

Género y Trabajo Social: Reflexiones en torno a las tensiones y emergentes en los procesos de profesionalización e institucionalización

Gender and social work: Reflections on the emerging and tensions in the processes of professionalization and institutionalization

Maiola, Fernanda; Basta, Roxana

Fernanda Maiola * femaiol@hotmail.com
Universidad Nacional de Luján, Argentina
Roxana Basta * roxanabasta@gmail.com
Universidad Nacional de Luján - Universidad
Naciona de Lanús, Argentina

PAPELES del Centro de Investigaciones de la
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNL
Universidad Nacional del Litoral, Argentina
ISSN: 1853-2845
ISSN-e: 2591-2852
Periodicidad: Semestral
vol. 16, núm. 27, Esp., 2023
papelesdelcentro@fcjs.unl.edu.ar

Recepción: 26 Junio 2023
Aprobación: 10 Agosto 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/500/5004622006/>

DOI: <https://doi.org/10.14409/pc.2023.27.e0015>

Resumen: Este artículo se desprende de algunas reflexiones realizadas a partir de las indagaciones desarrolladas por las autoras sobre los orígenes y trayectorias del Trabajo Social en la ciudad de Buenos Aires. El foco de análisis se centra en los procesos de institucionalización y profesionalización del Trabajo Social durante la década de 1930, a través de la configuración y desarrollo de las políticas sociales, con relación a la perspectiva de la higiene, medicina social y eugenesia. En esta línea, estos sucesos se caracterizaron por el predominio de los procesos de feminización y maternalismo, delimitando a las mujeres determinados espacios socio-ocupacionales, puestos y tareas profesionales a través de la división sexual del trabajo.

Palabras clave: profesionalización, institucionalización, Trabajo Social, feminización, maternalismo, género.

Abstract: This article emerges from some reflections made as of the developed inquiries by the authors about the Social Work's origins and trajectories in the city of Buenos Aires. The analysis' focus is centered in the Social Work's process of institutionalization and professionalization during the 1930s, through the configuration and development of social policies, in relation to the perspective of hygiene, social medicine and eugenics. Along this line, these events were characterized by the predominance of the feminization and maternalism processes, delimiting women in certain socio-occupational spaces, positions, and professional tasks through the sexual division of labor.

Keywords: professionalization, institutionalization, Social Work, maternalism, feminization, gender.

1. Introducción

Este texto surge de algunas reflexiones realizadas a partir de los estudios^[1] sobre los orígenes y trayectorias del Trabajo Social en la ciudad de Buenos Aires. Centramos la atención en la particularidad que adquirió el proceso de

institucionalización y profesionalización del Trabajo Social -como profesión legitimada en términos técnicos y racionales- durante la década de 1930, en términos de la relación con la configuración de las políticas sociales, centralmente el desarrollo del área de la salud. A partir de las nociones de prevención y educación socio sanitaria, se enmarcaron las políticas desde una perspectiva de eugenesia y medicina social, promoviendo el proceso de feminización del Trabajo Social en particular, y de otras ocupaciones del campo de la salud pública, con un carácter subalterno y voluntario.

En este punto, nos resulta interesante incorporar en este análisis la perspectiva del cuidado, considerando la organización social y política del cuidado (Faur, 2014) y los procesos de maternalismo y feminización dentro de la división sexual del trabajo en la configuración de las políticas sociales. No es la intención de este trabajo introducir la discusión de la forma en que se organizó históricamente este proceso, no obstante, consideramos necesario incorporar en el debate la dimensión de la desigualdad que atravesó y atraviesa la distribución económica, social y política de los cuidados.

2. Higienismo, Eugenesia y Medicina social a través de la configuración de la política sanitaria

Partimos por identificar los orígenes de la profesión del Trabajo Social como respuesta institucionalizada a la cuestión social, reconociendo la ubicación de la profesión en el marco de las desigualdades sociales (Parra, 2001; Netto, 2003; Yamamoto, 2003) En este punto, coincidimos con Parra (2001), Oliva (2007) y Basta (2018) quienes refieren a la década del '30 como el período a través del cual la profesión es institucionalizada y legítimamente reconocida en términos de una asistencia profesionalizada (Parra, 2001; Oliva, 2007; Basta, 2018).

Coincidimos con Parra (2001) sobre el predominio de la matriz racionalista higienista en el proceso de institucionalización del Trabajo Social; sin embargo, identificamos la centralidad de la perspectiva tanto de la eugenesia como de la medicina social en este proceso.

Entre 1880 y 1920 la perspectiva higienista sostuvo una fuerte legitimación por medio del predominio de acciones preventivas y asistenciales, pero al mismo tiempo comenzó a adquirir mayor centralidad la dimensión social. A través del concepto de medicina social se incorporó la indagación del ambiente y de los factores sociales como aspectos intervinientes en la configuración de la enfermedad.

Según la bibliografía estudiada, 1930 es el momento en que se produce en nuestro país la consolidación del “campo eugénico” a través de la articulación de la ciencia y la política, el saber y el poder (Miranda y Vallejo, 2012; Nari, 2004). En este punto, Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (2012) indagaron el potente impulso que tuvieron los regímenes de Italia y España en la predominancia de la eugenesia latina a nivel local. Esta perspectiva se presentó como ciencia que proponía el mejoramiento integral de la raza humana. La misma estuvo fuertemente influenciada por la Iglesia Católica, a través del planteamiento de la doctrina social, la pastoral social y la consolidación de una estrecha relación de poder con el Vaticano.

El campo eugenésico local asumió la posición de la eugenesia denominada latina, orientada básicamente al control de la población, a través de la organización y adaptación social de los medios de reproducción de los elementos disgénicos^[2]; presentando cierta oposición con la perspectiva anglosajona, vinculada a la implementación de medidas de esterilización o intervención directa sobre los cuerpos. De este modo, la eugenesia local centró la intervención en las dimensiones ambientales, hereditarias y sociales, por medio de la educación socio sanitaria, la prevención y la atención médico social. Se esperaba que a través de estas prácticas se lograría la modificación y remoción de determinados hábitos, considerados malos, inmorales o poco saludables.

De acuerdo con la diferenciación de la eugenesia latina o anglosajona, positiva o negativa, en función de la fundamentación genetista o ambientalista y la existencia de prácticas directas sobre los cuerpos o indirectas a través de la intervención en el ambiente o neolamarckiana^[3], coincidimos con Marisa Miranda (2014) en identificar en ambas vertientes cierto caudal de violencia y la conveniencia de hablar de eugenesia de coercitividad explícita y de eugenesia de coercitividad disimulada:

Sostenemos, pues, que las versiones eugenésicas anglosajonas (también llamada geneticista) y latina (denominada, de manera indistinta, ambientalista o neolamarckiana) 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)

Los médicos Víctor Delfino y Gregorio Aráoz Alfaro tempranamente propulsaron las ideas eugenésicas en nuestro país y la concreción de una asociación de intelectuales argentinos, orientada a esta perspectiva.

En 1930 esta corriente fue fomentada desde el mismo Estado. En ese año, el poder ejecutivo financió un viaje de estudio oficial a Italia a los médicos Arturo Rossi y Octavio López para conocer las políticas eugenésicas implementadas en este país. En función de este se creó en el año 1932 la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (AABEMS) Esta entidad de carácter privado, pero sostenida económicamente por el Estado, generó en 1933 una publicación quincenal dedicada a la Higiene Mental, la Eugenesia, la Biotipología y la Medicina Social: *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*.

Algunos de los principales representantes de la perspectiva médica y eugenista tuvieron un papel destacado en la formación del Curso de Visitadoras de Higiene (1924) dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de la Primera Escuela de Servicio Social creada en el año 1930 por el Museo Social Argentino, como también, en la Escuela Politécnica dependiente de la Asociación de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (AABEMS). En este punto es relevante mencionar que las dos primeras constituyeron las primeras expresiones de los procesos de formación e institucionalización de la profesión en la Argentina.

En el año 1913 el Museo Social comenzó a divulgar en su Boletín las Obras e Instituciones del Eugenismo. En 1928 creó la sección de Eugenesia con publicaciones periódicas hasta 1937 aproximadamente (Basta, 2018), siendo

considerada una de las primeras divulgaciones de carácter científico del Trabajo Social.

Asimismo, es en el año 1933 que se realiza la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social constituyéndose como el momento fundacional hacia el proceso de racionalización y profesionalización de la acción social del Estado (Tenti Fanfani, 1989; Krmpotic, 2002). En este encuentro la discusión en torno a estos procesos fue sostenida por los argumentos vinculados a la eugenesia, la higiene y la medicina social.

De esta manera el colectivo médico incrementó su capacidad de incidencia en algunas áreas del Estado, fomentando acciones públicas orientadas a controlar y paliar aquellos problemas vinculados al crecimiento de la pobreza y el conflicto social como disparadores de las respuestas médico-sociales. La mayoría de los médicos pensaba que las actividades sanitarias y sociales representaban una obligación del Estado moderno que correspondía fundamentarlas desde el campo científico a través de la supervisión y el control ejercidos por ellos mismos (Nari, 2004)

Con la restricción de la inmigración ultramarina como efecto de la crisis mundial, durante los años '30 se produjo un proceso de migración interna -desde el interior a las ciudades- alentado por una incipiente sustitución de importaciones; suceso vinculado con las dificultades económicas generadas por la crisis internacional y posteriormente por el inicio de la guerra en Europa, provocando una limitación del mercado externo y el establecimiento de un proceso de industrialización a través de la radicación y el desarrollo de industrias para la producción local que se aceleró a mediados de la década. En este momento histórico las intervenciones públicas se centraron en el abordaje social de carácter médico sanitario y estuvieron vinculadas a la construcción, sostenimiento y ampliación de la red de hospitales, de la creación de dispensarios y consultorios médicos y de otros dispositivos de atención médico social. De este modo, se configuraron una serie de dependencias públicas, a través de acciones de asistencia de la madre y del niño; de gestiones tendientes a la asistencia sanitaria de determinadas enfermedades, especialmente las denominadas infectocontagiosas y sociales.

Estas acciones materializaron la idea de lograr un “cuerpo social sano” a través del “cultivo de la salud”. La categoría de capital humano empezó a adquirir centralidad en este proceso, tendiente a pensar la formación de la figura del trabajador por medio del fomento y realización de actividades de prevención y cuidado de la salud. En línea con esta perspectiva se comenzó a incorporar esta noción. Octavio López, desde la AABEMS escribió:

[...] para una nación moderna como la nuestra, pueblo de aluvión, sin una orientación ideológica determinada no hay problema más vital que resolver el de su sanidad física, moral e intelectual, es decir, vigilar, acrecentar, fructificar su capital humano. (1933, p.7)

En esta línea, la familia fue definida como el núcleo de la protección pública y social, al mismo tiempo que el trabajador identificado con el proveedor económico de la unidad familiar y como dijimos capital humano y social; la mujer de acuerdo con su condición de madre o futura madre asignada al hogar y responsable de la unidad y armonía de este. La influencia social de estos aspectos

fue considerada central para el logro de la civilización y el progreso de la sociedad, en tanto se mantuviera esa división sexual del trabajo.

Desde la perspectiva eugenista, el cuerpo de la mujer adquirió especial relevancia en función de su capacidad de gestación y por lo tanto medio de transmisión de caracteres y enfermedades hereditarias. Asimismo, durante el período analizado, el trabajo femenino asalariado fue considerado causante de la mortalidad infantil, de la reducción de la natalidad, del aumento de la delincuencia infantil y del alcoholismo y de la degeneración de la raza (Nari, 2004). A través de estas lecturas se configuraron determinados espacios y ocupaciones consideradas femeninas “naturales” y “esenciales” vinculadas al sostenimiento y extensión de las tareas de cuidado.

De esta manera, los médicos asentados teórica e ideológicamente desde la matriz eugenista impulsaron una serie de acciones públicas, amparadas desde las mismas instituciones sanitarias que se orientaron a promover el proceso de medicalización e institucionalización de la reproducción biológica, excluyendo a otras prácticas y ámbitos como la asistencia al parto efectuado por comadronas en las mismas viviendas y habitaciones populares. Asimismo, a través de la realización de acciones educativas y socio sanitarias, intervinieron en el vínculo entre la madre y el hijo, influyendo en los sentimientos y los hábitos de crianza, de alimentación y de cuidado; sostenidos en el supuesto a través del cual los caracteres humanos están fuertemente determinados por el medio ambiente (O'leary, 2007)

Tanto para la medicina social como para las vertientes hegemónicas de la eugenesia local, el “medio” se presentaba como el foco principal de atención. Allí se adquirían las enfermedades y se degradaban las vidas. (Nari, 2014, p.107)

De este modo, la intervención en lo social se concentró en la identificación, remoción y modificación de los factores sociales del ambiente, causales de la pobreza, la enfermedad, la anormalidad e inmoralidad. Esta perspectiva asumió una caracterización poblacional configurando una mirada social binómica: sano-enfermo, normal-anormal, moral-inmoral, etc.; contribuyendo al supuesto legitimado científicamente por la corriente eugenista acerca de la existencia de una estratificación social particular, distribuida por clases y razas superiores e inferiores, y estableciendo funciones sociales específicas de acuerdo a esa organización.

Esta lectura contribuyó a pensar a las desigualdades sociales como procesos y actos despolitizados y deseconomizados, de acuerdo con condiciones naturales y morales, entendiendo a las mismas como dimensiones externas y autónomas de la estructura económica, política y social.

Carmen Bellavista, Directora del Secretariado Central de Asistencia Social, enunció la diferenciación del servicio social con la caridad, fundamentando en una matriz racional y científica; sin embargo, los valores morales eran compartidos como horizonte por ambas prácticas:

El Servicio Social está estrictamente relacionado con la caridad. El Servicio Social es servir a la sociedad misma [...] El Servicio Social como la caridad cristiana se funda en la fraternidad humana [...] El Servicio Social se esfuerza por poner al individuo en su medio ambiente, teniendo presente su oficio o profesión, su familia y también su nacionalidad, dado que este es un país de numerosa inmigración [...] El Servicio Social es en una palabra caridad organizada y para esto es necesario tener suficientes

conocimientos de las diversas bases científicas, de los métodos apropiados que hay que aplicar y una cierta habilidad práctica. La función del Servicio Social es servir al bienestar del individuo y de la colectividad. (1939, p.17)

De esta forma, se identificó al servicio social con la caridad organizada por el Estado, pero sostenido con el racionalismo científico higiénico y eugenista que sirvió de sustento a la práctica y la formación profesional. Así, los conceptos de la medicina, la higiene social y la eugenesia sirvieron de fundamento para la instrumentación de la acción social y la formación y despliegue del servicio social, promoviendo determinadas acciones sobre los individuos tendientes a la prevención, control y ajuste de estos al ambiente. Es en esta línea que la intervención en materia social se desarrolló, a través de un proceso de medicalización, tratando a la pobreza y los problemas sociales como desviaciones y enfermedades de carácter singular, pasibles de abordar. Este paradigma, sin embargo, sirvió para aplicar un carácter moderno, racional y científico a la intervención social, diferenciándose de las prácticas vinculadas a la caridad, la filantropía y la beneficencia privada dominantes en los períodos previos y fuertemente criticadas por los higienistas.

3. Maternalismo, feminización y cuidados

Consideramos necesario incorporar en esta reflexión la perspectiva del cuidado, teniendo en cuenta el carácter social y complejo de esta categoría. Este concepto entrama diversas miradas que hacen a la relación entre el espacio de la producción mercantil, centrada en el mercado, y el de la reproducción material y simbólica de la vida social (Aguilar, 2019). En este punto, se vincula con los procesos de organización y configuración de las políticas sociales. Nari destaca el concepto de maternalización de las mujeres vinculado a la sostenida confusión entre las figuras de mujer y de madre, de femineidad y de maternidad, identificando el aporte sustancial de los médicos y la perspectiva eugenista en dicha configuración (2004). La maternalización implicó que, en función de la naturaleza y la condición biológica, a las mujeres les correspondía solamente asumir la función materna:

Los cuerpos femeninos serían resignificados en busca de indicios de la maternidad. Todo otro posible uso del cuerpo, desde la sexualidad hasta el trabajo asalariado, amenazaban la reproducción y todo lo vinculado a ella, la familia, la sociedad, la “raza”. Si la maternidad era lo natural, el ocio, el placer, los trabajos, incluso – para muchos- el estudio, eran actividades antinaturales para las mujeres en tanto no tuvieran una directa relación con la maternidad. (p.101)

La división sexual del trabajo se ha sostenido en la supuesta “naturaleza” de varones y mujeres constituyéndose en un hecho social “natural”: de la capacidad de reproducción biológica de las mujeres se derivó su presunto “instinto maternal”, su afectividad, sensibilidad y altruismo, mientras que los varones serían seres esencialmente “racionales”, “fuertes” y “duros” (Brovelli, 2019). En el campo de la salud, específicamente el desarrollo y extensión de las políticas sanitarias se desarrollaron con una delimitación de tareas específicas a las mujeres en función de la condición natural y biológica para “maternar” (Reyna, 2019)

Como señalamos previamente, es en la década del '30 que el Trabajo Social se institucionaliza como profesión en relación con la configuración y desenvolvimiento de las denominadas políticas sociales. A través de este proceso, como venimos expresando, con el predominio de la eugenesia y la medicina social, adquiere relevancia la educación y la prevención socio sanitaria. Por medio de la perspectiva maternalista se destacó la función de representación y mediación entre los médicos y las mujeres en los servicios sociales y sus profesionales. Es por esto que, desde esta matriz, las mujeres fueron consideradas más aptas para la comunicación y educación de acciones, hábitos y conductas saludables a otras mujeres, en particular de los sectores populares.

Los servicios sociales hospitalarios comenzaron a ser espacios socio ocupacionales relevantes muy tempranamente para las mujeres^[4]. Según Andrea Oliva hacia 1940 se había instalado el Servicio Social en todos los dispensarios de la Municipalidad de Buenos Aires (2007). Desde la división sexual del trabajo, las mujeres fueron convocadas para ocupar estos espacios y desarrollaron tareas vinculadas a la pedagogía higiénica, cocina y dietética, al seguimiento de los tratamientos médicos y acciones de asistencia social (Reyna, 2019). La educación y prevención de la higiene y el control de la enfermedad, de la reproducción social de hábitos socio sanitarios y conductas morales fueron centrales en estos procesos, como parte de la formación y desarrollo de las prácticas técnicas y profesionales.

La propaganda sanitaria y la educación popular en materia de higiene y medicina preventiva con el fin de crear hábitos higiénicos en el pueblo y atraer al individuo y a la familia hacia las organizaciones sanitarias, sean estas sostenidas por el Estado o por la iniciativa privada, y que se ocupan de restablecer o conservar la salud individual o colectiva [...] Educar al individuo o a la familia o al grupo social afectado de manera de obtener el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas o profilácticas recomendadas por el médico. (Ministerio de Relaciones y Culto, 1934, pp. 48-49)

Otro aspecto para destacar en esta delimitación ocupacional particular que se desarrolló fue la posibilidad de que las visitadoras de higiene pudieran servir de puente entre el espacio público, como podría ser el hospital, y el espacio privado y doméstico de los hogares. Habría una destreza y dominio de las mujeres en este ámbito y centralmente en las tareas de cuidado que sirvió de argumentación para la configuración de determinados espacios y ocupaciones. Como señalamos anteriormente, se estableció una división sexual del trabajo para que las mujeres realicen determinadas tareas y profesiones, consideradas con mayores habilidades de acuerdo con sus capacidades biológicas para “maternar” (Reyna, 2019) Esta autora refiere “[...] los escenarios de trabajo designados se asociaron a ámbitos en contacto directo con otras mujeres, como el doméstico, el escolar y el hospitalario” (p.73).

Las tareas de prevención y educación socio sanitaria se enmarcaron como parte de las acciones de las visitadoras de higiene para el “cultivo de la salud” privilegiando el ámbito doméstico, el hospital y la escuela para la divulgación de determinados hábitos y comportamientos deseados, argumentados “científicamente” por la medicina, pero difundidos por mujeres hacia otras mujeres.

Estas observaciones coinciden con los criterios de ingreso y el análisis de la estructura curricular de los procesos de formación, en este punto, tanto la Escuela del Museo y el Curso de Visitadoras prevalecieron materias vinculadas a las

temáticas de la higiene y de la economía doméstica (Basta, 2018). Con motivo de la inauguración del tercer año de la Escuela de Servicio Social el doctor Julio Iribarne, presidente del Museo Social Argentino, expresó en su discurso este particular vínculo entre la cuestión física-biológica y social:

El fenómeno social es un proceso de Biología social, en cuanto se refiere a la aglomeración de hombres que viven en comunidad y de Patología social, en cuanto se refiere a las causas que perturban el equilibrio, el bienestar y la armonía. (BMSA, 1932, Año XX, p.99)

De esta manera, como venimos señalando, las acciones destinadas a las visitadoras de higiene fueron delimitadas para la difusión educativa de la prevención de la higiene y el control de las enfermedades, de la producción y reproducción social de hábitos socio sanitarios y comportamientos morales.

A partir de asumir roles diferenciados de acuerdo con la participación en asociaciones, publicaciones, cargos políticos, los higienistas contribuyeron a poner en el debate público la discusión de la dimensión asistencial a través de la materialización de diferentes acciones y la extensión de espacios de inserción laboral y de formación técnica de las profesionales de la asistencia social.

Es por esto por lo que nos preguntamos acerca de la presencia de las mujeres en estos procesos. De las observaciones documentales identificamos que la mayoría de los espacios socio ocupacionales fueron sostenidos por mujeres, realizando tareas –en la mayoría de los casos- de forma no remunerada o si recibían remuneración era de manera inestable y baja con relación a otras profesiones. Al respecto:

En este sentido podemos considerar de importancia lo recabado a partir del trabajo realizado en el Archivo General de Nación en relación a la distribución de partidas presupuestarias para los siguientes centros de salud (1940-1943): Hospital Nacional de Alienadas, Item III Personal de Servicio, Visitadora de Higiene \$ 160; Maternidad “Ramón Sardá”, Visitadoras de Higiene (2), \$ 200 para cada una; Instituto de la Maternidad, Personal Administrativo y Técnico profesional, Asistentes Sociales (2), \$ 250 para cada una. En estos documentos se remarcó que, frente a la contingencia vinculada a la obtención de insumos, las partidas de dinero para cubrir gastos de personal podrían sufrir modificaciones, siendo el sector de servicios sociales el que podría encontrarse más afectado. Para los médicos se estimaba en promedio una cifra no inferior a los \$600, existiendo diferencias entre las especialidades. (Basta, 2018, p.170)

En una línea similar, el doctor Josue Beruti y la visitadora María Encarnación Zurano señalaban:

[..]reconocer el inestimable apoyo del Instituto de Higiene y del personal de visitadoras con que hemos contado y contamos actualmente. Pero, aunque parezca paradoja, nuestro mayor obstáculo, ha sido precisamente ese personal. No por falta de condiciones inherentes a la buena visitadora, sino por la falta de medios materiales en que se han desenvuelto nuestra acción dentro de la Clínica. El hecho positivo es que nuestro personal ha sido y continúa siendo honorario, y como tal, ha estado sujeto a cambios frecuentes. [...] Las visitadoras del Servicio Social deben ser rentadas para ser fijas y sólo cabe aceptárseles con carácter honorario como ayudantes. (1933, p.11-12)

Asimismo, pudimos reconocer la participación de mujeres en algunas intervenciones y publicaciones, pero en calidad de colaboradoras y/o co-autoras: Carmen Bellavista^[5], María Encarnación Zurano^[6], Mercedes Rodríguez^[7],

entre otras. No es la intención de este trabajo hacer una referencia particular a estas mujeres, sino visibilizar su presencia y el protagonismo de ellas en estos procesos. Al mismo tiempo, revisar la consolidación de una jerarquización social, política y económica respecto a quiénes desarrollan las funciones y tareas que implican cada una de estas profesiones y con ello, la valorización social en términos de prestigio en dos sentidos: la relación profesión médica-profesión de asistente social/visitadora de higiene (atendiendo que en este último caso sólo podían ejercerla mujeres) y la relación varón-mujer.

Acerca de este punto, María Encarnación Zurano junto al doctor Josue Beruti escribieron en el mismo artículo en los Anales de Eugenesia, Biotipología y Medicina Social:

La oficina del servicio social debe estar basada en el orden más perfecto, no sólo a los fines estadísticos sino por la misma naturaleza de la labor que de otra manera quedaría dispersa [...] La acción de la visitadora en las salas es eficazísima. Conversando con la enferma y atrayendo su confianza, logra aquella tomar los casos cuya solución procura, enseña además individualmente los principios de la higiene personal y de puericultura básica [...] En 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 las cosas que tienen importancia desde el punto de vista social, material y moral, tan unido al profiláctico [...] Tener informes de las madres y de los niños que salen de la maternidad, guiarlos, servir de lazo de unión entre el hogar y la clínica esta es la función de la visitadora y ese es el objetivo de las visitas periódicas a domicilio. Diferente a una obra de beneficencia que con todos los prejuicios religiosos [...] desvirtúa y anula el carácter peculiar de una obra moderna de Asistencia Social. Un Servicio Social científicamente organizado tiene que aportar resultados de interés práctico. (1933, p.12)

En este punto, como hemos señalado anteriormente, el crecimiento de las instituciones sanitarias y las respuestas del Estado a las demandas sociales implicaron la delegación de tareas específicas a las mujeres en función de su condición biológica para “maternar” (Reyna, 2019). Particularmente, los médicos higienistas delimitaron las tareas y funciones de las profesionales dedicadas a la asistencia social. Así lo explicaba el doctor Aráoz Alfaro al argumentar la necesidad de formación profesional de las visitadoras:

No basta, ni con mucho, la visita del médico cuando el niño está enfermo, ni tampoco la inspección [...] de tarde en tarde empleados oficiales [...] y que están lejos de poseer ni la preparación, ni el tacto ni las condiciones morales necesarias para hacer eficientes sus visitas [...] Está dicho con esto que hay que preparar cuerpos de mujeres visitadoras. (Aráoz Alfaro en Oliva, 2007, p.73-74)

Es así como los varones sostuvieron la dirección de los espacios de formación profesional, la organización de las tareas docentes y laborales, así como la restricción de la matrícula en las escuelas de capacitación (Reyna, 2019) En este sentido, y como mencionamos más arriba, cuando se hace alusión a “los” higienistas, la referencia es intencionalmente en masculino debido a que eran los hombres quienes ocupaban lugares claves en la conducción de espacios tanto de formación como de inserción profesional de las visitadoras y asistentes sociales.

En esta línea, y como mencionáramos más arriba, observamos una relación desigual y subalterna entre los médicos (varones, en su mayoría) con las visitadoras sociales. A través de la división sexual del trabajo se estableció una

diferenciación sexual de las tareas. En los inicios de la profesión se identificó al Trabajo Social como una práctica auxiliar de los médicos y complementaria de ese saber profesional. Lo mismo sucedió con la enfermería. Martín al respecto señala: “[...] la enfermería fue considerada una extensión de lo doméstico y maternal y se convirtió en “profesión atajo” para conciliar el mundo femenino y el mundo laboral” (2015, p. 257) Dentro de este marco se diferenció la labor del campo científico sostenida por los médicos y el empírico a cargo de las enfermeras, al que podríamos agregar la labor de las visitadoras de higiene social a través de la “ejecución” de tareas encomendadas por los médicos.

Coincidimos con Martín, Queirolo y Ramacciotti sobre los procesos de feminización de las visitadoras sociales y cómo los procesos de construcción social de la identidad femenina se centraron en determinadas características vinculadas a la condición biológica de la mujer y la capacidad reproductiva, configurando determinadas actividades consideradas innatas de acuerdo con esos atributos femeninos. Estableciendo diferentes funciones, ocupaciones y campos profesionales/laborales:

La delicadeza, la tolerancia a la repetición de actividades, la paciencia y la dulzura se concibieron como cualidades innatas de la condición femenina. [...] En el caso puntual del mundo del trabajo, la historia de las mujeres rápidamente mostró la presencia de asalariadas en actividades domésticas, industriales, administrativas, sanitarias y educativas. (Martín, Queirolo y Ramacciotti, 2019, p.15)

Para el campo del Trabajo Social, con una lectura similar, Parra (2001) señala el carácter vocacional y femenino en los orígenes de este. “Así, se suponía que las visitadoras y asistentes sociales debían reunir un largo listado de cualidades morales e intelectuales que frecuentemente recuperaban actitudes, valores, hábitos, maternalizados socialmente y femenizados en el mercado de trabajo” (Nari, 2004, p.185). Algunos estudios vinculan los procesos de feminización y profesionalización con la división sexual del trabajo (Grassi, 1989; Ramacciotti y Valobra, 2015; Martín, 2015) Este proceso delimitó una diferenciación de tareas y la delimitación de campos laborales en función de la condición biológica y natural de las mujeres. De esta forma se configuró una extensión del mundo doméstico/privado, del orden de la reproducción y los cuidados al espacio laboral; enmarcando el mundo de los varones como protagonistas del espacio público y productivo. En este proceso de diferenciación, las tareas “femeninas” se asociaron a la voluntariedad y subsidiariedad, produciendo una desjerarquización y desvalorización de estas:

No obstante, a pesar de los cambios en las justificaciones de la presencia femenina asalariada, el trabajo de las mujeres mantuvo un carácter complementario -‘una ayuda’- que se tradujo en salarios menores a los que recibieron los varones. La inequidad se desplegó con la ‘segmentación horizontal’ del mercado de trabajo, que delimitó cuáles eran las ocupaciones o profesiones femeninas, así como también con la ‘segmentación horizontal’, que estableció que las carreras laborales de las mujeres finalizarán en posiciones intermedias o bien se definieron como ‘auxiliares’ de los puestos directivos ocupados por varones. (Burin en Martín, Queirolo y Ramacciotti, 2019, p.14)

Asimismo, resulta interesante incorporar en este análisis cómo la categoría de “paredes de cristal” se complejizó a través de la idea de “suelo pegajoso” haciendo referencia a las dificultades que atravesaron las mujeres en el acceso

a posiciones laborales y profesionales ascendentes, como en la disposición de cargos asociados a la “segmentación horizontal”, predominando la reproducción de los roles tradicionales de género. De esta forma, las mujeres asumieron estas segregaciones como parte de dificultades subjetivas para el desenvolvimiento de determinadas profesiones y carreras profesionales:

[...] la idea de “suelo pegajoso” adquirió relieve porque subraya aquellas circunstancias, más bien de orden subjetivo, que mantienen “más adheridas” a las mujeres a ejercer los modos tradicionales de la maternidad y las responsabilidades de orden familiar y doméstico en general. (Burin en Martin, Queirolo y Ramacciotti, 2019, p.14)

Con respecto al campo del conocimiento, la formación de las asistentes sociales quedó subsumida a una posición “técnica” respecto de otras profesiones y saberes, en este sentido y regresando al artículo de Ruiz Moreno, Ruiz Ventue y Adam (1958) afirman que:

Sabemos que el Servicio Social no es una ciencia sino una aplicación de ciencias, y de allí surge la amplitud del campo de acción donde se desenvuelve el Asistente Social. Podemos nombrar entre los principales: el económico-social, el jurídico-social y el médico-social. (p.2113).

Posición que se refuerza en este análisis sobre las funciones profesionales que describen y analizan respecto de las visitadoras de higiene:

Los agentes de Servicio Social, con jerarquía de profesional en nuestro país son: la Asistente Social, con funciones integrales, y Visitadora de Higiene, con funciones parciales y especializadas que surgen no sólo de su preparación técnica que han recibido en las escuelas y cursos especiales, sino también de las finalidades y objetos que deben cumplir. Sus fines son la familia (como núcleo social) y el hombre (como individuo y persona). Su objeto: el bienestar social. (p.2113).

Al sostener que las visitadoras de higiene “tienen funciones parciales y especializadas” este debate da cuenta del carácter subsidiario que a su vez tuvieron estas profesionales, lo que era refrendado en el ineludible requisito de ser mujer para acceder al Curso de Visitadoras de Higiene Social (Basta, 2018).

La revisión de documentos y publicaciones de las primeras décadas del siglo XX nos permiten revisar la dinámica que tuvo el proceso de organización de los espacios de inserción laboral y de formación de estas primeras profesionales, poniendo en consideración cómo tensionó en este devenir la división sexual del trabajo y los procesos de feminización que alentaron a invisibilizar la presencia de las mismas en las tareas de docencia y formación profesional en Buenos Aires. En este sentido, como mujeres y trabajadoras sociales pensamos que es necesario continuar indagando estos procesos, valorando las investigaciones realizadas que privilegian el protagonismo de las mujeres en la ejecución de tareas profesionales a través de la configuración de las políticas sociales (Grassi, 1989; Parra, 2001; Oliva, 2007; Basta, 2018; Martin, Queirolo y Ramacciotti, 2019; Reyna, 2019; Gavrila, 2019). No es nuestra intención reducir la historia de la profesión a la identificación de los “nombres propios” que hicieron la misma; por el contrario, la idea es pensar en cómo las mujeres contribuyeron, y continuamos contribuyendo, al movimiento de la historia de nuestra profesión, desplazando esos lugares y espacios asignados por ser “mujeres”.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, P. (2019) Pensar el cuidado como problema social. En: Guerrero, K., Ramacciotti, K. y Zangaro, M. (compiladoras), *Los derroteros del cuidado*. Bernal: Universidad de Quilmes. Disponible en: https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/1025/los_derroteros_del_cuidado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Basta, R. (2018) *Marcas del higienismo en el Trabajo Social. Institucionalización y profesionalización en los inicios de la profesión en Argentina*. Argentina-Luján: EdUNLu.
- Beruti, J. y Zurano, M. (1933) Organización del Servicio Social en la Clínica Obstétrica y Ginecológica "Eliseo Cantón". *Anales de Eugenesia, Biotipología y Medicina Social*. Año I, (12).
- Bellavista, C. (1939) Organización del Servicio Social. *Anales de Eugenesia, Biotipología y Medicina Social*. Año IV, (84)
- Brovelli, K. (2019) Cuidado: una actividad indispensable pero invisible. En: Guerrero, K., Ramacciotti, K. y Zangaro, M. (compiladoras), *Los derroteros del cuidado*. Bernal: Universidad de Quilmes. Disponible en: https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/1025/los_derroteros_del_cuidado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Faur, E. (2014) *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Argentina-Buenos Aires: Siglo Veintiuno Ediciones.
- Grassi, E. (1989) *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Argentina-Buenos Aires: Humanitas.
- Gavrila, C. (2019) La formación de las visitadoras de higiene social, entre la ciencia y la moral. En: Martín, A., Queirolo, G. y Ramacciotti, K. (coordinadoras), *Mujeres, Saberes y profesiones. Un recorrido desde las Ciencias Sociales*. Argentina-Buenos Aires: Editorial Biblos. Colección Ciudadanía e Inclusión.
- Iamamoto, M. (2003) El debate contemporáneo del Servicio Social y la ética profesional. En: Borgiani, E., Guerra, Y. y Montañó, C. (Org.) *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Brasil-São Paulo: Cortez.
- Iribarne, J. (1932) Nuestra Escuela de Servicio Social. *Boletín del Museo Social Argentino*. Año XX; Abril-Junio.
- Krmpotic, C. (2002) La Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal. *Scripta Etnológica* XXIV (024)
- López, O. (1933) Cristianismo y Eugenesia. *Anales de Eugenesia, Biotipología y Medicina Social*. Año I (9)
- Martin, A. (2015) Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940) En: Biernat, C., Cerdá, J. y Ramacciotti, K. (directores), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Argentina-Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Martin, A., Queirolo, G. y Ramacciotti, K. (2019) *Mujeres, saberes y profesiones. Un recorrido desde las Ciencias Sociales*. Argentina-Buenos Aires: Editorial Biblos. Colección Ciudadanía e Inclusión.
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (1934) *Primera Conferencia de Asistencia Social (1934) Tomo II, Actas y Conclusiones*, Buenos Aires: Kraft.
- Miranda, M. (20214) La eugenesia y sus historiadores. En: Biernat, C. y Ramacciotti, K. *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*. Argentina-Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Miranda, M. y Vallejo, G. (2012) *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales*. Argentina-Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Nari, M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires (1890-1940)*. Argentina-Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Netto, J. P. (2003) Cinco notas a propósito de la “cuestión social”. En: Borgiani, E., Guerra, Y. y Montaña, C. (Org.) *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Brasil-São Paulo: Cortez.
- O’Lery, M. (2007) Aportes acerca de la relación Iglesia-Eugenesia en Argentina (1930-1940). En: Miranda, M. y Vallejo, G. (compiladores) *Políticas del cuerpo: estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Argentina-Buenos Aires: Siglo XXI Editora Iberoamericana.
- Oliva, A. (2007) *Trabajo Social y lucha de clases. Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina*. Argentina-Buenos Aires: Imago Mundi.
- Parra, G. (2001) *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino*. Argentina-Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2015) Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En: Biernat, C., Cerdá, J. y Ramacciotti, K. (directores), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Argentina-Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Reyna, C. (2019) Idóneas y profesionales: las mujeres en el “cultivo de la salud”. En: Martín, A., Queirolo, G. y Ramacciotti, K. (2019) *Mujeres, saberes y profesiones. Un recorrido desde las Ciencias Sociales*. Argentina-Buenos Aires: Editorial Biblos. Colección Ciudadanía e Inclusión.
- Ruiz Moreno, G., Ruiz Ventue, M. y Adam, K. (1958) La visitadora de higiene como asistente médico-social. *La Prensa Médica Argentina*. 45 (22).
- Tenti Fanfani, E. (1989) *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención. Tomo I y II*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Notas

- [1] Proyecto de Tesis de Maestría “La responsabilidad del Estado en la intervención social. Discursos y definiciones sobre la problemática asistencial en el período 1930-1940”, F. Maiola. Proyecto de Tesis Doctoral “Trabajo Social e institucionalización. Fundamentos teóricos, metodológicos y políticos de la formación e intervención profesional en instituciones de la provincia de Buenos Aires en las primeras décadas del siglo XX”, R. Basta.
- [2] La disgenesia es un antónimo del término eugenesia. Frecuentemente es utilizado para caracterizar la selección de variables genéticas negativas lo que se traslada al análisis de las variables sociales en términos de comprender a la sociedad como un cuerpo social en el que se desarrollan hechos, los cuales tienen una morfología y una fisiología específica observables y mensurables estadísticamente.
- [4] Uno de los primeros ámbitos de desarrollo del Servicio Social lo constituyó el Instituto de Maternidad dependiente de la Sociedad de Beneficencia, focalizando la atención en el binomio madre-hijo, haciendo hincapié en la protección de la primera infancia.
- [5] En su cargo de directora del Secretariado Central de Asistencia Social escribió en 1939 acerca de la organización del Servicio Social.
- [6] Como jefa del Servicio Social escribió junto al doctor Josue Beruti, director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica “Eliseo Cantón”, la organización de este servicio.
- [7] De profesión médica, estuvo estrechamente vinculada al Curso de Visitadoras de Higiene Social y a la Escuela del Servicio Social del Museo Social Argentino. Hermana de Germinal Rodríguez. Participó activamente en la difusión de los conceptos de biotipología desde la Asociación de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social. Una

de sus variadas publicaciones la hizo junto con Gonzalo Bosch y Arturo Rossi sobre la biotipología criminal y el problema constitucional en las culturas del delito y la prostitución en el año 1934.

- [3] ya hacia fines del siglo XIX y principios del XX se venía dando un debate entre quienes postulaban “herencia” versus “medio ambiente” en relación a las políticas de eugenesia. La Sociedad de Educación Eugénica era uno de los representantes de la segunda opción en el debate, enfrentada a las postulaciones sostenidas por Galton desde el Laboratorio de la Universidad de Londres. Sobre las ideas referenciadas en la importancia del “medio ambiente”, encontramos en Francia una corriente que se la denominó como neolamarckiana. El Conde Lamarck sostuvo a principios del siglo XIX que los factores ambientales eran centrales para el desarrollo de las capacidades de los seres vivos” (Basta, 2018, p.119)

Notas de autor

- * Lic. en Trabajo Social, UNLu. Residente, jefa e instructora de residentes en la especialidad en Trabajo Social en Salud, GCBA. Magister en Ciencias Sociales con mención en Historia Social, 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.
- * Lic. en Trabajo Social, UNLu. Dra. en Ciencias Sociales y Humanas, UNLu. Profesora Adjunta Regular del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Luján y del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Miembro del Programa de Estudios sobre Fundamentos Teóricos-Metodológicos del Trabajo Social del Departamento de Ciencias Sociales de la UNLu. Directora y co-directora de proyectos de investigación acreditados. Autora y co-autora de libros, capítulos de libros, artículos de revistas.