
Dossier

Intervención social del estado a través de la feminización de las tareas de educación sanitaria y profilaxis social

State social intervention through the feminization of health education and social prophylaxis tasks



Fernanda Maiola *

Universidad Nacional de Luján, Argentina
femaiol@hotmail.com

PAPELES del Centro de Investigaciones de la
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNL

vol. 20, núm. 1, e0071 2025

Universidad Nacional del Litoral, Argentina

ISSN: 1853-2845

ISSN-E: 2591-2852

Periodicidad: Semestral

papelesdelcentro@fcjs.unl.edu.ar

Recepción: 05 febrero 2025

Aprobación: 14 abril 2025

DOI: <https://doi.org/10.14409/pc.2025.1.e0071>

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/500/5005333015/>

Resumen: Este texto entiende el desarrollo de la intervención social del Estado a partir de la década de 1930 como parte del proceso de la institucionalización y legitimación del Trabajo Social como asistencia profesionalizada. Coincide en comprender la vinculación de estos procesos con la emergencia de las profesiones feminizadas, especialmente las asociadas a los cuidados y las políticas socio sanitarias. La intención del presente artículo es incluir la variable del ambiente en la educación sanitaria y la profilaxis social, como dispositivo de la higiene y la medicina social, desde una matriz eugenésica. Para este análisis se considerarán algunos textos publicados en los anales de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (AABEMS). Así como se indagará el concepto de educación sanitaria con relación al servicio social como parte de la atención de la salud, y el accionar de las visitadoras y asistentes sociales en este espacio. Este aporte supone dar visibilidad a la labor de esta profesión que contribuyó, entre otras, a la configuración del campo social y sanitario.

Palabras clave: Intervención social, feminización, cuidados, educación sanitaria-medicina social.

Abstract: *This text understands the development of state social intervention beginning in the 1930s as part of the process of institutionalizing and legitimizing social work as a professionalized form of care. It concurs in understanding the*

Notas de autor

- * Fernanda Maiola. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Luján (UNLu). Residente, jefa e instructora de residentes en la especialidad en Trabajo Social en Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Magister en Ciencias Sociales con mención en Historia Social de la UNLu. Docente y miembro del equipo de investigación del programa de estudios sobre fundamentos teóricos-metodológicos del Trabajo Social del Departamento de Ciencias Sociales de la UNLu. Trabajadora Social del equipo interdisciplinario de salud mental del servicio de emergencia del Hospital General de Agudos Vélez Sarsfield del GCBA.

connection between these processes and the emergence of feminized professions, especially those associated with care and social health policies. The purpose of this article is to include the variable of the environment in health education and social prophylaxis, as a device for hygiene and social medicine, from a eugenic perspective. For this analysis, several texts published in the annals of the Argentine Association of Biotypology, Eugenics, and Social Medicine (AABEMS) will be considered. The concept of health education in relation to social service as part of health care, and the actions of social workers and visitors in this context, will be explored. This contribution aims to give visibility to the work of this profession, which contributed, among other things, to the configuration of the social and health fields.

Keywords: *Social intervention, feminization, care, health education, social medicine.*

1. Introducción

El Trabajo Social como profesión vinculada a la intervención social del Estado se extendió significativamente en la década de 1930. Es en ese momento institucionalizada y legítimamente reconocida en términos de una asistencia profesionalizada. A partir de la indagación que realizó Roxana Basta (2018) sobre los orígenes de la profesión, y al destacar el predominio y la influencia de los higienistas pudimos profundizar esta línea de investigación incorporando la perspectiva de la medicina social y de la eugenesia en estos procesos.^[1] En esta oportunidad haremos hincapié en los fundamentos y prácticas de la educación sanitaria y profilaxis social que, a nuestro parecer, contribuyeron a la articulación de los conceptos de eugenesia, higiene y medicina social. Así como al despliegue de la profesión del Trabajo Social, desde la división sexual del trabajo, a través de la organización y desarrollo del área de salud de la política social.

2. La intervención social orientada al anhelo progreso social por medio del cuerpo social sano

2.1. Eugenesia: higiene y medicina social

Como se sabe la eugenesia, asociada al buen linaje, estuvo centrada en el mejoramiento racial de la población a través del despliegue de diferentes estrategias de intervención, sean que fuesen directas o indirectas sobre los cuerpos e individuos (Miranda, 2014). En general hay consenso en delimitar para nuestro país la influencia de la Iglesia Católica y la participación del Vaticano en el predominio de la eugenesia latina o positiva asociada a la intervención en el ambiente a través de la modificación y/o remoción de determinados factores sociales que podrían ser perjudiciales o degenerativos para la población (Miranda y Vallejo, 2012).

Esta perspectiva se diferenció de la eugenesia anglosajona, también denominada negativa, vinculada a la acción directa sobre los cuerpos e individuos, sostenida teóricamente por una fundamentación geneticista. A partir de la diferenciación entre estas matrices eugenésicas, coincidimos con Marisa Miranda (2014) en identificar en ambas perspectivas la existencia de alguna forma de violencia y la conveniencia de hablar de eugenesia de coercitividad explícita y de eugenesia de coercitividad simbólica.

Sostenemos, pues, que las versiones eugenésicas anglosajonas (también llamada geneticista) y latina (denominada, de manera indistinta, ambientalista oneolamarckiana) confluyeron en un lugar común: la necesidad de detección del “otro”. Si bien la adscripción geneticista se basó en

diversas estrategias de exclusión organizadas en torno a determinados rasgos físicos o morales atribuidos a la dotación hereditaria del sujeto, la propuesta de la vertiente neolamarckiana operó mediante una especie de inclusión por asimilación no desprovista de violencia, cuanto menos, simbólica. (Miranda, 2014, p.85)

En una dirección similar, Gustavo Vallejo (2012) señala:

De esta forma, y al calor de la fuerte presencia de la Iglesia Católica, nació una eugenesia que postulaba la preeminencia de lo ambiental sobre lo genético, de la moralización de las costumbres sobre las acciones directas infligidas en el cuerpo, y que se proponía analizar, clasificar, jerarquizar y excluir biotipos de acuerdo con el grado de “normalidad” o “anormalidad” que presentaran, de beneficios o perjuicios para la evolución de la raza que entrañaran, según las predisposiciones detectadas a través de fichas biotipológicas y ortogenéticas. (p.171)

Para lograr estos propósitos la perspectiva higienista de carácter normativa se sirvió del positivismo y de la sistematización de la información, a través de la clasificación y cuantificación de los datos. En este marco, esta matriz se orientó a la preeminencia del estudio del medio y los aspectos sociales para modificar el estado de cosas que posibilitara el desarrollo de la anomalía o enfermedad. Así, el concepto de higiene fue incluido en uno más comprensivo como el de medicina social centrado en el conjunto de conocimientos y prácticas tendientes a mejorar las condiciones del ambiente (Maiola, 2024).

De esta manera la categoría de medicina social fue pensada desde una mirada social y política (Almeida Filho y Paim, 1999). En nuestro país, este período estuvo signado por determinados devenires sociales, económicos y políticos vinculados centralmente al desencanto en el “progreso social” y el “decaimiento moral” a partir de los efectos negativos de la crisis financiera e internacional de 1929. Es en este marco que el aporte de la medicina social y de la eugenesia se asoció a lograr un cuerpo social sano como medio para el mejoramiento social y económico. Los procesos de modernización y racionalización del Estado, así como de la industrialización vinculada a la sustitución de importaciones de mediados de 1930 sustentaron esa argumentación, y coincidieron en esa dirección.

2.2. Educación y profilaxis social para el control de las enfermedades sociales

Específicamente en la década del '30 es cuando se comienza a observar el desarrollo de iniciativas y acciones más sistemáticas en materia social por parte del Estado. Algunos autores señalaron a este proceso como un momento central para la organización del denominado Estado de Bienestar (Basta, 2018), así como el de la regulación del Estado en los aspectos económicos y sociales (Suriano y

Lvovich, 2006). Complementando estas lecturas, otros estudios identificaron a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social realizada en 1933 como el inicio del debate en torno a la necesidad de racionalización y profesionalización de la acción social del Estado (Krmptic, 2002; Tenti Fanfani, 1989).

Ahora bien, podemos decir que a través de estas premisas adquirió relevancia la centralización de la actuación del Estado en algunas prácticas e instituciones, como las dedicadas a la atención de la salud. Así como el protagonismo y la participación de este actor en la cuestión asistencial, y en la promoción de la extensión de la red de hospitales y creación de dispensarios sanitarios, por medio de la denominada Asistencia Pública. Por medio de la dimensión asistencial logró protagonismo la categoría de pobreza, entrelazando las condiciones de vida de los trabajadores con la enfermedad, a través de la delimitación conceptual de las denominadas enfermedades sociales. Dentro de éstas, una de las problemáticas más significativas, en función de su prevalencia e incidencia del momento, fue la tuberculosis. La misma fue considerada una enfermedad de carácter social (Armus, 2000; Parra, 2001). Coincidimos con Diego Armus, cuando señala: “El descubrimiento de la enfermedad como problema social fue parte de una ideología urbana montada sobre los temas del progreso, la multitud, el orden, la higiene y el bienestar” (2000, p.192). En este mismo sentido, habría que incluir a las enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis, y al alcoholismo como partes constitutivas de estas enfermedades sociales. El problema es que estas últimas podían ser controladas por la ciencia médica, mientras que la tuberculosis expresaba la “decadencia social”, la falta de educación, de higiene, la pobreza y las condiciones deplorables de vida y de trabajo de la época. Según el Departamento de Higiene la tuberculosis representaba una etiología compleja de origen multicausal, producto de “los factores orgánicos y ambientales, ambos unidos íntimamente bajo el denominador común de la posición social” (Armus, 2000, p.198).

La legitimación de la medicina como saber y campo profesional fue la encargada de controlar las enfermedades y contribuyó a la promoción del pasaje de una higiene defensiva a una positiva, asociada a la prevención, como herramienta moderna orientada al logro de una intervención sanitaria, eficaz, social y urbana.

En este marco, como venimos señalando, es a partir de la década del '20 que adquieren centralidad las enfermedades de significación social, más allá de lo médico y biológico (Armus y Belmartino, 2001). Expresando la preocupación del clima de época vinculado a la degradación social y moral, y a la preocupación por el futuro de la población argentina y la cuestión nacional. Fue en este contexto que según estos autores se instauró un discurso alarmista a través de la

combinación de la moral y la medicina. Incorporando, de esta manera, la dimensión social del concepto de higiene por medio de la medicina social. En este punto, las intervenciones centradas en el cuerpo o en el individuo se sustentaron en la producción y reproducción de hábitos saludables e higiénicos tendientes a lograr la salud de la sociedad, desde una perspectiva médica y moral. El eje se focalizó en el control de la enfermedad, entendiendo a la misma, como señalamos antes, independiente de lo médico y biológico, prestando una particular atención en los factores y condiciones ambientales y sociales intervinientes en el desarrollo de la enfermedad. De esta manera, los médicos promovieron la implementación de estrategias de higiene moral, social y física como una forma de prevención, evitando el “contagio” y la “propagación” de este tipo de enfermedades. Coincidimos con Carolina Biernat (2015) quien sostiene que el higienismo se orientó a excusar al sujeto enfermo, buscando los fundamentos de la enfermedad en las condiciones sociales y en las normas culturales; al mismo tiempo, diríamos que en este mismo devenir se responsabilizó al individuo de esa situación. Así lo explicaba Manuel Carbonell:

[...] la intervención de la higiene social es entonces necesaria, pues considerar al hombre, a la mujer y al niño, concretos, vivos, tales como los hacen el medio que los rodea, el trabajo, el salario; llegamos a explicarnos así la razón por la cual los múltiples y perseverantes esfuerzos de los servicios sanitarios, no alcanzan algunas veces más que un éxito relativo; es que habíamos olvidado que la cuestión higiénica y la cuestión social están indisolublemente ligadas. (Citado en Basta, 2018, pp.160-161)

Creemos que esta imbricación de la dimensión médica y social significó el entrelazamiento de la atención de la salud y la asistencia social en la configuración y despliegue de la denominada posteriormente política social.

En esta línea, Melisa Campana (2012) identifica al discurso higienista como condición de posibilidad para la emergencia del dispositivo asistencial, promoviendo la consolidación y desarrollo de las políticas públicas de salud y de la asistencia social. Señalando la intersección entre ambas áreas en diferentes momentos históricos, así como en las modalidades de la atención a la pobreza. Esta autora define al discurso higienista como un elemento determinante de la cuestión asistencial del Estado, mientras que reconoce a la misma como un elemento central y constitutivo para la configuración de la salud pública.^[2] Con un argumento similar, Marcela Nari (2004) atribuyó el aporte particular de la matriz del higienismo y eugenesia en la configuración de las políticas de maternalismo; así como Carolina Biernat (2015) hizo hincapié en la influencia de la perspectiva eugenésica en la política sanitaria de la primera mitad del Siglo XX. Estas lecturas hacen mención a la superposición y/o

combinación de las funciones que incorporaron la dimensión asistencial y los componentes médicos e higienistas en la intervención social del Estado. Creemos que esta intervención se sustentó en la educación sanitaria y profilaxis social, adquiriendo centralidad lo médico social en el marco de la extensión de los servicios sociales a través del despliegue de las tareas de las visitadoras.

Así lo explicaron el doctor Josué Beruti, como director de la Clínica Eliseo Cantón, y María Zurano, como jefa del servicio social de la misma, haciendo referencia a las tareas de este último y halagando la labor del doctor Peralta Ramos en el Instituto de Maternidad del Hospital Rivadavia señalaron:

Circunscribir la acción del médico a un solo terreno, es dejar incompleta la obra en que estamos empeñados desde hace tiempo, médicos, sociólogos, higienistas y legisladores: salvar la madre, salvar al hijo y propender al mejoramiento de la estirpe. ... La acción de la visitadora en las salas es efecacísimas. Conversando con la enferma y atrayendo su confianza, logra aquélla tomar los casos cuya solución procura: enseña, además, individualmente, los principios de higiene personal y de puericultura básicos. ... En los consultorios externos la visitadora va llenando un sensible vacío. Su principal misión consiste en procurar que toda mujer, madre o niño, llegue al final del tratamiento instituido por el médico. La profilaxis tiene en la visitadora un puntal poderoso. De paso trata los casos que tienen importancia desde el punto de vista social, material y moral, tan unido al profiláctico. (1933, p. 11-12)

De esta manera, la perspectiva higienista se sustentó en la educación, la prevención y la asistencia social. En este punto, acordamos con Melisa Campana: “La prevención, como tarea anti epidémica, se legitimaba en nombre del “bien común” y en función de ello las leyes, ordenanzas y digestos municipales permitían el avance del Estado sobre la vida privada de la población” (2012, p.55). Sumamos a esta lectura, las acciones de educación y prevención centradas en la cuestión de la moral y en la incorporación de hábitos y comportamientos saludables como puntos de encuentro para la integración social y cultural.

Coincidiendo con Naomar Almeida Filho y Jairnilson Silva Paim respecto a que el despliegue de los discursos médicos e higienistas se orientó al control de los cuerpos y a la configuración de intervenciones sobre los sujetos para alcanzar la salud de la sociedad. Así:

[..]. la higiene, en tanto conjunto de normatizaciones y preceptos a ser seguidos y aplicados en el ámbito individual, produce un discurso sobre la buena salud francamente circunscripto a la esfera moral [...]. En síntesis, se postula en ese movimiento que la medicina es política aplicada en el campo de la salud individual y que la política no es más que la aplicación de la

medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad. (Almeida Filho y Paim, 1999, p.9)

Siendo los sectores pobres hacia quiénes se les dirigieron estas medidas higiénicas direccionadas al control, pero también al tratamiento social y estatal. Es en este devenir que ubicamos la función de las visitadoras sociales por medio de la realización de tareas de educación sanitaria y profilaxis social.

Esta imbricación argumentativa entre la salud y la asistencia social fue sostenida en 1934, en la IX Conferencia Panamericana Sanitaria, por el doctor Gregorio Aráoz Alfaro:

[...] Creo que esta vinculación de la salubridad con la asistencia es, al menos para nuestros países de Sud-América, de mucha importancia... Considero que hay actualmente una cantidad de cuestiones de profilaxis que no pueden separarse de la asistencia. Por ejemplo, la tuberculosis es esencialmente una cuestión de asistencia, la profilaxis para los sanos empieza por ser separación y asistencia de los enfermos. Lo mismo ocurre con las enfermedades venéreas, el paludismo y la anquilostomiasis. La profilaxis es, ante todo, la asistencia de los enfermos. La profilaxis de la lepra no se concibe sin la colonia correspondiente para asistir los leprosos y los leprosarios. Podría traer como ejemplos muchos casos más, pero me parecen suficientemente claros éstos que he citado. (Aráoz Alfaro en Venorelli y Venorelli, 2004; p. 426).

Este párrafo expresa claramente esta articulación entre la profilaxis y la prevención de la salud con la asistencia médica y social, sustentando la misma desde la perspectiva de la medicina social, es decir incorporando la mirada médico higienista en el ámbito institucional político, y social colectivo.

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los Gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de asistencia social y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública (Aráoz Alfaro en Venorelli y Venorelli, p.427).

Pensamos que esta imbricación se estableció en la configuración institucional del Estado en el campo socio sanitario, a través del desarrollo de las políticas sociales, así como sirvió de trama argumentativa para el despliegue de las prácticas profesionales de la asistencia social. O como señala Melisa Campana (2012) haciendo que la lógica asistencial sea parte constitutiva de la salud pública.

2.3. Feminización de la intervención social a través de la Educación sanitaria y Profilaxis social

Resulta interesante cómo se fue estableciendo esta relación particular entre las tareas de las visitadoras sociales, la asistencia y el servicio social con la educación sanitaria. Dentro del campo

profesional del Trabajo Social, Andrea Oliva (2006, 2007, 2008) indagó los procesos de institucionalización de la profesión delimitando las funciones de gestión, asistencia y educación como algunas de las asignadas históricamente a la misma. Destacando, en este punto, el entrelazamiento de la educación con la asistencia social como parte de las prácticas profesionales. Además de la coincidencia con esta lectura, podríamos señalar en función de lo mencionado por el doctor Gregorio Aráoz Alfaro, algunas de las acciones realizadas por determinados dispositivos de atención, como los dispensarios dedicados a la tuberculosis se orientaron a:

[...] investigar los tuberculosos, tratarlos médica e higiénicamente, “educarlos”, así como a sus familias, mediante los consejos verbales y escritos y las visitas domiciliarias reiteradas de inspectores competentes y celosos, de dar también a ellos y sus familias la asistencia social necesaria (no sólo médica, sino en alimentos, vestidos, alojamiento, etc.) (Aráoz Alfaro citado en Oliva, 2006, p.80).

Esta frase expresa el entramado entre la asistencia social y la salud, estableciendo significación la relación entre la educación, considerando a la prevención y profilaxis como parte de las mismas, y el abordaje asistencial, médico higiénico, como complemento de esta tarea. Esta manera de comprender la atención de la salud desplegó un campo emergente y específico de saberes y prácticas profesionales, orientadas a la salud desde una perspectiva social y sanitaria. Es así, como se podría entender la extensión del Trabajo Social como una profesión que sirvió a la configuración del sector de la salud de la política social.

Consideramos, en función del desarrollo que venimos haciendo, que estos procesos pueden entenderse como parte de la medicina social, enmarcada por los principios políticos y sociales de la perspectiva médico higienista, instrumentada por las prácticas de educación y profilaxis social. Circunscribiendo las funciones a la educación, a través de la persuasión y difusión de los conceptos médicos e higiénicos, con especial hincapié en el despliegue de éstos en determinados entornos externos a los dispositivos públicos e institucionales. Extendiendo el discurso médico más allá del hospital y los dispositivos de atención, dirigiéndose hacia los hogares, familias y escuelas. En función de la argumentación sostenida en este trabajo, hemos señalado que, desde el higienismo, a través de la medicina social, se consideró fundamental intervenir en los factores del ambiente incidentes en el desarrollo de las enfermedades, considerando a la educación como una herramienta central para fomentar la profilaxis, a través de la divulgación de los cuidados y los hábitos médicos, higiénicos y saludables, y por qué no morales.

Eduardo Galak en su indagación sobre la relación de la educación física con la eugenesia y el mejoramiento racial, focalizó la atención en pensar cómo era entendida la categoría de educación: "...educar los cuerpos significó no solamente fortalecer los músculos -es decir, modos de hacer-, sino también transmitir conductas -esto es, hábitos morales, de higiene o de carácter tenidos de científicos, modos de ser-, terreno sobre el cual se apoyan los argumentos que permiten su asociación con los discursos eugenésicos" (2016, p.20). Es en este proceso que entendemos que se enmarcó la educación en el campo socio sanitario, sostenida por una acción de prevención y profilaxis, a través de la producción y reproducción de prácticas discursivas, pero además se centró en la circulación de comportamientos y maneras de actuar.

Esta transmisión de hábitos y conductas saludables se sostuvieron a través de actividades de la divulgación y persuasión, difundiendo información, por medio de un modelo de educación clásico, donde una parte se orientaría a la reproducción de la información vinculada al saber médico y la otra, contribuiría a la modificación de las conductas y los hábitos que servirían para defenderse de las enfermedades o prevenirlas con la incorporación de los contenidos educativos. Además, podríamos señalar que este modo de educación supondría el acortamiento de las distancias sociales, promoviendo una particular distribución del poder entre el saber "experto" y el saber popular.

Así lo expresaba la doctora Mercedes Rodríguez, docente de la escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino, junto al director municipal de Buenos Aires de Educación Física:

La educación de nuestro pueblo es precisamente en lo que respecta a la salubridad e higiene, nos autoriza a pensar que aún estamos muy lejos de esperar que concurra espontáneamente a las clínicas de salud o que llegue a tiempo para evitar contagios y consecuencias lamentables a los suyos. Por lo tanto se hace indispensable que la acción de profilaxis acuda al propio hogar golpeando sus puertas y establezca una labor combinada con los diferentes elementos de educación asistencia con que cuenta la sociedad a fin de realizar sistemáticas campañas en procura de sus propósitos. (1937, p.6)

Además de contener información sobre el cuidado físico, el comportamiento moral y la educación sanitaria, estas acciones estaban destinadas para que fueran asignadas a las visitadoras sociales (Gavrila, 2019; Oliva, 2007; Nari, 2004). Es así cómo se organizaron campañas de difusión sostenidas a través de transmisiones orales e informaciones gráficas, dirigidas a brindar contenido informativo de manera sintética y coloquial sobre la prevención de la tuberculosis, del alcohol y de las enfermedades de transmisión sexual. Que como hemos señalado constituían una preocupación central de la época. Es

así, como desde la matriz médico higienista y particularmente de la medicina social, se consideró fundamental intervenir en los aspectos culturales, sociales y ambientales intervinientes en la evolución de las enfermedades por medio de la educación. Entendida como una herramienta fundamental para fomentar la prevención y la divulgación de los cuidados, a través de la producción y reproducción de los hábitos considerados higiénicos, saludables y morales.

En este punto, coincidimos con Canela Gavrilá (2019) en que la higiene y las cuestiones morales estuvieron presentes en la formación profesional del Trabajo Social, pero también contribuyeron a la difusión de estos saberes médicos, biológicos y científicos necesarios para el control de la salud de la población atendida en los dispensarios o visitada por las profesionales en sus domicilios.

Estas tareas de educación, persuasión y difusión de los conceptos higiénicos como de los comportamientos considerados saludables y morales fueron asociadas a la mujer. De acuerdo a la condición natural para ser madre y su capacidad para cuidar y maternar (Reyna, 2019). Esta mirada acerca de las funciones asignadas a las mujeres fue orientada en un doble sentido: siendo las encargadas de proveer la información educativa, como también las destinatarias de la misma, en especial las mujeres de los sectores populares. En este punto, coincidimos con Karina Ramacciotti y Adriana Valobra: “[...] los papeles asignados a los hombres y a las mujeres en la sociedad tuvieron como sustrato dicha explicación naturalizada en la que la anatomía humana condicionaba el destino de las personas en la sociedad” (2019, p.289). Estas mismas autoras incluyeron una cita de Gregorio Maraño quien expresaba esta argumentación: “aunque alcance límites avanzados de claridad y de penetración, le falta originalidad. Por eso, en la ciencia las mujeres son buenas técnicas, pero no inventoras” (2019, p.289). Similares fundamentaciones sirvieron para que la división sexual del trabajo operara en la asignación a las mujeres las tareas de índole práctico, auxiliares e instrumentales, mientras que los varones sostuvieron el monopolio del saber científico e intelectual.

[...] una de las actividades que se consideraba adecuada para las mujeres era la vinculada a la caridad, ya que allí podían desplegar sus dotes innatas de “consolar, aliviar, enjuagar lágrimas, ser médicos del alma, de la parte más sublime la que anima y rige el organismo, pero dejad que las heridas, las llagas y fetideces las maneje el hombre. (Ramacciotti y Valobra, 2019, p.290)

Desde esta concepción, operó la división sexual del trabajo contribuyendo a los procesos de feminización de determinadas tareas y profesiones, especialmente las asociadas con los cuidados, como las vinculadas a la educación, a la salud y a la asistencia social (Nari, 2004; Ramacciotti y Valobra, 2015, Reyna, 2019; Gavrilá, 2019).

Coincidimos con Carla Reyna (2019) en delimitar el avance de la intervención social del Estado en las primeras décadas del siglo XX con la emergencia de las profesiones socio sanitarias, las cuales se centraron en el desarrollo y distribución de ciertas acciones y ocupaciones a las mujeres de acuerdo, como hemos señalado, a su mayor destreza y capacidad por su condición biológica para maternar. Esta autora hace referencia a la categoría de educación sanitaria como uno de los instrumentos orientados al sostenimiento de la hegemonía del saber médico. Acordando con esta lectura, además de considerar cómo operó la división sexual del trabajo en el campo de las profesiones socio sanitarias, como venimos expresando, es dable reconocer en la función de la asistencia y educación los elementos funcionales y fundacionales para la emergencia de la profesión de Trabajo Social. Y en este sentido, destacamos la dimensión social y la categoría de prevención o profilaxis social como un dispositivo central y propio de la medicina social, desde la perspectiva eugenésica. Creemos que esta mirada identifica esta matriz, con la articulación de la higiene y la medicina social como fundamentos para la argumentación teórica, científica y operativa de la configuración del campo socio sanitario, y en especial de la profesión del Trabajo Social. Contribuyendo al desarrollo de la intervención social del Estado, a través de la organización de la política de salud.

3. A modo de cierre

En este artículo hemos indagado la relación entre la higiene, medicina social y eugenesia con la educación sanitaria y la profilaxis social. A partir de la exploración realizada coincidimos con algunas lecturas que señalaron a 1930 como el momento en que se consolidó en nuestro país el campo eugénico a través de las intersecciones entre la ciencia y la política, el saber y el poder (Miranda y Vallejo, 2012; Nari, 2004). Esta perspectiva, como hemos señalado, promovió una serie de acciones vinculadas al estudio, modificación y remoción del medio para lograr el anhelado progreso social. Imbricándose la cuestión social con la médica biológica. Es en este marco que la medicina social se configuró como una herramienta fundamental para la intervención del Estado, enmarcada en la realización de tareas de prevención y educación sanitaria orientada en el ambiente, y en la difusión y reproducción de hábitos saludables e higiénicos. Entendemos que estas funciones fueron fundamentadas social y políticamente por el saber médico en el campo de la salud pública, y pudimos ver cómo les fueron asignadas y asumidas principalmente por las visitadoras sociales por medio de la organización social y sexual del trabajo. Siendo los médicos varones, en su mayoría, los responsables de dispensar el diagnóstico y tratamiento médico en el

ámbito hospitalario, mientras que las visitadoras se encargaron de los cuidados y controles de la salud en el domicilio de la población destinataria de la mencionada asistencia, concediéndole las tareas de educación y prevención en el hogar.

En este proceso, el aspecto médico biológico se imbricó con un sentido fuertemente social, normativo y moral, a través de la denominada medicina social. Configurándose, de este modo, la intervención social y profesional en la identificación y remoción de los factores morales, sociales y ambientales responsables del desarrollo de la enfermedad y deterioro social. Es en este devenir que entendemos que el proceso de feminización profesional del Trabajo Social se enmarcó dentro de la perspectiva eugenésica por medio de la medicina social, contribuyendo al entramado social y político del campo sanitario.

Referencias bibliográficas

- Almeida Filho, N y Paim J (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica. *Cuaderno Médicos sociales*, (75), <https://web.amr.org.ar/2023/03/19/cuaderno-no-75/> (fecha de consulta 16/05/2024)
- Armus, D (2000) Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. Buenos Aires 1870-1945. En J. Suriano. *La cuestión social en Argentina. 1870-1943*. Buenos Aires: Editorial La Colmena.
- Armus, D y Belmartino, S (2001) Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En A. Cattaruzza. *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- BASTA, R (2018) *Marcas del Higienismo en el Trabajo Social. Institucionalización y profesionalización en los inicios de la profesión en Argentina*. Luján: Edunlu. Colección Ciencias.
- Beruti, J y Zurano, M (1933) Organización del Servicio Social en la Clínica Obstétrica “Eliseo Cantón”. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*. 1 (12), 11-12.
- Biernat, C (2015) La eugenesia como matriz ideológica de la política sanitaria (1900-1955). En: C. Biernat; J. Cerdá y K. Ramacciotti. *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- CAMPANA, M (2012) *Medicalizar la asistencia: Asistencializar la salud*. Rosario: Prohistoria ediciones.
- GALAK, E (2016) *Educación de los cuerpos al servicio de la política. Cultura física, higienismo, raza y eugenesia en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Gavrila, C (2019) La formación de las visitadoras de higiene social, entre la ciencia y la moral. En: A. Martín; G. Queirolo y K. Ramacciotti. *Mujeres, saberes y profesiones. Un recorrido desde las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos. Colección Ciudadanía e Inclusión.
- Krmpotic, C (2002) La Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal. *Scripta Ethnologica (XXIV)* <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14802403> (fecha de consulta: 26/03/2025)
- Lvovich, D y Suriano, J (2006) Introducción. En: D. Lvovich y J. Suriano (Eds). *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina, 1870-1952*. Buenos Aires: Prometeo Libros

- MAIOLA, F (2024) *Contribuciones de la eugenesia, biotipología y medicina social a la intervención social*. Luján: Edunlu. Colección Ciencias
- Miranda, M; Vallejo, G (2012) Introducción. En: M. Miranda y G. Vallejo. *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales*. Buenos Aires: Biblos.
- Miranda, M (2012) La Argentina en el escenario eugénico internacional. En: M. Miranda, y G. Vallejo. *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales*. Buenos Aires: Biblos.
- Miranda, M (2014) La eugenesia y sus historiadores. En: C. Biernat y K. Ramacciotti. (eds). *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- NARI, M (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.
- Oliva, A. (2006). Antecedentes del trabajo social en Argentina: asistencia y educación sanitaria. *Revista Trabajo Social*, (8), 73–86. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8498>
- OLIVA, A (2007) *Trabajo Social y Lucha de Clases*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Oliva, A (2008) Intervención y espacio ocupacional en los orígenes del Trabajo Social. *Revista Plaza Pública, revista de Trabajo Social*, I (1), 53 – 63.
- PARRA, G (2001) *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino*. Buenos Aires: Espacio Editorial
- Ramacciotti, K y Valobra, A (2015) Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En: C. Biernat; J. Cerdá y K. Ramacciotti. *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Reyna, C (2019) Idóneas y profesionales: las mujeres en el “cultivo de la salud”. En: A. Martin; G. Queirolo y K. Ramacciotti. *Mujeres, saberes y profesiones. Un recorrido desde las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Biblos. Colección Ciudadanía e Inclusión.
- TENTI FANFANI, E (1989) *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención. Tomo I*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina
- Torino F y Rodríguez M. (1937) Un aspecto en la profilaxis social. Acción profiláctica que se realiza en las Plazas Municipales de Educación Física. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, 4(71)

Vallejo, G (2012) Eugenesia Latina y relaciones de la Argentina con la Italia fascista. En: M. Miranda y G. Vallejo. *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales*. Buenos Aires: Biblos.

VERONELLI, J Y VERONELLI CORRECH, M (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina*. (2) [Archivo PDF] <https://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/Los%20Origenes%20Institucionales%20de%20la%20Salud%20Publica%20en%20la%20Argentina%20-%20Tomo%202.pdf>

Notas

- [1] Este trabajo se desprende de la investigación realizada en el marco de la maestría en Ciencias Sociales con mención en historia social de la Universidad Nacional de Luján publicada en 2024, en la que se indagó la relación entre la historia, medicina social y la eugenesia, y la intervención social del Estado.
- [2] Al considerar las particularidades del proceso histórico, político y local nos parece adecuado hacer referencia a la configuración de la política social y a las modalidades de la misma para pensar al sector salud desde una perspectiva universal.

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/ameli/ameli/journal/500/5005333015/5005333015.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en portal.amelica.org

AmeliCA

Ciencia Abierta para el Bien Común

Fernanda Maiola

Intervención social del estado a través de la feminización de las tareas de educación sanitaria y profilaxis social

State social intervention through the feminization of health education and social prophylaxis tasks

PAPELES del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNL

vol. 20, núm. 1, e0071, 2025

Universidad Nacional del Litoral, Argentina

papelesdelcentro@fcjs.unl.edu.ar

ISSN: 1853-2845

ISSN-E: 2591-2852

DOI: <https://doi.org/10.14409/pc.2025.1.e0071>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.