



Las representaciones sociales de la enfermería: un círculo vicioso que la pandemia no pudo romper^{*}

Lucía Federico¹, Silvia Gabriela Pérez² y Melisa Belén Senones³

^{*} Este trabajo ha sido posible gracias al financiamiento de los proyectos: PUNQ 0990/19 (Universidad Nacional de Quilmes), PICT 2018-3454 (ANPCyT, Argentina), UNTREF 32/19 80120190100115TF y 80120190200069TF (Universidad Nacional de Tres de Febrero).

NOTA DEL EDITOR: El presente trabajo ha sido escrito con el uso de lenguaje inclusivo. No existiendo aun normas de referencia claras para artículos académicos, T&S ha optado por aceptar el uso de la “x” en el cuerpo del texto, debiendo respetarse la enunciación original en las citas en castellano y permitiendo su uso en la traducción de las citas extraídas desde otros idiomas con la declaración de “traducción propia”. Esta norma podrá variar a futuro.

Fecha de recepción: 11 de junio de 2021. Fecha de aceptación: 10 de setiembre de 2021.

DOI: 10.46553/TYS.10.2021.p23-50.

¹ Licenciada en Ciencias Biológicas (Universidad de Buenos Aires) y Doctora en Epistemología e Historia de la Ciencia (Universidad Nacional de Tres de Febrero). Docente-investigadora del Centro de Estudios de Filosofía e Historia de la Ciencia de la Universidad Nacional de Quilmes. Coordinadora y Profesora de Metodología de la Investigación en la Universidad Nacional de Tres de Febrero. luciafed@hotmail.com.

² Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora y maestranda en Investigación Científica (Universidad Nacional de Lanús). Coordinadora de la Carrera Especialista en Cuidados Críticos Pediátricos de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Vicerrectora de la Escuela Superior de Enfermería “Cecilia Grierson”.

³ Enfermera Universitaria (Universidad de Buenos Aires) y estudiante avanzada de la Licenciatura en Enfermería (Universidad Nacional de Quilmes). Becaria de grado en investigación y docencia, Beca EVCCIN, Centro de Estudios de Filosofía e Historia de la Ciencia de la Universidad Nacional de Quilmes. Integrante del equipo técnico de la Dirección de Regiones Sanitarias y Desarrollo de Redes en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Integrante de Colectiva de Salud Feminista.

RESUMEN

Retomaremos el marco de comprensión que nos brinda la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), de Moscovici, entendida como una teoría de la comprensión pública de la ciencia, para analizar los procesos que atraviesan y constituyen la enfermería, la ciencia y la tecnología del cuidado. Nuestro objetivo es demostrar la prevalencia de un círculo vicioso de relaciones de poder, que perpetúan los procesos de desvalorización social de la profesión, aún en tiempos de pandemia. Sostenemos que, para que la imagen pública de la enfermería cambie, es necesario asumir la existencia de este círculo vicioso de RS sobre la profesión.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, Imagen pública, Círculo vicioso, Medicina, Poder hegemónico.

ABSTRACT

We will return to the understanding framework provided by Moscovici's Theory of Social Representations (TSR), understood as a theory of public understanding of science, to analyze the processes that go through and constitute nursing science and care technology. Our objective is to demonstrate the prevalence of a vicious circle of power relations, which perpetuates the processes of social devaluation of the profession, even in times of pandemic. We argue that for the public image of nursing to change, it is necessary to assume the existence of this vicious circle of SR on the profession.

KEYWORDS

Nursing, Public image, Vicious circle, Medicine, Hegemonic power.

I. INTRODUCCIÓN

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el estado de pandemia frente al COVID-19, la catástrofe sanitaria puso al descubierto circunstancias que se daban en el interior del Sistema de Salud que, aunque muchos advertían, sólo pudieron ser develadas en la presente tensión: el deterioro constante, el desgaste continuo y la desvalorización social que sufre el/la profesional de enfermería.

No existe otra fuerza laboral en el área de salud que genere tanta controversia, en cuanto a su imagen, como la enfermería (Federico, Pérez y Senones, 2021). Así, mientras que el Director General de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declara que “(l)os profesionales de enfermería son la columna vertebral del sistema de salud. Hoy en día se encuentran en primera línea en la batalla contra la COVID-19” (OMS, 2020), los datos reflejan otra realidad: la escasez mundial de profesionales constituía un problema antes de la pandemia y que se agudiza con ésta. El primer informe de 2020 (informe SoWN) sobre el estado de la enfermería en el mundo presenta un déficit mundial de 5,9 millones de enfermerxs. A su vez, el 89 % de la escasez se concentra en países de renta baja y media, donde hay además mucha diferencia en los ingresos (y en las condiciones laborales) entre lxs distintxs profesionales de la salud, particularmente entre médicxs y enfermerxs (OMS, 2020). Lxs enfermerxs ciertamente serían “la columna vertebral del sistema de salud”, si hubiera la cantidad adecuada. Para ello, sería necesario el reconocimiento social de su estatus disciplinar. “Es paradójico, porque a principio de este año, en Argentina, se proclamaba un debate sobre el reconocimiento del enfermero como profesional, y hoy se lo distingue como un eslabón vital en la lucha contra esta pandemia” (según Griselda Stahl, en UNL Noticias, 2020).

En la Argentina, señalan Ramacciotti y Rayez, durante la pandemia “los saberes de los expertos médicos alcanzaron un sitio de privilegio a la hora de asesorar al Estado [...]. A los pocos días de detectarse los primeros casos de la COVID-19 se conformó una ‘comisión de expertos’ integrada por profesionales de la salud [...] provenientes de la infectología, la epidemiología y la medicina clínica” (2020:18). Lejos de ser una novedad histórica, continúan, la notoriedad pública de lxs médicxs como “asesores expertos” de lxs *policy makers* trasciende la actual pandemia y evoca “una larga trayectoria a través de la cual diversos profesionales del *arte de curar* sostuvieron una performance técnica, política y pública” (2020:18, la itálica es nuestra). Podríamos preguntarnos, ¿y qué papel ocupan en

este entramado lxs profesionales en enfermería, lxs profesionales del *arte del cuidar*? Si bien hace dos años se creó la Dirección de Enfermería en el Ministerio de Salud, la respuesta nos llega de la mano de la Dra. Vizzotti, la actual Ministra, entrevistada recientemente por un medio de comunicación: “Hemos visto imágenes muy lindas, de enfermeros yendo a caballo muchísimos kilómetros para poder inocular a todos los argentinos. [...]. En algunos casos son los vacunadores los que se desplazan a inmunizar a las familias que no tienen acceso sencillo a los centros. Parece épico porque en verdad lo es” (Esteban, 2021:2). La imagen de sacrificio y falta de recursos es elocuente con el lugar que ocupan dichxs profesionales en el imaginario colectivo: “[...] se sostiene una idea de altruismo en donde importa tanto el bien ajeno que ni siquiera pued(e) pensar en sí mismo” (afirma Dalmaso, desde el colectivo enfermerx en Viú, 2021). Lo cierto es que no todxs lxs profesionales de la salud gozan de la misma jerarquía dentro del ámbito sociosanitario (Ramacciotti, 2020).

El sector de enfermería, aunque trabaja en atención directa, no tuvo participación en los comités de crisis de la pandemia. Pese a la actual formación de lxs profesionales en enfermería, y la normativa de su praxis, que le confieren el mismo estatus disciplinar que lxs médicxs, lxs infectólogxs, lxs epidemiólogxs y otrxs habituales asesores de lxs *policy makers*, estxs no forman parte de la “comisión de expertos”. Así, la pandemia también desnudó un déficit de voluntad política desde las instancias directivas de las instituciones de salud (Cassiani *et al.*, 2020:2). “Muchos otros saberes que tendrían bastante para aportar sobre las formas de evitar contagios y cuidar, en el sentido de ponerse en el lugar de esx otrx al que se cuida, están ausentes en el debate público” (Ramacciotti, 2021:238).

Quedó lejos la imagen de “columna vertebral del sistema de salud” evocada por el directivo de la OMS. El derrotero nos conduce a la acucian-te pregunta: ¿por qué? Distintxs autorxs han abordado este interrogante, desde la historia, la filosofía, la sociología y la comunicación. Aunque relevantes, creemos, brindan una respuesta atomizada. Nos proponemos aquí, retomando algunos de esos aportes, ensayar una alternativa integral, para lo cual haremos uso del marco teórico desarrollado por la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), de Moscovici. Las “representaciones sociales” (RS) son un *corpus* de conocimiento organizado que hacen inteligible la realidad física y social, que se integran en un grupo y en relaciones cotidianas de intercambio (Moscovici, 1979). Una de las características relevantes de las RS es la función social que cumplen de sustento de las relaciones intra e intergrupales que se establecen entre los sujetos en el transcurso de su vida.

La TRS corresponde a una aproximación teórica que puede ser ampliamente utilizada dentro de las Ciencias de la Salud para favorecer el diálogo y la comunicación intercultural entre el personal de salud y los usuarios de dichos servicios [...] el conflicto cultural, la falsa interpretación, entendimiento y aceptación se entretene en la interacción intersubjetiva, desafiando los procesos de salud y enfermedad en todas las sociedades (Mijangos Fuentes, Vázquez González y Torres López, 2020:197).

La elaboración de Moscovici puede ser entendida *stricto sensu* como una teoría de la comprensión pública de la ciencia, señala Cortassa (2010:27) y de allí su elección para la comprensión del proceso que atraviesa y constituye a la enfermería: la ciencia y la tecnología del cuidado.

Nuestro objetivo será, mediante TRS, demostrar la prevalencia de un círculo vicioso de relaciones de poder, que perpetúan los procesos de desvalorización social de la profesión, aún en pandemia⁴. Para ello, mostraremos, en primer lugar, la invisibilización de la ciencia enfermera en el campo de la comunicación pública de la ciencia y la tecnología, a través del análisis de los informes realizados sobre los *surveys* de percepción pública de la ciencia y la tecnología. Luego, nos introduciremos en las denuncias que se hacen desde el colectivo enfermero sobre la imagen pública de la enfermería. A continuación, recorreremos las RS del propio campo de la enfermería, retomando su historia y la formación profesional para comprender cómo se originan esas RS. Para ello, abrevaremos en distintos aportes empíricos y filosóficos del área. Finalmente, demostraremos cómo todos estos factores sostienen y retroalimentan la imagen actual de la enfermería. Como en todo problema complejo, no creemos que nuestro análisis resuelva el dilema aquí planteado. Sin embargo, sostenemos que para que algo cambie es necesario asumir la existencia de este círculo vicioso de RS sobre la profesión.

2. LA AUSENCIA DE ENFERMERÍA EN CPCT COMO PARTE DE SU INVISIBILIZACIÓN SOCIAL

Los estudios del campo de la comprensión pública de la ciencia y la tecnología (CPCT) se ocupan de “caracterizar la percepción de la ciencia por

⁴ El presente artículo no pretende reflejar un trabajo empírico en ciencias de la salud, sino que se propone como un ensayo filosófico para reflexionar sobre las representaciones sociales que determinados discursos poseen sobre la disciplina de la Enfermería y su autonomía, desde una óptica cercana a los estudios en Comunicación Pública de la Ciencia y la Tecnología.

parte de la ciudadanía” (Vaccarezza, 2009). La “alfabetización científica”, la “apropiación pública de la ciencia” o la “cultura científica”, en alguno de sus sentidos, puede ser entendida como “algo producido por los científicos al margen del público más amplio, y luego transmitido, de manera relativamente accesible, a los no especialistas” (Vaccarezza, 2009:77), quienes se espera se apropien de dicho conocimiento. Entre los componentes producidos se incluyen los “constructos científicos” (modelos, paradigmas, teorías) desarrollados en la “ciencia normal” (Kuhn, 1971), como ciertas “actitudes” hacia la ciencia y la tecnología (valores, expectativas, atención a la información, etc.). En este sentido, el modelo de comunicación que subyace en esta idea es el “modelo de déficit” (p. e., Wynne, 1993).

Dicho modelo establece una relación asimétrica, unidireccional y vertical entre aquellxs que portan el conocimiento científico y el público al que se dirigen lxs comunicadorxs de la ciencia. “El déficit cognitivo constituye a la idea de cultura científica como capacidad: se tiene o no se tiene, se tienen en diferentes proporciones las capacidades propias de la cultura producida. También el déficit implica cantidad que puede ser satisfecha con instrumentos que pongan de manifiesto la existencia o ausencia de tal capacidad” (Vaccarezza, 2009:77).

Aun asumiendo la evolución del campo, donde se identifican tres “paradigmas” (Bauer *et al.*, 2007), a saber: el “paradigma de Alfabetización Científica” de los sesenta; el “paradigma *Public Understanding of Science*” (PUS), de mediados de los ochenta y el “paradigma *Public Engagement of Science*” (PES), de los noventa, en todos ellos, de una u otra forma, aparece el modelo de déficit (ver p. e., Cortassa, 2012). “La discusión [...] no ha cesado hasta hoy y sigue plenamente vigente”, señala Rodríguez (2019:33), ya sea entendido como un déficit de actitud positiva del público hacia la ciencia o como déficit por parte de lxs expertxs e instituciones para mejorar el vínculo con la sociedad. A los fines útiles de nuestro trabajo, no entraremos en las críticas que dicho modelo ha suscitado (p. e., ver Larrión, 2014).

El modelo de déficit, que abrevia de los indicadores aplicados en los *surveys* de percepción pública de la ciencia y la tecnología, conforma una guía “heurística” (Vaccarezza, 2009) útil para definir estrategias en la comunicación pública de la ciencia y la tecnología. El modelo del déficit, afirma Larrión (2014), es un modelo teórico que procura dar cuenta de las relaciones “que pudieran establecerse entre el gran público y el actual entramado científico y tecnológico” (2014:2747).

Los *surveys* constituyen una manera de diagnosticar, de forma cuantitativa, la percepción pública de la ciencia y la tecnología. “Podría afirmarse que tales *surveys* se han constituido en el arca de alianza entre los intereses de la comunidad científica, el Estado como sostenedor y regulador de la investigación científica y tecnológica pública, y el periodismo científico como disciplina profesional de la popularización de la ciencia” (Vaccarezza, 2009:78).

Los *surveys*, además de evaluar la comprensión de contenido científico y tecnológico, definen “interés” en términos de la importancia subjetiva que el/la entrevistadox manifiesta en estos temas: “El supuesto es que tal interés es constituyente de la cultura científica y que ambas variables condicionan la actitud y el comportamiento de los individuos con respecto a la ciencia y la tecnología” (Vaccarezza, 2009:82).

Las experiencias latinoamericanas, señala Vaccarezza (2009), se basan en la tradición de *surveys* de los países desarrollados, adoptando muchos de sus indicadores, aunque también generando propios. Esta transferencia, que genera cierta homogeneización, permite una comparación internacional de los diferentes diagnósticos nacionales. Por consiguiente, tomaremos como ejemplo los *surveys* realizados en Iberoamérica, particularmente los de Argentina y España. En todos ellos se destaca el área de “medicina y salud”: “[...] como cabía esperar, son los más importantes, interesan a siete de cada diez de las personas encuestadas” (MinCyT, 2015:25). En la *Cuarta Encuesta Nacional de Percepción Pública de la Ciencia*, la última realizada en el país, se desprende que una proporción creciente de la población (70 % de la encuestada) percibe que lxs científicxs y tecnólogxs tienen una profesión prestigiosa: “[...] la confianza no solo está basada en la reputación sino además en el reconocimiento de que los científicos y tecnólogos tendrían, antes que otros profesionales, la experticia técnica necesaria para interpretar los hechos en discusión” (2015:12). Dentro de este grupo aparecen lxs médicxs. “Así, junto con los científicos, también los médicos tienen una aceptación elevada” (2015:13).

La encuesta compara, a su vez, el interés relativo que la población expresa sobre un conjunto de temas de la agenda social, coincidentes con las noticias que agrupan la información publicada por los medios de comunicación, lo que permite medir el diferencial entre interés e información para todos los temas en agenda, incluyendo ciencia y tecnología: “[...] la brecha entre interés declarado e informativo es mayor: corresponde a los contenidos de medio ambiente y ecología, así como medicina y salud. En este último caso, se demuestra que, siendo el tema de mayor interés decla-

rado, es también en donde las personas se sienten menos informadas” (2015:25). Algo preocupante en esta coyuntura de pandemia, que también se observa en los informes españoles (FECYT, 2016; 2018; 2020).

Ahora bien, cabría preguntarnos si dentro de “salud” se incluye la competencia del/la profesional de enfermería y el cuidado. Entre los *surveys* realizados en España, encontramos uno, el de 2002, que directamente pregunta al público encuestado cuál es la disciplina “más científica”. “Las respuestas no muestran duda alguna, la mayoría de las personas, con independencia de su edad, piensan que las disciplinas más científicas son la Medicina, en primer lugar, seguida a muy poca distancia de la Física” (FECYT, 2002:43). Son también las profesiones más valoradas. Cabe aclarar que en el listado de profesiones que se presenta no aparece enfermería.

Esta imagen positiva, que se asocia fundamentalmente con el progreso y la sabiduría, procede, desde su punto de vista, del trabajo desarrollado por los médicos y los científicos “cuyos resultados se divulgan fundamentalmente a través de internet, los programas de radio y televisión de divulgación científica y las revistas especializadas. Ambas profesiones gozan de un gran prestigio y reconocimiento social entre los jóvenes y adolescentes” (FECYT, 2002:46).

La misma tendencia se observa cuando se pregunta en qué áreas hay que reforzar la investigación: “87,8 % de la muestra considerada en su totalidad señala como ámbito prioritario la medicina y la salud, especialmente en todos aquellos aspectos relacionados con las nuevas enfermedades y las vacunas” (2002:47). Aunque con un formato diferente, enfocado a evaluar la distinción ciencia/pseudociencia (medicina/homeopatía), esta tendencia se mantiene en los informes siguientes (FECYT, 2016; 2018; 2020).

No queremos dejar de mencionar la reciente publicación de Miller *et al.* (2021), donde se determinan las formas de búsqueda de información de mayor interés: la tendencia observada en cuestiones de salud es que las personas se vuelcan a internet pero también a consultar en el ámbito familiar. Dicha búsqueda refleja, en primera medida, un interés individual sobre la salud (utilitarista) y, en segunda medida, un interés del orden público, por ejemplo, pacientes sobrevivientes que se convierten en defensorxs del aumento del gasto público en investigación en salud.

En definitiva, el análisis de los informes revela dos cuestiones: la importancia que manifiestan lxs ciudadanxs sobre los temas de salud y el único

referente sobre estos temas es, para la ciudadanía, el/la médicx y la medicina. En este sentido, la medicina a la que se hace referencia es a aquella de corte “biologicista”, como indirectamente se deja ver en el artículo de Miller *et al.* (2021).

Nos preguntamos, en pos de una sociedad científicamente culta y más aun atravesando una pandemia, si lxs ciudadanxs, además de informarse acerca de los antibióticos, las vacunas o de cómo se constituye la materia (típicas preguntas de los sondeos), se informan sobre cuál es el correcto uso de un barbijo, nociones sobre el autocuidado o, simplemente, la importancia de toser en el pliegue del codo, pues son factores claves de la prevención en salud. Aunque “medicina y salud” sea el ítem que más le interesa al público, allí se enmascaran las distintas dimensiones de la salud, y entre ellas una central: el cuidado en el sentido científico y tecnológico.

3. LA ENFERMERÍA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. ENTRE LA AUSENCIA Y LA DISTORSIÓN

El cuidado es un área de la salud de competencia profesional. La enfermería tiene como centro epistémico y práctico el “cuidado” entendido disciplinariamente. Como señalan Kamei *et al.* (2017), el/la profesional en enfermería no improvisa sobre los modos de cuidar, al contrario, posee un entrenamiento arduo y específico para actuar ante una desviación de la salud de una persona, en todos los niveles de atención. Estos modos se han diseñado, continúan Kamei y equipo, bajo el influjo de las mejores teorías científicas en un contexto determinado y se han estandarizado en protocolos tecnológicos que se reflejan en prácticas homogéneas del cuidado. En el contexto de pandemia es particularmente importante su accionar en prevención, como en los procesos de vacunación. Sin embargo, existe un enorme desconocimiento acerca de la disciplina y de su función en la salud, incluso para lxs especialistas en comunicación.

La situación actual de pandemia ha puesto más que nunca en relevancia la “salud” y el “cuidado”, pero sin una nítida distinción entre ambos aspectos, lo que dificulta la implementación de políticas públicas, científicas, tecnológicas y de salud, eficaces y eficientes del “cuidado”. Por eso es importante reflexionar sobre el impacto social que tiene este sesgo entre disciplinas de la salud en la apropiación ciudadana de la ciencia y la tecnología. Es, por lo tanto, importante reflexionar sobre los procesos de

comunicación pública de la ciencia y la tecnología del cuidado. El proceso de CPCT, señala Rodríguez (2019), implica tres actorxs: lxs expertxs (científicxs y tecnólogxs), lxs “legos” (el público no-experto) y lxs comunicadorxs. Esto último a cargo de “periodistas y divulgadores científicos, agencias de comunicación públicas y privadas de instituciones y empresas relacionadas con el sector I+D, personal de museos e instituciones científicas, documentalistas y demás profesionales, algunos de los cuales son parte de la disciplina” (2019:32-33).

La pregunta es: ¿cuál es la información que nos brindan los medios de comunicación, sus comunicadores, sobre la profesión?, y ¿quién la realiza?

Calvo Calvo, representante del colectivo enfermero, advierte: “[...] la imagen social de la profesión enfermera está muy condicionada por la forma en que los rasgos de su identidad son reproducidos y transmitidos al público por los diferentes medios de comunicación social, como la televisión, radio, prensa, internet, publicidad y cine” (2011).

Para comprender cómo se construye la imagen pública sobre la enfermería volveremos a Vaccarezza (2009). Existen dos formas de caracterizar la cultura científica: como la cultura de lxs científicxs, propia del campo de lxs expertxs, y aquella de dimensión social. Es decir, “en la manera de aprehender, comprender, apropiarse e interpretar las actividades y producción de la ciencia” por parte de los ciudadanos (2009:76). Podemos decir, a su vez, parafraseando a Rodríguez (2019), que existen dos tipos de discursos, sostenidos por comunidades que pueden o no solaparse: el discurso científico, el de lxs expertxs, y el discurso público de la ciencia, fuerte en contenidos pragmáticos de la comunicación, que impacta y se consolida en el plano social.

A diferencia de lo que ocurre con los desarrollos médicos, “cuyos resultados se divulgan fundamentalmente a través de internet, los programas de radio y televisión de divulgación científica y las revistas especializadas” (FECYT, 2002:46), los desarrollos enfermeros carecen de divulgación.

El problema de la representación de la ciencia enfermera en el discurso público es doble. Por un lado, lxs profesionales de la enfermería no tienen presencia en los medios, e incluso, resultan ignoradxs: “[...] tenemos que hacer todo lo posible para que esos medios que nos ignoran, conozcan la verdadera calidad profesional, científica y humana de las enfermeras y lo mucho que aportamos a la salud de las personas, y lo que es más importante, se lo transmitan fielmente a la sociedad y así esta no nos ignore.

Si no estamos en los medios, no existimos”, denuncia Calvo Calvo en su blog “Salud, cuidado y comunicación” (2020).

Por el otro, cuando por fin se hace presente, su imagen se distorsiona: la no coincidencia entre la identidad y la imagen de la enfermería es porque “convive aún con la imagen de una profesión escasamente cualificada, de una actividad que por sus características está estrechamente ligada al género femenino, o con la imagen de la enfermera que ha condicionado determinado cine, sobre todo el cine porno y la publicidad, y que ha presentado a la enfermera cuanto menos como una mujer frívola, sexualmente atractiva y provocadora, en la que prevalece el escaso nivel intelectual, la nula capacidad de decisión y la subordinación a otros profesionales” (Calvo Calvo, 2011). Lo mismo señala Dalmasso en “Tercera carta a Florence Nightingale”: “[...] si nos quieren dar un cumplido somos seres etéreos y alados sin sexo, del otro lado de la moneda la maquinaria pornográfica erotiza, empaqueta y vende un estereotipo ‘caliente’ (que deberíamos haber registrado para al menos reclamar regalías)” (2020c).

La contracara, como vimos en los *surveys*, es la imagen pública de la medicina (bien ilustrada en Saborido, 2020), altamente valorada, donde aún hoy la fórmula “mi hijx, el/la doctorx” refleja la distribución de los poderes en el entramado social, al menos en estas latitudes.

Hasta aquí el diagnóstico es complejo: la imagen pública de la enfermería, a diferencia de la medicina, (cuando está presente) no se corresponde a la señalada por lxs profesionales y teóricxs del área.

Peor aún, la enfermería no forma parte de ese *corpus* de conocimiento científico y tecnológico que los especialistas en CPCT consideran relevantes, aunque son parte del área de mayor interés de lxs ciudadanxs. Si retomamos el modelo de déficit, en alguna de sus versiones, son lxs científicxs y tecnólogxs de cada campo lxs implicadxs en diálogo con lxs ciudadanxs y lxs que deciden qué conceptos, actitudes y competencias son las relevantes, pero la enfermería no forma parte de ellas. Aquí se empieza a perfilar un círculo vicioso: si lxs expertxs no consideran que la enfermería *qua* disciplina posee elementos científicos y tecnológicos específicos, entonces no es parte de aquello que lxs ciudadanxs deben apropiarse, no es parte de los sondeos del campo de la CPCT, ni de las estrategias comunicacionales de lxs tercerxs actorxs involucrados, lxs comunicadorxs. Si la enfermería no es parte de la cultura científica y tecnológica, entonces, la imagen pública de la enfermería no va a cambiar, y, por lo tanto, seguirá sin ser parte de lo que lxs expertxs consideran relevante comunicar a lxs ciudadanxs.

Haciéndose eco de las palabras de Shen, “[...] se necesitan divulgadorxs capacitadxs para aclarar las sutilezas científicas a el/la profanx” (1975:265, traducción propia). La jugada que propone Calvo Calvo para contrarrestar tan nefasta imagen es la de la autogestión de la comunicación: “[...] para comunicar eficazmente con la sociedad y transmitirle nuestro quehacer y razón de ser, es condición indispensable que nuestras sociedades científicas y profesionales cuenten con sus propios responsables de comunicación” (2011). Así, el colectivo enfermero debería presentar en la escena pública su desarrollo académico, las estadísticas de sus publicaciones, los resultados científicos y tecnológicos del cuidado, es decir, contar de qué se trata “la ciencia y la tecnología del cuidado”. Empero, hoy sabemos que con eso solo no alcanza. Si se trata de caracterizar las actitudes y comportamientos de lxs sujetos hacia la ciencia y la tecnología, señala Cortassa (2010), es preciso acceder al contenido sustantivo de sus representaciones.

Vaccarezza complejiza el asunto sobre la apropiación ciudadana de la ciencia introduciendo de lleno en su análisis las RS:

Cultura científica quiere decir que el ADN (como concepto, prácticas, valores y relaciones de poder) no existe unívocamente en la sociedad, sino que recibe múltiples significaciones y valoraciones desde distintos rincones del concierto social. Asimismo, el saber científico tiene variadas significaciones que se cruzan, entremezclan, articulan y negocian entre distintos grupos sociales (incluidos los científicos profesionales o institucionalizados) frente a situaciones socio-históricas concretas. De esta manera, cultura científica no sería una cualidad “agregada” desde la producción científica hacia la sociedad profana (matriz de dependencia que da lugar a la teoría del déficit cognitivo), sino un conjunto dinámico de significaciones que emanan desde los distintos ángulos de la sociedad (2009:96).

Así, los elementos políticos e ideológicos del discurso público sobre la enfermería tienen una presencia fuerte (aun cuando el discurso esté ausente), pues lo que está en juego es, en realidad, la legitimización de una ciencia que compite en el terreno de la salud por un espacio, por profesionales que reclaman sueldos dignos, jornadas de trabajo razonables y un mejor trato por parte de la sociedad.

Estos elementos políticos e ideológicos se encuentran tan arraigados en la sociedad que incluso colapsan en la propia imagen que construye el/la profesional de enfermería. Es por ello que, a continuación, nos proponemos indagar cuáles son las representaciones sociales que se tejen en la

formación profesional, que, a nuestro entender, impactan de lleno en su imagen pública y que es, por tanto, el nudo crítico que hay que modificar.

4. EL DÉFICIT EN EL CORAZÓN MISMO DE LA ENFERMERÍA

En el campo sanitario, la medicina y la enfermería son disciplinas independientes, aunque algunas de sus actividades se superpongan (Medina, 1999). Cada disciplina está presente a causa de su contribución concreta y específica a la salud, que integran tanto el *curar* como el *cuidar*. La distinción de cada contribución se encuentra delimitada por los diferentes marcos teóricos disciplinares.

Si bien el discurso teórico y disciplinar de la enfermería “goza de buena salud” en la literatura del campo, como de riqueza y pluralidad teórica, él se halla subsumido y disuelto dentro del saber biomédico desde la formación profesional (Medina 1999).

Aún reconociendo la heterogeneidad de enfoques en las carreras en enfermería, el artículo de Logan y Angel (2011) resulta un ejemplo paradigmático. Es, por tanto, interesante detenernos en él.

En dicho estudio, las autoras, que se apuntalan en la discusión sobre la brecha entre “teoría y práctica” (ver Risjord, 2010), utilizan un análisis cualitativo para explorar “la tensión entre ciencia-enfermería” y el impacto que tiene en lxs estudiantes de enfermería “que estudian ciencias en las aulas universitarias” lejos de la práctica. Contrariamente a lo que uno esperaría, la indagación y el déficit, en el sentido del modelo de déficit, está puesto en el conocimiento de las “biociencias” (fisiología, química, biología celular, microbiología, anatomía, etc.), las mismas a las que abreva la medicina (reduccionista). Las autoras lo explican haciéndose eco de una discusión sobre el carácter científico/técnico de la enfermería recurrente en la literatura (ver Risjord, 2010):

Las asignaturas de biociencias que se imparten en los programas de graduación universitaria para enfermería, se perciben filosóficamente como equivalentes al modelo biomédico y a un diagnóstico médico, no necesariamente como cuidados de enfermería [...]. (L)os enfoques técnicos y lógicos del cuidado del/la paciente pueden devaluar los aspectos emocionales del cuidado. Las conceptualizaciones del cuidado de enfermería adoptan muchas formas, como lo demuestran las numerosas exploraciones de cuida-

dos de enfermería que han dado lugar a una revista especializada en el tema - *Nursing philosophy*. [...]. La ciencia de enfermería y la investigación en enfermería deben asistir al corazón, la mente y el alma de lxs enfermerxs y a lxs patientxs de enfermería, no solo a uno [...] Los puntos de vista opuestos [...] de lo que constituye una atención de buena calidad al/la paciente y el paradigma científico, contribuyen a una tensión entre ciencia-enfermería (Logan y Angel, 2011:408, traducción propia).

Apelando a distintos estudios y al propio (sobre 85 respuestas al *survey* y dos *focus group*), las autoras señalan el déficit de conocimiento que presentan lxs estudiantes y profesionales en enfermería sobre biociencias, lo que vinculan con las dificultades posteriores de conexión entre la teoría y la práctica hospitalaria: “(e)l conocimiento de las biociencias influye en los resultados sobre lxs pacientes [...] y es reconocido como esencial para una atención de alta calidad” (2011:409, traducción propia).

El proceso de alfabetización científica, sugieren, conlleva comprender las habilidades, valores y procesos del quehacer científico, lo mismo que fue señalado en CPCT. De allí que otra de las conclusiones a las que llega el artículo fuera la necesidad de que en las carreras se incluyeran los procesos científicos (de las ciencias naturales): “[...] lo que se encontró en las carreras relevadas es que en ninguno de los documentos curriculares examinados para el desarrollo de la encuesta se indicó que el método científico era un núcleo o componente genérico de las materias científicas fundamentales para enfermerxs” (2011:411, traducción propia). En las encuestas, además, se observó que lxs enfermerxs no se ven a sí mismxs como científicxs; sin embargo, sobre este punto, las autoras vuelven a remarcar la escasa o nula formación de lxs estudiantes en los procesos de generación del conocimiento.

Por todo, lxs autorxs recomiendan un proceso de alfabetización científica, que incluya fomentar mayores actitudes hacia la ciencia y que sea, además, contextualizado en la práctica hospitalaria:

[...] lxs enfermerxs en ejercicio desarrollan un conocimiento basado en biociencia situado que relaciona la teoría con las decisiones clínicas. Un modelo de aprendizaje integrado donde se enseñe ciencias en relación directa con la práctica [...], disminuirá la distancia entre la teoría de la biociencia y la práctica clínica, apoyando así a lxs estudiantes en su aprendizaje y aprovechando la preferencia por los estilos de aprendizajes cinestésicos (2011:415, traducción propia).

En particular, señalan, las prácticas “permiten la transformación del conocimiento teórico de las biociencias en conocimiento situado para la futura toma de decisiones clínicas” (2011:415-416). Lo más interesante, a nuestros fines, es denotar cómo lxs encuestadxs comprenden (o “representan”) los vínculos entre lxs distintxs actores del sistema de salud, a saber:

Algunxs vieron el trabajo como un cuidado práctico y la priorización del razonamiento como una despriorización de cuidar, ya que demasiado énfasis en la ciencia podría comprometer la atención del/la paciente. Como unx de lxs encuestadxs señaló, “nosotrxs planificamos para obtener resultados de salud óptimos sin involucrar a la ciencia, pero son esenciales” (# 42). Parte de esta negatividad puede atribuirse a la definición por parte de la medicina de lo que lxs enfermerxs pueden y no pueden hacer. La profesión médica se ve a sí misma como responsable, en última instancia, de la atención del/la paciente [...], lxs otrxs (profesionales) siguen instrucciones del médicx. La aceptación de una posición subordinada tiene como consecuencia comportamientos que descansan dentro de ese marco, proporcionando un permiso para concentrarse en la lista de tareas inmediatas, asumiendo que otrxs son activxs en el razonamiento clínico. [...] La posibilidad de tomarse el tiempo para pensar sobre las tareas, a medida que se llevaron a cabo, y evaluar si una práctica era apropiada para un/a paciente, toma un tiempo que lxs enfermerxs no tienen: “es demasiado abrumador pensar en tener que saber más” (Respuesta 100, Grupo 2) (2011:412-413, traducción propia).

La diferencia en la tabla salarial fue explicada por los diferentes “grados de responsabilidad” sobre la atención del/la paciente, aunque no fue igual en todos lxs encuestadxs.

Aun reconociendo la importancia del conocimiento biológico en la profesión, no se puede dejar de mencionar que el cuidado incluye muchos otros aspectos que exceden las ciencias naturales. “El cuidado no está subordinado a la curación. El cuidado (y sus dimensiones) es una práctica social, un fenómeno de interacción entre sujetos y, por tanto, no puede ser reducido a tratamientos médicos de una enfermedad” (Medina 1999:142).

Como bien denuncian lxs teóricxs en el área, Cohen (1988), Medina (1999) y otrxs, la cultura profesional está saturada de valores de sumisión respecto a la autoridad médica y a la ciencia biomédica. Y lo más impactante es que esa conformación de valores se encuentra presente en el sistema de formación en enfermería, aún en aquellas carreras que se esmeran en enseñar el *corpus* propio de conocimiento y la autonomía en su praxis: “La experiencia cotidiana de profesionales y estudiantes de enfermería en

los servicios asistenciales arroja evidencias que nos impidieron estar de acuerdo con esa autonomía [...] esas afirmaciones responden sobre todo a intereses de legitimación disciplinar, pero que están muy lejos de constituirse en hechos” (Medina, 1999:19).

Como resultado de esta percepción ambivalente, señala Medina, y que se ve claro en el estudio señalado, lxs estudiantes terminan asumiendo interpretaciones contradictorias sobre los valores internalizados: “[...] como resultado aparece un conflicto [...], no satisfará nunca las exigencias de aquello que desde ambientes académicos se define como profesión: autonomía, cuerpo propio de conocimientos y control sobre la propia práctica” (Medina, 1999:19). Aparece, de esta manera, sobre la profesión, una sensación de “carencia de competencias”, el/la profesional en enfermería siempre parece estar en “déficit de conocimiento” frente al conocimiento médico,

la frustración que una enfermera puede sentir como consecuencia de los mensajes implícitos de infravaloración y menosprecio de su trabajo suele ser subjetivada como problemas o incapacidades personales, antes que como consecuencias de una posición estructural de desventaja [...] son el resultado de un sistema, de una institución que apoya abiertamente la separación entre cuidar y curar, a la vez que, de manera encubierta, se apoya en las enfermeras para rellenar el vacío entre ambas (1999:126).

Lo que también se refleja en la sociedad, donde pisan fuerte, como vimos, las representaciones del ámbito de la salud. Dalmasso lo cuenta pintorescamente así:

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

Retomemos el marco de comprensión que nos brindan las RS señaladas por la teoría de Moscovici para dilucidar lo que aquí se denuncia. Las RS son un *corpus* de conocimiento organizado que hacen inteligible la realidad física y social, que se integran en un grupo y en relaciones cotidianas

de intercambio (Moscovici, 1979). Las RS relacionan, y hacen comprensible, el mundo de la vida cotidiana con los objetos y el conocimiento científico: “[...] el éxito de la diseminación (alfabetización científica o de la comprensión pública de la ciencia) debería medirse por el modo en que la ciencia se inserta entre las formas propias del sentido común, articulándose en él, más que pretendiendo eliminarlo” (Cortassa, 2010:28).

Son las “representaciones” de la salud, señala Medina (1999), lo que determinará la manera en que las personas se relacionarán con el mundo sanitario. Si esas representaciones pertenecen al saber médico, será la medicina quien determinará cuáles son “las opciones legítimas y verdaderas acerca de lo que se considera salud y enfermedad” (1999:32). Pese a que la OMS se ha corrido del eje dicotómico salud/enfermedad a una visión más holista de la salud, entendida ahora como “bienestar” (integrando factores biológicos, psicológicos y sociales), lo cierto es que en el sistema de salud aún sigue primando el enfoque biomédico, de corte reduccionista (ver Saborido, 2020).

Volvemos a hacernos eco de las palabras de Medina, quien retoma distintas teorías feministas para hacer inteligible lo que ocurre en el corazón de la enfermería:

Los sistemas sanitarios son un reflejo del lugar secundario que las mujeres ocupan en la sociedad y que ha servido para ocultar la verdadera importancia de los componentes cualitativos, sociales y expresivos en el cuidado de la salud [...]. El sexismo en el sistema sanitario es un reflejo del sexismo en la sociedad y el estatus de subordinación de la Enfermería respecto a la Medicina se debe a la naturalización de formas socialmente construidas de opresión, discurso por el que se transforman estructuras sociales jerárquicas y de privilegio en las diferencias biológicamente mediadas (1999:24).

Este punto para nada es menor, ya que atiende a la propia conformación del campo disciplinar. La enfermería mayoritariamente ejercida por mujeres, señala Martin (2015), resulta de una asociación históricamente naturalizada, con la concepción de que la condición femenina se encuentra ligada a lo “maternal”, a lo “amoroso” y al “cuidar” innato. Dicha concepción le dio forma a la profesión, a los discursos que operaron en ella y a las políticas aplicadas en el sector. La justificación de la división de trabajo en el ámbito sanitario también se apoyó en esta naturalización: “[...] los médicos (hombres) se manejaban en el campo científico y las enfermeras, en cambio, en el empírico” (Martin, 2015:257), entendiendo lo “empírico” como un conocimiento intuitivo, extensión de las labores domésticas

y hogareñas. Así, el rol de las enfermeras (mujeres) estuvo siempre ligado a los cuidados “que no requerían calificación” (2015:258).

Cuando el sistema de salud creció hubo una mayor necesidad de un personal asistencial no excesivamente cualificado para ayudar a lxs médicxs en sus labores. “Los administradores de los hospitales conciben a las escuelas de enfermería como una fuente barata para el reclutamiento” (Medina, 1999:120). Los hospitales y lxs médicxs tenían incidencia sobre el currículum de formación “en la constitución y desarrollo de una concepción de enfermería como actividad técnica, complementaria y subordinada a la medicina” (1999:121). Lxs médicxs históricamente se oponían “a la idea de una formación específica para el ejercicio de la enfermería, satisfechos con las viejas concepciones de la enfermería como un arte doméstico”. La enfermería fue finalmente legitimada por la medicina, pero a costa de perder “control sobre la gestión y los objetivos de las escuelas” (1999:121).

Todo el proceso en su conjunto influyó en las RS que hoy aparecen en la profesión, como lo indica Aspiazu: “Del propio testimonio de los trabajadores del sector se desprende la naturalización de un estereotipo de enfermera, mujer, con vocación y abnegación por las tareas de cuidado de los otros. Y si bien la tarea es ardua, las credenciales exigidas para poder llevarla a cabo no se asocian tanto con la formación profesional como con la capacidad ‘innata’, física y emocional, de saber cuidar” (2017:31). O como lo señala Dalmaso, fuera de los ámbitos académicos, en su segunda carta a la creadora de la enfermería profesional, mujer que a habidas cuentas logró romper algunos estereotipos de su época:

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

Así se cierra el círculo vicioso de RS que recae sobre la profesión. El cuidado comprende aspectos afectivos y empáticos relativos a la actitud y el compromiso con los pacientes, que son, en definitiva, acciones del cuidado pero que generalmente se encuentran invisibilizados en el sistema

de salud y que llevan a pensar, en el imaginario colectivo, a la enfermería como una vocación más que como una ciencia, y al proceso de cuidar como un arte, más que como una práctica profesional con sustento teórico. Si bien puede ser doloroso aceptar que la identidad profesional de la enfermería ha sido construida a partir de intereses ajenos a la misma, esa toma de conciencia ayudará a transformar las prácticas del cuidado de la salud (Medina 1999). Construir esta formación disciplinar propia implica que lxs involucradxs signifiquen la enfermería, y a sí mismos, como “profesionales”, con un *corpus* teórico propio que sustenta su práctica y no como una vocación, que se identifica con “haber nacido para”, “tener el don” o “sentir el llamado” para ejercerla, advierte Aspiazu (2017). Lo mismo ocurre con la praxis enfermera que se sigue identificando con “el arte del cuidado”, vinculada con una formación históricamente técnica, moral y acientífica, a diferencia de la praxis médica, a la que se identifica muchas veces como “ciencia aplicada”.

5. (ALGUNAS) CONSIDERACIONES FINALES

La TRS de Moscovici nos permite comprender el proceso que atraviesa y constituye la enfermería. Por un lado, encontramos las representaciones sociales de lxs profesionales y de lxs científicxs; por el otro, las representaciones sobre la ciencia y la tecnología presentes en la sociedad. Como vehículo entre ambas nos encontramos la comunicación pública de la ciencia y la tecnología y las representaciones de sus actorxs. A su vez, precisando aún más el asunto, podemos diferenciar dos niveles en que las RS se perfilan en el dominio de la CPCT. Rodríguez y Giri (2021) trazan la distinción entre las discusiones (sobre la ciencia y la tecnología) que se plantean en el campo disciplinar (lo que llaman CPCT₁) y las discusiones sobre los dispositivos de comunicación pública (lo que llaman CPCT₂):

afirmamos que uno de los aspectos más claros en que la CPCT no es neutral es que, en el diseño de los discursos y estrategias comunicacionales de la CPCT₁, los comunicadores en buena manera contribuyen a definir cuáles de las “verdades” resultarán importantes para la ciudadanía, marcando una agenda particular. Si la CPCT se autoconfigura como un mero instrumento de las instituciones que la emplean, básicamente trabajará en el traslado de la cosmovisión de éstas a la ciudadanía con mayor o menor eficiencia, y, por ende, adoptará necesariamente sus sesgos, para bien o mal (2021:37).

Así, los autores señalan que hay cuestiones que se ponen en juego en la CPCT más allá del contenido de la información comunicada. Retomando los aportes al campo de la CPCT de López Cerezo (2017), agregan que las corrientes más recientes “asumen que una sociedad democrática requiere de una discusión pública racional de los objetivos y las finalidades del desarrollo científico y tecnológico, así como también de los propios dispositivos en los que esa discusión se lleva a cabo” (2021:37).

El derrotero efectuado en estas páginas denuncia las representaciones que se desarrollan en cada uno de esos grupos sociales, como en los medios de comunicación, los dispositivos, identificando que en todas ellas las RS sobre enfermería se replican, determinando el círculo vicioso que en estas páginas denunciarnos.

El campo disciplinar de la enfermería lidia con sus propios demonios. Acarreando una historia de sumisión donde “las enfermeras (mujeres) debían ser sólo entrenadas, mientras que los médicos (hombres) requerían ser educados” (Medina, 1999:123); lxs teóricxs dirimen una batalla sobre cuánto conocimiento debe tener un/a profesional en enfermería, qué tipo de conocimiento es ese y cómo debe ser epistemológicamente. En nuestro análisis, pusimos foco en uno de los asuntos que mellan la práctica profesional, aquel que versa sobre el conocimiento compartido con la ciencia biomédica. Aquí el déficit que constantemente acecha a la profesión está puesto en la cantidad de conocimiento sobre biociencias que poseen lxs profesionales. Sin embargo, como hemos mencionado, hay otros.

En la mirada de Kérouac y colaboradores, en *Pensamiento enfermero* (1997), la enfermería ha transitado diferentes paradigmas en el desarrollo disciplinar y actualmente transita el paradigma de la “Transformación”, alejado cada vez más del biomédico. En este sentido, en el campo se establecen diferentes teóricas enfermeras con un enfoque social (p. e., las de Leininger, Watson o Morse). “El cuidado se constituye como una relación interpersonal orientada a la salud y el bienestar de la persona cuidada. Como tal relación humana no puede entenderse omitiendo los saberes, valores, creencias, intereses y expectativas de los participantes: enfermera y persona cuidada” (Medina, 1999:112).

A su vez, con una mirada epistemológica sobre la disciplina, lxs teóricxs plantean distinguir entre las teorías enfermeras de corte positivista de aquellas interpretativistas, alineadas con las discusiones filosóficas de las ciencias sociales o humanísticas.

Las teorías de enfermería, sujetas a las prohibiciones metodológicas del positivismo, se han convertido en estructuras formales que muy difícilmente han sabido captar los aspectos tácitos, relacionales, contextuales y configuracionales que son centrales en la práctica competente y virtuosa de la enfermería. [...]. Son estructuras formales que ofrecen una visión mecanicista y, aún peor, atomizada de las personas. Es decir, no incorporan, a pesar de que puede parecer lo contrario, la visión holística de la realidad, que entiende los procesos como irregulares, aleatorios, conflictivos, inciertos, singulares y dependientes de contexto, sino que mantienen que el ser humano, como el universo, puede ser conceptualizado mecánicamente, ordenado, predecible, observable y controlable (Medina, 1999:112).

Abstrayéndonos de las discusiones teóricas y filosóficas internas del campo, podemos decir que hay una clara disociación entre lo que se dice en él y lo que finalmente ocurre en el sistema de salud. En este sentido, se marca una diferencia entre el perfil deseado, establecido por el Estado, sobre las licenciaturas y por la realidad de la praxis profesional, describiendo así la identidad profesional, la cual se ve sujeta a los modelos de enfermería, al paradigma o a los paradigmas de enfermería, que dependen en buena parte de estos centros de formación, muchas veces en contraposición de los espacios de desarrollo profesional, ya sea un hospital, un centro de atención primaria o en la práctica privada. En la “Cuarta carta”, Dalmasso lo cuenta así:

Durante mis primeros años creo que respondí a lo que el resto demandaba, primaba la obediencia silenciosa a lxs superiorxs y una suerte de entrega: lo más importante (por sobre mí mismx) eran lxs pacientes. Me llevó tiempo darme cuenta de algunas cosas. Habitualmente, para el mundillo enfermeril es buen/a enfermerx quien trabaja “sin chistar y haciendo un poquito de más”, quien asciende jerárquicamente, quien acumula títulos, quien se especializa. Y yo estaba interesadx en poder correrme de lo individual para hilvanar en lo colectivo. Podía tensionar la realidad desde mi cotidianidad y mi profesión, y por eso empecé a explorar líneas de fuga en torno a los géneros de la violencia. La cosa no fue fácil, quienes intentamos hacer estos movimientos nos encontramos con muchas estructuras en contra: el techo del estereotipo profesional [...], junto a los determinantes que se proyectan desde las ciencias de la salud, que sigue siendo biologicista y cisheteropatriarcal, nos hace falta interpelar las ciencias de la salud desde una perspectiva feminista y disidente (2020d).

Por lo cual, la identidad profesional es una construcción que se nutre de los espacios de trabajo y de formación, que son, como vimos, contrapuestos (en el mejor de los casos) en cuanto a sus RS:

[...] dentro de un sistema de tratamiento tecnológico preocupado por obtener la mayor eficacia, aquellas cualidades de la enfermería no son vistas como relevantes para el progreso científico y secundarias en la asistencia a enfermos. Consecuentemente, en la provisión de salud, las visiones y los aportes de enfermería acerca de los objetivos y estrategias del sistema de salud suelen ser ignoradas y/o desconocidas. [...]. La idea dominante en el sistema sanitario no es que el cuidado no sea complementario a la intervención tecnológica médica que persigue la curación, es subordinado. La distinción curar/cuidar no es consecuencia de dos fenómenos de naturaleza diferente, es una construcción social, por tanto, arbitraria, convertida en mitología (Medina, 1999:135).

Nada menor teniendo en cuenta las palabras de Cortassa (2010), cuando escribe que, si se quiere comprender por qué la gente actúa –usa, opina, toma decisiones– como lo hace, respecto de la ciencia, hay que comprender las RS que dicho grupo social tiene sobre ella. “La estructura y el funcionamiento del sistema sanitario, la cultura profesional que genera y los sistemas de reglas ocultas que realmente gobiernan la práctica impele a las enfermeras hacia los intereses de los grupos que detentan el poder dentro de la industria sanitaria” (Medina, 1999:135). Esto explica por qué el colectivo enfermero, con sus sindicatos, no puede modificar ni su práctica ni su lugar en el sistema de salud: “[...] el cuidado está pensado a nivel social como algo femenino que tiene que ver con la vocación, por lo tanto, es un llamado divino al cual no podés renunciar”. Estas cargas son, según Saulo, las que habilitan la idea de que no deberían ni siquiera reclamar (Viú, 2021).

Para algunxs, como desarrollamos en el segundo apartado, la línea de fuga para recomponer la imagen pública de la enfermería es incidiendo directamente en el discurso de los medios de comunicación. Pero como ya fue descrito por Rodríguez y Giri (2021), Cortassa (2010), Vaccarezza (2009), los medios cargan con sus propias RS, que, en este caso, son aquellas alineadas con las del poder dominante en el sistema de salud, lxs profesionales que justamente tienen acceso a esos medios. Peor aún, parece que lxs teóricxs del campo disciplinar de CPCT desconocen que la enfermería constituye una disciplina con sus aspectos científicos y tecnológicos específicos o, si lo hacen, no parece que entiendan sea lo suficientemente digna como para formar parte de los *survey*, medio para registrar el déficit y emprender la tarea de alfabetizar, o mejor, propiciar la apropiación pública de dicho conocimiento del cuidado. En definitiva, parece que el poder hegemónico seguirá en su pedestal, que la medicina será la única que siga rondando el poder político de turno y aquella que finalmente

triunfará en la batalla contra la pandemia. Por lo tanto, nada cambiará para la enfermería, al menos mientras continúe este círculo vicioso.

Ahora bien, ¿qué pasaría si la enfermería lograra ese espacio en los medios de comunicación? ¿Cambiaría la percepción pública de la disciplina? La respuesta desde RS puede ser pesimista. Como vimos en la primera sección, más allá del llamamiento de Calvo Calvo de que la enfermería enseñe al mundo su desarrollo científico con datos, esos datos son conceptualizados y entendidos como tal en un sistema de representaciones. Comprender “la realidad”, señala Cortassa, es, “simultáneamente, proceso y producto de la actividad mental, a través de la cual los individuos reconstruyen los objetos de la realidad y les atribuyen significado” (2010:17). La “objetivación”, continúa, se origina “en un acto –evidentemente no deliberado ni voluntario– de acentuación y enmascaramiento, inclusión y exclusión, entre los aspectos que constituyen el objeto de la representación. El momento culminante del proceso es el de naturalización: la imagen se ofrece al sujeto como dato perceptivo, como evidencia directa producto de los sentidos” (2010:21). Así, el dato no se percibe como un elemento del pensamiento sino de la realidad misma... lo cual explica el comportamiento de ciertos movimientos negacionistas frente al COVID-19. Por todo, y en el mejor de los casos, romper este círculo vicioso no será tarea fácil. La literatura que tomamos para mostrar los análisis y denuncias al respecto ya tiene más de veinte años, y sin embargo son aún vigentes.

La enfermería, con su corpus teórico holista (ver, p. e., Alligood, 2015), ha sido históricamente la perdedora en la lucha por la imposición y legitimación de sus marcos categoriales, y lo seguirá siendo.

Pese a todo, la TRS y la pandemia nos ofrecen una posibilidad de ruptura. “En tiempos de cambio, el fenómeno de las representaciones que dan forma al sentido común es más perceptible: su carácter se revela particularmente en momentos de agitación, afirma Moscovici (2000), cuando los sujetos están más dispuestos a la discusión y sus intercambios se hacen más vívidos” (Cortassa, 2010:33). La enfermería, ¿podrá aprovecharlo?

Cerramos estas líneas haciéndonos eco de las palabras de Ramacciotti: “Salir del silencio hospitalario que intentó imponer el sistema de salud por medio de diferentes estrategias es un horizonte deseable para el futuro próximo” (2021:238).

REFERENCIAS

- Alligood, M. R. (ed.) (2014): *Modelos y teorías en enfermería*, Barcelona, Elsevier.
- Aspiazu, E. (2017): “Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud”, *Trabajo y sociedad*, 28, pp. 11-35.
- Biernat, C.; J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (2015): *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Calvo Calvo, M. A. (2011): “Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva”, *Index de Enfermería*, 20, (3), pp. 184-188.
- Calvo Calvo, M. A. (2020): “Salud, cuidados y comunicación”, <<https://macalvoc.wordpress.com/articulos-de-salud-y-cuidados/>>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Cassiani, S. H. B.; E. F. Munar Jiménez, A. Umpiérrez Ferreira, M. Peduzzi y C. Leija Hernández (2020): “La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, (64), pp. 1-2.
- Cohen, E. (1988): *La enfermería y su identidad profesional*, Barcelona, Grijalbo.
- Cortassa, C. G. (2010): “El aporte de la Teoría de las Representaciones Sociales a los estudios de Comprensión Pública de la Ciencia”, *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 40, pp. 9-44.
- Cortassa, C. G. (2012): *La ciencia ante el público*, Buenos Aires, Eudeba.
- Dalmaso, S. (2020a): “Primera carta a Florence Nightingale. Todo lo que usted siempre quiso saber sobre la enfermería y no se atrevió a preguntar”, <<https://www.pagina12.com.ar/265211-todo-lo-que-usted-siempre-quiso-saber-sobre-la-enfermeria-y->>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Dalmaso, S. (2020b): “Segunda carta a Florence Nightingale. La politización del cuidado”, <<https://www.pagina12.com.ar/270066-la-politizacion-del-cuidado>>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Dalmaso, S. (2020c): “Tercera carta a Florence Nightingale. Los prejuicios y estereotipos subsisten”, <<https://www.pagina12.com.ar/278445-los-prejuicios-y-estereotipos-subsisten>>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Dalmaso, S. (2020d): “Última carta a Florence Nightingale. Ese silencio no es salud”, <<https://www.pagina12.com.ar/292009-ese-silencio-no-es-salud>>, consultado el 2 de agosto de 2021.

- Esteban, P. (2021): “Vacunas: la estrategia para llegar a todos los rincones del país”, <<https://www.pagina12.com.ar/349397-vacunas-la-estrategia-para-llegar-a-todos-los-rincones-del-p>>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Federico, L.; S. Pérez y M. Senones (2021): “Políticas del cuidado, enfermería y pandemias”, en Giri, L. y J. Sutz (eds.), F. Bernabé (comp.), *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica*, Sao Carlos y Buenos Aires, Asociación de Filosofía e Historia de la Ciencia del Cono Sur, pp. 163-179.
- Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) (2002): “Percepción social de la ciencia y la tecnología en España”, <https://icono.fecyt.es/sites/default/files/filepublicaciones/18/libro_psc02.pdf>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Kamei, T.; K. Takahashi, J. Omori, N. Arimori, M. Hishinuma, *et al.* (2017): “Por una enfermería de práctica avanzada y una alianza para la atención centrada en las personas, para la Cobertura Universal y Acceso Universal a la Salud”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, pp.1-10.
- Kérouac, S.; J. Pepin, F. Ducharme, A. N. Duquette (1997): *El pensamiento enfermero*, Madrid, Masson.
- Kuhn, T. S. (1971): *La estructura de las revoluciones científicas*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Larrión, J. (2014): “Sobre el modelo del déficit cognitivo. conocimiento experto, investigación postacadémica y comunicación pública de la ciencia y la tecnología”, *Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*, 57-58, pp. 2745-2758.
- Logan, P. y L. Angel (2011), “Nursing as a scientific undertaking and the intersection with science in undergraduate studies: implications for nursing management”, *Journal of Nursing Management*, 19, pp. 407-417.
- López Cerezo, J. A. (2017): “Cultura científica: paradigmas, tendencias y crítica social”, en Miguel, H.; M. Camejo y L. Giri (eds.), *Ciencia, tecnología y educación: miradas desde la filosofía de la ciencia*, Montevideo, Byblos, pp. 13-32.
- Martin, L. A. (2015): “Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)”, en Biernat, C.; J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (eds.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, pp. 257-274.
- Medina, J. L. (1999): *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*, Barcelona, Laertes.
- Mijangos Fuentes, K. L.; N. I. Vázquez González y T. M. Torres López (2021): “Epistemología y metodología de las representaciones socia-

- les para estudios sobre salud y enfermedad”, *Antropología Experimental*, 20, pp. 181-198.
- Miller, J. D.; M. S. Ackerman, B. Laspra y J. Huffaker (2021): “The acquisition of health and science information in the 21st century”, *The Information Society*, 37 (2), pp. 82-98.
- Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MinCyT) (2015): “Cuarta Encuesta Nacional de Percepción Pública de la Ciencia”, <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/percepcion_publica_2015.pdf>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Moscovici, S. (1979): *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Buenos Aires, Huemul.
- Moscovici, S. (2000): *Social representations. Explorations in social psychology*, Cambridge, Polity Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020): “Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo” (informe SoWN), <<https://www.who.int/publications/item/9789240003279>>, consultado el 7 de agosto de 2021.
- Ramacciotti, K. (2020), “Cuidar en tiempos de pandemia. Epidemia, pandemia y COVID-19 desde la historia”, Ciclo internacional de conferencias a distancia. Instituto de Investigaciones Históricas-UNAM, <<https://youtu.be/YHofNLYcz7o>>, consultado el 7 de agosto de 2021.
- Ramacciotti, K. (2021): “La enfermería argentina en tiempos de crisis sanitaria”, en Campos, R.; E. Perdiguero-Gil y E. Bueno (eds.), *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 232-238.
- Ramacciotti, K. y F. Rayez (2020): “La pandemia de coronavirus y el consejo de los expertos médicos. Reflexiones desde la historia”, *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, 1, (25), pp. 17-32.
- Risjord, M. W. (2010): *Nursing Knowledge. Science, Practice and Philosophy*, New Jersey, Wiley-Blackwell.
- Rodríguez, M. (2019): “Conocimiento y poder en el Modelo de Déficit: Una aproximación epistemológica a la comunicación pública de la ciencia y la tecnología”, *Tecnología y Sociedad*, (8), pp. 31-56.
- Rodríguez, M. y L. Giri (2021): “Desafíos teóricos cruciales para la comunicación pública de la ciencia y la tecnología post pandemia en Iberoamérica”, *Revista CTS*, número especial, pp. 25-39.
- Saborido, C. (2020): *Filosofía de la medicina*, Madrid, Tecnos.
- Shen, B. S. P. (1975): “Science Literacy: Public understanding of science is becoming vitally needed in developing and industrialized countries alike”, *American Scientist*, 63 (3), pp. 265-268.

- UNL Noticias (2020): “La enfermería, columna vertebral de la salud”, <https://www.unl.edu.ar/noticias/news/view/la_enferme%C3%ADa_columna_vertebral_del_sistema_de_salud_1#.YQ08j4hKjIU>, consultado el 7 de agosto de 2021.
- Vaccarezza, L. S. (2009): “Estudios de cultura científica en América Latina”, *Redes*, 15 (30), pp. 75-103.
- Viú, T. (2021): “Crónicas de un colapso anunciado”, *EnREDando*, <<https://www.enredando.org.ar/2021/05/23/cronica-de-un-colapso-anunciado/>>, consultado el 2 de agosto de 2021.
- Wynne, B. (1993): “Public uptake of science: a case for institutional reflexivity”, *Public Understanding of Science*, 2, pp. 321-337.

