

Ponchintesta, P., et al. 2019. El campo de lo comunitario en el proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 06 N° 02*: 105-115.

EL CAMPO DE LO COMUNITARIO EN EL PROCESO DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ARGENTINA

**Paula Ponchintesta - Marcela Bel - Pamela Bergés -
Fernanda Maiola - Laura Paradela - Martín Raggi**

Departamento de Ciencias Sociales
Universidad Nacional de Luján

enfermeria.comunitaria.unlu@gmail.com

RESUMEN

El presente artículo se enmarca dentro del proyecto de investigación: *Análisis socio-histórico de la construcción profesional de la enfermería comunitaria en la Argentina*¹. El mismo tiene por objetivo indagar cómo la enfermería comunitaria se construyó como un campo de acción profesional en la Argentina. Como parte de este proceso de investigación, en sus instancias iniciales, el presente artículo presenta una revisión del estado del arte sobre el tópico propuesto. Este análisis teórico se realizó considerando los aspectos socio-históricos que atravesaron la construcción de un campo específico de aplicación dentro de la enfermería. De acuerdo al relevamiento realizado, podemos concluir que el campo comunitario no estuvo presente desde el comienzo en las prácticas enfermeras en nuestro país, sino que surge y se inscribe en un contexto regional y global específico. Identificamos producciones y definiciones específicas a partir de la década de 1970 con el hito internacional de la Declaración de Alma Ata, por un lado, y por otro a partir de 1990 con la sanción y reglamentación de la Ley 24004 que jerarquizó la profesión y amplió sus ámbitos de inserción.

¹ Proyecto aprobado por DISPCD-CSLUJ: 0000222-18 afincado en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Luján. El mismo se inscribe en la asignatura Enfermería Comunitaria de esta casa de estudios.

Palabras clave: Enfermería - Enfermería Comunitaria - Construcción Profesional - Argentina.

COMMUNITY ACTION IN THE NURSING PROFESSIONALIZATION PROCESS IN ARGENTINA

ABSTRAC

This article belongs to our [Socio-historical analysis of the professional development of community nursing in Argentina] research project. Its goal is to examine how community nursing was built as a professional field in Argentina. As part of the initial stages of this research process, this article presents a review of the state-of-the-art on this subject. Theoretical analysis took into consideration the socio-historical aspects that influenced the development of this specific area of application within the nursing profession. According to our survey, we can conclude that community action was not present in nursing practices since the beginning, but emerged from, and was in line with, a specific regional and global context. We identified specific effort and definitions from the 1970s onward, with the international milestone of Alma Ata Declaration, and as of 1990, with the enactment and regulation of the Law N° 24,004, which brought relevance to the nursing profession and widened its professional scope and opportunities.

Keywords: Nursing - Community Nursing - Professional Development - Argentina.

Introducción

La historia de la enfermería como profesión autónoma es muy reciente. Desde su conformación, a principios de siglo XX y hasta la década de 1990 esta disciplina fue un campo de disputa y tensiones entre diferentes actores que determinaron su marco de acción, a saber, el Estado, la organización del campo de la salud, la posición subordinada al saber biomédico y los cambios en el contexto histórico han impactado en la configuración de la enfermería.

Recuperando diferentes aportes de los estudios de la salud colectiva, la sociología y la antropología de la salud, así como de la historia de las profesiones, el presente artículo intentará describir los distintos momentos socio-históricos que el proceso de profesionalización de la enfermería atravesó en Argentina, en lo que respecta a la enfermería comunitaria específicamente.

Para ello, se realizó una indagación bibliográfica sobre materiales que abordan el rol de la enfermería en Argentina, identificando acontecimientos fundamentales en su proceso de profesionalización, los cuales permiten comprender el lugar de lo comunitario en este proceso y en el accionar de sus profesionales.

Desarrollo

La enfermería es una profesión que no se encuentra ajena a las discusiones y transformaciones que, en cada momento histórico, se producen tanto en las políticas en general como en aquellas que atañen a la salud en particular. Más aún, se encuentra impregnada por los modelos de salud, enfermedad, atención y cuidados que determinan su accionar así como por las demandas y expectativas que se espera cumpla este colectivo profesional. Las respuestas a tales demandas, que se van construyendo por parte de los profesionales de enfermería, suponen siempre posicionamientos teóricos, metodológicos, éticos y políticos.

Es por ello que, para la construcción del análisis que se propone realizar en el presente artículo, se distinguirán tres períodos históricos, asociados a acontecimientos fundamentales en la profesionalización de la enfermería, a saber: su inicio en el país y el devenir de la formación a principios del siglo XX; los años posteriores a la Declaración de Alma Ata (1978) sobre atención primaria de la salud (de enorme influencia en el campo de la salud comunitaria) y la década de 1990 hasta la actualidad, marcando como un evento clave la sanción (1991) y reglamentación (1993) de la Ley Nacional de Enfermería como marco regulatorio de la profesión.

En un primer período de iniciación de la disciplina en el país, resulta relevante marcar algunos condicionamientos objetivos que estuvieron presentes en el origen de la profesión².

La enfermería no siempre estuvo integrada específicamente por mujeres, lo que evidencia que la feminización de esta labor es una construcción social y política (Wainerman y Binstonck, 1992). En 1885 se crea la primera escuela de enfermería en Argentina

² Aquí es clave destacar cómo se configuró el sistema de salud, caracterizado por la fragmentación que sigue hasta la actualidad. Entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX la escena estuvo dominada por la corriente higienista. Este enfoque se sustentaba en la lucha contra las epidemias, la degeneración y degradación moral y física. En un contexto de fuertes oleadas inmigratorias y elevada prevalencia de enfermedades infectocontagiosas se promovieron medidas de “higiene” como: alejar industrias, cementerios, mataderos y hospitales para reducir la incidencia de las mismas. La creación del Departamento Nacional de Higiene evidencia el avance de esta perspectiva en el campo sanitario. Ya entre 1920 y 1940 surge la corriente llamada sanitarista que busca unir la sanidad con asistencia social. Tres leyes fundamentales en materia de salud marcaron un cambio, a saber: ley de maternidad e infancia; de profilaxis de enfermedades venéreas y de denuncia obligatoria de enfermedades infecto-contagiosas. Luego, entre 1945 y 1955, se inaugura un período de planificación estatal centralizada, que pondera el derecho a la salud e impulsa la universalización de la cobertura. En estos años se produce la creación de la Secretaría de salud que luego pasará a ser Ministerio (1949). Esta regulación estatal de la salud no hizo sino reproducir la fragmentación y heterogeneidad del sistema de salud en el cual conviven tres subsectores: público, privado y de la seguridad social (PNUD, 2011).

impulsada por Cecilia Grierson³ que luego pasa a manos de la dependencia municipal en 1892. En ese momento la presencia de estudiantes varones era mayor que la de mujeres.

En 1912 la escuela de enfermería atraviesa una serie de reformas que inciden en el perfil de la disciplina. Una de las decisiones que adoptan las nuevas autoridades de la escuela, es la inscripción exclusivamente femenina, decisión que fue modificada recién en el año 1969. En este sentido, cabe aclarar que a partir de 1914 las mujeres podían atender también a varones, marcando una diferencia con épocas anteriores donde los pacientes sólo eran asistidos por personal de su mismo sexo. Estas modificaciones implican una mirada patriarcal de los géneros, donde los varones deben dedicarse a las actividades de producción (material y científica) mientras que las mujeres son quienes se ocupan del cuidado y la asistencia (del hogar y de la fuerza de trabajo).

La enfermería como disciplina no es un todo homogéneo sino que se pueden identificar diferentes tendencias en el interior de la misma (Faccia, 2015). Durante la primera parte del siglo XX la formación estuvo condicionada por tres perspectivas diferentes: una representada por la tradición religiosa, la cual promovía que la práctica se sustentara en valores tales como la vocación de servicio, el sacrificio en el cuidado y la caridad. La segunda tendencia fue la impronta anglosajona que la figura de Florence Nightingale⁴ impuso tempranamente destacando la importancia de la capacitación académica que avanza más allá del mero conocimiento empírico. Finalmente, se reconoce la influencia del peronismo que imprimió en la enfermería una mirada social que se cristalizó en la fundación de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública (1947), también conocida como Escuela Modelo de Enfermeras de Salud pública y, la Escuela de Enfermeras de la Fundación de Ayuda Social Eva Perón (1950)⁵.

Es en la década de 1950 donde se consolidan varias asociaciones⁶ de enfermeras y, es en este marco donde, luego de un proceso de múltiples tensiones y conflictos, se comienza a

³ Cecilia Grierson (1899-1935) fue la primera graduada en medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 1889. Organizó cursos sobre el cuidado para enfermos y sobre primeros auxilios, en colaboración con el Círculo Médico de la Capital Federal. Fue impulsora de la capacitación profesional y moderna de la enfermería en nuestro país. Creó la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires (EEEYM) reconocida en 1892 por la Asistencia Pública de la capital (Martin, 2015).

⁴ Florence Nightingale (1820-1910) fue la creadora de la enfermería moderna y profesional ejercida por mujeres en Gran Bretaña. Creó el servicio y la escuela de enfermeras del Hospital *Saint Thomas* de Londres. Impulsó un modelo de formación para enfermeras bajo criterios fundamentados en la ciencia, a cargo de profesionales diplomadas, en un sistema de internado.

⁵ Las escuelas de enfermería reconocidas en la Argentina estuvieron influenciadas por dos corrientes: por un lado, de acuerdo al modelo de Florence Nightingale propiciaban la organización educativa y la práctica profesional y, por otro, el influjo que tuvo, a partir de 1920, la Fundación Rockefeller sobre la estructuración sanitaria de América Latina (Ramacciotti y Valobra, 2015).

⁶ Entre ellas podemos mencionar la Federación de Nurses de la República Argentina que fue liderada por Cecilia Grierson (1925); la Asociación Católica de Enfermeras (1935); la Asociación Argentina de

dejar de lado la tradición religiosa y filantrópica y se priorizan los reclamos sobre las condiciones laborales y la formación de las enfermeras⁷ (Pereyra y Micha, 2016).

Un aspecto a destacar es la focalización en la intervención de tipo procedimental con que nace la enfermería que la aleja durante mucho tiempo de la producción de conocimientos específicos. Sobre este punto, merece la pena enfatizar, que es recién a fines de la década de 1950 cuando se habilita la formación universitaria⁸. Este desarrollo del campo académico se vio fortalecido en la década de 1960, cuando la Organización Panamericana de la Salud promueve la creación de congresos nacionales y la participación de enfermeros/as en encuentros internacionales sobre la disciplina (Faccia, 2015).

Otro aspecto crucial y determinante que define a la enfermería hasta la década de 1990 es su posición subalterna respecto a la medicina. En este sentido, si bien entre 1950 y 1960 se promueve la formación universitaria en enfermería, la orientación estuvo impregnada por el Modelo Médico Hegemónico⁹ focalizando su accionar, principalmente, en el carácter procedimental de las tareas operadas bajo la órbita y supervisión médica (Faccia, 2015; Heredia, 2004).

Una discusión que se da en el campo de la sociología de las profesiones y, sobre la que aún no hay consenso, plantea una oposición entre considerar a la enfermería como una profesión autónoma o “paramédica”. A favor de esta última opción, los argumentos esgrimidos dan cuenta de que la enfermería no ha logrado aún acumular y usar según sus estándares conocimientos propios. En efecto, en muchos casos su accionar se encuentra bajo control de los médicos. El planteo del presente proyecto se inscribe en la línea de la primera opción, destacando particularmente cuáles son los espacios de autonomía y libertad que los enfermeros/as poseen en su trabajo con la comunidad. Es por ello que la discusión enunciada se retomará y contrastará con los hallazgos que resulten de esta investigación.

En relación al segundo período, es importante considerar como eran las condiciones de trabajo de las enfermeras en ese momento: predominaba la escasez de

Instructoras de Enfermería (1954) que luego se redefine como Asociación Argentina de Enfermeras (1958) y la Federación Argentina de Enfermeras (1965).

⁷ Cabe destacar que este proceso se inscribe en la disputa coyuntural del peronismo con la iglesia.

⁸ A este respecto interesa mencionar que es recién en 1967 cuando se inicia la carrera universitaria en la Universidad de Buenos Aires. Ese mismo año se promulga la Ley N° 17.132 sobre “Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración” dentro de las cuales se inscribe la enfermería.

⁹ El Modelo Médico Hegemónico se refiere al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII, ha logrado establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Las principales características estructurales del MMH son su biologicismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 1998; 2016).

recursos humanos para la creciente demanda del servicio, la calificación de estos recursos era limitada e insuficiente, la práctica tenía un bajo reconocimiento social y carecía de identidad profesional. Esta situación impulsó a partir de la década de 1960 el desarrollo de una fuerte influencia de organismos internacionales en el análisis estratégico de la situación de la enfermería, la formación, la legislación y el ejercicio profesional.

En este contexto, un hito fundamental en la historia de la enfermería, en particular, y del campo de la salud, en general, fue la Declaración de Alma Ata en 1978, en la medida que impulsó y conceptualizó la estrategia de Atención Primaria de la Salud en adelante APS (Marchiori Buss, 2006). Muchas han sido las lecturas e interpretaciones que se efectuaron sobre la Atención Primaria de la Salud desde ese momento. En sus orígenes se trató sobre todo de una estrategia y un modelo de salud integral y transversal a todos los niveles de atención. No obstante, su implementación en América Latina cercenó uno de sus pilares básicos, como es la participación social, dado que el contexto político de dictaduras militares imperaba en muchos de los países de la región.

Un punto clave lo constituye el hecho de que la estrategia de APS no se formuló en términos estratégicos evitando cualquier identificación con agentes y fuerzas en conflicto (Rovere, 2012). De allí surgieron dos formas de entender e implementar la APS. Una identificada con el espíritu primigenio de Alma Ata, reforzando su dimensión integral sustentada en los principios de igualdad, universalidad y derecho a la salud¹⁰ y; otra selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, restringida a una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial (Ase y Buriyovich, 2009).

Es entonces que a partir de la Declaración de Alma Ata la enfermería comunitaria comienza a configurarse como un campo de acción específica, ligado a las transformaciones políticas y sociales que afectaron a la organización del sistema de salud¹¹.

¹⁰ La APS integral a) se dirige a toda la población, prioriza las intervenciones costo-efectivas para la población más vulnerable y se organiza mediante redes de atención; b) suministra un amplio rango de servicios y la mejor calidad de atención, basada en los recursos disponibles; c) es un enfoque efectivo tanto para países desarrollados como en desarrollo; d) contribuye a la igualdad en términos de indicadores de salud; e) es menos costosa y más efectiva para los individuos y la sociedad y f) libera recursos para los menos favorecidos.

¹¹ A partir de la década de 1970 se produce una extensión y consolidación de la seguridad social con un protagonismo de los sectores gremiales. En 1971 a través de la Ley N° 19032 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados INSSJP-PAMI y se expanden las Obras Sociales. Al mismo tiempo, se produce una expansión del sector privado. En 1978 se produce el traspaso de hospitales nacionales a las provincias lo que intensifica la fragmentación entre el nivel nacional, regional y local. Así, lo que impera es una ausencia de coordinación de los subsectores público, privado y de la seguridad social que se profundiza en el tiempo. En esta década se incorporan altas tecnologías que fueron en detrimento del trabajo clínico. De este modo, los hospitales públicos perdieron recursos tecnológicos que quedaron en manos del sector privado (PNUD, 2011).

Si bien se puede reconocer la presencia de actividades comunitarias¹², con un enfoque preventivo en los años anteriores a la Declaración de Alma Ata, éstas eran ejecutadas por agentes de salud, por lo que no se reconocían como tareas específicas de la Enfermería (Álvarez, Cárcamo y Gaona, 2013; Villalba, 2008).

En Argentina, la puesta en marcha de la estrategia de APS integral se vio mermada, por un lado, debido a que este proceso se inscribió en un momento altamente represivo seguido luego un período de transición democrática caracterizado por vaivenes de inestabilidad económica y social. Por otro lado, debido al contexto internacional determinado por una “revolución conservadora” en la cual se estaban disputando intereses políticos y económicos que definieron una década perdida (según la visión del mercado) para América Latina¹³ (Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012).

De modo que, recién con el retorno a la democracia a partir de 1983 se incrementan en el país, aunque de manera heterogénea, las actividades comunitarias en el ámbito de la enfermería. Las enfermeras comienzan a tener mayor protagonismo en la comunidad, generando un proceso de transformación en lo concerniente al paradigma de intervención: se realiza un pasaje gradual de un modelo netamente asistencial y de atención individual a un modelo comunitario centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Finalmente, el último período de análisis se encuentra determinado por la sanción (1991) y reglamentación (1993) de la Ley Nacional de Enfermería N° 24.004, promovida por la Federación Argentina de Enfermeras. Esta normativa además de regular el ejercicio profesional, introdujo cambios trascendentales en la concepción de la disciplina: reconoció a la profesión como autónoma, definió dos niveles para el ejercicio: el profesional y el auxiliar. Prohibió las prácticas empíricas declarándolas un ejercicio ilegal. Incorporó a la

¹² La ponderación positiva de lo comunitario nos remite a la noción de comunidad como un concepto polisémico e idealizado. Así, la misma es entendida como un grupo pequeño, afincado en espacios reducidos, con lazos sociales cercanos (relaciones cara a cara) y estructurado por relaciones de reciprocidad y parentesco. Las transformaciones de las relaciones sociales y el proceso de fragmentación que se agudiza en las sociedades occidentales con el Neoliberalismo, hicieron que los lazos sociales se complejizaran y que esta idea de comunidad como portadora de la tradición, ligada a lo rural y religioso resultara paradójica y ajena a los ámbitos urbanos. La idea de comunidad como un conjunto de redes sociales que se encuentran asociadas de forma constante y que posibilitan, no sólo la construcción de algún tipo de identidad común, sino también la participación y la acción colectiva, empoderando a sus integrantes son valores que siguen funcionando como ideales en el campo del trabajo comunitario en salud. Tanto la idea de comunidad como la de participación social constituyen dos pilares claves de la enfermería comunitaria. Es evidente que estos procesos comunitarios y de participación social se alejan de este ideal dado que se encuentran atravesados por intereses y fuerzas en tensión (Menéndez, 2015; Canals, 2011).

¹³ En Argentina se desató una crisis de la deuda. A partir de 1980 la economía argentina entra en una secuencia de ajustes devaluatorios/ inflación/ planes de estabilización, destinados a la creación de excedentes para hacer frente a los pagos de la deuda. Esto culmina en un proceso hiperinflacionario.

rutina otras prácticas como la punción venosa y declaró a la enfermería como una profesión insalubre. En definitiva, impulsó la profesionalización de la enfermería explicitando que la misma debía dejar de ser considerada como una actividad colaborativa del médico u odontólogo. Al mismo tiempo, se amplió el campo de ejercicio contemplando la actividad docente, la investigación y la administración. A su vez, estableció que la dirección de las escuelas de enfermería debería ser competencia de los enfermeros y no de los médicos (OPS, 2011; OPS, 1995).

El contexto político y social de la década de 1990 estuvo dominado por políticas neoliberales que llevaron a transformar el Estado benefactor en uno subsidiario. Es decir que, donde el Estado no podría llegar, según esta perspectiva, se habilitó el avance del mercado. Este período se caracterizó por la desregulación de los mercados, la privatización de las empresas de servicios públicos y una lógica de apertura comercial. Esta situación derivó en un franco crecimiento del desempleo, coaccionado por un proceso de “flexibilización laboral”. El agravamiento de los indicadores macroeconómicos, el aumento de la pobreza y el desempleo llegan a un punto de inflexión en la crisis del 2001. Es allí, donde en el campo sanitario se declara en emergencia¹⁴.

Este contexto propició una mercantilización de la salud. Específicamente en materia de atención primaria de la salud lo que predominó fue la vertiente selectiva antes mencionada. Este es el momento que en América Latina y, particularmente en Argentina, se desarrollan los Programas de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería. Es decir, que la profesionalización de esta disciplina ocurrió en un marco donde, el contexto social y económico previo y post crisis del 2001 redujeron los recursos en salud. Lo que predominó en la formación fue una ausencia de reflexión sobre los determinantes sociales de la salud y la injerencia y responsabilidad del Estado sobre los mismos. Así, a partir de la década de 1990 y hasta la actualidad la formación de los profesionales de la salud en el campo comunitario acontece mayormente en el primer nivel de atención, en condiciones de mucha precariedad e informalidad (Rovere, 2012). Gran parte de ese recurso humano, entre ellos los profesionales de enfermería, se encuentra en proceso de formación (Pereyra y Micha, 2016). Este condicionante es fundamental para comprender cómo, dentro del campo de la salud, se pondera y valora la formación y especialización en el trabajo comunitario.

Pese a la precarización e informalidad que caracteriza el trabajo comunitario la oferta en éste área se fue ampliado. Actualmente están en vigencia algunos posgrados como el que propone la Universidad Nacional de Córdoba, a ello se suman un conjunto de residencias específicas sobre enfermería comunitaria como ocurre en las provincias de

¹⁴ Como respuesta a la crisis sanitaria se decreta un Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE-2002).

Tucumán, Corrientes, Formosa, Mendoza y Buenos Aires entre otras. Destacamos el trabajo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud, vigente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires desde 1987, a la cual pueden inscribirse los profesionales de enfermería.

Esta ampliación en el ámbito de la enfermería es de reciente creación como lo son también muchas de las licenciaturas que, desde el año 2000 se han puesto en marcha en diversas Universidades Nacionales especialmente en las UUNN del conurbano bonaerense como la Universidad Nacional de Quilmes (Plan de Estudios 2011), la Universidad Nacional Arturo Jauretche (Plan de Estudios 2011); la Universidad Nacional de Lanús (Plan de Estudios 2015), la Universidad Nacional de La Matanza (Plan de Estudios 2009), la Universidad Nacional de Luján (Plan de Estudios 2015) y la Universidad Nacional de José C. Paz (Plan de Estudios 2017).

Merece la pena destacar que estos planes de estudio incluyen la asignatura de enfermería comunitaria como parte del ciclo inicial. Los resultados efectivos tanto de la formación de grado y posgrado en el campo comunitario serán un punto a analizar en la siguiente etapa del proyecto de investigación.

Conclusión

A partir del recorrido realizado, se observa que el campo de lo comunitario no tuvo un real protagonismo en la enfermería desde sus orígenes, sino que surge y se inscribe en un contexto específico determinado por las transformaciones contextuales en cada uno de los tres períodos analizados. Desde el punto de vista histórico la sucesión de dictaduras militares no favorecieron un componente fundamental del trabajo con la comunidad como lo es la participación social integral. Es así que podemos ubicar una mayor presencia de las enfermeras/os en el trabajo con la comunidad desde mediados de la década de 1980.

En virtud de ello destacamos dos eventos claves: la declaración de Alma Ata a nivel internacional (1978) y la sanción (1991) y reglamentación (1993) de la Ley Nacional de Enfermería a nivel nacional. La ley Nacional si bien no menciona específicamente el ámbito comunitario pone en valor la profesión legitimándola como una profesión autónoma. De allí que se establecen especialidades entre las cuales podemos encuadrar aquellas que pertenecen al campo de lo comunitario (en el formato de posgrados y residencias específicas). Es en este sentido que cobra relevancia indagar cómo se va enunciando y presentando la lógica del trabajo comunitario en producciones propias de la enfermería, en diferentes momentos socio-históricos. Esta investigación en curso continuará examinando fuentes primarias (entrevistas a referentes) y secundarias (revistas, publicaciones y documentos) a fin de aportar un análisis detallado de cómo se configuró el campo comunitario en esta profesión.

Considerando que la profesionalización de la enfermería es muy reciente, la indagación de los campos de inserción profesional, así como la construcción de la disciplina es aún un área de investigación vacante. En esta línea, el presente artículo busca contribuir al estudio del desarrollo profesional de la enfermería comunitaria. Así, los resultados de la investigación propuesta posibilitarán identificar no sólo si esta temática fue y es reconocida en las producciones específicas de la disciplina, sino también cuáles fueron y son las diferentes perspectivas y tensiones que definen este campo de acción e intervención para la enfermería, que entendemos tiene como marco las disputas que atraviesan el campo de salud en general y el campo de la enfermería en particular.

Referencias bibliográficas

Álvarez, R.; Cárcamo, S. y Gaona, T. (2013). Modelo e inspiración. Una experiencia de atención primaria en red, previa y paralela a Alma Ata en Río Negro, Argentina. En: Cárcamo, S. y Álvarez, R. (Eds.) *Enfermería familiar y comunitaria* (pp. 203-212). Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa.

Ase, I., y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, 5(1), 27-47.

Bertolotto, A., Fuks, A., y Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde debate*, 36(94), 362-374.

Canals, J. (2011). Sobre el concepto de comunidad. En: Roca, M.; Caja, C. y Úbeda, I. (Comp.) *Enfermería comunitaria. Elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria* (pp. 63-72). Barcelona: MonsaPrayna ediciones.

Faccia, K. A. (2015). Continuidades y rupturas de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: Biernat, C. Cerdá, J. M y Ramacciotti, K. N. (Dres.) *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 315-331). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Heredia, A. M. (2004). Educación en enfermería en la Argentina. Su último medio siglo. *Revista de la Asociación de Enfermería de Capital Federal*, Ed. Especial 50° aniversario, 28-32.

Ley N° 17132: Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración.

Ley N° 24004: Reglamenta el ejercicio de la enfermería, sus niveles y alcances.

Marchiori Bus, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud, en: Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (Eds.) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias* (pp. 19-46). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Martin, A. L. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En: Biernat, C. Cerdá, J. M y Ramacciotti, K. N. (Dres.) *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-286). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.

Ponchintesta, P. et. al. 2019. El campo de lo comunitario en el proceso de profesionalización de la enfermería en Argentina. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 06 N° 02*: 105-115.

Menéndez, E. L. (2015). Participación social como realidad técnica y como imaginario social. En: Menéndez, E. L. (Ed.) *De sujetos, saberes y estructuras* (pp. 183-239). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Menéndez, E. L. (2016). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*, (3), 84-119.

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Regulación de la Enfermería en América Latina* Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud. OPS: Washington, D. C.

Organización Panamericana de la Salud, (1995). *Desarrollo de enfermería en Argentina. Análisis de situación y líneas de trabajo*. Buenos Aires: Kohan Impresiones y Diseño.

Pereyra, F. y Micha, A. (2016). 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.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.

Ramacciotti, K. I. y Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En: Biernat, C. Cerdá, J. M y Ramacciotti, K. N. (Dres.) *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287-313). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúdeem Debate*, 36(94), 327-342.
Strauss, A. L., y Corbin, J. A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia [1998].

Villalba, R. D. (2008). Desarrollo de la enfermería comunitaria en la República Argentina. *Enfermería Global*, 13, 1-10.

Wainerman, C. H., y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 271-284.