

# **Organismos técnicos sanitarios y profesionalización. El caso de la enfermería. 1947-1955.**

Martín, Ana Laura.

Cita:

Martín, Ana Laura (2017). *Organismos técnicos sanitarios y profesionalización. El caso de la enfermería. 1947-1955. XVI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-019/174>

Mesa n° 31. Políticas sociales en Argentina y en América Latina en el siglo XX.

Organismos técnicos sanitarios y profesionalización. El caso de la enfermería. 1947-1955

Dra. Ana Laura Martin

IIEGE-FFyL-UBA/INIHEP

PARA PUBLICAR EN ACTAS

**La Comisión de Cultura Sanitaria en el contexto de la planificación de las políticas sanitarias.**

La *Comisión de Cultura Sanitaria*♦, luego *Comisión de personal auxiliar de la Medicina* y más adelante *Comisión asesora de Enseñanza en Enfermería*, creada a mediados de 1946 fue una de los primeros dispositivos estatales y centralizados de intervención en la formación profesional encarada desde la Secretaría de Salud Pública (SSP).<sup>1</sup> Se trató de un organismo técnico, constituido por profesionales de la salud y destinado a intervenir en la planificación y organización de las políticas del área. La relación entre profesionales y Estado ha sido abordada por la historiografía para diferentes períodos de la historia argentina.<sup>2</sup>

Un año después de la creación de la *Comisión* se creó la Dirección de Política y Cultura Sanitaria que absorbió el organismo inicial y amplió funciones y áreas de intervención que excedieron la capacitación de los recursos técnicos. El sentido preciso de la Comisión, compuesta por 4 médicos y una enfermera, era elevar la calificación profesional de las enfermeras y aumentar su número para cumplir con los objetivos del

---

♦ En adelante CCS o *Comisión*

<sup>1</sup> Resolución 1089 del 26 de julio de 1946, Argentina, Secretaría de Salud Pública, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 152. El 26 de junio de 1947 por Resolución 2083 y luego de la creación de la Dirección de Política y Cultura Sanitaria la CCS pasó a llamarse *Comisión de personal auxiliar de la Medicina*, y luego de la creación del Ministerio de Salud Pública la misma dependencia se denominó *Comisión asesora de Enseñanza en Enfermería*.

<sup>2</sup> Cf. Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999. Ballent 2005, Plotkin 2004, Biernat, 2007. Anahí Ballent, *Las huellas de la política. Vivienda, ciudad, peronismo en Buenos Aires. 1943-1955*, Bernal, UNQ, 2005.

plan del Secretario de Salud Ramón Carrillo.<sup>3</sup> Para la literatura el problema de la calificación del personal auxiliar dedicado a tareas de cuidado no ha sido del todo explorado, con algunas excepciones se ha tratado la relación entre este tipo de tareas y la subordinación en el esquema jerárquico de las profesiones de la salud <sup>4</sup> y más recientemente se ha explorado sobre las profesiones de cuidado en el ámbito sanitario que amplía excede el período aquí abordado.<sup>5</sup>

El primer año de gestiones de la CCS fue prolífico y activo pero sus objetivos durante los años siguientes encontraron límites definitivos; y su actividad se redujo a reproducir algunas de las prácticas vigentes y previas. La ralentización de las tareas contrastó con los propósitos iniciales y las expectativas que la propia *Comisión* creó sobre sí misma y que intentó llevar adelante su primer presidente el militar y médico cirujano Segundo Rentería Beltrán<sup>6</sup>.

Si bien el principal objetivo de la *Comisión* fue “*estudiar la unificación de los títulos y programas de las escuelas de enfermería existentes de todo el país*”<sup>7</sup>, sus proyecciones excedieron esa consigna general. Desde su creación se dedicó a analizar

---

<sup>3</sup> La primera composición de la CCS fue: Segundo Rentería Beltrán como presidente y los doctores Jaime Del Sel, Nicolás A. Díaz, Manuel F. de la Fuente, Pedro Bogliano y la enfermera María Elena Ramos Mejía como vocales. Un poco más adelante se sumaron nuevos integrantes en representación de las Escuelas de Samaritanas de la Cruz Roja.

<sup>4</sup> Cf. Magalí Sarfatti Larson, *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, California, University of California, 1977, Anne Witz, *Professions and Patriarchy*, London, Routledge, 1992, Pozzio María, Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible –y alentador–, (en línea) Dossier. *Mujeres, trabajo y profesionalización*. En [historiapolitica.com](http://historiapolitica.com). Disponible en: <http://historiapolitica.com/dossiers/mujeres-y-profesionalizacion/> ultimo acceso: 26/12/2016

<sup>5</sup> Catalina H. Wainerman y Georgina Binstock, *Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería*, UNICEF-CENEP, N° 48, Buenos Aires, 1993, y Catalina H. Wainerman y Georgina Binstock, “El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería de Buenos Aires”, en *Desarrollo Económico*, Julio-Septiembre de 1992, Vol. 32 (126). María Lucía Mott, “Revendando a história da enfermagem em Sao Paulo (1890-1920)”, en *Cadernos Pagú*, Vol. 13, 1999, pp. 327-345. María Lucía Mott, “Midwifery and the Construction of Image in Nineteenth-Century Brazil”, en *Nursing History Review* 11, pp. 31-49, 2003; María Lucía Mott, “Fiscalizacao e Formação das parteiras em Sao Paulo (1880-1920)”, en *Revista de la Escola de Enfermagem*, USP, Vol. 35, N° 1, pp. 46-53, 2001; María Lucía Mott, “O curso de Partos: Debe ou nao haver parteiras?”, en *Cadernos de Pesquisas*, N° 108, pp. 133-160, 1999. Adriana Valobra y Karina Ramacciotti, “Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista”, en Carolina Barry, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra, *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, 2008, pp. 119-150, y otros artículos de las mismas autoras, como “La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas institucionales y políticas durante el peronismo”, en *Asclepio*, Vol. 62, N° 2, 2010. Becerra Solá Malena y Natalia Becerra, “Intervención social en la Argentina de los años 30: la profesionalización de la Asistencia Social” en *Universidad del Atlántico, Historia caribe*, Barranquilla, N° 15, 2009, pp. 130-157. Soledad Zárate Campos, *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia hembra” a la ciencia obstétrica*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2007. Daniela Testa, “Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina” en *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Vol. 12, N° 1, Santiago de Chile, 2012, pp. 72-87

<sup>6</sup> Segundo Rentería Beltrán fue director del Hospital Militar de Salta entre 1939 y 1943 y luego de presidir la Comisión de Cultura Sanitaria fue destinado al Instituto de Climatismo y Termalismo.

<sup>7</sup> Resolución 1089, *Ibid*

los planes de estudio, intentó –infructuosamente- establecer un “mapa” de la situación de las auxiliares de la medicina en todo el país y evaluó la organización de las escuelas. También asumió funciones propias de un organismo fiscalizador y centralizado del control de la educación y capacitación en el área; y para la reglamentación de las instituciones.<sup>8</sup> Por otro lado, avanzó en el diseño de nuevos planes de estudio, *aggiornados* a los lineamientos “modernos e internacionales” sobre el tema.

El impulso de los primeros meses, posiblemente fue lo que alentó al presidente de la comisión y a parte de sus integrantes a proyectarse ambiciosamente como un organismo mucho más complejo y capaz no sólo de fiscalizar la educación de las futuras enfermeras sino como unificador y centralizador de la actividad de otras ramas auxiliares de la medicina. Del seno de esta comisión especial resultó un extenso “Plan de Acción” propuesto para una futura “Secretaría general de Cultura Sanitaria”, con un especial énfasis en el rol de las auxiliares sanitarias dentro de ella pero que excedía los objetivos iniciales de la dependencia. El plan contemplaba tres grandes líneas: formación del personal auxiliar de la medicina -enfermeras en particular-, pero no sólo ellas-, difusión de una cultura sanitaria, y extensión y capacitación permanente para profesionales. Eran tareas que excedían a lo relativo a la organización de la enfermería y no sólo aseguraran la fiscalización y coordinación de las escuelas y planes de estudio, avanzaban sobre la educación sanitaria de la población en general a través de las escuelas primarias y de toda una “acción escolar” que tenía por destinatarios a los niños y a sus padres, proponía nuevos perfiles para la formación de propaladores de una *nueva* cultura sanitaria; y creaba instancias científicas de actualización y perfeccionamiento profesional permanente. Un organigrama extenso y complejo, con varias competencias y secciones que finalmente quedó limitado administrativamente a sus funciones originales luego de marzo de 1947 cuando pasó a denominarse *Comisión de personal auxiliar de la Medicina* dentro de la planificación de la SSP.<sup>9</sup>

Ese plan inicial no tuvo desarrollo y luego del primer año de funcionamiento la *Comisión* perdió algunos de sus integrantes y su presidente fue destinado a otras funciones. En general sus tareas quedaron limitadas a la fiscalización de exámenes, supervisión de escuelas y reconocimiento de títulos y de profesionales. Sin embargo, el

---

<sup>8</sup> Resolución 195/D/1946 del 26 de julio de 1946, Argentina, Secretaría de Salud Pública, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 146.

<sup>9</sup> Circular D.G.P. n° 52 de la Resolución Superior n° 1075 del 24 de marzo de 1947, Argentina, Secretaría de Salud Pública, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 166.

primer impulso “normalizador” de la comisión tuvo efectos concretos, limitados, pero señalaron una dirección en las actuaciones del Estado en relación a la formación, calificación y legitimación de técnicos y expertos.

### **Unificar, coordinar, centralizar.**

El criterio acerca la unificación de los planes de estudios fue central dentro de las políticas de la *Comisión* para calificar la profesión y crear un nuevo perfil de profesionales. No se trataba de un asunto novedoso, era algo ya planteado, en particular desde la década previa, aunque sin eco ni éxito entre las autoridades.<sup>10</sup> Sin embargo, ideas como unificar, centralizar y coordinar no eran transparentes y podían significar nociones diferentes. Cómo ha señalado la bibliografía, estas nociones podían implicar la formación de un sistema regionalizado y centralizado bajo una única dirección hasta la conformación de organismos de administración mixtos compuestos por todos los organismos públicos y privados involucrados con la cuestión sanitaria.<sup>11</sup> Tenía de fondo otras discusiones y tensiones que vinculaban a la provisión de asistencia social y salud; y los criterios de financiamiento estatal que excedían el problema de los recursos humanos y que alcanzaron a la década de 1940 sin solución definitiva.<sup>12</sup>

La *Comisión* tendió a definir, según su propio criterio una noción de unificación y agregó la idea de centralización para la fiscalización de la formación de nuevos profesionales. La unificación de contenidos curriculares, es decir, diseñar un perfil profesional que resultara referencia para todo el país fue una parte de sus tareas; por otro lado, desarrolló un sistema de fiscalización centralizada de instituciones y profesionales. Todo esto significó homogeneizar la educación de las enfermeras y auxiliares a partir de un terreno sumamente diverso -el de todo el país- y donde existían situaciones muy diversas, como en poco tiempo la *Comisión* pudo comprobar. Por otro lado, trabajó con la urgencia de formar un número elevado de enfermeras para el plan de salud de la SSP. Finalmente, la *Comisión* debió desarrollar sus tareas bajo un esquema en el cual el problema de las enfermeras, su número y capacitación, era una cuestión de menor

---

<sup>10</sup> Ana Laura Martín, *Mujeres en enfermería: una asociación temprana y estable (1866-1940)* en Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti (dir.) *La salud Pública y la enfermería en la Argentina*, Bernal, UNQ, 2015, pp. 257-286

<sup>11</sup> Susana Belmartino; Carlos Bloch; María Isabel Camino y Ana Virginia Persello, *Fundamentos históricos de la construcción de las relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación N° 27, Buenos Aires, 1991.

<sup>12</sup> *Ibid* y Karina Ramacciotti, *La política Sanitaria del Peronismo*, Buenos Aires, Biblos, 2009

envergadura dentro del contexto de las discusiones acerca de la administración y ejecución de las políticas sanitarias en general; aunque era un tema recurrente dentro de un núcleo de interesado integrado por médicos y enfermeras que habían dirigido escuelas e instituciones previamente.

La gestión de Ramón Carrillo como titular de la SSP incorporó algunas de las voces que con anterioridad habían intervenido en las discusiones relevantes sobre el tema. Se destacó en la presencia, María Elena Ramos Mejía primero y luego de Hercilla Rodríguez Brizuela, ambas profesionales de la enfermería, las únicas mujeres en la nueva dependencia y ambas con experiencia en la dirección de las más antiguas escuelas del país ubicadas en la Capital Federal; la Escuela Municipal “Cecilia Grierson” y la Escuela de la Orden de la Conservación de la Fe, respectivamente. Ramos Mejía había participado de congresos internacionales tenía experiencia y en 1942 había formulado en un proyecto de unificación para todas las escuelas de enfermera.<sup>13</sup> Ese proyecto, en buena parte recuperado por la CCS, dejaba claro hacia la década de 1940 que la política de dejar librado a las necesidades de cada institución la formación de sus propias enfermeras, como sucedía desde finales del siglo XIX, ya no era una fórmula eficiente. Pero este tipo de proposiciones, concretas y previas a la creación de la *Comisión*, no habían alcanzado eco más que en pequeños círculos estrechamente involucrados con la profesión, recién tuvieron mayor consistencia y mejores perspectivas a partir de 1946.

El diagnóstico de la Secretaria de Salud Pública afirmó que el número de profesionales era una de las cuestiones a resolver. Según las estimaciones de Carrillo lo óptimo era alcanzar un plantel de 45.000 enfermeras para todo el país en el curso de los primeros 5 años de gestión.<sup>14</sup> Aunque dentro de la Comisión se manejaban cifras más modestas de alrededor del 50%, estimaba que había 8000 enfermeras en todo el país y aspiraba formar 20000 en el corto plazo.<sup>15</sup> El Secretario de Salud tomaba como referencia lo que sucedía en Canadá y EE.UU., donde existía una enfermera por cada cuatro pacientes, una cada 1000 habitantes.<sup>16</sup>

Aumentar el número de profesionales y mejorar la capacitación según paradigmas

---

<sup>13</sup> María Elena Ramos Mejía, “Organización de escuelas de enfermeras” en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Santiago, Universidad Nacional de Santiago de Chile, 1942

<sup>14</sup> Carrillo Ramón, “Curso Básico para la formación de enfermeras de Salud Pública” en *Política Sanitaria Argentina*, Ministerio de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1949, Tomo I, pág. 81

<sup>15</sup> Carta al Interventor del Consejo Nacional de Educación. Argentina, Secretaria de Salud Pública, Memoria de la Comisión del personal auxiliar de la Medicina, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 173.

<sup>16</sup> Carrillo Ramón, “Elogio de la Enfermera” en *Política Sanitaria Argentina*, Ministerio de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1949, Tomo II, pág. 577

modernos y sensibles a los objetivos del plan de acción del nuevo gobierno y en poco tiempo resultó difícil. Y, donde y quienes deberían ser llamadas a formar una nueva legión de auxiliares expertas del médico fue un asunto clave para la modificación del perfil profesional de la nueva legión de enfermeras, aunque no siempre fue expreso en las políticas sobre la capacitación de recursos humanos en salud.

Para “mejorar” el perfil de las enfermeras y aspirantes al ejercicio de la profesión las acciones fueron en tres direcciones: en primer lugar, poniendo límites al ejercicio de la tarea por personas no formadas, poco calificadas o “empíricas”. Mantener personal sin estudios previos era una modalidad frecuente en los servicios de salud y muchas veces la única alternativa en pueblos y centros urbanos alejados de las grandes ciudades.

En segundo lugar, se recurrió a alentar mujeres con perfiles específicos para ingresen a la profesión. Algunos de los integrantes de la Comisión advertían que las tradicionales aspirantes a la enfermería eran mujeres de poca formación y escasa “vocación”. Desde la década anterior este era un tema recurrente entre quienes dirigían las instituciones de formación que oponían *trabajo a vocación*, como una oposición entre trabajo y abnegación; y lamentaban la poca disposición de las mujeres interesadas en la enfermería a inclinarse a ello con algún grado de altruismo.<sup>17</sup>

La tercera estrategia estuvo dirigida a la selección individual de estudiantes que estuvieran en condiciones de acceder a una formación superior en la institución modelo que la SSP creó. Esa fue, posiblemente, la estrategia mejor lograda de la Comisión.

Las tres acciones enfrentaron dificultades similares, era necesario romper una dinámica establecida y estimuladas desde las instituciones estatales que tendía impedir cualquier cambio en el corto plazo. Ya desde la década del 30 el problema del número decreciente de mujeres interesadas en ejercer la tarea había generado alarma entre las autoridades de las escuelas que veían mermar su matrícula; y entre quienes eran responsables de la atención sanitaria.<sup>18</sup> La salida recurrente desde el sector público a este problema fue tolerar, o incluso convocar, a las salas de los hospitales a “empíricas”, es decir personas sin diploma ni educación previa y en general capacitadas por la experiencia luego de varios años de trabajo en alguna institución. Esto tendió a

---

<sup>17</sup> En otra parte desarrollé la tensión entre trabajo y vocación planteada en manuales, códigos de ética profesional e intervenciones de directoras de escuela de enfermería durante la década del 30 y 40. Cf. Ana Laura Martín, Trabajo y abnegación. La construcción histórica de la enfermería en la Ciudad de Buenos Aires. porteña. 1935-1955. Tesis de Maestría, Escuela de Altos Estudios Sociales, UNSam. Defendida Agosto 2008.

<sup>18</sup> Maria Elena Ramos Mejia, *Ibid.*

desestimular el ingreso a las escuelas de formación profesional ya que algunos años de trabajo en una institución podían ser suficientes para obtener un cargo como enfermera. Ciudades como la de Buenos Aires, con un equipamiento urbano desarrollado, aunque no suficiente para las demandas de su población, manifestaron problemas en la dotación de recursos humanos en los hospitales a lo largo de toda la década del 30. La falta de financiamiento y el número insuficiente graduadas en la escuela municipal alentaron un círculo vicioso difícil de modificar. Las instituciones sanitarias tendían a formar y/o proveerse del personal auxiliar bajo diferentes modalidades como cursos de formación propios, convocatorias informales a trabajadoras con alguna experiencia, ascensos dentro de la institución de personal en cargos menores, etc. Las regulaciones estatales eran confusas, poco efectivas y muchas veces contradictorias.

En la segunda mitad de la década del 30 el problema fue evidente, un censo porteño realizado en los hospitales de la ciudad resultó alarmante porque reveló que el 76% de las enfermeras no estaban tituladas.<sup>19</sup> A este asunto se agregaron otras irregularidades como las formas de contratación que el propio estado establecía y que daba lugar a situaciones confusas y conflictivas. Sobre finales de la década de 1930 el ejecutivo porteño informó que el 14 % de las empleadas en los servicios de enfermería de la ciudad estaban en condición de “suplentes”, es decir no era personal regular; y afirmó que era necesario elevar al menos un 38% la contratación de este personal.<sup>20</sup>

Los desajustes de ese tipo finalmente generaron conflictos con las trabajadoras de los hospitales, que se expresaron en los debates dentro del Concejo Deliberante y en reclamos gremiales.<sup>21</sup> Pero, por otro lado, alimentó la perpetuación de una dinámica que la *Comisión* tuvo que enfrentar, aunque con límites muy próximos, relativos a los bajos niveles de prestigio y reconocimiento en términos simbólicos y materiales de la enfermería. La jerarquización de la tarea, la calificación y el reconocimiento eran consignas que los miembros de la *Comisión* más vinculados a la profesión consideraron clave en cualquier modificación de la dinámica establecida.

---

<sup>19</sup> Ciudad de Buenos Aires, Memoria del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Año 1936, Tomo II, Buenos Aires, Secretaria de Obras Públicas, Higiene y Seguridad, 1936, pp. 640-647

<sup>20</sup> Versiones taquigráficas del HCDCBA, 10 de agosto de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938, p. 3187. La estimación de los porcentajes es mía.

<sup>21</sup> Cf. Versiones taquigráficas del HCDCBA, 10 de agosto de 1938, Buenos Aires, Concejo Deliberante, 1938. Para los primeros años de la década de 1940 se pueden seguir los conflictos gremiales a través de “El obrero municipal” el periódico quincenal de la Unión de Obrero Municipales. Allí se relevan los conflictos con el personal auxiliar de los hospitales por el deterioro de las condiciones de trabajo y la falta de nombramiento del personal en condiciones irregulares como las enfermeras.



En ese orden la *Comisión de Cultura Sanitaria* propuso alternativas. Las “empíricas” y las formas de contratación que las toleraban eran frecuentes en diferentes ciudades y en particular en zonas menos provistas que los grandes centros urbanos. Desde la nueva instancia ejecutiva se fijó la necesidad de evitar esa práctica y de suspender la normativa que la posibilitaba “habilitar” a quienes ejercían la enfermería sin título previo. Se trató de algo de difícil cumplimiento pues periódicamente se reconocían mediante procedimientos administrativo el legítimo ejercicio de la enfermería a quienes ya la estaban ejerciendo, aunque no tuvieran estudios previos. En 1944 un decreto -el nº 6216- que en su sentido último no era nuevo y fue varias veces prorrogado, dispuso una modalidad de reconocimiento de quienes sin diplomación estaban ejerciendo la profesión.<sup>22</sup> Pero la pretensión de la Comisión iba en otro sentido, era que todas las personas que estuvieran en contacto con enfermos o pacientes tuvieran que acreditar de alguna manera su idoneidad y que sólo un organismo fiscalizador centralizado fuera capaz de legitimar esos puestos. Es decir, el personal empírico debía formarse según las normativas que la *Comisión* proponía y esa misma dependencia fiscalizaría los exámenes y validaciones. Esto era algo que tenía alguna condición de posibilidad en la medida que las instituciones pudieran asegurarse el personal necesario, pero en 1946 la *Comisión* estaba lejos de poder garantizarlo. Era usual que las instituciones fueran reacias a las exigencias de calificar a su personal frente a la “distracción” que esto podría generar o simplemente frente al riesgo de perder parte de él. Si bien desde los expertos ubicados en la *Comisión* la premisa fue dejar caduca la normativa vigente y, en cambio, facultar mediante examen de idoneidad a las mujeres que ejercían sin diploma; en las regiones donde no había escuelas o donde el personal era escaso la situación irregular tendió a mantenerse, esto se verificó en los años siguientes cuando la práctica se mantuvo y extendió a todo el país con la tolerancia de la Secretaría de Salud.

Una de las primeras situaciones de este orden se verificó en los campamentos petroleros de la Provincia de Salta cuyos establecimientos sanitarios fueron fiscalizados en 1947 por uno de los miembros de la *Comisión*. El resultado en el “Campamento central Vespucio” en Tartagal fue satisfactorio para las tres enfermeras examinadas y no diplomadas, pero fuera de lo planificado por la “misión” de la Comisión a cargo del Dr. Nicolás Muzzio. La fiscalización se extendió al campamento cercano ubicado en Río Pescado donde también había enfermeras con “título habilitante”, es decir empíricas en

---

<sup>22</sup> Argentina, Secretaría de Salud Pública, Actas de la Comisión de Cultura Sanitaria, sesión del 22 de julio de 1946, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folios 2, 5 y 6.

ejercicio y reconocidas por el estado. Situaciones de este tipo, no conocidas por la Comisión, resultaron más usuales de lo previsto y exigieron implementar políticas no planificadas como convalidar el ejercicio profesional de personas experimentadas incluso en cuando esto significó una contradicción respecto de sus propias iniciativas.<sup>23</sup> La primera estrategia de la CCS, evitar la validación de empíricas, se mostró limitado en poco tiempo.

La segunda modalidad para modificar el perfil de las nuevas enfermeras fue a través del reclutamiento de mujeres aspirantes a la enfermería. Mediante un relevamiento nacional realizado por la *Comisión* se pudo saber que había 10 escuelas reconocidas y varias más de Samaritanas (dependientes de la Cruz Roja), la mayoría instaladas en la Capital Federal y algunas destacadas por la CCS como la Municipal, la del Hospital Británico y la de la *Standard Oil* en Tartagal.<sup>24</sup> Una cantidad que hacía muy difícil cumplir en poco tiempo los objetivos de elevar sustancialmente el número de profesionales ante todo si se tomaba en cuenta el alto nivel de deserción, se estimó que alcanzaba el 75 %.<sup>25</sup>

Crear nuevas escuelas y con criterios adecuados a la enfermería sanitaria era una parte importante de la estrategia para elevar los niveles de calificación profesional. En primer término, la nueva dependencia intentó actuar apoyada en las instituciones que consideró más pertinentes como las universidades y hospitales universitarios de Buenos Aires, La Plata, Córdoba y Rosario.<sup>26</sup> La *Comisión* aconsejaba que la enfermería profesional fuera una carrera universitaria, que se estudiara en instituciones con hospitales propios y que fuera de al menos 3 años de duración y con el sistema de internado. Sin embargo, la respuesta no fue positiva y las universidades fueron poco receptivas a estos planes. En segundo lugar, y para alcanzar todo el territorio del país la *Comisión* desarrolló una tarea de comunicación con los responsables regionales de aplicación de las políticas de salud y llevó adelante una serie de “visitas” a diferentes

---

<sup>23</sup> Argentina, Memoria de la Comisión del personal auxiliar de la Medicina, Nota al Presidente de la Comisión de Cultura Sanitaria Dr. Segundo Rentería Beltrán, 9 de septiembre de 1947, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 228.

<sup>24</sup> Argentina, Secretaría de Salud Pública de la Nación, Comisión de Cultura Sanitaria, “Reglamentación y programa de enseñanza de la Escuela de Enfermeras de Salud Pública”, S/D. 1947 pp. 8.

<sup>25</sup> Carrillo Ramón, Plan Sintético de Salud Pública, 1952-1958. Ministerio de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1951, pág. 113

<sup>26</sup> Argentina, Memoria de la Comisión del personal auxiliar de la Medicina, Primer informe elevado por la Comisión de Cultura Sanitaria al Secretario de Salud, 9 de Marzo de 1947, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP.

provincias como Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos, Tucumán y Santiago del Estero.<sup>27</sup> Esto le permitió conocer las condiciones de las escuelas existentes y de los hospitales más pequeños. Fue una modalidad que implementó una vez que comprobó que la generalidad de las instituciones y autoridades provinciales y regionales manifestaban poco interés frente a la interpelación de la *Comisión* para que se ajustaran a las nuevas nociones y colaboraran para que las instituciones así lo hicieran.

El diagnóstico de los expertos reunidos en la CCS resultó más por evidencia que por análisis, el relevamiento de la situación, sobre todo en el interior, señalaba que sería muy difícil modificar las condiciones de la formación en un corto plazo. A esto se agregó que el paradigma de la enseñanza en enfermería que manejaba la comisión necesitaba de instructoras, enfermeras formadas, que no estaban disponibles en Argentina a mediados de la década de 1940. Para resolver esta situación la comisión especuló con diferentes modalidades entre las que figuraron recuperar algunas de las profesionales disponibles en las provincias y para eso utilizó los recursos que tenía más a mano. Promovió a través del Consejo Nacional de Educación que se convocara a Visitadoras sociales y de higiene, a maestras normales donde no había personal específico y a responsables de comedores escolares, entre otras trabajadoras vinculadas al cuidado. Es decir, frente a la ausencia de mujeres capacitadas se recurrió a otras profesiones que consideraba “afín” a la enfermería. En el mismo sentido, la *Comisión* propuso que se estimulara con mejores calificaciones en el escalafón a las maestras que poseyeran el título de Enfermera o Samaritana y que creara el cargo de “Monitora Sanitaria” premiado con un sobresueldo. Esta nueva figura se ocuparía de las “emergencias y primeros auxilios” y sería parte del Cuerpo Médico Escolar; además podría ser un nexo entre los niños y los padres para extender una “verdadera” cultura sanitaria que llegara a todos los rincones del país.<sup>28</sup>

Entre las maestras se esperaba encontrar mujeres capacitadas, movidas por la vocación y menos por el interés en un trabajo y de sectores sociales más acomodados identificados con las clases medias. Desde hacía al menos medio siglo esta era una cuestión a la hora de reclutar mujeres para las tareas de cuidado: el origen social. A principios de siglo lo había señalado Cecilia Grierson y hacía apenas unos años se había demostrado vigente según María Elena Ramos Mejía: “Cada país tiene un problema

---

<sup>27</sup> Argentina, Secretaria de Salud Pública, Actas de la Comisión de Cultura Sanitaria, sesión del 20 y 23 de septiembre de 1946, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folios 12 y 13.

<sup>28</sup> Argentina, Memoria de la Comisión del personal auxiliar de la Medicina, Carta al Señor interventor del Consejo Nacional de Educación, 14 de Octubre de 1946, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 173.

propio, en Argentina es que el excesivo bienestar de la clase media impide a la mujer, en general, el interés por el trabajo y es difícil encontrar mujeres de cultura superior dispuestas a dedicarse a nuestra profesión. Más adelante tal vez, cuando la vida en nuestra América sea más dura, la mujer argentina sienta necesidad del trabajo, muchas de ellas hallaran en lo recóndito de su ser la vocación de samaritana que está dormida en cada mujer.”<sup>29</sup>

Lo anterior significó modificar sustancialmente el perfil de las tradicionales convocadas a la enfermería, pero, sobre todo fue distinguir la profesión entre las profesiones de cuidado y ocupadas por mujeres en una dirección que no siempre será posible sostener.

La tercera estrategia fue a través de la única escuela que la CCS logró crear; a través de la convocatoria individual a enfermeras en ejercicio para perfeccionarse y formarse como instructoras, acorde con las sugerencias de los organismos internacionales y ajustadas a la Escuela Modelo. Según la documentación que se consulte se proyectaron 5 escuelas universitarias y anexas a hospitales existentes o futuros en Capital Federal, Córdoba, Bahía Blanca, Mendoza y Santiago del Estero en una primera instancia; y otro grupo de instituciones más adelante en Rosario, Paraná, Tucumán, Corrientes, San Juan y Salta. Pero sólo se creó una, la dependiente del Ministerio y conocida como la escuela Modelo o Escuela Superior de Salud Pública.

La escuela modelo se inició con un curso de tres meses para preparar “Instructoras” que luego replicarían sus conocimientos entre las futuras enfermeras, serían las docentes de las nuevas generaciones. Según la *Comisión*, que hizo una convocatoria pública al curso, el llamado a formar parte de esta primera “legión” de instructoras ponía como condición ser enfermera diplomada, algo que no ocurrió en todos los casos. En cambio fue más usual que las mujeres fueran seleccionadas por los médicos que formaban parte de la Comisión o por colegas cercanos a ellos.

Se inscribieron al curso 172 mujeres, ingresaron 50 y se graduaron como instructoras 42.<sup>30</sup> A los pocos meses del curso inaugural, en el mes de junio de 1947, se inició el primer curso regular de la carrera de Enfermería de la nueva escuela que tendría tres años de duración, allí se pudo observar la continuidad de algunas dificultades detectadas por la Comisión y por la Secretaria de Salud Pública. La primera etapa estuvo

---

<sup>29</sup> María Elena Ramos Mejía, “Organización de Escuelas de Enfermeras” op. cit., pág. 115.

<sup>30</sup> Argentina, Memoria de la Comisión del personal auxiliar de la Medicina, Realización del Curso de Instructoras, 1947, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 200.

bajo la dirección de María Elena Ramos Mejía y contó con la colaboración de varias enfermeras que ejercieron como instructoras<sup>31</sup>, el objetivo inicial era reclutar 30 mujeres para el primer año y 75 luego, durante los primeros tres años de funcionamiento de la nueva institución. Esas mujeres serían las “sanitarista” y “replicadoras” de ese nuevo perfil. En el primer llamado se inscribieron 16 alumnas, pero en menos de un mes abandonaron siete alumnas, en el quinto mes se retiraron otras dos alumnas; promovieron a segundo año 7 alumnas en total. En los años siguientes la situación se mantuvo y el número de interesadas estuvo alejado de las metas de la Comisión y de la Escuela, en 1948 llegaron a finalizar el primer año de la escuela 18 mujeres, ese número se repitió en 1949; en 1950 ese número fue de 22 alumnas, 14 en 1951, 21 en 1952.<sup>32</sup>

### **Hacia la profesionalización de la enfermería y la formación de una elite profesional.**

La profesionalización y jerarquización dependió de la generación de nuevos cuadros técnicos -enfermeras e instructoras- y de la organización instituciones que pudieran formarlos. Realizar esto de manera simultánea fue un objetivo difícil de cumplir que las formas de reclutamiento no lograron morigerar. La creación de nuevas instituciones terminó limitándose a la Escuela Modelo y el número interesadas en la profesión no logró cumplir con lo planificado, 75 nuevas enfermeras en los primeros tres años de funcionamiento de la Escuela Modelo.<sup>33</sup>

Por otro lado, la Escuela Modelo atravesó problemas de otro orden que condicionó su ejercicio y efectividad, limitaciones económicas, la estabilidad de algunos docentes y la proyección de las graduadas fueron parte de los obstáculos que el proyecto de calificación de las auxiliares de la medicina debió enfrentar. Con frecuencia, María Elena Ramos Mejía reclamaba por las condiciones de trabajo de las instructoras, por sus salarios y por las condiciones de contratación.<sup>34</sup> Las integrantes del primer curso de Instructoras iniciado en 1947, tuvieron la expectativa de un nombramiento y contratación posterior,

---

<sup>31</sup> Primero Hercilla Rodríguez Brizuela y luego se sumaron para los cursos regulares María Teresa Molina, Amelia D’Aste, Juana Colmeiro, Lidia Rodríguez, María Celia Prieto, Eileen Lilian Boyle y la Srta. Lagos. Las últimas fueron alumnas del curso de instructoras que la SSP dictó a través de la CCS entre febrero y abril de 1947.

<sup>32</sup> El cálculo es mío a partir de los datos de los libros de examen de la Escuela Superior de Salud Pública y de las Memorias de la Comisión del personal auxiliar de la Medicina.

<sup>33</sup> Las estimaciones según los libros de examen permiten afirmar que no fueron más de 40 alumnas las que se graduaron en ese tiempo: 5 en 1950, 13 en 1951 y 20 en 1952.

<sup>34</sup> Argentina, Secretaria de Salud Pública, Actas de la Comisión de Cultura Sanitaria, sesiones del 8, 16, 21 y 30 abril de 1947, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folios 24 a 26.

es decir, un puesto de trabajo luego de terminada la etapa de instrucción que la Secretaría ofrecía. Este problema recurrente, la modalidad de contratación de las auxiliares y la estabilidad laboral, la Secretaría no lo resolvió con claridad, al menos en los primeros años. Al finalizar el curso, las graduadas estuvieron en una situación de incertidumbre y fueron liberadas a “obrar de acuerdo a su interés personal”<sup>35</sup> esto significaba volver a sus lugares de trabajo original. Esta situación, finalmente y por insistencia de la Comisión, se resolvió favorablemente para las instructoras, se creó el cargo de Instructora de Enfermería con varias atribuciones que permitieron que algunas de ellas formaran parte del cuerpo regular de la Escuela Modelo y otras se incorporaran a la planta de la Secretaría bajo la órbita de la Dirección de Política y Cultura Sanitaria en funciones específicas y vinculadas a la enseñanza de la enfermería sanitaria.<sup>36</sup> En adelante la instructora adquiriría el lugar de Jefe Técnico de todo el personal subalterno (cabos, cabas, enfermeros, enfermeras, mucamas, etc.) y tenía posibilidad de dictar asignaturas como Arte de la Enfermería, Historia de la Enfermería y Ética Profesional.

Finalmente, el salario de las nuevas instructoras también fue un tema de discusión en el seno de la *Comisión*, sobretodo encarado por la única enfermera que componía esa dependencia que conocía bien lo que esto implicaba. La instructora era una profesional con formación superior, no sólo debían ser docentes también podían alcanzar la dirección de las instituciones. Como sucedía en escuelas universitarias de otras partes del mundo, la directora debía ser una enfermera de nivel superior solamente reemplazable por un médico o médica cuando no hubiera una enfermera diplomada disponible.<sup>37</sup> Esos niveles de formación y responsabilidad debían ser reconocidos y estimulados a través del salario que debería ser el más alto de toda la estructura escolar a juicio de la *Comisión*.<sup>38</sup>

La Escuela Modelo se ubicó como uno de los principales resultados de la *Comisión* frente a las dificultades de desarrollar sus objetivos en otros ámbitos. Fue un ámbito de formación real del nuevo perfil en enfermería y en este sentido, más allá de las dificultades de reclutamiento, constituyó el espacio posible y más concreto para un grupo reducido de profesionales que alcanzaron niveles de calificación no habituales en el rubro.

---

<sup>35</sup> Argentina, Secretaría de Salud Pública, Actas de la Comisión de Cultura Sanitaria, sesión del 30 de abril de 1947, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 26.

<sup>36</sup> Argentina, Secretaría de Salud Pública, Circular n° 132, D.G.P. del 2 de agosto de 1947, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP.

<sup>37</sup> Argentina, Secretaría de Salud Pública, Actas de la Comisión de Cultura Sanitaria, sesión del 2 de agosto 1946, Fondo Ministerio de Salud, INIHEP, folio 5.

<sup>38</sup> La comisión propuso salarios de entre 625\$ y 800\$ para la directora de la escuela. Sólo para tener un referencia se puede comparar con el salario del presidente de la Comisión, de 1200 \$ y el de una instructora: 350\$. *Ibíd.*

Las currículas de la Escuela Modelo se acordaron rápidamente en el seno de la Comisión, se tomaron algunos ejemplos como la desarrollada en la Provincia de Santa Fe para la preparación de Visitadoras sociales y de higiene y el programa de la Escuela Municipal Cecilia Grierson de Buenos Aires. En la nueva estructura curricular la clínica tuvo un lugar asentado con asignaturas básicas; por otro lado se desarrollaron asignaturas vinculadas a las especialidades y se agregaron materias referidas a las artes y práctica de la enfermería, la deontología profesional y el “perfil sanitario” de las nuevas profesionales<sup>39</sup>. Lo último tenía como objetivo formar mujeres con capacidades que superaran las habilidades necesarias para los cuidados dentro del hospital. Para esto se recurrió a profesionales vinculadas a los organismos internacionales como la *Rockefeller Foundation* (RF); y, en algunos años, se dictaron cursos de idioma para que las enfermeras pudieran trabar vínculo con sus pares en el exterior.

Para desarrollar en “perfil sanitarista” se convocó a Sofía de Erhenberg Pincheira<sup>40</sup>, de la Escuela de la Universidad de Chile y con experiencia en la organización de otras escuelas en la región, en Chile y Bolivia, formada en Estados Unidos y en Canadá; y vinculada a la *Rockefeller Foundation* (RF) y luego a la *Organización Mundial de la Salud* (OMS). Las clases de Pincheira se realizaron casi exclusivamente en barrios periféricos de la capital, en Villa Soldati y en Nueva Pompeya; en fábricas y en maternidades.<sup>41</sup> La visita, la observación, el registro de datos y la intervención en comunidades fueron las habilidades que esas clases propusieron desarrollar para la atención en el hogar de embarazadas, niños lactantes y prematuros, domicilios de enfermos tuberculosos, escuelas y fábricas. Las prácticas en barrios periféricos de la ciudad de Buenos Aires fueron la “sala de demostración” de la toma de datos de relevancia epidemiológica, de la observación de las condiciones de “salubridad” como el tratamiento de la basura, las aguas y desechos; y del análisis de las condiciones generales de higiene de una comunidad. Para Pincheira el objetivo de la profesional era visitar hogares, hacer “medicina preventiva”, “denunciar” enfermedades infecciosas y colaborar

---

<sup>39</sup> Anatomía, higiene, toxicología, esterilización, enfermería clínica y de niños estuvieron entre las materias que se incluyeron y ya se dictaban en la Escuela Municipal de la Ciudad de Buenos Aires “Cecilia Grierson”, se desarrollaron las especialidades como oftalmología, radiología y fisioterapia entre otras. Las más novedosas fueron Organización Sanitaria del País, Deontología Profesional y Enfermería Sanitaria.

<sup>40</sup> Sofía Erhenberg fue una enfermera chilena que dirigió varias escuelas profesionales en su país de origen y otros de la región como Bolivia. Fue la primera enfermera chilena becada para formarse en EE. UU. en la Universidad de Columbia y luego en la Universidad de Yale. Allí se especializó en enfermería sanitaria. A partir de 1955 fue consultora de la OPS y trabajó en varios países de América Latina.

<sup>41</sup> Entrevista a Lucrecia Barisich, realizada 13 de febrero de 2007 en la ciudad de Buenos Aires por Ana Laura Martin.

con el aislamiento de los enfermos, “supervigilar” la salud de los adultos y niños, propagar los principios de la higiene personal, completar y explicar las indicaciones del médico, “reconocer” los defectos y condiciones no higiénicas y enseñar a subsanarlas, enseñar puericultura, entre otras.<sup>42</sup>

En este sentido Pincheira inscribió sus clases dentro de una pedagogía y noción sobre el trabajo de la enfermera sanitaria o de salud pública que se desarrollaba en foros internacionales, en organismos interesados en la salud pública y entre miembros de la comunidad profesional desde hacía al menos una década. Sofía Pincheira definía este tipo de perfil profesional como “esencialmente educativa y que contribuye a la prevención de la enfermedad por medio de la difusión y la práctica de los principios de higiene pública”.<sup>43</sup> Otras colegas de Pincheira –que también conocieron la realidad Argentina– señalaban que este tipo de enfermera era considerada la “más efectiva extensión”<sup>44</sup> de la información relativa a la salud; en otras palabras, en la prevención e información acerca de la medicina preventiva la enfermera de salud pública tenía un lugar clave como propaladora y educadora. Se trataba de una enfermería integrada y conocedora de las necesidades reales de la comunidad, capaz de atender a esas necesidades dentro y fuera del hospital, con una educación sólida y amplia en términos técnicos bajo la modalidad de hospital-escuela; y un compromiso financiero del Estado con la creación de cuerpos profesionales de este tipo.

Esas enfermeras trabajarían en el hogar, en la escuela y en la fábrica. La visita al hogar era el dispositivo fundamental de intervención y el conocimiento de la comunidad la llave del éxito de la política sanitaria de prevención. En línea con este criterio en el mes de agosto de 1947, un grupo de 19 instructoras graduadas de la Escuela Modelo de la SSP realizaron un “censo” en Villa Soldati que comprendió 60 manzanas y más de 8000 personas. La dirección de esa experiencia ya no fue de Pincheira, sino de Hercilla Rodríguez Brizuela que para entonces ya ocupaba un lugar en la CCS y en la Escuela Modelo. El “censo” fue un entrenamiento y a la vez demostración práctica de las funciones de la “enfermera de salud pública” capaz de ser los ojos del médico y de actuar frente a su ausencia. Esa experiencia fue una práctica y un escenario de proyección de las

---

<sup>42</sup> Sofía Pincheira Oyarzun, “La enfermera sanitaria en los Servicios de Salud Pública”, conferencia dictada en la Escuela Nacional de Salubridad, 29 de Junio de 1944, Talleres Gráficos casa del Niño, Santiago de Chile, 1944 Pág. 6

<sup>43</sup> Sofía Pincheira Oyarzun, *Ibid.*

<sup>44</sup> Ella L. Rothweiler, Jean Martin White, Doris A. Geitgey, *The art and science of nursing*, Philadelphia, David Company, 1954 [1938]. Pág. 16.



acciones de intervención y de educación sanitaria muchas llevadas adelante en forma de “campañas sanitarias” y que durante el peronismo adquirieron alta visibilidad y difusión pública.

Si bien mujeres, profesionales y no profesionales, habían participado previamente de campañas educativas y “cruzadas” contra determinadas enfermedades<sup>45</sup> y tuvieron un rol destacado en este tipo de acciones, la noción de “enfermera sanitaria” con un rol específico y diferenciado de otros señala el asentamiento de un criterio que estaba vigente pero que no había logrado instalarse en las instituciones de formación profesional ni figuraban como parte de una política específica del Estado. Tampoco se habían desarrollado hasta ese momento políticas sostenidas de calificación profesional y en este sentido Argentina presenta particularidades respecto de otros países vecinos como Chile y Brasil.

La enfermería profesional en la región hacia la década de 1940 había tenido el impulso de las “misiones” de capacitación profesional en general financiadas por *Rockefeller Foundation* (RF). La más conocida fue la misión de Cooperación Técnica llevada adelante en Brasil entre los años 1921 y 1931, luego de la reforma sanitaria de Carlos Chagas. La Misión Parsons, como se la conoció en Brasil por el nombre de Ethel Parsons la enfermera que lideró la cooperación. Castro y Farias han analizado este tipo de campañas internacionales y advierten sobre la necesidad de estudiarlas de manera específica y desde América Latina para no concluir que se trató de formas de “colonización de cuerpos y mentes” como se ha interpretado para otras regiones y para avanzar en concepciones no esquemáticas que permitan observar su funcionamiento y su relación con el aparato estatal. En el mismo sentido afirman que las campañas realizadas no resultaron simplemente un producto de imposiciones de las elites médicas y políticas sino más bien se trató del resultado de decisiones nacionales y de acuerdos negociados las misiones norteamericanas.<sup>46</sup>

En Argentina no se han registrado campañas de la envergadura que tuvieron las

---

<sup>45</sup> Ver Diego Armus, *La ciudad impura*, Buenos Aires, Edhasa, 2007 y Karina Ramacciotti, “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires”, en *Asclepio*, Vol., LVIII, Nº 2, Julio-Dic. 2006, Madrid, 2006. Canela Gravila, “Prevenir y persuadir. La radio y las Visitadoras de Higiene en las décadas de 1930 y 1940 en la ciudad de La Plata” en Ana Laura Martín Y Karina Ramacciotti, *Profesiones sociosanitarias. Género e historia. (Dossier)*. Avances del Cesor, Vol 15, nº 15, 2016. María Soledad Zárate Campos y Lorena Godoy Catalán. “Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)”, *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Dic 2011, vol.18, suppl.1.

<sup>46</sup> Luiz Antonio Castro y Lina Farias, “A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e Sao Paulo”, en Luiz Antonio Castro y Lina Farias, *Saúde & História*, Hucitec, Sao Paulo, 2009. Pág. 17 y ss.

desarrolladas en Brasil, aunque la *RF* apoyó investigaciones en el campo de la fisiología en varios momentos realizó donaciones a proyectos concretos en el área de la enfermería y becó enfermeras para que se capacitaran en EEUU. La Escuela de la Universidad Nacional del Litoral, una de las primeras escuelas universitarias del país y luego referencia para la *Comisión*, fue una de las instituciones que contó con la ayuda indirecta de la *RF*.<sup>47</sup> Por otro lado, algunas de las profesionales formadas bajo estos criterios conocieron la realidad de la enfermería en Argentina a fines de la década de 1930 y emitieron opiniones críticas sobre su condición<sup>48</sup>. Es decir, si bien no hubo contacto directo y sostenido con organismos como la *RF* pueden identificarse algunas líneas de coincidencia en lo que respecta a los modelos de formación profesional que advierten sobre el riesgo de descartar de plano la influencia de las misiones mencionadas y permiten pensar una circulación de ideas en torno a la formación de las enfermeras que se hace más evidente durante fines de la década de 1930 y principios de la siguiente. Los congresos internacionales, como el celebrado en 1942 en Chile han sido ejemplo de la circulación de esas nociones y fueron espacios de participación de las profesionales argentinas.<sup>49</sup>

La Comisión dio lugar e impulsó a una serie de preocupaciones y de nociones sobre la formación, calificación y fiscalización del personal técnico que hasta ese momento no había experimentado la organización sanitaria. El impacto no alcanzó los niveles que inicialmente esa dependencia aspiró, sin embargo, fue clave para definir un perfil profesional específico y resultó estimulante para un grupo no muy numeroso de

---

<sup>47</sup> La escuela se creó según la resolución del Rectorado de la Universidad Nacional del Litoral. Comenzó a funcionar el 10 de junio de 1940 y contó con la promoción del Ministerio de Salud Pública y Trabajo de la provincia de Santa Fe y el financiamiento de la Fundación Rockefeller. Ver: The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1941, p. 314; The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1942, y The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1943, p. 108. Acceso electrónico, julio 2007, <http://www.rockfound.org/>. Y Resoluciones del Rectorado de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 10 de febrero de 1940. 1° de enero de 1939 al 31 de diciembre de 1940, Santa Fe, Tomo 12.

<sup>48</sup> Al menos dos enfermeras formadas en Estados Unidos visitaron Argentina en la década de 1930. Una de ellas fue Jean Martin White que llegó a la Argentina en 1939 para crear la escuela de enfermeras de la Universidad del Litoral. Así lo hizo en 1940, en las instalaciones del Hospital Central del Centenario, ubicado en la ciudad de Rosario, anexo de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramas Menores de la UNL. En 1943, la escuela dejó de funcionar abruptamente, motivo por el cual White volvió a Estados Unidos. Ver: Jean Martin White, "A University School in Argentina", en *AJN*, Vol. 41 (41), June, 1941, pp. 659-662. Berta Pullen fue una nurse de origen norteamericano y directora hasta los años 30 de la escuela de enfermeras Anne Nery, anexa a la Universidad Federal de Río de Janeiro. Pullen visitó Buenos Aires al terminar sus tareas en Brasil y tuvo la posibilidad de observar y evaluar el resultado que las políticas implementadas en el sector habían dado durante las primeras décadas del siglo XX en Buenos Aires. Cf. Bertha Pullen, "Our South American Colleagues, Argentina", en *American Nurses Association*, Vol. 40 (1), January, 1940, pp. 46-48.

<sup>49</sup> En ese congreso participaron la regentes de las Escuela de la Orden Conservación de la Fe, Alcira Rodríguez Torre de Noceti, María Elena Ramos Mejía de la Escuela Municipal "Cecilia Grierson", Annie Maud Williams una enfermera inglesa que desde hacia varios años era regente de la Escuela del Hospital de Medicina Experimental.

nuevas y antiguas profesionales que se desarrollaron alrededor de la Escuela Modelo y de la propia CCS.

### **Cierre provisorio.**

La formación de profesionales auxiliares de la medicina, como las enfermeras e instructoras de enfermería, experimentaron un impulso calificador y con un perfil específico a partir de la formación de la Comisión de Cultura Sanitaria no alcanzado hasta ese momento. Sin embargo, los límites que las dinámicas previas señalaban no fueron fácilmente resueltos. El caso de la validación de “empíricas” es, posiblemente, el más ostensible obstáculo y efecto residual de la escasa convocatoria que la profesión tenía. Las políticas de la SSP tuvieron pocas respuestas para esto, de hecho, esa situación se agravó en los años posteriores según permite afirmar el análisis preliminar -y pendiente- de los datos de reconocimiento profesional que están disponibles para el período 1948-1955 para algunas provincias del país. Una suerte similar sufrió el objetivo de unificar los títulos profesionales y la creación de nuevas instituciones. Ambos asuntos quedaron pendientes.

Hubo una distancia significativa entre las expectativas iniciales de la *Comisión* y sus posibilidades reales actuación. Posiblemente el estado de desconocimiento de la situación sanitaria en general y de la enfermería en particular fueron el principal obstáculo de que la CCS debió enfrentar. Por otro lado, la organización y planificación sanitaria y la creación de organismos a veces superpuesto para llevarla adelante implicó dificultades institucionales concretas para áreas como la aquí descripta.

Sin embargo, la formación de Instructoras, la creación de la Escuela Modelo y el desarrollo de un perfil profesional renovado fueron un “mojón” dentro de las políticas destinadas a este tipo de profesiones y entre las políticas de gestión de los cuidados. En este sentido la *Comisión* tuvo un lugar renovador incluso en su formulación que incorporó profesionales mujeres en su seno y convocó a expertas externas. Lugares hasta entonces esquivos para ellas.

Una tarea pendiente es rastrear dentro del grupo de las primeras Instructoras y graduadas de las Escuela Modelo, el desarrollo y trayectoria profesional; sobre todo dentro de la estructura estatal en los años siguientes; incluso luego del derrocamiento de Juan Domingo Perón.