S. La construcción del proyecto de investigación. En: Minayo MC, editor. *Investigación social, teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2003.
78. UNLa. *Informe Preliminar del Censo de Estudiantes 2005 (documento de circulación interna)*. Remedios de Escalada2006.
79. Minayo M. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2009.
80. Bosi M, Mercado F. *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud* Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.; 2007.
81. Gomes R. El análisis de datos en la investigación cualitativa. En: Minayo M, editor. *Investigación social Teoría, método y creatividad* Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2003.
82. Pardo R. La problemática del método en ciencias naturales y sociales. En: Díaz E, editor. *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 1997.
83. Bourdieu P, Chaboredon J, Passeron J. *El oficio del sociólogo*. Madrid: Siglo XXI; 1986.
84. Luque S. La problemática valorativo-metodológica en ciencias sociales. En: Díaz E, editor. *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 1997.
85. Klimovsky G, Hidalgo C. *La inexplicable sociedad. Cuestiones de epistemología de las ciencias sociales*. 3ra ed. Buenos Aires: A-Z Editora S.A.; 2001.
86. Ross C, Álvarez R. *Proyecto de Investigación: Calidad de vida y características de salud de los estudiantes de las carreras de grado. Caracterización de los recursos institucionales para la promoción de la salud, en la sede Remedios de Escalada de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)*. Lanús: Universidad Nacional de Lanús2005.
87. Roffo A. Escuela de enfermería "Helena Larroque de Roffo". Breve reseña histórica. Buenos Aires, Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires; [fecha de acceso: 15 de mayo de 2008]. URL disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/hospitales/roffo/Areas/ha\\_enf.htm](http://www.fmed.uba.ar/hospitales/roffo/Areas/ha_enf.htm).

88. Freud A. *El yo y los mecanismos de defensa*. 6ta ed. Buenos Aires: Editorial Paidós S.A.I.C.F.; 1973.
89. Freud S. *El yo y el ello. Obras completas*. Vol. XV. Buenos Aires: Editorial Losada S.A.; 1997.
90. Testa M. *Saber en salud*. 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 1997.
91. Farber A. *Nuevas identidades profesionales: Un estudio sobre los egresados de los ciclos de Licenciatura en la Universidad Nacional de Lanús*. Lanús: Universidad Nacional de Lanús; 2002.
92. Taylor A, Sluckin W, Davies D, Reason J, Thomson R, Colman A. *Introducción a la psicología*. Madrid: Visor Libros S.I.; 1984.
93. Torres A, Sanhueza O. *Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. Investigación y educación en enfermería*. 2006; 24 (2.112-119).
94. Menéndez E. *Modelos de atención de los padecimientos*. En: Spinelli H, editor. *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2004.
95. Menéndez E. *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. *Salud Colectiva*. 2005; 1 (1 enero-abril 2005).
96. Paín S. *Estructuras inconscientes del pensamiento. La función de la ignorancia*. I. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC; 1979.
97. Spitz R. *El primer año de vida del niño*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1969
98. Wallon H. *Del acto al pensamiento*. 2 ed. Buenos Aires: Editorial Lautaro, Argentina; 1964.
99. Paín S. *Subjetividad/objetividad. Relación entre deseo y conocimiento*. San Martín: UNSAM EDITA de Universidad Nacional de General San Martín; 2008.
100. Gómez V, Fanfani E. *Universidad y profesiones*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 1989.
101. Clarín. *La Plata: los bochados en Medicina podrán ingresar a otras carreras*. 26 de junio de 2009;Sect. 38.
102. CGE. *Libro Blanco de enfermería. La aportación de la enfermería en la salud de los Españoles*. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1998.
103. Varo J. *Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1994
104. Esteban M. *El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista*. *Salud Colectiva*. 2006 Enero.- Abril 2006; 2 (1).
105. Vega CC. *La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones*. *Index Enferm*. 2004; 13 (46).
106. Morrone B. *Editorial. Boletín FAE N° 10 Noviembre 2006*. 2006.
107. Comas D. *Trabajo, género y cultura, La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Icaria catalá Antropología. 1995.
108. Durante S. *¿Una profesión sin identidad o una identidad sin profesión?* *Rev enferm Hosp Ital* 2003; 6 (18).
109. Silva A, Padilha M, Borenstein M. *Imagen e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem* *Rev Latino am enfermagem*. 2002 julho-agosto; 10 (4.586-95).
110. Domínguez L, Mijana J. *Violencia laboral. Una visión desde enfermería*. Buenos Aires: El uapití; 2007.
111. Pereira Á. *O imaginário sobre o trabalho dos gêneros profissionais: a vertente do sofrimento e do prazer no trabalho da(o) enfermeira(o)*. *Texto & contexto enferm*. 2002 jan.-abr. 2002 (1).

112. Trasobares M, Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm*. 2004; 13 (46.11).
113. Prado E. Mujer y salud desde una perspectiva de género 2003.
114. Dijk T. Estructuras y funciones del discurso. Décimo quinta ed. México D.F.: Siglo XXI Editores S.A. de C.V.; 2007.
115. UBA. Censo Estudiantes. 04. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2004.
116. Frey A. Desafíos a la identidad profesional de los docentes: la implementación de 3º Ciclo de EGB en la provincia de Buenos Aires. Vº Congreso Nacional de Estudios de Trabajo: Asociación Argentina de Especialistas en Estudios de Trabajo; 2001.
117. FAE. AEUERA. Políticas Argentinas de Enfermería para el decenio 2000. Primera Conferencia de Políticas de Enfermería. Córdoba: FAE AEUERA; 1998.
118. Menéndez E. Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico-sociales* 1985 33
119. Alentá H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educ méd*. Abr 2003; 6 (2).
120. Corbellini V. Fragmentos da História de Enfermagem: um saber que se cria na teia do processo da submissão teórica. *Rev bras enferm*. 2007; 60 (2.172-177).
121. Samaja J. El lado oscuro de la razón. Buenos Aires: JVE Episteme; 1996.
122. Gálvez M. Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm*. 2004; 13 (46):13.
123. Rey J. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2008.
124. Foucault M. La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. La Plata: Editorial Altamira; 1996.
125. Varo J. Estructura y poder en el Hospital. Gestión Estratégica de la calidad de los servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
126. Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación (el caso de salud). 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.; 1995.
127. Jofré A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [tesis doctoral] 2005.
128. Almeida N, Paín J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*. 1999; (75).
129. Granda E. ¿A qué llamamos Salud Colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*. 2004; vol. 30 (número 002 abril-junio).
130. Spinelli H. Laberintos (Editorial). *Salud Colectiva*. 2005; 1 (1).
131. Arellano O, Martín FS. Salud y sociedad. Aportaciones al pensamiento latinoamericano. *Medicina social*. 2006; 1 (3).
132. Galende E. Debate cultural y subjetividad en salud. En: Spinelli H, editor. *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2004.
133. Silva K, Sena R. La educación de enfermería: búsqueda de la formación crítica y reflexiva y de las competencias profesionales. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2006; 14 (5:755-761.). [fecha de acceso 23 de diciembre de 2008] URL disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692006000500018&lng=en&nrm=iso&tlang=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692006000500018&lng=en&nrm=iso&tlang=es)
134. Fleury S. Modelos de reforma de la salud en América Latina. En: Spinelli H, editor. *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2004.
135. ABRASCO, CEBRES, ABRES, Unida R, AMPASA. Un SUS "en Serio": Universal, Humanizado y de Calidad. *Salud Colectiva*. 2006; 2 (3 setiembre/diciembre).



## **VII) ANEXOS.**

### **1. Guía de Entrevista.**

La guía fue ideada y utilizada como ayuda para evitar la omisión de los temas que se consideraban de mayor importancia, pero no fueron de cumplimiento riguroso.

#### **A) Información al entrevistado.**

Sobre el tema de la investigación, las condiciones de la entrevista, confidencialidad, devolución de los resultados.

#### **B) Datos personales.**

Nombre:

Edad:

Domicilio (localidad):

Trabaja: (sí-no)

Tipo de trabajo: (enfermería u otro)

Año que cursa:

#### **C) Temas y preguntas.**

1. Qué es la enfermería.

¿Qué pensabas, sabías o imaginabas de la enfermería, cuando la elegiste, antes de empezar a estudiar?

2. Por qué elegir la carrera.

a. ¿Cómo llegaste a la enfermería?

b. ¿Por qué elegiste estudiar acá (en la UNLa)?

3. ¿Cómo imaginas que es el trabajo de todos los días?

a. ¿Qué hacen los enfermeros? (cuál es la variedad de actividades que realizan, en los diferentes lugares que pueden desempeñarse)

b. ¿Qué cosas que no hacen podrían o deberían hacer?

4. ¿Cómo es considerado el enfermero?

a. en general, por los pacientes, por los médicos, por otros profesionales. Por las autoridades.

b. ¿cómo se consideran ellos mismos?

5. ¿Cómo es la realidad actual de los enfermeros?

- a. Económica
- b. Laboral, condiciones de trabajo.
- c. gremial (como organización profesional).

6. ¿Cómo es la formación actual de los enfermeros?

- a. ¿Cuál es la orientación de la formación?
- b. ¿Para qué tipo de tareas se los prepara?

7. ¿Cómo te sentís al pensar que vas a estar trabajando en enfermería?

- a. ¿Cómo te imaginas?
- b. ¿En qué tipo de establecimiento? ¿En un hospital, en clínicas o sanatorios privados?

8. ¿Qué es la ética de la enfermería?

- a. ¿Qué es ética para los enfermeros?

9. ¿El enfermero es un profesional?, ¿la enfermería es una profesión?, ¿por qué?

#### **D) Cierre de la entrevista.**

Opiniones, comentarios o sugerencias del entrevistado.

## 2) Cuadro de Referencias de los alumnos Entrevistados.

Número de referencia	Seudónimo	Año que cursa	Trabajo	Otros estudios	Edad	Sexo	Tipo de Entrevista	Duración de la Entrevista	Acuerdo previo de entrevista
1	Luisa	Curso de admisión. (C de adm.)	No		19	Femenino	Grupal	41 min.	No
2	Ana	(C de adm.)	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	22	Femenino	Grupal		No
3	Eliana	(C de adm.)	Auxiliar de cocina		31	Femenino	Grupal		No
4	Alba	Primer año (1.º)	No		19	Femenino	Individual	31 min.	Sí
5	Flavia	(1.º)	No		18	Femenino	Grupal	37 min.	No
6	María	(1.º)	No		18	Femenino	Grupal		No
7	Julia	(1.º)	No		19	Femenino	Grupal		No
8	Alan	(1.º)	No		19	Masculino	Grupal		No
9	Fernanda	(1.º)	No		25	Femenino	Grupal		No
10	Amalia	(1.º)	No		23	Femenino	Grupal		No
11	Máximo	(1.º)	No		19	Masculino	Grupal	50 min.	No
12	Mirta	(1.º)	No		20	Femenino	Grupal	(aprox.)	No
13	Amanda	(1.º)	No		23	Femenino	Grupal		No
14	José	(1.º)	No	4º año medicina	23	Masculino	Grupal		No
15	Alejandro	(1.º)	No		32	Masculino	Grupal		Sí
16	Ailén	Segundo año (2.º)	No		19	Femenino	Individual	15 min.	No
17	Marina	(2.º)	No		20	Femenino	Individual	14 min.	No
18	Paula	(2.º)	Auxiliar de enfermería		26	Femenino	Individual	16 min.	No
19	Germán	(2.º)	Auxiliar de maestranza		29	Masculino	Individual	44 min.	No
20	Fernando	(2.º)	Auxiliar de enfermería	Radiólogo	36	Masculino	Individual	80 min.	Sí
21	Sandra	(2.º)	No		37	Femenino	Individual	13 min.	No

22	Silvia	(2.º)	No		40	Femenino	Individual	12 min.	No
23	Lucía	Tercer año (3.º)	Cuidados domiciliarios		26	Femenino	Grupal		Sí
24	Felisa	(3.º)	No	Auxiliar de enfermería	44	Femenino	Grupal	84 min.	Sí
25	Patricia	(3.º)	No		48	Femenino	Grupal		Sí
26	Angélica	(3.º)	No		24	Femenino	Grupal		No
27	Leo	(3.º)	No		22	Masculino	Grupal	25 min.	No
28	Alicia	(3.º)	No		27	Femenino	Individual	15 min.	No
29	Adelina	(3.º)	Instrumentadora	Instrumentadora	31	Femenino	Individual	17 min.	No
30	Daniel	Cuarto año	Enfermero		23	Masculino	Grupal	67 min.	Sí
31	Juan	(4.º)	No		23	Masculino	Grupal		Sí
32	Carlos	Ciclo de complementación curricular (CCC)	Enfermero	Auxiliar de enfermería	45	Masculino	Individual	47 min.	Sí
33	Ivana	(CCC)	Enfermera		28	Femenino	Grupal	55 min.	Sí
34	Marisa	(CCC)	Enfermera		39	Femenino	Grupal		Sí
35	Rosa	(CCC)	Enfermera	Auxiliar de enfermería	49	Femenino	Grupal		Sí
36	Reina	(CCC)	Enfermera		52	Femenino	Grupal		Sí
37	Elbio	Informante clave	Abogado	Auxiliar de enfermería	45	Masculino	Individual	40 min.	Sí

C de adm: curso de admisión. 1º, 2º, 3º y 4º: corresponden a los años que cursaban los alumnos.

CCC: Ciclo de Complementación Curricular.

Acuerdo previo: indica si los entrevistados fueron contactados previamente para acordar la entrevista.

### 3) Formulario de Consentimiento de Entrevista.

Investigación:

Nociones de los estudiantes de Enfermería de la UNLa sobre la profesión enfermera<sup>26</sup>.

Este trabajo se realiza para completar los requisitos de graduación de la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús.

Investigador responsable: Jorge Arakaki

Consentimiento para la entrevista:

Declaro que he sido informado/a acerca del objetivo y característica de la investigación, y del compromiso del investigador en cuanto a la preservación de la confidencialidad de la información obtenida, así como del anonimato de las personas participantes. Por lo tanto, suscribo el presente consentimiento de plena conformidad y autorizo a que la presente entrevista sea grabada.

Además declaro haber recibido una copia idéntica del presente por lo cual firmo para constancia a los ..... días del mes de..... de 2009.-

Firma del participante .....

Aclaración: .....

Documento (Tipo y Nº): .....

Firma del Investigador: .....

Aclaración: .....

Documento (Tipo y Nº): .....

Teléfono de contacto del Investigador: .....

Se deja expresa constancia que la Universidad Nacional de Lanús, sus autoridades, y la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas Sociales no comparten ningún tipo de responsabilidad, de ninguna índole en la realización de esta investigación.

---

<sup>26</sup> Título utilizado provisoriamente.