

Reflexiones sobre los cuidados sanitarios ante situaciones críticas en Argentina

Karina Ramacciotti

Daniela Testa

Introducción

Estamos frente a una enfermedad pandémica, la covid-19, que ha trastocado las relaciones sociales y globales desde finales del 2019 y cuya presencia silenciosa e intangible se hizo cotidiana en la vida y en la muerte de gran parte del planeta. Hasta el momento, no tiene cura ni tratamiento. La industria farmacéutica, las políticas sanitarias y científicas están haciendo enormes esfuerzos para encontrar una vacuna que pueda reducir el contagio, lograr un margen de certezas para buscar el anhelado orden social, económico y político que se vio modificado a partir del coronavirus. Diversas formas de narrar la enfermedad y la pandemia establecen matices que interpe-lan sensibilidades, exigen medidas urgentes, estimulan reflexiones y arriesgan pronósticos frente a las humanas complejidades que la COVID19 despliega cuando devela padecimientos, desigualdades y violencias –si bien algunas coyunturales– en mayor medida históricas y estructurales. La carrera por la vacuna contra el coronavirus

constituye la gesta más esperada y referir a ella parece calmar ansiedades. Entonces, hasta su llegada, el confinamiento junto con la higiene y el distanciamiento social son los medios principales para librar una contienda difícil. Esto es, controlar el ritmo de diseminación para intentar que el sistema de salud no colapse y disminuir los índices de letalidad evitable. Esta situación, que nos conduce a un escenario cargado de incertidumbres personales, políticas y sociales, nos invita a compartir en este artículo cómo se modifican y tensan las profesiones que están vinculadas a los cuidados sanitarios en contextos de crisis acontecidas en la historia de la Argentina. Para ello tomaremos tres momentos en los cuales, ante situaciones de crisis políticas, epidemias y catástrofes naturales, las mujeres, en su rol naturalizado de cuidadoras, tuvieron un rol más visible.

Lo que unirá estos relatos es considerarlas labores que ellas realizaron como profesiones ligadas al concepto de cuidado. Dicho concepto se lo ha asociado, desde las ciencias sociales, a las acciones que las mujeres cumplen en el ámbito doméstico y cómo dicho trabajo, no remunerado, ha permitido la reproducción del sistema capitalista. Se lo ha vinculado a las actividades de gestión, de limpieza y a las tareas de enlace entre los ámbitos doméstico y público, derivadas de las responsabilidades familiares (Jelin, 1998). Menos habituales fueron las conceptualizaciones que han considerado la Enfermería, el Trabajo Social, la Terapia Ocupacional, los apoyos de Asistencia Domiciliaria y Acompañamiento Terapéutico y, hasta la misma Medicina, como prestaciones en las cuales el cuidado es central e indispensable, pero las jerarquías al interior no son equivalentes y tampoco el prestigio social que a dichas profesiones se asigna. Entonces consideramos que estas profesiones desempeñan actividades que contribuyen a la salud, la seguridad física y al desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas (Pereyra y Micha, 2016 y Aspiazu, 2017). Es un cuidado profesional que demanda saberes especializados, que implican, por parte de quien lo provee, una intensa y constante formación previa y labor realizada no solo hacia y para el otro sino hacia su propia sensibilidad ya

que se deben gestionar las propias emociones para poder brindar un servicio que supone lograr el bienestar ajeno. Todas ellas tienen en común ser prestaciones que se brindan a personas que, de manera transitoria o permanente, necesitan mayores atenciones a lo largo de toda su vida o en algún momento determinado. Atenciones que se caracterizan por tener un inevitable contacto próximo con los cuerpos, aumentando en sí mismo el riesgo de contagiarse, y por insumir mayor tiempo, por estas razones son considerados trabajos “esenciales”. Categoría concreta que estableció cuáles actividades económicas son exceptuadas durante las cuarentenas y por lo tanto su movilización contó con permisos especiales. No obstante, esa vital e imprescindible necesidad presencial de sus trabajos cuenta con un menor reconocimiento, prestigio y retribución.

Como ha pasado en otros aspectos, la pandemia de la covid-19 ha echado luz sobre las condiciones laborales de muchas de estas profesiones del cuidado sanitario. Entre las características se encuentra el pluriempleo, la feminización, los salarios desactualizados en relación con las múltiples tareas realizadas, las jornadas de trabajo largas y extenuantes, la carencia de elementos de protección adecuados. Durante la pandemia se agregaron las adaptaciones del trabajo cotidiano para afrontar los retos físicos por no contagiarse tales como usar doble barbijo, doble bota, doble cofia, tres pares de guantes y máscara y los desafíos afectivos que implican el oficio de acompañar de forma constante al otro implementando la tecnología móvil o ciertos dispositivos para mantener el aislamiento sin perder la afectividad con los familiares de los pacientes. Como sostienen Anabel Beliera y Sofía Mallevile (2020), la enfermería ocupa una posición subordinada y sufre procesos de precarización laboral, que refieren tanto a dimensiones contractuales del empleo (contratos eventuales, extensión de la jornada laboral, bajos salarios, etc.) como también a los aspectos subjetivos que están implicados en los trabajos (insatisfacción con las tareas, subordinación frente a otros grupos, etc.).

Muchas de estas situaciones no son nuevas entre los trabajadores de la salud ya que tienen vinculaciones históricas y en este artículo pretendemos retomar algunos de esos momentos en los que estas tareas han tomado una mayor visibilización en el entramado mundo de lo sanitario. Hemos escogido tres manifestaciones en las que se ejemplifica que la feminización de los cuidados es un proceso histórico. Que el cuidado no es tarea “natural” de las mujeres, sino que ha devenido en un proceso de feminización asociado al menor prestigio social y reconocimiento asociado a dichas tareas. Además, como veremos, muchas de estas intervenciones de mujeres en el espacio público fueron vistas como cuestiones singulares, aisladas, únicas y por tal motivo se construyeron relatos heroicos en torno a ellas. Esta representación heroica nada dice en torno a los obstáculos o condiciones laborales. Asimismo, revisaremos cómo en los momentos de crisis sociales la solidaridad, o la falta de ella, se acentúa y las modificaciones que se pueden gestar para lograr espacios profesionales en los cuales ellas tengan un rol un poco más protagónico, no se ponen en discusión las desigualdades genéricas ni laborales.

Entre cuidados y homenajes

Elvira Rawson fue la segunda médica egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires [UBA] en 1892. Su tesis para obtener el título de grado fue *Apuntes sobre Higiene de la Mujer (1892)*. Se casó en 1890 con Manuel Dellepiane con quien tuvo varios hijos. Militante feminista, impulsó el primer centro feminista bregando por la igualdad de los derechos de las mujeres y participó como organizadora del Primer Congreso Femenino Internacional realizado en Buenos Aires en 1910. Su trayectoria profesional se inscribe en la excepcionalidad de la historia universitaria y de las luchas de las primeras mujeres que esquivaron los patrones de ingreso a los estudios superiores; batallando contra los imaginarios genéricos que las ubicaban en una escala inferior con respecto a los varones. Sus es-

tudios universitarios los hizo mientras trabajaba como maestra y, de este modo, pudo costear los gastos de la universidad (Lorenzo, 2016; Barrancos, 2007).



Foto N° 1. Elvira Rawson.

Fuente: Archivos Fotográficos del Archivo General de La Nación [AGN].

Su primera presencia en el escenario político de la época se remonta a 1890 cuando asistió a los heridos en la Revolución del 26 de julio en la ciudad de Buenos Aires. Dicho episodio fue una insurrección armada conocida como la Revolución del Parque que, años más tarde, desembocaría en la conformación de un importante partido político: la Unión Cívica Radical. Este conflicto se produjo a causa de la oposición de la Unión Cívica de la Juventud ante las medidas que estaba tomando el presidente Juárez Celman, integrante del Partido Autonomista Nacional. Durante su presidencia se implementaron medidas económicas que desembocaron en un proceso inflacionario que potenció conflictos obreros y fuertes críticas de los sectores opositores. La Unión Cívica de la Juventud empezó a organizar mitines que hicieron de la libertad electoral y el respeto por la Constitución Nacional la causa fundamental de su enfrentamiento con el grupo dominante (Lobato, 2000).

La Revolución de Julio de 1890 consistió en un combate civil de cuatro días en la Ciudad de Buenos Aires en el cual participaron entre cinco y seis mil hombres y hubo entre ochocientos y mil muertos

o heridos. Los sectores rebeldes a las autoridades de turno fueron vencidos, pero el presidente Juárez Celman se vio obligado a renunciar a los pocos días producto de la crisis económica y el desgaste político que sufrió ante dicha revuelta civil (Alonso, 2000 y Lobato 2000).

En este contexto Elvira Rawson, quien por entonces era una estudiante de medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, se alistó para asistir a los heridos en dicho enfrentamiento civil. La joven debió solicitar permiso al director del Hospital Rivadavia para poder atender los heridos en un hospital de campaña instalado entre las calles Lavalle y Talcahuano, epicentro de la contienda. En el llamado Parque de Artillería, hoy Plaza Lavalle, trabajó sin tregua para atender a quienes necesitaban asistencia y cura. Elvira no obedeció la orden impartida por las autoridades del hospital de no socorrer a quienes se estaban levantando contra el orden establecido y asistió, sin distinciones políticas, a los heridos de ambas facciones. La presencia de las mujeres en los espacios públicos, y más en conflictos armados, no era habitual por entonces y, menos aún, junto a otros practicantes varones para curar y asistir a otros varones. Si bien, según las ideas hegemónicas de la época se consideraba que las mujeres contaban con supuestos saberes naturalizados que las habilitaba para brindar cuidados a otras personas en los espacios hospitalarios quien realizaba estas tareas era habitualmente personal religioso; no era, por entonces, usual que las mujeres pudieran intervenir en las curaciones de primeros auxilios y en los espacios públicos, y en la asistencia domiciliaria solían estar más visibles los varones. En este sentido es interesante recordar que en los sucesos desencadenados por la fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires (y que Lucas Andrés Masán aborda en otro capítulo de este libro) en las memorias de la Comisión de Higiene de la Parroquia Monserrat se registró que quienes cuidaron a enfermos en domicilios día y noche fueron “enfermeros” en cuya jornada laboral solo se les autorizaba descansar dos horas por día para almorzar y cenar. Su paga era diaria en función

de los “días y noches” que asistían a las personas enfermas (Archivo Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. [AGN] Legajo 16–1871).

Asimismo, los primeros cursos de enfermería datan de 1886 cuando Cecilia Grierson organizó una serie de clases sobre el cuidado para enfermos y sobre primeros auxilios y los dictó en las dependencias del Círculo Médico de la Capital. Esas clases estuvieron destinadas al personal que ya ejercía en los hospitales porteños y algunas tuvieron lugar en los consultorios de los colegas de Grierson, quienes apoyaron la iniciativa pues consideraban necesario formar profesionales en enfermería o al menos instruir al personal que se ocupaba de esas tareas. Estos cursos constituyeron el inicio de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires [EEEyM] reconocida como tal en el año 1892 cuando el Estado porteño, a través de la Asistencia Pública, colocó dichos cursos bajo su dependencia y promoción (Martin, 2015).

La presencia de Elvira asistiendo a heridos en el espacio público en un contexto de contienda civil no pasó desapercibida por las autoridades de turno ya que el jefe del hospital de campaña expresó en un parte al general Manuel Campos: “Recomendable es, también, señor general, la conducta de la señorita Rawson, estudiante de medicina, la que en los últimos días, nos acompañó con celo digno de todo aplauso, cuidando con solicitud y contracción a nuestros heridos”(Campos como se cita en Gallo, 2001, p. 15). El general Campos expresó en su informe

No debo pasar adelante sin mencionar antes entre las personas que han prestado su consagración a los heridos, a la señorita Rawson, estudiante de medicina, que con su noble ejemplo animaba a los heridos y que allí en ese campo de desolación, era la digna representante de la mujer argentina, siempre pronta a la caridad y al sacrificio (Campos como se cita en Gallo, 2001, 15).

En estas palabras se destacan las dotes que se consideraban naturales para una mujer “cuidando con solicitud y contracción”, “ca-

ridad y sacrificio” y en sus concretas tareas profesionales se rescató la de “animar a los heridos”; nada se dijo de sus intervenciones concretas en la asistencia y en la cura, ni su capacidad de resolver situaciones urgentes en momentos complejos. La asignación de ciertas atribuciones innatas por ser “digna representante de la mujer argentina” oculta todo el proceso formativo y las trabas que tuvo, en este caso Rawson, para poder entrar y permanecer en la vida universitaria y sortear las barreras impuestas por un sistema patriarcal.

La “valentía”, la “acción”, la “resolución” de problemas concretos eran aspectos valorizados, dentro de los estereotipos atribuidos por el sexo, a lo masculino. Por oposición el sexo “débil” poco podía intervenir en ese sentido. Cuando la realidad irrumpía y contradecía los estereotipos impuestos por el binarismo sexual se lo analizaba como una excepcionalidad o como aspectos atribuibles a la naturaleza femenina individual, pero una u otra opción invisibilizan las concretas tareas realizadas por ellas. Como sostiene la filósofa Diana Maffía (2007) las dicotomías no están en la naturaleza, están en las categorías con las que interpretamos la naturaleza. Por eso naturalizar las dicotomías es un gesto profundamente ideológico.

Un mes después de la Revolución del Parque, el 1° de septiembre de 1890, en el mitin celebrado en el Teatro Politeama, Rawson pronunció su primer discurso.

Cívicos: La mujer argentina no ha podido acallar en su alma el grito de júbilo y aplauso sincero, que desde un extremo al otro de la República, ha despertado unánime esa legión de patriotas que se llama Unión Cívica. Envuelta en esa oleada de entusiasmo, me ha cabido el honor de ser la intérprete de sus ideas, y no es preciso que diga si orgullosa y complacida acepté la misión [...] Creíamos en el patriotismo, la virilidad y el valor eran recuerdos de otros tiempos que pasaron para nunca más volver, y cuanto más el desaliento nos invadía, habéis venido a probar que sois dignos herederos del sacro nombre que nos legaron nuestros padres. Os habíamos hecho una injusticia,

y hoy, complacidas, venimos a devolveros vuestro crédito. ¡Al fin sois argentinos!

Allí mismo Alem, que se encontraba enfermo, se sobrepuso de este impedimento porque quería dar una respuesta personal a quien acababa de oír, al menos a través de una breve alocución con que ensalzó la misión e influencia, así como los sentimientos patrióticos de la mujer argentina (Alem como se cita en Gallo, 2001, p. 15).

Como se desprende en estas palabras se percibe una construcción del sujeto político masculinizado y subordinado a los “patriotas”. Según Elvira son ellos quienes siguen contando con la responsabilidad de modificar el orden. El homenaje, asociado a su acción individual, constituye un espectáculo para ejercer alguna influencia entre las demás personas, pero está alejado de quebrar la gravitación del modelo patriarcal que empezaba a tambalear por las transformaciones iniciadas a partir de la incorporación de las mujeres en la vida universitaria y por los lugares que ocupaban en los lugares públicos. La acción solitaria de Rawson la colocaba en un lugar fragmentado, separado y excepcional del resto de las mujeres y por tal motivo pasible de ser homenajeada. En esa construcción se desvanecen los mensajes colectivos y en la individualidad se enaltece lo excepcional. No se percibe, en este discurso de Rawson, un posicionamiento crítico ni renovador en cuanto al lugar de las mujeres en la sociedad; lo que su práctica política inauguraría en los años venideros, en cuanto a una mayor apertura para las mujeres en espacios tradicionalmente masculinizados, no es enunciado en el que es considerado su primer discurso político. En esta misma línea en la que se tensan acciones renovadoras dentro de un discurso que no se corre del *status quo*, años más tarde, luchó por el divorcio vincular, pero alertando sobre la proliferación perniciosa de la ruptura matrimonial consustanciada (Camarrota, 2017; Valobra, 2008). Tal como señala Diego Armus (2020), Elvira Rawson en algunos temas como la ampliación de derechos políticos tuvo un rol destacado dentro del feminismo sufragista, pero en materia del lugar de las mujeres en lo cotidiano no fue

tan renovadora ni feminista y le costó desprenderse de la perspectiva tradicional de las mujeres y su lugar en cuanto a la domesticidad.

Entonces dicho evento y, como homenaje a sus tareas, Leandro le entregó un reloj de oro y un pergamino en mérito a su labor. Constituye una tradición, a lo largo de la historia, que en los ritos de homenaje se destaquen ciertos valores individuales tales como la abnegación, la entrega, el sacrificio y, en algunos casos, se articulan con una serie de mecanismos de recompensa tales como objetos simbólicos que intentan congelar en la memoria y marcar un momento en particular para el recuerdo. Símbolos que pretenden combatir el olvido, sea individual o colectivo, pero poco dicen de los obstáculos que se debieron transitar para lograrlos. A la sazón, cuando se exaltaban las virtudes por parte de una mujer se las veía como una cuestión excepcional y se interpretaba su accionar por la supuesta sensibilidad que el sexo les otorgaba. Entonces, en la construcción de sus homenajes se destacaban más las dotes supuestamente otorgadas por su sexo y cuasi instintivas, que el conjunto de saberes e intervenciones profesionales que ellas realizaban mediando un conjunto de saberes aprendidos para tal fin.

Con este suceso queremos destacar algunas de las dificultades que han tenido las mujeres a fines del siglo XIX y principios del siglo XX para intervenir en espacios vinculados a los cuidados sanitarios en tareas de asistencia y de cura en espacios públicos. Los cuidados sanitarios no nacieron feminizados, sino que fue un proceso que fue teniendo diferentes hitos que condujeron a dicha feminización (Wainerman y Binstock, 1994). A comienzos del siglo XX, el modelo de enfermería evidenciaba un elevado índice de masculinidad en los hospitales porteños. Recién en 1912 el proceso de feminización se generalizó cuando la EEEyM decidió restringir el ingreso a la carrera solo a mujeres (Martin, 2015). Como veremos a continuación, a mediados del siglo XX, a tono con lo que sucedió en otras latitudes, la presencia de enfermeras en espacios públicos en tareas de prevención y cuidados va a ser parte de los programas formativos; por ejemplo, se impartirán materias especialmente dirigidas para intervenir en

casos de “calamidades públicas”. Del mismo modo, los saberes pronunciados desde posiciones feminizadas y subalternas tensionaron disputas en el campo sanitario, sobre todo en contextos epidémicos cuando las respuestas conocidas se tornaron insuficientes.

Enfermeras y voluntarias en tiempos de epidemia

Algunos historiadores se refieren a la poliomielitis como una de las enfermedades infectocontagiosas más temidas de la primera mitad del siglo xx en otro capítulo de este libro, el brote de 1956 es abordado por Olga Echeverría, recuperando trabajos previos de Testa y Ramacciotti, entre otros. El virus que la provocaba se diseminaba rápidamente en las grandes urbes y, hasta la aparición de la vacuna, en 1955, mantuvo en vilo a gran parte de las naciones al tiempo que recorría el planeta con olas de contagio que resultaban incontenibles. Efectivamente, hasta ese año, la polio estuvo entre las enfermedades que pusieron en jaque la eficacia de la medicina y desafiaron los sistemas sociales y sanitarios de los países que visitaba. La poliomielitis es una enfermedad viral que se transmite por vía fecal-oral y ataca el sistema nervioso central; como consecuencia produce distintos tipos de secuelas motrices de manera permanente y, en casos graves, puede llevar a la muerte. Hasta la aprobación de vacunas antipoliomielíticas certificadas y seguras (la primera fue la vacuna *Salk*), un contexto de incertidumbre y alarma acompañó la vida cotidiana en muchas ciudades y enfrentó a los sistemas sanitarios a las frustraciones de lidiar con una enfermedad con pocas herramientas eficaces y muchas incertezas. Múltiples debates abrevaron en retóricas heroicas sobre el denominado “terrible flagelo” y recursos de todo tipo –estatales y de la sociedad civil– se movilizaron ante una pandemia que no distinguía geografías ni sectores sociales. Esta enfermedad, conocida también como parálisis infantil, alarmaba especialmente porque afectaba en su mayoría a niños, aunque no exclusivamente. Si bien los índices de mortalidad no eran eleva-

dos (en comparación a diarreas y otras afecciones de la infancia), la preocupación principal era la presencia tangible de criaturas que se sobreponían al virus con severas deficiencias motoras. En 1943, la enfermedad cuadruplicó el número de afectados respecto del anterior brote (registrado en el año 1936). Hacia esa época, la presencia de discapacidades motrices se consideraba un potencial cercenamiento de las capacidades de las personas y ello alentó el desarrollo de técnicas destinadas a su recuperación. El reconocimiento público del problema de la rehabilitación de los “niños lisiados”, según denominación del momento, generó un conjunto de prácticas y discursos que modelaron economías y políticas de cuidado frente a un problema sanitario que comprometió grandes esfuerzos y voluntades (Testa, 2018). En este mismo libro, se puede ver el análisis de Lucía Lionetti sobre los “cuerpos frágiles de los niños”.

En dicho contexto, los medios de comunicación propiciaban actitudes de responsabilidad individual y solidaridad social para prevenir el contagio y ayudar a los más necesitados. Los consejos sobre la higiene de los hogares y la alimentación, el cuidado de los niños y el uso de las pastillas de alcanfor conformaban una extensa lista de recomendaciones dirigidas para evitar la diseminación del virus. Las opiniones de expertos se reproducían para divulgar los avances y debates científicos de último momento entremezclados con curas asombrosas y recuperaciones milagrosas. La falta de certezas, el temor al contagio y la inexistencia de soluciones científicas eficaces hicieron que las respuestas basadas en la prueba y el error, en la intuición y en los saberes tradicionales estuvieran presentes en el día a día de las epidemias; algunas de ellas lograron visibilidad y representaron disputas que tensionaron las lógicas de los cuidados profesionales y el saber biomédico relativo a esta enfermedad.

Entre las novedades de ese momento concertó gran interés el método ideado por la enfermera australiana Elizabeth Kenny. Se trataba de un conjunto de procedimientos para aliviar el dolor, evitar contracturas y deformaciones, destinados para tratar aquello que representaba el mayor desvelo para familiares, médicos y estadistas:

la parálisis. Ciertamente, el método Kenny en muchos casos lograba que los niños se pusieran de pie y caminaran por sus propios medios. Por ese entonces, narrativas optimistas –sostenidas tanto por expertos como por legos– reflejaban un ideal de recuperación centrado en el individuo que se alcanzaba con la capacidad de caminar y de acceder al mercado laboral competitivo.

Kenny había inventado el método en 1911, con base en su experiencia como enfermera rural en Australia. Fueron sus ideas sobre la naturaleza de la poliomielitis las que suscitaron inflamadas polémicas: si Kenny estaba en lo cierto, la parálisis no era entonces una consecuencia natural e inevitable de la enfermedad sino un indeseable resultado del tratamiento tradicional de inmovilización de los ortopedistas. La enfermera concebía la enfermedad como una alteración de los músculos y de la piel y señalaba que los espasmos musculares eran consecuencia de la inflamación y del dolor. Dichos espasmos, al ser tratados en forma inapropiada, eran los causantes de la “invalidéz” que producía la enfermedad. Esa ruptura tenía varias caras, por un lado, resultaba un cuestionamiento al razonamiento clínico de la biomedicina. Por otro, enunciaba (y en cierto modo legitimaba) saberes que tensionaban las representaciones de lo que en ese entonces se consideraba científico en el campo. Además, este lugar de confrontación era ejercido desde una posición de subordinación en disputa ocupado por la enfermería. Si bien entre los médicos muchos reconocían la eficacia del método, especialmente en cuanto a la reducción del dolor, sin embargo, no avalaban el marco interpretativo de la enfermera. Los hombres de ciencia, si bien respetaban a Kenny por ser una mujer de carácter firme profundamente justa y tesonera, devaluaban sus ideas por considerar sus argumentos como no científicos y basados exclusivamente en la intuición y la mera práctica (Rogers, 2013). No obstante, aceptaban que contaba con profundos conocimientos sobre la anatomía de los músculos y que, aún sin preparación científica, había impulsado una necesaria renovación de los métodos de tratamiento. Kenny se había convertido en una figura de cierta relevancia pública y su metodología había

conquistado amplia aceptación entre los familiares de los enfermos (Berg, 1949). En sintonía con los adelantos en las técnicas de rehabilitación de entreguerras los médicos especialistas concentrados en el Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires se interesaron por el controvertido método enfermeril y llevaron adelante una experiencia piloto dirigida por el ortopedista Marcelo Fitte. En medio de la cruda epidemia de 1943, a mediados de marzo, llegaron a Buenos Aires dos enfermeras, Mary Steward-Kenny (sobrina de Elizabeth Kenny) y Ethel Gardner, acompañadas por el médico Rutherford John. El médico permanecería en Buenos Aires durante cuatro semanas, y las enfermeras, quienes se alojarían en el Hospital de Niños, dos meses. John se alojó en un hotel para mantener una supuesta posición de neutralidad ante las disidencias locales sobre el método. Su paga casi cuadruplicaba la de las enfermeras, \$750 por mes para él y \$200 para ellas (Rogers, 2013).



Foto N°2: Elizabeth Kenny con algunos de sus pacientes en celebración del Instituto Elizabeth Kenny, 1943. Minnesota, HistoricalSociety.

Fuente: Sister Kenny Institute. Recuperado de <<http://48264840.weebly.com/sister-kenny-institute.html>>.

Conformaron una comitiva enviada por el gobierno de Estados Unidos y la *National Foundation of Infantile Paralysis* de Estados Uni-

dos [FNIP]. Esta institución fue fundada en 1938 por Franklin Delano Roosevelt (quien adquirió esta enfermedad en 1921) con el fin de recaudar fondos para investigar sobre poliomielitis y tuvo como misión transmitir el Método Kenny al equipo especializado de médicos, enfermeras y kinesiólogos del hospital mencionado.

El método Kenny era una actividad laboriosa, requería de tiempo y atención personalizada; se utilizaban paños de tela, agua caliente, recipientes, escurridores, toallas y camillas especiales. La tarea consistía en envolver los miembros afectados con franelas de algodón mojadas en agua caliente, escurridas previamente para evitar las quemaduras. Los vendajes se renovaban cada dos horas pero si los dolores eran muy acentuados se podían cambiar cada quince minutos (durante un lapso de doce horas si era necesario). Aplicar este tratamiento demandaba, pues, contar con personal de enfermería especializado para maniobrar cuerpos paralizados, aliviar su dolor y llevar adelante una pesada jornada que implicaba manejar insumos y varios equipamientos a la vez, permanecer de pie largas horas, consolar llantos infantiles, mecer a los pequeños en sus brazos.

El persistente problema de la escasez de personal sanitario se acentuaba durante las epidemias y, sumado a tendencias que venían desde antes, hicieron casi obvio e incuestionable que ante la necesidad de incrementar el personal extra se apelara a las mujeres para aplicar las nuevas técnicas. A medida que aumentaban los casos se abrían nuevos cargos, siempre de carácter provisorio y extraordinario, sujetos a la evolución epidemiológica. La ecuación concertaba la aptitud y la capacidad de abnegación y sacrificio para el cuidado –esencializados como atributos propios de las mujeres– con bajos sueldos y condiciones laborales precarias. El interés en ocupar ese tipo de cargos públicos puede explicarse con un conjunto de razones que combinan la atracción por obtener un ingreso, aun siendo exiguo, con la desvalorización del propio trabajo basado en la concepción del aporte monetario femenino como complementario al de los varones y en la naturalización de las tareas asumidas (Ramacciotti y Valobra, 2015). Esta combinación las llevaría a postergar sus dere-

chos laborales y aceptar encuadres poco favorables. Como profesión tempranamente feminizada en nuestro país, la enfermería (junto con visitadoras, puericultoras, asistentes de laboratorio, parteras) representaba una profesión “atajo” (Martin, 2015). Es decir, una posible vía de acceso relativamente rápido para el desempeño laboral de las mujeres en el área de la atención médica.

De cara al golpe militar del 4 de junio de 1943, a casi tres meses de la llegada de la comitiva norteamericana, la FNIP recomendó interrumpir la estadía de las *enfermeras* en Buenos Aires y dispuso su inmediato regreso a Minneapolis. Similar reacción fue adoptada desde la Fundación Rockefeller que suspendió abruptamente sus programas de capacitación de enfermeras y otros estímulos a la investigación médica que venía desarrollando en Argentina. Finalmente, con el aval y el dinero provisto por Elizabeth Kenny, ya que la FNIP había retirado el financiamiento, las enfermeras permanecieron en Buenos Aires hasta mediados del año, una vez superado el pico epidémico. Las ideas de carácter nacionalista y antinorteamericanas de las autoridades entrantes y la política de neutralidad adoptada por la Argentina durante la Segunda Guerra provocaron el alejamiento de las relaciones formales entre Estados Unidos y Argentina. La política internacional se metió de lleno en la política nacional e interrumpió los procesos de implementación de proyectos sanitarios, de investigación y de capacitación de recursos humanos auspiciados por instituciones norteamericanas (Ramacciotti, 2017).

No obstante, entre adversidades y gracias a la intervención directa de Elizabeth Kenny quien permitió prolongar la estadía de las enfermeras, la prueba piloto del Hospital de Niños no se interrumpió y resultó en un consenso acerca de su efectividad y pertinencia. A pesar de la inestabilidad y de las desventajosas condiciones de trabajo, el grupo de enfermeras argentinas capacitadas por las enfermeras norteamericanas tuvo un rol destacado durante la epidemia de 1943. Estas mujeres –las “Kenny argentinas”– fueron solicitadas especialmente por su experticia: realizaron viajes de perfeccionamiento en el exterior y brindaron capacitaciones en diferentes ciudades (Mi-

siones, Concordia, Victoria, Salta, Jujuy, Rosario, Santa Fe y Córdoba), en Chile y en Uruguay y fueron las que, a través de su ejercicio profesional, validaron el método en nuestro país (Argentina, Archivo General de la Nación, legajo 113, expediente 9355; 1942–1944).

Una vez superada la epidemia, y con el fin de apreciar mejor los resultados de esta nueva técnica, el equipo de especialistas del Hospital de Niños solicitó continuar las actividades de investigación aplicada con el fin de capitalizar los esfuerzos y aprendizajes invertidos y asistir a los enfermos de otras epidemias. Sin embargo, los recursos hospitalarios asignados fueron interrumpidos. Para entonces, la Sociedad de Beneficencia de la Capital (encargada de administrar el Hospital de Niños, entre otras instituciones asistenciales) enfrentaba serias dificultades financieras para mantener los servicios en condiciones. Luego de la Revolución de Junio de 1943, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión encabezada por Juan Domingo Perón, se implementaron una serie de medidas destinadas a favorecer a los trabajadores. Un conjunto de normas acentuó la regulación estatal en materia laboral (como los convenios colectivos de trabajo, el Estatuto del Peón de Campo y los Tribunales de Trabajo) y el incremento de los mecanismos de control. La regularización obligatoria de la jornada laboral de ocho horas exigidas por las nuevas disposiciones de la Secretaría representó una carga monetaria hasta el momento no contemplada en los presupuestos de los hospitales. En ese contexto, financiar las actividades del equipo de poliomielitis una vez solucionada la epidemia era un aspecto difícil de resolver. Resulta comprensible la preocupación de los equipos médicos por aquellos niños de las provincias y de escasos recursos para quienes el regreso al hogar representaría la discontinuidad de un tratamiento adecuado y mayores probabilidades de padecer deformaciones osteoarticulares, además de esterilizar los esfuerzos realizados. Esta situación no pasará inadvertida a las voluntarias, quienes asumieron un relevante papel especialmente durante las crisis sanitarias y epidemias (conseguían medicamentos e insumos, acompañaban a familiares y a enfermos, realizaban tareas de secretaría). En tales circunstancias,

un grupo de ellas –vinculadas a los servicios de poliomielitis– creó, en 1943, la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil [ALPI]. Constituida por madres de sectores medios y altos, algunas conocieron la enfermedad a través de sus propios hijos y eran conscientes de la importancia de sostener los largos tiempos que requieren los procesos de rehabilitación. Esta organización –en sus inicios subsidiaria de los hospitales públicos– se convirtió gradualmente en una referencia obligada en rehabilitación motriz y congregó a los especialistas destacados de la época. Con los años, ALPI representó una instancia clave de mediación entre la sociedad civil y el Estado y articuló recursos entre ambos escenarios. Las colectas populares, las alcancías (a semejanza de las estrategias recaudatorias de la FNIP) y las campañas de vacunación de ALPI son parte del repertorio de clásicas postales de la vida cotidiana en tiempos de polio e imprimieron huellas en los recuerdos de toda una generación que conoció la enfermedad en la Argentina (Testa, 2016).

En otra oportunidad escribimos sobre los “etcétera del cuidado” para señalar el lugar protagónico de las mujeres durante las epidemias. Utilizamos la palabra etcétera para acentuar la invisibilización y la falta de reconocimiento de innumerables tareas que fueron desempeñadas por mujeres en contextos epidémicos. A partir de su función materna a cargo de la prole, como voluntarias en organizaciones que daban asistencia a enfermos y necesitados o como personal sanitario, las mujeres aportaron materia prima fundamental a los andamiajes del cuidado (Testa, 2018). El estudio de las profesiones feminizadas (enfermería, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, psicología, pediatría) ha visibilizado cómo un amplio abanico de prácticas basadas en los “etcétera del cuidado” sostuvieron, en gran medida, la trama micropolítica del trabajo en salud. Si bien esas tareas al ser vistas como continuidades del dominio doméstico resultaron desvalorizadas y mal remuneradas, materializaron (y materializan) dimensiones afectivas y éticas que fueron (y son) fundamentales no solo durante las emergencias sanitarias sino para abordajes de salud basados en la producción de cuidados y no en el

uso exclusivo de tecnologías biomédicas; además dichas tareas visibilizaron la complejidad del cuidado profesional en sus aspectos emocionales, sociales, económicos, culturales y políticos.

El terremoto que despertó vocaciones

Un suceso que ha tenido un rol importante para la promoción de espacios de capacitación en la enfermería en Argentina fue el terremoto de San Juan de 1944. Como sostienen Di Liscia y Álvarez, las catástrofes naturales, como terremotos o inundaciones, al afectar el medio ambiente, pueden generar diferentes crisis en las sociedades. En ocasiones impactan sobre el orden político e inducen a diferentes instituciones, públicas y privadas, a actuar sobre el conjunto social, provocando o intentando provocar alteraciones ya sea para volver la sociedad al punto inicial o bien para avanzar sobre diferentes aspectos estructurales tanto desde la realización de obras públicas o la instalación de instituciones tales como la Cruz Roja (abordada por Álvarez y Di Liscia en otro capítulo de este libro), entidad de ayuda humanitaria de carácter internacional que en el caso de la Argentina, entre otras acciones, dio socorro a las víctimas del terremoto de Mendoza y de Salta acontecidos durante la década de los treinta del siglo xx (Di Liscia y Alvarez, 2019, pp. 154–155). En este contexto y en dialogo con dichas experiencias, analizamos el terremoto de San Juan de 1944 ya que en estas experiencias previas también quedaron al desnudo, entre otras carencias, las del déficit en cuanto formación de recursos humanos capacitados ante ciertas calamidades, pero como diferencia de estos sucesos trágicos quienes tomarán la responsabilidad de organizar instancias de capacitación serán emprendimientos estimulados, proyectados y financiados desde las responsabilidades estatales.

El terremoto de San Juan ocurrió el 15 de enero y dejó alrededor de diez mil muertos y a la mitad de la provincia sin vivienda dado que estaban erigidas de adobe. El dramatismo del suceso puso en

evidencia las carencias sociales y la falta de infraestructura. Como señala Mark Healey (2002)

Es solo la presencia humana, y el derrumbe de las construcciones humanas, lo que convierte los acontecimientos sísmicos en desastres naturales. Más allá de las estructuras físicas, parte de la culpa del desastre puede encontrarse también en las estructuras sociales y en las relaciones de poder que ponen en riesgo a ciertos grupos sociales y no a otros. Si bien estas estructuras sociales suelen ser invisibles o darse por sentadas, un desastre de proporciones puede sacarlas a la luz y someterlas a un cuestionamiento.

Las necesidades sanitarias que se produjeron, el miedo por la potencial infección proveniente del sepulcro abierto y la inminente campaña de vacunación contra el tifus demandó un enorme operativo médico conformado tanto por argentinos como por chilenos (Healey, 2002). Asimismo, aceleró la puesta en funcionamiento del gran hospital policlínico general: el Hospital Central en Mendoza. Este nosocomio se comenzó a utilizar, por disposición de las autoridades nacionales, antes de finalizar las obras, para albergar a quienes habían sufrido las consecuencias del terremoto de la provincia aledaña (Raffa, 2020).



Foto N° 3. Sobrevivientes removiendo escombros.
Fuente: AGN, 1944.

Este suceso fue una experiencia desgarradora para la región y demostró, una vez más, que la Argentina era mucho más de lo que sucedía en Buenos Aires. Juan Domingo Perón, por entonces secretario de Trabajo y Previsión, supo interpretar las posibilidades políticas de dicho momento y para satisfacer las acuciantes demandas sociales organizó una campaña solidaria a cargo de la institución estatal que presidía, desplazó en este emprendimiento a las instancias de caridad privada, quienes solían tener un rol activo en este tipo de acciones, e inauguró una decidida apuesta por la intervención social bajo instancias estatales y en pos de lograr la concreción de derechos sociales postergados. La colecta y el protagonismo de Perón en este suceso marcó el inicio de su proyecto político que lo conduciría a la presidencia dos años más tarde.

La Secretaría de Trabajo y Previsión repartió alimentos y medicinas de forma diaria a cuarenta y cinco mil sobrevivientes en San Juan y a quince mil refugiados en otros lugares y se despacharon toneladas de donaciones vía ferrocarril a San Juan. Los medios de comunicación tuvieron un rol destacado para dar a conocer las necesidades y lograr la sensibilidad social necesaria para fomentar las donaciones hacia San Juan (Healey, 2012).

En los desastres naturales o en las situaciones de emergencia se generan momentos de solidaridad, se crean oportunidades laborales y, también, se suelen despertar vocaciones. Como sostiene América Molina del Villar (2009), ante situaciones de crisis dos sentimientos o pasiones universales surgen; el miedo y la esperanza. Ambas pasiones se encuentran cimentadas y alimentadas por la incertidumbre del presente y del futuro. En esta misma línea, Orhan Pamuk (2020) sostuvo que ante situaciones de catástrofes “el miedo provoca dos respuestas diferentes, en mí y quizá en todos nosotros. A veces me empuja a encerrarme en mí mismo, en la soledad y el silencio. En otras ocasiones, me enseña a ser humilde y practicar la solidaridad”. En el terremoto de San Juan, mientras algunos médicos se fugaban en el momento que eran más necesitados, voluntarios encontraban personas bajo los escombros con vida luego de tres días del evento

tal como el caso de la hija de un terrateniente que se había dado por muerta (Healey, 2002); o muchas mujeres se sintieron atraídas para ocupar puestos de enfermería o para capacitarse luego de las urgencias y demandas sanitarias que quedaron visibilizadas por la prensa periódica, la radio y las colectas públicas de un suceso provincial que tomó ribetes nacionales. Por ejemplo, Margarita Basomba, enfermera egresada de la Cruz Roja porteña y quien tuviera un lugar preponderante en la enfermería de la ciudad de La Plata, señaló que este suceso marcó su vida ya que fue una de las integrantes de la delegación instalada en Mendoza con el fin de socorrer a heridos que llegaban desde San Juan. Además, presencié la muerte de dos colegas que se produjo por un desperfecto en un avión que se dirigía a dicha provincia. Ambos sucesos trágicos apuntalaron aún más su espíritu solidario y se inclinó definitivamente por esta profesión que durante los años venideros la tuvo en sitiales de reconocimiento profesional (Ramacciotti y Valobra, 2020).

Tal como señalan Adriana Álvarez y María Silvia Di Liscia (2019) las escuelas de enfermeras de la Cruz Roja Argentina tuvieron una importante expansión luego de los terremotos de Mendoza (1929) y de Salta (1930) y lograron incrementar el interés de mujeres jóvenes en capacitarse en tareas humanitarias para dar respuesta a situaciones de desastres, pero la necesidad de recursos humanos capacitados tomó mayor relevancia nacional luego del sismo de San Juan. Ante esa situación, la Secretaría de Salud Pública [SSP] creada en 1946 durante el gobierno peronista (1946–1955) impulsó, a tono de lo que estaba sucediendo en otras latitudes, la creación de espacios educativos que profesionalizaran la práctica sanitaria. Para tal fin se impulsó la Escuela Superior de la SSP (1947) y, dependiendo de esta, la Escuela de Enfermeras de la SSP. En este último ámbito se abrió un espacio de inserción a las mujeres, relacionado con la enfermería, para las que eran consideradas especialmente capacitadas en función de las nociones de género imperantes en la época. Tres años más tarde la Fundación Eva Perón [FEP] fundó la Escuela de Enfermeras “7 de mayo”. Ambas escuelas mejoraron la capacitación

y brindaron una formación que apuntó a la atención y al cuidado de las personas hospitalizadas y a las tareas de prevención en los espacios urbanos y rurales. La Escuela de Enfermeras de la FEP contaba con una materia para intervenir en casos de catástrofes. El curso de “Defensa Nacional y Calamidades Públicas” tuvo como objetivo brindar nociones para que pudieran intervenir en casos de “guerra, sublevaciones y huelgas generales” y también contaban con la capacitación necesaria para que ellas pudieran manejar vehículos necesarios para la movilidad sanitaria (Ramacciotti y Valobra, 2008).

Estos espacios formativos se constituyeron en una opción laboral para numerosas mujeres que veían en esta profesión una entrada al mercado laboral y también un trabajo que no debía soportar el peso del estigma asociado a las obreras. Tal como lo ha señalado Mirta Lobato (2007) las trabajadoras fabriles sufrían una doble culpabilización; por un lado, eran estigmatizadas por ausentarse de su hogar, por otro lado, al exponer su cuerpo a las exigencias del mundo industrial se creía que también deterioraban su capacidad reproductiva.

En sendas escuelas que se impulsaron durante el peronismo se mantuvieron los enunciados vinculados a la vocación de servicio y al espíritu caritativo. La apropiación de ciertas ideas del mundo religioso trasladadas a ese espíritu solidario, de ayuda al prójimo, de concreción laica del ideal cristiano, influyó para que muchas personas se sintieran convocadas para esta profesión. Otro aspecto para destacar fue el interés de promover un modelo de enfermería centrado en la detección de necesidades sociales y sanitarias en los lugares carenciados. Las experiencias de trabajo en el barrio porteño de Villa Soldati de las enfermeras de la Escuela de Enfermería de la SSP en 1947 es un ejemplo de ello. La detección temprana de potenciales enfermedades, la enseñanza de pautas de higiene y cuidado, la administración de vacunas y la derivación, si fuera necesario, a centros asistenciales, fue un aspecto que comenzó a tener mayor protagonismo entre las tareas de la enfermería y que se expandirían durante la segunda mitad del siglo xx (Martin y Ramacciotti, 2019).

Entonces, una catástrofe natural, tal como el desastre que ocasionó el terremoto de San Juan, fue un envión para impulsar espacios de capacitación que mejoraran las pericias dentro del sector de enfermería. Si bien los argumentos se centraron en las supuestas dotes de sacrificio y cuidado innato que ellas portaban por su sexo, el proceso de capacitación y de la búsqueda de saberes para mejorar sus prácticas marcó un mojón destacado dentro de la historia de la profesión. Aunque mantuvieron un rol subordinado a las indicaciones de los profesionales de la salud, contaron tanto con saberes para desenvolverse en el espacio hospitalario como también nociones para intervenir en experiencias concretas de trabajo en espacios públicos tales como barrios carenciados o experiencias de emergencia. Sin lugar a duda, si bien se complejizaron conocimientos y experiencias laborales, esto no devino en una discusión en torno a sus derechos laborales. En efecto, en la medida en que el proceso de feminización reclamaba más mujeres para la enfermería desplazando a los varones, las mujeres no recibían un reconocimiento pecuniario ni profesional concomitante pues, precisamente, su demanda se basaba en la idea de que la precarización era consustancial al ejercicio de dicha actividad y que las mujeres, por sus condiciones naturales, podían sobrellevarla sin conflicto. En la práctica, las organizaciones de enfermeras, que se comenzaron a formar en este período, también tuvieron problemas para efectivizar sus demandas pues incurrieron en una lógica semejante. Sin embargo, evidenciaron que, en tanto trabajo, su tarea merecía un salario digno que les permitiera satisfacer sus necesidades básicas y sobre esa lógica tallaron en el espacio público (Ramacciotti y Valobra, 2017).

Reflexiones en torno del pasado y el presente

Entonces, ¿cómo se pueden enlazar estas experiencias históricas vinculadas a reconocimientos, relaciones entre las profesiones del cuidado y la política nacional o internacional y el estímulo a ins-

tancias de capacitación desde el Estado en torno a tareas ligadas al cuidado con la covid-19? ¿Es posible identificar semejanzas y diferencias entre estas experiencias y nuestros tiempos?

Estamos frente a un contexto plagado de actitudes de cuidados solidarios que logran superar las filiaciones políticas de quienes son sujetos de atenciones. Multiplicidad de agentes de cuidado, día tras día, sin materiales adecuados, con extenuantes jornadas de trabajo que brindan cuidados a quienes deben transitar el coronavirus en contexto de aislamiento. Son figuras anónimas; en los casos más trágicos se conocen sus nombres cuando fallecen. En los inicios de la pandemia, narrativas mediáticas apelaron a figuras arquetípicas de médicos y enfermeras. No obstante, el empeño de algunos sectores en propiciar aplausos sincronizados y exaltados agradecimientos a los profesionales de la salud, pasado el primer cimbronazo de la entrada del virus al país –para bien y para mal– el devenir epidémico ha dejado al desnudo la humanidad de los héroes. Trabajadores de carne y hueso, más o menos abnegados o egoístas, tan vulnerables al virus como cualquiera, no permanecen ajenos al riesgo y al temor de contagiarse, así como tampoco inmunes a las condiciones inestables y precarizadas que regulan el mercado sanitario (Testa, 2020).

Los medios de comunicación, el rol de la televisión y de internet, han pasado de una centralidad en las víctimas, aisladas de todo el contexto social, a una naturalización de los contagios y las muertes. Un periódico realizó un informe titulado “Los héroes que hemos perdido” en el que se registra la cantidad de médicos, enfermeros y auxiliares contagiados y fallecidos. Al momento de publicación de la nota periodística, octubre del 2020, existía el 5 % del total de los contagios y el 0,9 % de las muertes por coronavirus; además brindaban breves referencias biográficas de quienes “murieron en el frente de batalla, peleando cara a cara con el coronavirus sin bajar los brazos más allá de las condiciones de trabajo que hayan tenido que enfrentar” (Illbele, 2020). También existen ejemplos de homenajes con aplausos y sirenas provenientes de los mismos integrantes de las unidades hospitalarias y la producción televisiva de un *docu-rea-*

lity “Héroes Invisibles” que cuenta las historias de vida de aquellos seres anónimos que trabajan en cada una de las fases de la covid-19 (Héroes invisibles; 2020). Estos relatos se ven tensados por los propios actores quienes sostienen “Hay que desmitificar el discurso del héroe o del mártir. No lo somos, somos trabajadores” (Chaina, 2020).

Los medios de información masivos pueden referirse a ellos como “héroes y heroínas de la salud”, “héroes invisibles”, “Ejército anónimo de voluntades”, “La avanzada”, “La primera línea de batalla”, “vocación solidaria”, pero sin profundizar sobre sus condiciones laborales, su falta de reconocimiento y de prestigio social. El “amor por la profesión”, la “pasión”, “la ayuda amorosa” sobresalen por sobre las carencias estructurales que portan las profesiones ligadas al cuidado.

Estas representaciones sobre el personal de salud convivieron con denuncias de situaciones de discriminación dirigidas hacia el personal de salud por parte de sus vecinos por ser culpabilizados como vectores de contagio. Asimismo, sus reclamos en torno a la imperiosa necesidad de incrementar las recomendaciones sanitarias para evitar el colapsamiento del sistema de salud no parecieron ser escuchadas ya que abundaron múltiples actitudes de desobediencia civil, negación de la enfermedad y falta de empatía que se produjeron día a día con bares repletos de personas, quemas de barbijos y manifestaciones políticas presenciales que, en muchos casos, no cumplían los recaudos sanitarios aconsejados.

En los últimos años, la presencia de los movimientos antivacunas en los medios de comunicación es cada vez más visible (Brown, 2015). No obstante que los debates que interpelan la utilización de vacunas están presentes desde el momento de su invención, estas visiones aparecen como algo “nuevo” y se han recrudecido para cuestionar las políticas de inmunización. En ese sentido, es posible observar en medios de comunicación y redes sociales la presencia de narrativas sobre las vacunas anticoronavirus que siembran interpretaciones y emocionalidades negativas, en muchas ocasiones sin sustento científico. Si bien en Argentina el nivel de inmunización de

la población es alto (95 %) y se mantiene una estricta vigilancia epidemiológica, existen posturas tanto entre médicos como entre legos que se oponen a la utilización de vacunas y postulan la libertad y el derecho de abstenerse de las mismas. De cara a los próximos desafíos de inmunizar por primera vez a la población con una vacuna para el coronavirus, es importante considerar que estas tensiones y resistencias debieran ser tomadas en cuenta para diseñar las estrategias de inmunización y las agendas de investigación y capacitación en pos de acompañar y fortalecer las intervenciones de los profesionales de la salud, especialmente de aquellos involucrados en los primeros niveles de atención, frecuentemente bajo la responsabilidad de enfermería.

En un horizonte futuro esperamos que luego de esta pandemia se activen los espacios de capacitación para incrementar la formación en los cuidados sanitarios, pero que dichas instancias formativas traigan un serio y sincero debate en torno a sus condiciones laborales, derechos y reconocimiento. Las profesiones del cuidado sanitario están marcadas por la extensión de la jornada laboral a través del pluriempleo, la realización de horas extra muchas veces “no registradas”, y el trabajo durante fines de semanas y días no laborales. Estas características del mercado laboral en esta pandemia colaboraron para incrementar los casos de contagio, ya que debían concurrir a diferentes instituciones para tener un salario digno. Los contratos de trabajo rozan la ilegalidad, ya que se formalizan con acuerdos precarios que no garantizan derechos laborales adquiridos. Además, se ha denunciado falta de personal capacitado en técnicas de cuidados críticos y la carencia de elementos de protección personal, agotamiento físico, mental y miedo. Tal como señaló Estela Maimone, enfermera certificada en Control de Infecciones de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones y directora del Grupo Asesor Control de Infecciones y Epidemiología [CODEINEP]

Desde que la covid-19 llegó a la Argentina, y pese a los cuidados para no expandir la pandemia, existe un 5 % de personas contagia-

das que quedan internadas en unidades de cuidados intensivos. Allí, son los enfermeros y enfermeras quienes tienen un contacto más estrecho y prolongado con los pacientes, los cuales quedan bajo su cuidado las 24 horas (en turnos de 7 horas o más), a lo que debería sumarse la consideración de que muchos enfermeros y enfermeras tienen más de un trabajo, lo que significa una mayor exposición (Maimone, 2020).

La medicina social de los años cuarenta del siglo xx tenía como horizonte la posibilidad de un mundo sin hospitales ni enfermedades, pero queda claro que fracasó. En el mundo que estamos atravesando las enfermedades crónicas, endémicas y epidémicas son una constante en nuestras vidas y nuestras emociones. Por tanto, sin políticas de Estado que apuesten a la capacitación, a la investigación científica y a la salud pública serán menores las posibilidades de reducir las desigualdades sociales y el impacto que ellas generan.

La celebración de los “Héroes y heroínas de la salud pública”, estrategia política utilizada por las autoridades oficiales cuando pasan las crisis sanitarias por medio de entrega de medallas o relojes, como en el caso de Elvira Rawson, no modifica las condiciones de trabajo y solo colabora en aumentar el panteón heroico de la historia de la medicina con bastante bronce pero, en muchos casos, sin un debate en torno al reconocimiento, al prestigio y a las mejoras salariales. Retomamos en este sentido las palabras de Maximiliano Fiquepron cuando sostiene:

[...] la aparición de algunas figuras emblemáticas, la forma en que se describen los cuerpos y escenas y el propio ritmo que tiene la narración de la epidemia constituyen elementos que brindan la posibilidad de encauzar un acontecimiento traumático, sobre todo, que enlazan esa experiencia con otras: “normalizan” la crisis al ponerla en comparación con otras semejantes (Fiquepron, 2020, p. 61).

Esperamos que una vez superada la pandemia de covid-19 podamos reflexionar y poner este suceso como una inflexión de cómo

se modificó el rol de Estado y las condiciones sanitarias y laborales de los agentes del cuidado y, sobre todo, que recordemos como un lejano hecho del pasado los actuales reclamos desesperados del personal de salud o bien que estas demandas y luchas impliquen la construcción de otras formas de atención y cuidado que cuenten con recursos suficientes, con el fortalecimiento del tejido social necesario y, por sobre todo, con decisiones políticas impostergables. En este sentido, compartimos el anhelo de Alain Touraine quien en una entrevista sostuvo “Esta crisis empujará hacia arriba la categoría de los cuidadores ya que no pueden seguir estando mal pagados” (Touraine, 2020).

Agradecimientos

El siguiente artículo se inscribe dentro de los resultados de los siguientes proyectos “La enfermería universitaria en la Argentina (1952 a 1969) Código del Proyecto A003/2017. Resolución R. N°200/2017 de UNPAZ y Renovación por Resolución 469-2019 de la Universidad Nacional de Quilmes; “El proceso de profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería universitaria en Argentina (1940-1970)”;

“Género y modernización política (Argentina, 1955- 1970)” de la Universidad Nacional de La Plata. Periodo 2019- 2021 y PISAC- COVID 19 00022 Res. N. 119- 2020 “La Enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la post-pandemia de la covid-19). Argentina siglo xx y xxi”. Nuestro agradecimiento a Maximiliano Figuepron quien compartió su rico material de archivo sobre la fiebre amarilla de Buenos Aires de 1871 con nosotras.

Bibliografía

Alonso, Paula (2000). La Unión Cívica Radical: Fundación, Oposición y Triunfo (1890–1916). En Mirta Lobato (dir.), *Nueva Historia Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.

Archivo General de la Nación (1942–1944), legajo 113, expediente 9355; Argentina.

Armus, Diego (2020). Covid–19 y tuberculosis: incertidumbres en tiempos de pandemia y a cara femenina de la tuberculosis en Buenos Aires en los años del tango clásico. En Marcela Vignoli, *Epidemia y Endemias en la Argentina moderna. Diálogos entre pasado y presente*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Archivo Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. Legajo 16–1871. Buenos Aires.

Aspiazu, Eliana (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11–35.

Barrancos, Dora (2007). *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos*. Buenos Aires: Sudamericana.

Beliera, Anabel y Malleville, Sofía (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del Trabajo*, 59, 1–26.

Berg, Roland(1949). *La lucha contra la poliomiélitis*. Buenos Aires: Nova.

Brown, Josefina (2015). Los movimientos antivacunas en Internet. Notas para el debate. En Mónica Petracci (coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp. 85–98). Buenos Aires: Prometeo,

Cammarota, Adrián (2019). Elvira Rawson en el Sur, Elvira Rawson contra el Consejo Nacional de Educación (1926). *Workshop Salud y Educación: una mirada interdisciplinaria. Actores, intervenciones estatales y sociedad civil. Argentina: 1890–2019*, Universidad Nacional de La Matanza, Buenos Aires.

Chaina, Patricia (27 de agosto de 2020). Coronavirus en Argentina: dos muertes por día en el personal de salud. *Página 12*, 35, (11873). Recuperado de

<<https://www.pagina12.com.ar/285549-coronavirus-en-argentina-dos-muertes-por-dia-en-el-personal->>.

Di Liscia, María Silvia y Álvarez Adriana (2019). Ciudades atormentadas: catástrofes urbanas y atención humanitaria (Cruz Roja Argentina, 1864–1930). *Resgate –Revista Interdisciplinaria de Cultura*, 2 (38), 153–174.

Fiquepron, Maximiliano (2020). *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*, Buenos Aires: Sudamericana.

Gallo, Rosalía (2001). *Las mujeres en el radicalismo argentino 1890–1991*, Buenos Aires: Eudeba.

Healey, Mark (2002). La trama política de un desastre natural; el terremoto y la reconstrucción de San Juan. *Entrepasados*, 11 (22), 49–66.

Healey, Mark (2012). *El peronismo entre las ruinas. El terremoto y la reconstrucción de San Juan*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Illbele, Florencia y Martín, Hugo (19 de octubre de 2020). Los héroes que hemos perdido. *Infobae*. Recuperado de <https://especiales.infobae.com/heroes-coronavirus/index.html?fbclid=IwAR07_O7NN_LFpflfM4O4SSW-grMBfZq84y1QTJB_QFgoslRU_WWPU6NOJwBY>.

Jelin, Elisabeth (1998). *Pan y Afectos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Lobato, Mirta (2000). Estado, gobierno y política en régimen conservador. En Mirta Lobato (dir.), *Nueva Historia Argentina*, (pp. 179–208). Buenos Aires: Sudamericana.

Lobato, Mirta (2007). *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869–1960)*, Buenos Aires: Edhasa.

Lorenzo, María Fernanda (2016). *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la Universidad: las académicas en la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XX*. Buenos Aires: Eudeba.

Maffía, Diana (2007). Dicotomía sexual. En Dora Barrancos, Eva Giberti y Diana Maffía, *Diccionario de estudios de género y feminismos* (pp. 89–90). Buenos Aires: Biblos.

Maimone, Stella (24 de abril de 2020). Los enfermeros en época de Covid-19, *Telam*. Recuperado de

<<https://www.telam.com.ar/notas/202004/454047-los-enfermeros-en-epoca-de-covid-19.html>>.

Martin, Ana Laura (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti (dir.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-286). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Martin, Ana Laura y Ramacciotti, Karina (agosto 2019). *La enfermería en salud pública en Santiago de Chile y Buenos Aires. El caso de Quinta Normal y Villa Soldati en los años cuarenta del siglo xx*. Trabajo presentado en XIV Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IX Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Universidad Nacional de Mar Del Plata.

Molina del Villar, Amércia (2009). Entre el miedo y la esperanza: la peste de 1737 y la mujer hechicera de San Pablo del Monte, Puebla. En Elisa Speckman Guerra, Carla Agostoni y Pilar Aizpuru (coords.), *Los miedos en la historia*. México: Colegio de México y Universidad Nacional Autónoma de México.

Pamuk, Orhan (16 de mayo de 2020). Lo que las grandes novelas sobre pandemias nos enseñan. *La Nación*. Recuperado de

<<https://www.lanacion.com.ar/opinion/lo-que-las-grandes-novelas-sobre-pandemias-nos-ensenan-lecturas-biografia-nid2365414>>.

Pereyra, Francisca y Micha, Ariela (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud Colectiva*, 12 (2), 221-238.

Raffa Cecilia (2020). Políticas sanitarias y arquitectura de Estado en Mendoza: el Gran Policlínico Central (1938-1943). *Estudios Sociales del Estado*, 6 (11), 39-75.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2008). Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista. En Carolina Barry, Karina Ramacciotti y Adriana

naValobra (eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres en Buenos Aires: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires: Biblos.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940–1955). En Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti (dir.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287–314). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2017). El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949–1967. *Dynamis*, 3 (87), 367–387.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2020). Con el descanso del viento. Margarita Basomba y la enfermería platense. En Karina Ramacciotti (ed.) *Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y Presente de una profesión* (pp. 242–273). José C. Paz: Editorial de la Universidad Nacional de José C Paz, Recuperado de <<https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/download/49/60/187-1?inline=1>>.

Ramacciotti, Karina (2017). La Fundación Rockefeller y la División Internacional de Salud en el Río de la Plata y la Región Andina. Ideas, concreciones y obstáculos (1941–1949). *Redes*, 23 (45), 97–121. Recuperado de <<http://iec.unq.edu.ar/index.php/es/publicaciones/revista-redes/numeros-anteriores/item/268-redes-45>>.

Rogers, Naomi (2013). *Polio Wars: Sister Kenny and the Golden Age of American Medicine*. Oxford: University Press Scholarship Online.

Testa, Daniela (2016). Poliomiélitis, rehabilitación y los “etcétera” del cuidado: visitadoras, nurses y voluntarias. *Avances del Cesor*, 8 (15), 157–179. Recuperado de <<http://web2.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/AvancesCesor/index>>.

Testa, Daniela (2018). *Del alcanfor a la vacuna Sabin. La polio en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Testa, Daniela (2020). Cuando lo esencial se hace visible: Reflexiones sobre la pandemia de covid–19 en Argentina. *Campinas*, 28 (55), 301–313.

Touraine, Alan (28 de marzo de 2020). Esta crisis va a empujar hacia arriba a los cuidadores. *El País*. Recuperado de <<https://elpais.com/>

ideas/2020-03-28/alain-touraine-esta-crisis-va-a-empujar-hacia-arriba-a-los-cuidadores.html>.

Valobra, Adriana (2008). Feminismo, sufragismo y mujeres en los partidos políticos en la Argentina en la primera mitad del siglo xx. *Amnis. Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques*.

Wainerman, Catalina y Binstock, Georgina (1994). Género y ocupación en el sector de Enfermería. *Estudios del Trabajo*, 7, 44-65. Recuperado de <<http://www.aset.org.ar/docs/Wairnenman%20Y%20Binstock.pdf>>.