

La profesionalización de la educación sanitaria en la Argentina de los años sesenta: influencias internacionales, circuitos académicos y núcleos de formación técnica

Carla REYNA

Avances del Cesor, V. XIII, N° 15, Segundo semestre 2016, pp. 181-201.

ISSNe 2422-6580 / ISSN 1514-3899 - <http://web2.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/AvancesCesor/index>

La profesionalización de la educación sanitaria en la Argentina de los años sesenta: influencias internacionales, circuitos académicos y núcleos de formación técnica

The professionalization of health education in the Argentina of the sixties: international influences, academic circles and technical training centers

Carla Reyna

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
Instituto de Estudios para el Desarrollo Social
Universidad Nacional de Santiago del Estero
(Argentina)

reynacarla.e82a@gmail.com

Resumen

En el presente trabajo se rescatan diferentes aspectos de los procesos de feminización y de profesionalización de la educación sanitaria en Argentina en los años sesenta. Con este propósito se analiza el influjo de los organismos internacionales de salud en interlocución con actores societales y estatales locales en los procesos de discusión, diseño y puesta en práctica de capacitaciones de diversa jerarquía. En este contexto se identificarán las discursividades que sustentaron la praxis profesional durante el período, enraizadas en las relaciones de género y en la construcción de identidades profesionales.

Palabras Clave: Educación Sanitaria- Profesionalización- Feminización



Abstract

In this paper we rescue different aspects of the feminization processes and the professionalization of health education in Argentina during the sixties. For this purpose we analyze the influence of international health agencies in dialogue with both local and state actors in the discussion, design and implementation processes of various technical training. In this context we will identify discursivities that supported the professional practice during the period, rooted in both gender relationships and profesional identities construction.

Key Words: Health Education- Professionalization- Feminization



Introducción

Luego del golpe militar de 1955 que destituyó al gobierno de Juan Domingo Perón, la política sanitaria de la Argentina se caracterizó por la proscripción al peronismo y la censura a cualquier manifestación vinculada al comunismo. A partir de este momento los acuerdos y las recomendaciones internacionales fueron el marco de referencia para el diseño e implementación de las acciones sanitarias oficiales. Si durante los años cincuenta la política sanitaria del peronismo intentó centralizar y universalizar la asistencia, en la década subsiguiente la intervención del Estado fue diametralmente opuesta y adscribió un rol subsidiario: las comunidades y los organismos intermedios fueron el sustrato para la constitución de sistemas de atención de salud autogestionarios. En este clima político e ideacional, el binomio salud-enfermedad fue considerado como un proceso de carácter biológico y social, en tanto prerrequisito para el desarrollo económico.¹

Las repercusiones en la región de la *Revolución Cubana* (1959) reforzaron las estrategias estadounidenses de hegemonización en Latinoamérica a través del apoyo financiero y técnico a las políticas sanitarias. En un contexto de inestabilidad institucional, los brotes epidémicos y las endemias crónicas fueron considerados intersticios para las turbulencias políticas y el afloramiento de revueltas comunistas. Entonces la intencionalidad fue contener la latencia de los estallidos sociales, por un lado mediante el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades y por otro, a través del virtual estímulo al crecimiento económico y al desarrollo social, lo que se lograría mediante el impulso a las iniciativas comunitarias. La racionalidad instrumental lograría modernizar a las sociedades latinoamericanas, consideradas anacrónicas.²

2007, V. V, N° 10; RAMACCIOTTI, Karina, "Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta", en *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, 2014, V. I, N° 12, pp. 89-109. Disponible en: <<http://www.dx.doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.06>> [Consulta: 14 mayo 2015].

2. PERRONE, Néstor y TEIXIDÓ, Lucrecia, "Estado y Salud...", Op. Cit.; GÓMEZ PAZ, José, "La política

1. PERRONE, Néstor y TEIXIDÓ, Lucrecia, "Estado y Salud en la Argentina", en *Revista de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires,

Nuestro objeto de indagación será el impulso otorgado a la educación sanitaria como campo disciplinar en Argentina. Este período, se destacó más que otros, por una mayor especialización de médicos en el exterior, la creación de dispositivos académicos, los núcleos de formación técnica de diversa jerarquía a nivel local y la adscripción y búsqueda de legitimidad ante los organismos internacionales. La particularidad radicó en que para acceder a estudios de posgrado en educación sanitaria fue requisito excluyente la profesión médica o “formación equivalente”. En contraste, las capacitaciones para cumplimentar funciones operativas se reservaron, principalmente, para mujeres en ejercicio de la profesión docente y de las “ramas auxiliares de la medicina”.³

de salud en el desarrollismo”, en *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Buenos Aires, 2008, V. CXXI, Nº 4, pp. 29-38; RAMACCIOTTI, Karina, “Políticas sanitarias, desarrollo...”, Op. Cit.; CUETO, Marcos, “La ‘cultura de la sobrevivencia’ y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX”, en *Revista História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, enero-marzo 2015, V. XXII, Nº 1, pp. 255-273.

3. La educación sanitaria desde fines del siglo XIX adquirió diferentes denominaciones y estrategias (divulgación sanitaria, propaganda sanitaria, difusión sanitaria, instrucción sanitaria, educación higiénica, etc.). Los primeros indicios de profesionalización pueden rastrearse durante la primera mitad del siglo XX en los planes de estudio y en el ejercicio profesional de otras “ramas auxiliares de la medicina” como las visitadoras de higiene, las asistentes sociales y las enfermeras. GRASSI, Estela, *La mujer y la profesión de asistente social*, Humanitas, Buenos Aires, 1989; ALAYÓN, Norberto, *Historia del Trabajo Social en Argentina*, (4ª ed.), Espacio Editorial, Buenos Aires, 1992; DI LISCIA, María Silvia y BILLOROU, María José, *Cuadernos de las visitadoras de higiene. Fuentes para una historia regional de género*, Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa, 2005; OLIVA, Andrea, “Antecedentes del trabajo social en Argentina: asistencia y educación sanitaria”, en *Revista Trabajo Social*, Bogotá, 2006, Nº 8, pp.73-86;

Nuestro trabajo se inscribe así en el campo de estudio de la historia de la salud y la enfermedad, particularmente, en el de la historia de la salud pública.⁴ Las identidades y

MARTIN, Ana, “Mujeres y Enfermería. Una Asociación Temprana y Estable, 1886-1940”, en BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan Manuel y RAMACCIOTTI, Karina (editores) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2015; RAMACCIOTTI, Karina y VALOBRA, Adriana, “Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955)”, en BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan Manuel y RAMACCIOTTI, Karina (editores) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2015. No obstante, el primero de los antecedentes institucionales hunde sus raíces en la gestión del primer Ministro de Salud Pública, Ramón Carrillo, cuando quedó bajo la responsabilidad estatal por medio de la Ley Nº 13.039 de Educación Sanitaria (1947). Durante el peronismo la expansión de las campañas sanitarias demandó tanto profesionales de la salud como de los llamados “auxiliares”. En este sentido, la educación sanitaria cobró una mayor visibilidad ya que se dictaron cursos de adiestramiento para maestras en la Dirección de Cultura Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación (véase: RAMACCIOTTI, Karina, *La política sanitaria del peronismo*, Biblos, Buenos Aires, 2009) y en la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional del Litoral (ver: “Información de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva”, en *Anales de Medicina Pública*, Santa Fe, 1949, V. I, Nº 2-3, pp. 439-444). Los cursos no lograron satisfacer la demanda de personal y tampoco alcanzaron jerarquía profesional ni técnica. A partir de los años cincuenta, bajo los lineamientos internacionales, la educación sanitaria fue representada como un renovado campo disciplinar con proyección profesional, obteniendo en la década subsiguiente status académico a nivel de posgrado, grado, técnico y auxiliar. Véase: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Comité de Expertos en Educación Higiénica del Pueblo”, Washington, 1955, Serie de Informes Técnicos Nº 89; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Comité de Expertos en Formación del Personal de Sanidad para la Educación Sanitaria Popular”, Ginebra, 1958, Serie de Informes Técnicos Nº 156.

4. Sobre historia de la salud pública en América Latina véase HOCHMAN, Gilberto, *A era do Saneamento: As*

las relaciones de género en el trabajo sanitario se instituyeron como sustratos de los procesos de profesionalización desde la esfera estatal y en el ámbito universitario. En esta línea, nuestra propuesta dialoga con los aportes de la sociología de las profesiones y con los estudios que visibilizan a las mujeres en la ocupación de posiciones subalternas en el trabajo sanitario. En esta vertiente se ubican las investigaciones que avanzan en la formación de las visitadoras de higiene, de las asistentes sociales, de las enfermeras y de las terapistas ocupacionales durante la primera mitad del siglo XX.⁵ Resultan así imperiosos los estudios

sobre los procesos de profesionalización de las especialidades médicas y la configuración subalterna de las llamadas “paraprofesiones” durante la última centuria, en especial, por las vacancias historiográficas en la segunda mitad del siglo XX.

A este propósito analizaremos el influjo de los organismos internacionales de salud en interlocución con actores societales y estatales locales en los procesos de discusión, diseño y puesta en práctica de capacitaciones de diversa jerarquía y las discursividades que sustentaron la praxis profesional durante el período.

El corpus documental está constituido por dos revistas de circulación académica en el ámbito de las profesiones sanitarias durante los años sesenta: la *Revista de Salud Pública*, editada por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, y la *Revista Educador Sanitario*, publicada por la Dirección de Educación Sanitaria y Social del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación (en adelante DESSN).

bases da política de saúde pública no Brasil, HUCITEC/ ANPOC, São Paulo, 1998; ARMUS, Diego, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”, en *Asclepio*, Madrid, 2002, V. LIV, N° 2, pp. 41-60; CUETO, Marcos y ZAMORA, Víctor (editores) *Historia, Salud y Globalización*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2006; CUETO, Marcos y PALMER, Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Cambridge University Press, New York, 2015. Sobre la historia de la salud pública en Argentina véase ALVAREZ, Adriana, “Ramos Mejía: salud pública y multitud en la Argentina finisecular”, en LOBATO, Mirta Zaida (editora) *Política, Médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en Argentina*, Biblos, Buenos Aires, 1996; BELMARTINO, Susana, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 2005; CARBONETTI, Adrián, *El sistema sanitario en la Provincia de Córdoba, 1880-1926*, en *Dynamis*, Granada, 2005, V. XXV, pp. 87-116; RAMACCIOTTI, Karina, *La política sanitaria...*, Op. Cit.; ARMUS, Diego, *La Ciudad Impura. Salud, Tuberculosis y Cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Edhasa, Buenos Aires, 2007; GOLBERT, Laura, *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires, 2010; BIERNAT, Carolina, “El proceso de centralización del Departamento Nacional de Higiene (1880-1944)”, en BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan Manuel y RAMACCIOTTI, Karina (editores) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2015.

5. GRASSI, Estela, *La mujer...*, Op. Cit.; ALAYÓN, Norberto, *Historia del Trabajo...*, Op. Cit.; GONZALEZ

LEANDRI, Ricardo, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1999; DI LISCIA, María Silvia y BILLOUROU, María José, *Cuadernos de las...*, Op. Cit.; OLIVA, Andrea, “Antecedentes del trabajo social...”, Op. Cit.; TESTA, Daniela, “Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina”, en *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, Santiago, 2012, V. XII, N° 1, pp. 72-87; SOPRANO, Germán, “Agencias estatales y procesos de configuración profesional”, en BIERNAT, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina (editoras) *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Biblos, Buenos Aires, 2014; MARTIN, Ana, “Mujeres y Enfermería...”, Op. Cit.; RAMACCIOTTI, Karina y VALOBRA, Adriana, “Feminización y profesionalización...”, Op. Cit.

En la *Revista de Salud Pública* participaron destacados sanitarios argentinos y otros latinoamericanos que, como docentes de posgrado o desde cargos en la gestión pública, colaboraron en la institucionalización a nivel local de los saberes médicos transnacionales. Este marco de referencia se sustentó en un nuevo enfoque de la medicina vinculado íntimamente a las ciencias sociales y a la eficiencia estadística. La editorial destinó sus páginas a la circulación de las directrices de los organismos internacionales en el ámbito de las ciencias médicas para instituir el valor de la salud como factor y como producto del desarrollo económico y social y en consecuencia, vertebrar el diseño e implementación de las políticas en el sector. En este escenario, la educación sanitaria fue representada como un renovado campo disciplinar nutrido por los aportes de la comunicación social, la antropología, la sociología y la psicología social. Los tópicos más relevantes fueron la delimitación disciplinar y profesional, la estructuración y coordinación intersectorial de los servicios y carteras análogas en las diferentes escalas gubernamentales y las funciones asignadas a los cargos de gestión, exclusivamente, reservados a médicos especialistas en salud pública o profesionales con “formación equivalente”.

En contraste, la *Revista Educador Sanitario* tuvo por propósito otorgar un marco de referencia técnico para la operativización de los programas en educación sanitaria. Al igual que la *Revista de Salud Pública*, esta editorial contó con la participación de pares especialistas -extranjeros y argentinos- que contribuyeron a la difusión de las prescripciones metodológicas y teóricas provenientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El respaldo científico de los saberes médicos se articuló con

numerosos artículos referidos a experiencias educativas sistematizadas por educadoras sanitarias con formación de grado y por organizaciones no gubernamentales presididas por mujeres, como por ejemplo el Comité Argentino para la Educación Sanitaria de la Población (CAESPO) a cargo de la filántropa Amelia Baldrich de Sustaita Seeber. En tanto, la *Revista Educador Sanitario* tuvo amplia recepción en el ámbito de los trabajadores de la salud en el terreno comunitario, en el de las asociaciones civiles y filantrópicas y en el ámbito docente para la transferencia de los contenidos sanitarios en las escuelas.

En este horizonte de análisis, en la primera sección profundizaremos en los aportes de la sociología de las profesiones y en la construcción de identidades profesionales generizadas. En el segundo apartado abordaremos los lineamientos internacionales en torno a la educación sanitaria y su recepción en el contexto nacional. Luego, desarrollaremos cómo las tensiones entre idoneidad y jerarquía se matizaron en estas propuestas editoriales locales, en la fragmentación y diversidad de los núcleos de formación técnica y en la trayectoria profesional de una de las educadoras sanitarias más destacadas durante el período, Elsa Massolo. Por último, en la cuarta sección, exponemos nuestras conclusiones.

Pretendemos con esta propuesta aportar en primer lugar, a los estudios que visibilizan la configuración de profesiones sanitarias feminizadas. En segundo lugar, reflexionar en torno a cómo la impronta hegemónica en el campo disciplinar, aún con matices, tiene incidencia en el perfil y en el ejercicio profesional de las educadoras sanitarias.

Algunas contribuciones sobre los procesos de profesionalización y configuración profesional

Los procesos de profesionalización invocan al uso procesualista, a la modernización societaria y estatal. Conforme a la especialización y diferenciación de roles ocupacionales, el proceso de profesionalización distingue al menos cinco etapas: 1) el surgimiento de una actividad laboral como ocupación plena; 2) la creación de escuelas de formación especializada; 3) la emergencia de asociaciones profesionales -a nivel local y luego a nivel nacional; 4) la conquista de la ley de ejercicio profesional para el monopolio y la protección de su actividad y 5) la conformación de un código deontológico profesional.⁶ Una profesión por tanto, se constituye a partir de un conjunto de atributos que distinguen un dominio intelectual o teórico vinculado al sistema cultural y que sustenta el ejercicio de una actividad, un dominio práctico o de aplicabilidad, la auto-organización y una motivación altruista.⁷

En las llamadas “profesiones liberales”, el Estado es el garante del monopolio legal de su práctica. Bajo esta condición, poseen una autonomía tecnológica y científica que estructuran la división del trabajo a partir de la regulación de sus saberes. El rol y el status profesional se derivan entonces de la formación técnica procedimentalmente institucionalizada y jurídicamente regulada, que se establece a partir de la dinámica institucional entre Estado, universidad y mercado laboral. En esta

categoría se sitúan la medicina, la abogacía y la ingeniería.⁸

Eliot Freidson estableció, para el caso de las ciencias médicas, una segunda categoría a la que denominó “paramédica”, como un fenómeno de configuración profesional, inhibida o subordinada por la educación universitaria. Se trata de “las ocupaciones cuyo trabajo está a la vez organizado en torno a las tareas sanitarias y controlado en última instancia, por la autoridad médica”.⁹ También llamadas “ramas auxiliares” de la medicina, éstas se configuraron a partir de identidades y de relaciones de género con ciertos perfiles socio-profesionales ligados al cuidado y a la educación. En estas profesiones subalternizadas aparecen como atributos diferenciales la falta de autonomía científica y/o tecnológica, dado que su conocimiento es legitimado por la profesión médica, la realización de tareas auxiliares que no implican sustitución directa de las de diagnóstico y de tratamiento, el desempeño de una actividad que se encuentra subordinada a la solicitud o supervisión médica y por último, un menor prestigio o reconocimiento social. En la progresiva diferenciación de roles y de ocupaciones en sociedades cada vez más industrializadas, la puja por la autonomía funcional y el monopolio del dominio técnico

6. FREIDSON, Eliot, “Personal médico”, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Aguilar, Madrid, 1979, T. VIII, pp. 139-152.

7. *Ibidem*.

8. *Ibidem*; PARSONS, Talcott, “Profesiones liberales”, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Aguilar, Madrid, 1979, T. VIII, pp. 538-547; PANAIÁ, Marta, “Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en Argentina”, en *Estudios del Trabajo*, Buenos Aires, 2006, N° 32, pp. 121-165; POZZIO, María, “Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible -y alentador-”, en *Revista Sudamérica*, Mar del Plata, 2012, N° 1, pp. 99-129.

9. FREIDSON, Eliot, “Personal médico...”, *Op. Cit.*, p. 147.

en estas profesiones representan las tentativas de legitimación ante los poderes públicos.¹⁰

Respecto de las profesiones sanitarias en Argentina, los procesos de movilidad social ascendente de los galenos, en función de su legitimidad social en la ocupación de las bancas estatales y en su influencia política desde las tribunas intelectuales, les proporcionó el monopolio y la regulación del desarrollo de las especialidades médicas en los espacios universitarios. Desde estos lugares favorecieron el influjo de las agencias internacionales en el nivel local mediante la modernización de la estructura sanitaria y la estratificación del trabajo sanitario.¹¹ Se torna así imprescindible enmarcar la división sexual del trabajo sanitario para comprender la constitución del aparato burocrático estatal y el sostenimiento de políticas para el desarrollo económico nacional.¹²

En estas dos direcciones de jerarquización profesional -*ascendente* y *horizontal*-, abordaremos el proceso de profesionalización de la educación sanitaria, examinando las identidades y las relaciones de género en la configuración de sub-alternidades profesionales desde la esfera estatal y el ámbito académico.

10. POZZIO, María, "Análisis de género...", Op. Cit.

11. GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, "Campos e imaginarios profesionales en América Latina. Renovación y estudios de caso", en *Anuario IHES*, Tandil, 2006, Nº 21, pp. 333-344.

12. GRASSI, Estela, *La mujer...*, Op. Cit.; NARI, Marcela, *Políticas de Maternidad y Maternalismo Político*, Biblos, Buenos Aires, 2004; POZZIO, María, "Análisis de género...", Op. Cit.; BIERNAT, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina, *Crecer y Multiplicarse. La Política Sanitaria Materno-Infantil Argentina, 1900-1960*, Biblos, Buenos Aires, 2013; SOPRANO, Germán, "Agencias estatales y procesos...", Op. Cit.

Educación Sanitaria: lineamientos internacionales y adscripción nacional

Como señala Marcos Cueto, "el objetivo de la política exterior norteamericana fue contener al comunismo internacional con políticas que no fuesen sólo militares o diplomáticas sino también con programas de cooperación técnica social, educativa y de salud pública".¹³ La verticalidad de programas de carácter más bien paliativo que erradicacionista, fue el común denominador en el sanitarismo latinoamericano. Este patrón, denominado por Cueto como "cultura de la sobrevivencia", omitía las causas estructurales de las endemias y epidemias y reforzaba una concepción estática de la salud como ausencia de enfermedad. De este modo, el peso de la hegemonía estadounidense encontraba su rentabilidad a través del delineamiento de la agenda de salud pública financiada internamente, el otorgamiento de becas de perfeccionamiento en el extranjero y la autogestión comunitaria.

Al despuntar la década del sesenta, la hegemonía del modelo en la región se encarnó en el "Acta de Bogotá" suscripta en 1960 y en la "Alianza para el Progreso", que recogió los postulados del primer documento y fue oficializada en 1961 por el Consejo Económico Social de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en Punta del Este.

Las acciones de protección, fomento y reparación de la salud tendrían por propósito irrumpir en el ciclo económico de la pobreza para restaurar la productividad y el consumo. Según la OPS, en Argentina eran alarmantes

13. CUETO, Marcos, "La 'cultura de...'", Op. Cit., p. 257.

el analfabetismo, la falta de agua potable y la adecuada eliminación de excretas; las altas tasas de morbilidad por viruela, poliomeilitis, tuberculosis, paludismo, tos convulsa, tripanosomiasis y difteria; los sistemas estadísticos no confiables, la insuficiencia de camas hospitalarias, la concentración urbana de profesionales sanitarios, la dispersión y la superposición de los servicios de salud y el alto nivel de burocratización y centralización.

El déficit de técnicos y auxiliares en todas las especialidades de salud pública era otro obstáculo para poner en marcha los programas en los territorios latinoamericanos.¹⁴ A este propósito, las agencias ofrecían la asistencia de consultores, la concesión de becas de formación, la organización de eventos internacionales y la facilitación de materiales bibliográficos.

En los informes técnicos de la OMS la educación sanitaria fue concebida como un proceso pedagógico centrado en las características socioculturales, que orientaría a los sujetos *“para emprender una acción sanitaria inteligente”*.¹⁵ Las comunidades debían identificar sus problemas de salubridad y, desde la óptica de la salud pública oficial, establecer las prioridades y motorizar los recursos comunitarios para su solución. Así, tanto docentes como trabajadores sanitarios,

representaron potenciales educadores sanitarios en el ámbito comunitario.

En Argentina si bien los lineamientos disciplinares habían sido acogidos por los expertos en salud pública locales, en los años sesenta las discusiones técnicas respecto a quiénes y cómo debían implementarse estas directrices internacionales se tornaron ambiguas y divergentes. Una muestra de ello fue la promulgación en 1960 de la “Ley Argentina de Interés Nacional de la Educación Sanitaria” N° 15.767 que derogaba la sancionada por el peronismo en 1947. En 1956 la Dirección de Cultura Sanitaria pasó a denominarse Dirección de Educación Sanitaria y Social (DESSN), dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Su dirección fue asumida por el médico sanitarista Saúl Biocca, que en el transcurso de la misma década ocupó además los cargos de Secretario General del Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población (CAESPO), la dirección de la Asociación Argentina de la Salud Pública y la vicepresidencia de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIEPS) para América del Sur.

La nueva legislación no precisaba un marco regulatorio para el ejercicio profesional de la educación sanitaria ni el estatuto de formación técnica. Con el propósito de revertir las inconsistencias disciplinares y de delimitar el perfil profesional, las agencias estatales de salud y de educación argentinas auspiciaron en 1960 el “Primer Seminario Latinoamericano de Educación Sanitaria”, celebrado en Mar del Plata. Allí participaron representantes de organismos internacionales y de varios países latinoamericanos para consensuar la diagramación curricular conjunta entre

14. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “La Salud de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud”, en *Publicaciones Varias*, Washington, 1960, N° 53; INVALIDI, Ángel, “Salud y desarrollo económico, social y cultural”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*. Buenos Aires, 1963, N° 1, pp. 53-59; SBARRA, Noel, “La realidad sanitaria nacional”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, Buenos Aires, 1963, N° 1, pp. 11-33.

15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Comité de Expertos en Formación...”, Op. Cit.

médicos, quiénes tendrían a su cargo “la responsabilidad científica sobre la salud” al delimitar los contenidos, y docentes cuya incumbencia, “de una jerarquía distinta”, se circunscribiría a la selección de las estrategias pedagógicas más efectivas para asimilar los consejos sanitarios.¹⁶

En estas discusiones se consideró que en América Latina predominaba “un bajo nivel cultural sanitario, reforzado por el charlatanismo y el curanderismo”, en especial en zonas de dispersión demográfica y de marginación urbana.¹⁷ En las áreas más desprovistas de servicios de salud la filiación entre las acciones oficiales, las iniciativas privadas, las escuelas y la participación comunitaria podrían intensificar el control de las enfermedades. Para lograr este objetivo se precisaba la intervención de educadores sanitarios con especializaciones de posgrado, técnicos con formación docente de base y auxiliares en educación sanitaria como solución transitoria ante la vacancia de personal. En un esquema de cooperación internacional, las naciones participantes se comprometían a promover en sus respectivas carteras sanitarias la constitución de organismos mixtos, la concesión de becas nacionales a docentes, el dictado de seminarios de perfeccionamiento, la edición de publicaciones técnicas y de manuales escolares y la promoción de experiencias piloto en las escuelas.

Sin dudas, a escala local el seminario representó uno de los estribos para la construcción de la identidad profesional de las educadoras

16. “Primer Seminario Latinoamericano de Educación Sanitaria”, Dirección de Educación Sanitaria y Social, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Argentina, s/fecha, p. 65.

17. Ídem, p. 36.

sanitarias y para motorizar, como veremos en el próximo apartado, los procesos de discusión, diseño y puesta en práctica de capacitaciones de diversa jerarquía a nivel federal.

Idoneidad versus jerarquía

En línea con lo postulado por Freidson, en la Argentina de los años sesenta se establecieron núcleos de sociabilidad académica y de formación técnica tutelados por médicos posgraduados en salud pública en el extranjero. Las discursividades que sustentaron la praxis profesional en estos espacios traslucían la tensión entre las variables idoneidad y jerarquía, como fundamentos estructurantes de una nueva “rama auxiliar de la medicina”.

Dispositivos editoriales

En el período existieron, al menos, dos espacios de divulgación académica en torno a la educación sanitaria: la *Revista Educador Sanitario*, publicada oficialmente por la DESSN y la *Revista de Salud Pública* dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.

En la publicación de la DESSN la marca editorial fue la delimitación disciplinar y la rentabilidad de la educación sanitaria en el éxito de los modernos programas de salud pública. Para Biocca, a cargo de la dirección, ya no podía ser considerada “como el instrumento auxiliar de una determinada actividad científica, sino como ciencia y arte en sí misma, como campo de aplicación y metodología autónomos”.¹⁸ Con este

18. “Primer Congreso de Educación Sanitaria”, en

propósito la repartición publicó oficialmente entre 1960 y 1983 cincuenta números de la *Revista Educador Sanitario*, destinada a maestros, educadores sanitarios, asociaciones vecinales, enfermeras y aún médicos que desearan ampliar sus conocimientos sobre el tema. En los ejemplares se promocionaban la agenda nacional e internacional y la oferta formativa. Los cursos superiores estaban destinados para médicos y las capacitaciones para ejercer funciones operativas se reservaban para las profesionales insertas en espacios de intervención ligados al cuidado y a la educación.

En cada número se distribuían 20.000 ejemplares en forma gratuita y la revista tuvo recepción en 117 países. Las ediciones incluían la difusión de fundamentos teóricos, de instrucciones metodológicas y de material didáctico para estimular campañas preventivas de iniciativa local. Seguidamente, los conceptos vertidos eran respaldados por entrevistas a médicos especialistas.¹⁹

Las temáticas en salud fueron literales a la agenda pautada por la OMS y la OPS: las diarreas estivales, la enfermedad de Chagas-Mazza, el cáncer, la tuberculosis, los accidentes viales y los domésticos, la rabia canina, la

vacunación antivariólica, la poliomiélitis y su rehabilitación, la brucelosis, la incidencia del agua potable en la salud y la erradicación de la “charlatanería” y del “curanderismo”.

Otro eje fue la inquietud por la integridad familiar que se manifestó en secciones referidas a la dinámica de los cuidados premaritales y el conflicto conyugal, la educación de los hijos, las adicciones y los trastornos emotivos, la salud en el trabajo y en la escuela y la atención doméstica de enfermos, entre otros. Asimismo, fue significativa la frecuencia de artículos dedicados a la buena nutrición y al cuidado de la salud en contextos de pobreza. En una experiencia de relevamiento comunitario se atribuía a la incidencia de los factores socioculturales los “serios problemas de desnutrición de lactantes en una sociedad de elevada disponibilidad de alimentos y con una ciencia médica desarrollada”.²⁰ En este corpus documental otros ensayos de organización comunitaria en coordinación con organismos privados y equipos de salud pública cristalizaron el modo en que los cuerpos intermedios de la sociedad civil tuvieron un lugar central en la prevención de las enfermedades y cómo la DESSN se limitó a las funciones de asistencia técnica.

Estas marcas editoriales sugerían la preocupación por potenciales conflictos sociales en sectores desprovistos de asistencia estatal que en contraste fueron argumentadas como resistencias culturales a los modernos programas de salud pública. En este sentido, las maestras y las trabajadoras de la salud fueron consideradas referentes sociales de gran influencia sanitaria. Estos roles profesionales

Revista Educador Sanitario, Buenos Aires, marzo 1962, N° 6, p. 33.-

19. *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, noviembre 1960, N° 1; marzo 1961, N° 2; junio 1961, N° 3; septiembre-diciembre 1961, N° 4-5; marzo 1962, N° 6; junio-septiembre 1962, N° 7-8; diciembre de 1962, N° 9; marzo-junio 1963, N° 10-11; septiembre-diciembre 1963, N° 12-13; marzo-junio 1964, N° 14-15; septiembre-diciembre de 1964, N° 16-17; junio-diciembre 1965, N° 19-20; marzo-junio 1966, N° 21-22; septiembre-diciembre 1966, N° 23-24; marzo 1967, N° 25; junio 1967, N° 26; septiembre-diciembre 1967, N° 27-28; enero-junio 1968, N° 29-30.

20. CRITTO, Adolfo, “Que espera la madre del niño”, en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, septiembre-diciembre 1966, N° 23-24, p. 24.

ligados a la enseñanza y al cuidado fueron vistos desde la esfera estatal como los más idóneos para socavar estas “barreras” cognitivas.

En contraste, en la línea editorial de la *Revista de Salud Pública* predominó un discurso que mancillaba la emergencia de una nueva identidad profesional con potencial autonomía.

El educador sanitario no era considerado “un técnico en contenido, como lo es la enfermera, la nutricionista, el médico, el ingeniero sanitario; pero sí es un técnico en el procedimiento... [que] estimula, interesa, orienta y guía a los ‘técnicos en contenido’”.²¹ Con el mismo énfasis, Juan Deferrari, médico diplomado en salud pública y director del Departamento de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires en 1962, reconocía que en educación sanitaria “los contenidos que se van a transferir no son propios en absoluto, sino que en todos los casos pertenecerá a otros campos de la salud pública”. Este dominio teórico-práctico detentado por los galenos establecía una relación de dependencia ocupacional que el educador sanitario debía “asumir con lealtad”.²² Para delimitar esta jerarquía, Deferrari establecía tres categorías según el tiempo y la institución formativa. En primer lugar, el educador sanitario profesional o con una formación de posgrado universitario en escuelas de salubridad, encargado de estructurar y evaluar los planes. En segundo lugar, los trabajadores de la salud y los docentes serían los técnicos capacitados para implementar

las estrategias de educación sanitaria en el desarrollo de los programas de salud pública. Y una tercera categoría la constituían los educadores asistentes o auxiliares destinados a “ciertas áreas”, cuya exigencia mínima sería una formación de nivel secundario o docente y una capacitación máxima de 6 meses.²³ Retomando las contribuciones de Eliot Freidson, la estratificación del trabajo sanitario ponderaba la idoneidad de la comunidad médica para dirigir programas y delegar funciones operativas, en tanto que la especialización en educación sanitaria no sería un requisito excluyente.

La práctica hospitalaria era otro de los escenarios en donde afloraban las crispaciones derivadas de las jerarquías profesionales, traslucidas en el establecimiento de una doble línea de autoridad entre los trabajadores de la salud. Jorge Segovia, médico posgraduado en salud pública, fue el encargado de la Sección de Educación Sanitaria en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (UBA) e instructor en el programa de medicina integrada del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Según su perspectiva, en el enfoque asistencial y preventivo de los servicios sanitarios se vinculaban diferentes percepciones, métodos y técnicas producto de la “diferencia de status profesional”.²⁴ Asimismo exaltaba la vacancia de estudios que comprobaran la capacidad persuasiva de las acciones educativas, por lo que la educación sanitaria “nunca [sería] mejor que los servicios o programas a los que

21. “Las funciones de la educación sanitaria en el programa de salud pública”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, julio-diciembre 1963, p. 117.

22. DEFERRARI, Juan, “La educación sanitaria en un programa de salud pública”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, enero-abril 1962, Nº 2, pp. 21-31, p. 26.

23. Ídem, p. 30.

24. SEGOVIA, Jorge, “La educación sanitaria en el hospital”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, 1965, Nº8, pp. 29-46, y p. 34.

sirve”.²⁵ Privados de una parcela disciplinar y con la incertidumbre sobre el rigor científico de sus intervenciones, las educadoras sanitarias mucho menos podrían aspirar a una identidad profesional. Si los argumentos descalificadores emanaban en el contexto de los hospitales públicos, era el propio Estado quién los despojaba de su idoneidad y de su jerarquía.

Una tercera postura se originó en las tensiones entre algunos representantes de las ciencias sociales que nutrieron a la incipiente disciplina y que reclamaban por la autonomía y la expropiación de sus dominios técnicos. Para el filósofo y docente de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Armando Vivante, el estudio etnográfico previo al desarrollo de las campañas sanitarias requería de la competencia exclusiva de los antropólogos.²⁶ Asimismo, referentes en comunicación social detractaban el papel desempeñado por las educadoras sanitarias escolares por el supuesto empleo superficial de dispositivos tecnológicos y la redacción periodística lineal e informativa por parte de los técnicos. En el II Congreso Nacional y Jornadas de Medios Audiovisuales, realizado en la Universidad Nacional de La Plata en 1963, se recomendaba el empleo de las ayudas audiovisuales “como elementos de enseñanza y no como sustitutos de ella”.²⁷ Según los especialistas, la dispersión de criterios en la producción de estos recursos requería la intervención de “expertos en

evaluación” con “conocimientos especializados de carácter técnico-científico”.²⁸

Por su parte Luis Vesco, realizador cinematográfico por la UNLP y director de Radio y televisión del Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires entre 1960 y 1965, desestimaba la idoneidad de un tipo de personal que, según su postura, se “hace en poco tiempo” y que no aspiraba al perfeccionamiento académico.²⁹ La experticia como discurso desacreditador de las tecnologías educativo-sanitarias señalaba la fragilidad en el control de los dominios profesionales y la competencia laboral. Así, la subestimación disciplinar de las educadoras sanitarias se reflejó en la descalificación sistemática ejercida por referentes de las ciencias sociales que aportaron a la conformación de un corpus teórico-metodológico.

No obstante, debe destacarse que en los argumentos hasta aquí esgrimidos la comunidad médica no hizo hincapié en la descripción o en la reformulación de las estrategias pedagógicas y didácticas. Esto nos permite reflexionar sobre la apropiación de los galenos de un campo disciplinar cuyo único dominio o aporte teórico se circunscribió a la fisiopatología y a la profilaxis, sin injerencia en lo metodológico o en lo procedimental.

Para analizar estas posturas nos son de utilidad los aportes de la socióloga Magalí Sarfatti Larson en relación a cómo los discursos en distintos espacios institucionales regulan los límites profesionales. Ella sostiene que las publicaciones académicas, las sociedades

25. Ídem, p. 39.

26. VIVANTE, Armando, “Aportes de la antropología a la medicina sanitaria”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, 1965, N° 8, pp. 13-28.

27. “II Congreso Nacional y Jornadas de Medios Audiovisuales”, en *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*, Buenos Aires, 1963, N° 1, p. 79.

28. Ídem, p. 80.

29. VESCO, Luis, “Los medios audiovisuales en la educación para la salud”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, 1965, N° 8, pp. 66-71, p. 68.

profesionales, los institutos y los eventos científicos, refuerzan los mecanismos de reproducción elitista y regulan la autonomía técnica.³⁰ Por oposición, los discursos “desprofesionalizantes” esgrimidos se disponían por un lado, como supuestos metodológicos para regular el ejercicio profesional de las educadoras sanitarias y por otro, como alegatos legitimadores para la ocupación de puestos jerárquicos en reparticiones específicas y la inserción docente en instituciones de formación auxiliar, destinada a mujeres profesionales en ejercicio del magisterio o en el campo de la salud.

*Trayectorias profesionales: el caso de la “Srta.”
Elsa Massolo*

Como expresamos, estas tesis a favor y en contra del reconocimiento de un dominio técnico a las educadoras sanitarias se matizaron en la asignación de títulos y certificados con diferente jerarquía y orientación.

En efecto, en este recorrido historiográfico identificamos que las reparticiones públicas y los institutos en educación sanitaria fueron tutelados por médicos varones posgraduados en salud pública. En su mayoría fueron adiestrados en escuelas universitarias de los Estados Unidos (EEUU), Chile y Brasil, países de la región con mayor experiencia en la formación en salud pública, mediante la concesión de becas internas y de la OMS/OPS.³¹

30. SARFATTI LARSON, Magalí, “Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo”, en *Revista de Educación*, Madrid, 1990, número extraordinario, pp. 201-225.

31. Especializaciones en Salud Pública en la Universidad

La defensa de la educación sanitaria como campo disciplinar merece un capítulo aparte para las profesionales que lograron ingresar en los núcleos de sociabilidad académica, ejercer la docencia en espacios de formación técnica y que, a pesar de sus numerosos aportes, ocuparon un rol secundario, sea porque accedieron a cargos directivos de segunda jerarquía o por el reemplazo de su nominación profesional por la condición genérica de “señorita” en diferentes espacios institucionales. La asignación de esta identidad profesional generizada y el itinerario institucional transcriben los aportes de Freidson en relación a la categoría de “profesión paramédica”.

No obstante, para el ideario de la época, estas mujeres lograron posicionarse como profesionales idóneas, apropiarse de instancias de perfeccionamiento en el exterior y vincularse por su trayectoria a la esfera de lo público. Si bien las primeras educadoras egresaron del “Curso de Educadores Sanitarios” creado en 1947 en la Escuela Superior Técnica para Graduados de la Universidad Nacional del Litoral (UNL), destinado exclusivamente a maestras, en los años sesenta por primera vez se publicaron artículos sobre la disciplina editados por mujeres especialistas en el área.

La trayectoria de la educadora sanitaria Elsa Massolo fue el fenómeno más concreto de invisibilización de la idoneidad y de la jerarquía profesional, al tiempo que representó un indicio de la lucha por el reconocimiento y la concesión de un campo disciplinar

de John Hopkins, EEUU, en la Facultad de Higiene y Medicina y Salud Pública de la Universidad de San Pablo, Brasil y en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Concepción de Chile, en Educación Sanitaria en la Universidad de California, EEUU y en la mencionada Escuela de Salubridad de Chile.

monopolizado por los médicos, pero que se sustentó transversalmente en la pedagogía.

Desde 1960 Massolo fue Jefa de la División de Educación Sanitaria de la DESSN y docente de la Escuela Nacional de Salud Pública. En 1961 fue becada por la OPS para asistir a la Universidad de Chile donde se graduó como Licenciada en Educación para la Salud en 1962, el único título con especificidad disciplinar en el país. En ese mismo año fue becada por la OEA para concurrir a cursos superiores sobre educación sanitaria y desarrollo en México. A fines de 1964 obtuvo otra beca de perfeccionamiento por el Instituto de Cultura Hispánica de España. En esa estadía también recorrió Italia, Suiza y Francia donde registró experiencias internacionales y asistió a cursos de investigación experimental en el área.³²

En 1964 ascendió en la DESSN al cargo de Jefa de Capacitación y Adiestramiento en Terreno. Paralelamente participó como seminarista, panelista y como expositora en congresos y conferencias. Sus conocimientos y sus experiencias fueron los insumos para las numerosas publicaciones en la *Revista de Salud Pública* y en la *Revista Educador Sanitario*, donde tuvo a su cargo la sección Salud y Escuela, la sistematización de material bibliográfico y la redacción de segmentos sobre metodología, antecedentes y experiencias internacionales y locales. En estos espacios institucionales fue reconocida como "Srta. Elsa Massolo". No obstante, su perfil específico, su trayectoria y sus contribuciones no le permitieron acceder

a un cargo público de primera jerarquía ni ser nombrada por sus titulaciones académicas. Estas omisiones nos dan la pauta de que en el ámbito de las ciencias médicas las jerarquías profesionales se encontraban atravesadas no sólo por el tipo y el grado de formación, sino también por sesgos de género.

Como vimos en el apartado anterior, las ideas que circularon en los dispositivos editoriales tuvieron por propósito establecer los lineamientos disciplinares en educación sanitaria y regular la emergencia de un nuevo campo profesional, feminizado prematuramente. Esto demuestra cómo la experticia sanitaria estructuró la división sexual del trabajo sanitario en las llamadas "ramas auxiliares" de la medicina y obstruyó el acceso de éstas a instancias de autarquía profesional.

Masividad y fragmentación de las propuestas formativas

Al menos tres factores permiten explicar la masividad y la fragmentación de las propuestas formativas como así también la ausencia de datos confiables sobre el número de educadoras sanitarias capacitadas y en ejercicio durante el período.

En primer lugar, luego del golpe de Estado de 1955, con la posterior proscripción del peronismo y la invisibilización de las acciones realizadas en la cartera sanitaria, la destrucción documental impide el acceso al registro de diplomadas desde 1947 en la Dirección de Cultura Sanitaria y en el curso de la UNL.

En segundo lugar, durante los años sesenta la capacitación masiva de auxiliares y la

32. "Dos triunfos", en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, marzo 1961, N° 2, p. 32; "Becaria", en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, junio-septiembre 1962, N° 7-8, p. 15; "Viajes de estudio", en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, septiembre-diciembre 1964, N° 16-17, p. 31.

disparidad de criterios formativos a nivel federal fueron propiciadas por la inexistencia de una legislación y de una política que pudieran reglamentar y unificar la formación técnica, salvando las especificidades regionales. La Ley Nº 15.767 sólo prescribió el interés nacional por la enseñanza de los contenidos en salud en todos los niveles educativos.

Por último, los vaivenes políticos durante la década pueden explicar la diversidad y la discordancia de las propuestas formativas y la falta de mecanismos de absorción del personal capacitado. Los principales centros de adiestramiento correspondieron al Curso de Educadores Sanitarios de la UNL, a la DESSN, a la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires creada en 1960, al Instituto Superior de Educadores Sanitarios fundado en 1961, dependiente del Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires y a la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.

Asimismo, algunos municipios y direcciones integradas a los Ministerios de Salud y de Educación de la Nación, universidades públicas, privadas y asociaciones civiles realizaron capacitaciones en forma complementaria.

Para Elsa Massolo la escasez de personal profesional altamente capacitado se contrastaba con una masificación de la formación de auxiliares. En este último caso consideraba que “el cargo y la misión que se les otorga excede sus posibilidades; o el título obtenido en determinada provincia es dispar con el que se extiende en otra a igual capacitación; o permanecen largos períodos ‘en la tierra de nadie’ sin ubicación alguna o su labor en

servicios es desestimada por incomprensión o indiferencia”.³³

Los argumentos de Massolo en parte hacían referencia a “la tónica de racionalización” del ministerio, que a partir de 1966 pasó a denominarse Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. En 1967 la DESSN solicitaba a través de su revista la inscripción al Registro de Profesionales en Educación Sanitaria. Se precisaba ilustrar el catastro de auxiliares y de las instituciones formativas, los planes de estudio, la extensión temporal de la capacitación y el título o certificado expedido. Asimismo, se solicitaba la matriculación de estos establecimientos y la respectiva nómina de estudiantes graduados.³⁴ En suma, estos indicios demostraban por un lado que durante el período los esfuerzos centralizadores de la DESSN no tuvieron punto de partida ni la suficiente fuerza normativa. Tan sólo se limitó a las tareas de asesoramiento, a la divulgación de las novedades disciplinares y al intercambio de experiencias. Por otro lado, la brecha entre tecnócratas y auxiliares reforzaba la jerarquización de los primeros y obstruía las posibilidades de autonomía profesional dada la heterogeneidad formativa de las educadoras sanitarias.

Esta asimetría profesional se profundizó cuando a mediados de los años sesenta los programas de salud pública no habían logrado el “cambio” deseado. Como señala Cueto, en cuanto los primeros resultados se distanciaron de los objetivos propuestos, la suspensión de las

33. MASSOLO, Elsa, “La educación sanitaria en los servicios de salud”, en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, septiembre-diciembre 1966, Nº 23-24, p. 30.

34. “Registro de profesionales en educación sanitaria”, en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, septiembre-diciembre 1967, Nº 27-28, p. 21.

ayudas financieras provocó la fragmentación institucional, la dispersión y discontinuidad de los programas en ejecución.³⁵ La excusación de los expertos locales fue atribuir el fracaso de la regionalización sanitaria al déficit en cantidad y calidad del personal, cuyas capacitaciones eran consideradas “atrasadas” y extensas en relación a los modernos programas de salud pública.³⁶ La necesidad de revertir las condiciones estructurales que ocasionaban las epidemias y epidemias no tenía resonancia en estos discursos.

La crisis hegemónica en América Latina provocó que entre 1965 y 1970 los organismos internacionales intensificaran en la agenda educativo-sanitaria mundial y local la investigación e implementación de estrategias efectivas en la comunicación de masas y para la modificación de conductas como así también, la realización de estudios sanitarios etnográficos para determinar la persistencia de las prácticas curativas domésticas y nativas.

En este trasfondo internacional, sopesaba en las discusiones locales la necesidad de crear carreras técnicas en educación sanitaria a nivel universitario para suplir la mencionada brecha profesional. Con este propósito desde la DESSN, paralelamente a la publicación de la *Revista Educador Sanitario*, se editó a partir de 1970 una colección de informes técnicos que adaptaban literalmente las recomendaciones de las agencias internacionales al contexto local. Este impulso representará una segunda etapa del desarrollo disciplinar que reconfigurará el proceso de profesionalización de las educadoras

sanitarias. Así lo demuestra la creación en 1976 de la carrera técnica de “Educador Sanitario” en la Universidad Nacional de Santiago del Estero. La primera cohorte de dos años de duración, con dedicación exclusiva y escolarización intensiva, estuvo destinada a becarios designados por las carteras sanitarias provinciales del Noroeste Argentino, cuyos estipendios fueron solventados con partidas provenientes de la OPS.

La década de los años setenta se constituye entonces como la segunda etapa de nuestra agenda investigativa.

Reflexiones finales

En el contexto de crisis político-institucional de los años sesenta en Argentina, las prácticas curativas domésticas y de origen folck en las zonas de marginación urbana y de dispersión demográfica, allí donde el Estado se encontraba ausente, era el escenario donde se matizaban las posibles infiltraciones comunistas y el reservorio de la identidad peronista. La estrategia propuesta para la hegemonización del saber médico fue la educación sanitaria. En las áreas más desprovistas de servicios de salud la filiación entre las acciones oficiales, las iniciativas privadas, las escuelas y la participación comunitaria podrían intensificar el control de las enfermedades y las posibles turbulencias sociales. En este sentido, las maestras y las trabajadoras de la salud fueron consideradas referentes sociales de gran influencia sanitaria. Estos roles profesionales ligados a la enseñanza y al cuidado fueron vistos desde la esfera estatal como los más idóneos para socavar estas “barreras” socioculturales.

35. CUETO, Marcos, “La ‘cultura de la...”, Op. Cit.

36. “Necesidades de personal en atención médica”, en *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*, Buenos Aires, marzo 1969, N° 6, pp. 41-63.

Conforme avanzaba la consolidación de un campo disciplinar nutrido por múltiples ciencias sociales, la acreditación académica y los dispositivos editoriales fueron los mecanismos por los cuales la elite médica vigorizó la regulación de la autonomía profesional de las educadoras sanitarias. El tiempo y la institución formativa, la responsabilidad, la proximidad al trabajo médico y la autonomía técnica fueron criterios de estratificación profesional, generando conflictos y una doble línea de autoridad. Asimismo, la masividad y la fragmentación de las propuestas formativas profundizaron la brecha entre idoneidad y jerarquización.

Las reflexiones hasta aquí vertidas nos alientan a abrir el debate conceptual sobre la estructuración de roles profesionales en función de una profesión liberal, puntualmente, a partir del monopolio legal de un dominio teórico-práctico. En el caso de la educación sanitaria no existió durante el período un marco jurídico que garantizara a la corporación médica la apropiación de esta parcela disciplinar. Por lo tanto, podríamos invertir la mirada al suponer que la educación sanitaria fue un corpus teórico-metodológico expropiado por los médicos.

Sin embargo, Marta Panaia señala que en Argentina muchas de las carreras técnicas y universitarias no estaban reguladas por una ley de ejercicio profesional y por tanto, formalmente su status dependió de las profesiones liberales. Los modos de reclutamiento y la disparidad de criterios educativos generaron grupos socio-profesionales no homogéneos, por lo que resulta fundamental no sólo reconstruir los procesos de emergencia, diferenciación y consolidación de una profesión, sino

también los discursos que refieren a la auto-percepción y la auto-identificación de quiénes la ejercieron en diferentes tiempos sociales.³⁷ Estos aportes nos iluminan para indagar a futuro en la conformación de asociaciones profesionales durante el período con el objeto de recuperar las voces de estas profesionales en la lucha por el reconocimiento y la concesión de un campo disciplinar monopolizado por la comunidad médica.

Del mismo modo, en virtud de las distancias entre el saber técnico y su aplicación concreta, avizoramos otra vertiente investigativa en los posibles posicionamientos de las educadoras sanitarias para persuadir sobre los modernos consejos sanitarios o para reforzar las prácticas tradicionales en salud que, por el contrario, buscaban erradicarse. Estos rastros en la labor cotidiana nos permitirían en primer lugar, relativizar la subordinación profesional a la autoridad médica. En segundo lugar, indagar si efectivamente estos caminos alternativos al cuidado de la salud pudieron contribuir a la crisis hegemónica del modelo sanitario en el umbral de los años setenta.

Por último y siguiendo las reflexiones de Panaia, la evolución profesional no debe entenderse como un proceso acabado, más bien, se trata de una dialéctica permanente entre conflictos, resistencias, negociaciones y concesiones no sólo con el Estado sino con otras profesiones u ocupaciones.



37. PANAIÁ, Marta, "Una revisión de la sociología...", Op. Cit.

Recibido: 25 - 06 - 2016

Aceptado: 15 - 11 - 2016

Publicado: 30 - 12 - 2016

Bibliografía

- ALAYÓN, Norberto, *Historia del Trabajo Social en Argentina*, (4ª ed.), Espacio Editorial, Buenos Aires, 1992.
- ALVAREZ, Adriana, “Ramos Mejía: salud pública y multitud en la Argentina finisecular”, en LOBATO, Mirta Zaida (editora) *Política, Médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en Argentina*, Biblos, Buenos Aires, 1996.
- ARMUS, Diego, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”, en *Asclepio*, Madrid, 2002, V. LIV, Nº 2, pp. 41-60.
- ARMUS, Diego, *La Ciudad Impura. Salud, Tuberculosis y Cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Edhasa, Buenos Aires, 2007.
- BELMARTINO, Susana, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 2005.
- BIERNAT, Carolina, “El proceso de centralización del Departamento Nacional de Higiene (1880-1944)”, en BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan Manuel y RAMACCIOTTI, Karina (editores) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2015.
- BIERNAT, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina, *Crecer y Multiplicarse. La Política Sanitaria Materno-Infantil Argentina, 1900-1960*, Biblos, Buenos Aires, 2013.
- CARBONETTI, Adrián, *El sistema sanitario en la Provincia de Córdoba, 1880-1926*, en *Dynamis*, Granada, 2005, V. XXV, pp. 87-116.
- CRITTO, Adolfo, “Que espera la madre del niño”, en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, septiembre-diciembre 1966, Nº 23-24, pp. 24-25.
- CUETO, Marcos, “La ‘cultura de la sobrevivencia’ y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX”, en *Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Río de Janeiro, 2015, V. XXII, Nº 1, pp. 255-273.
- CUETO, Marcos y PALMER, Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History*, Cambridge University Press, New York, 2015.
- CUETO, Marcos y ZAMORA, Víctor (editores) *Historia, Salud y Globalización*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2006.
- DEFERRARI, Juan, “La educación sanitaria en un programa de salud pública”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, 1962, Nº 2, pp. 21-31.
- DI LISCIA, María Silvia y BILLOROU, María José, *Cuadernos de las visitadoras de higiene. Fuentes para una historia regional de género*, Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa, 2005.

- FREIDSON, Eliot, "Personal médico", en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Aguilar, Madrid, 1979, T. VIII, pp. 139-152.
- GOLBERT, Laura, *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires, 2010.
- GÓMEZ PAZ, José, "La política de salud en el desarrollismo", en *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Buenos Aires, 2008, V. CXXI, N° 4, pp. 29-38.
- GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1999.
- GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, "Campos e imaginarios profesionales en América Latina. Renovación y estudios de caso", en *Anuario IHES*, Tandil, 2006, N° 21, pp. 333-344.
- GRASSI, Estela, *La Mujer y la Profesión de Asistente Social. El Control de la Vida Cotidiana*, Humanitas, Buenos Aires, 1989.
- HOCHMAN, Gilberto, *A era do Saneamento: As bases da política de saúde pública no Brasil*, HUCITEC/ANPOC, São Paulo, 1998.
- INVALIDI, Ángel, "Salud y desarrollo económico, social y cultural", en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, Buenos Aires, 1963, N° 1, pp. 53-59.
- MARTIN, Ana, "Mujeres y Enfermería. Una Asociación Temprana y Estable, 1886-1940", en BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan Manuel y RAMACCIOTTI, Karina (editores) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2015.
- MASSOLO, Elsa, "La educación sanitaria en los servicios de salud", en *Revista Educador Sanitario*, Buenos Aires, septiembre-diciembre 1966, N° 23-24, pp. 30-31.
- NARI, Marcela, *Políticas de Maternidad y Maternalismo Político*, Biblos, Buenos Aires, 2004.
- OLIVA, Andrea, "Antecedentes del trabajo social en Argentina: asistencia y educación sanitaria", en *Revista Trabajo Social*, Bogotá, 2006, N° 8, pp.73-86.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "Comité de Expertos en Educación Higiénica del Pueblo", Washington, 1955, Serie de Informes Técnicos N° 89.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "Comité de Expertos en Formación del Personal de Sanidad para la Educación Sanitaria Popular", Ginebra, 1958, Serie de Informes Técnicos N°156.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, "La Salud de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud", en *Publicaciones Varias*, Washington, 1960, N° 53.
- PANAIA, Marta, "Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en Argentina", en *Estudios del Trabajo*, Buenos Aires, 2006, N° 32, pp. 121-165.

- PARSONS, Talcott, “Profesiones liberales”, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Aguilar, Madrid, 1979, T. VIII, pp. 538-547.
- PERRONE, Néstor y TEIXIDÓ, Lucrecia, “Estado y Salud en la Argentina”, en *Revista de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires, 2007, V. V, Nº 10.
- Primer Seminario Latinoamericano de Educación Sanitaria*, Dirección de Educación Sanitaria y Social, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Argentina, s/fecha.
- POZZIO, María, “Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible -y alentador-”, en *Revista Sudamérica*, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2012, Nº 1, pp. 99-129.
- RAMACCIOTTI, Karina, *La política sanitaria del peronismo*, Biblos, Buenos Aires, 2009.
- RAMACCIOTTI, Karina, “Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta”, en *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, 2014, V. I, Nº 12, pp. 89-109. Disponible en: < <http://www.dx.doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.06> > [Consulta: 14 mayo 2015].
- RAMACCIOTTI, Karina y VALOBRA, Adriana, “Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-195)”, en BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan Manuel y RAMACCIOTTI, Karina (editores) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2015.
- SARFATTI LARSON, Magalí, “Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo”, en *Revista de Educación*, Madrid, 1990, número extraordinario, pp. 201-225.
- SBARRA, Noel, “La realidad sanitaria nacional”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, Buenos Aires, 1963, Nº 1, pp. 11-33.
- SEGOVIA, Jorge, “La educación sanitaria en el hospital”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, 1965, Nº 8, pp. 29-46.
- SOPRANO, Germán, “Agencias estatales y procesos de configuración profesional”, en BIERNAT, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina (editoras) *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Biblos, Buenos Aires, 2014, pp. 131-146.
- TESTA, Daniela, “Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina”, en *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, Santiago, 2012, V. XII, Nº 1, pp. 72-87.
- VESCO, Luis, “Los medios audiovisuales en la educación para la salud”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, 1965, Nº 8, pp. 66-71.
- VIVANTE, Armando, “Aportes de la antropología a la medicina sanitaria”, en *Revista de Salud Pública*, La Plata, 1965, Nº 8, pp. 13-28.