

Adrián Cammarota y Daniela Testa
compiladores

Esenciales en debate

Las ciencias de la salud en clave histórica.
Profesionalización, Estado, actores
e intervenciones

ediciones
**IMAGO
MUNDI**



Colección Bitácora Argentina
DIRIGIDA POR ALEJANDRO FALCO

Adrián Cammarota y Daniela Testa (compiladores)

Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones. 1a ed. Buenos Aires: 2021
238 p.; 15.5x23 cm. ISBN 978-950-793-366-0

1. Ciencias Sociales y Humanidades. I. Daniela, Testa. II. Título.
CDD 306.461

Fecha de catalogación: 27/05/2021

© 2021, Adrián Cammarota y Daniela Testa (compiladores)

© 2021, Ediciones Imago Mundi

Foto de tapa: Luis Jiménez Aranda, *La sala del hospital en la visita del médico en jefe*, óleo sobre lienzo, 290 x 445 cm (1889)

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina, tirada de esta edición: 500 ejemplares

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo por escrito del editor. Este libro se terminó de imprimir en el mes de julio de 2021 en Hoja x Hoja SRL, Sáenz Peña 1865, galpón 10, San Martín, provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Sumario

Introducción	IX
1 Adrián Cammarota	
El magisterio que enferma	1
1.1 Consideraciones sobre la medicina escolar	2
1.2 Carlos Cometto y el <i>Boletín de Higiene Escolar</i>	4
1.3 Magisterio, gesta sanitaria y prevención de las enfermedades	7
1.4 Felicidad matrimonial, histeria y tuberculosis	10
1.5 Estados febriles y seguro escolar obligatorio	17
1.6 A modo de cierre	19
2 Úrsula Serdarevich	
Herencia de mujeres en la formación de enfermeras	21
2.1 Notas históricas	21
2.2 Tensiones en la formación	24
2.3 Comentarios finales	34
3 Karina Faccia	
Enfermería, género y trabajo	37
3.1 Cuidados, enfermería y género	37
3.2 Enfermería y trabajo	42
3.3 Relaciones de poder en el ámbito laboral	43
3.4 Consideraciones finales	48
4 Canela Gavrila	
De visitadora a asistente social. La historia de Myrtha Carri	51
4.1 Estudiar para visitadora de higiene	52
4.2 Ejercicio profesional	57
4.3 Reflexiones finales	63
5 Yanina Fortini	
Medicina intensiva infantil en Argentina	65
5.1 Una nueva especialidad médica	66
5.2 La medicina intensiva pediátrica	68
5.3 Formación de profesionales y primeras unidades de cuidados intensivos	71
5.4 La especialidad pediátrica a partir de la década de 1990	76
5.5 Comentarios finales	80

VIII

Sumario

6	María Belén Portaro	
	Kinesiología en Buenos Aires	83
6.1	Orígenes de la kinesiología	85
6.2	Revista <i>Kinesiología</i>	88
6.3	Conflictos en el proceso de profesionalización	90
6.4	Segunda Guerra Mundial y poliomielitis	94
6.5	Comentarios finales	98
7	Daniela Testa	
	La vida entre terapias	101
7.1	Los «improductivos»	103
7.2	El impulso modernizador	106
7.3	Un proyecto piloto	109
7.4	A modo de cierre	118
8	Juan Librandi	
	El Consejo Nacional de Desarrollo como actor de la política sanitaria .121	
8.1	El CONADE y su contexto.	122
8.2	Génesis y estructura	124
8.3	Desarrollo y salud	128
8.4	La cama hospitalaria como matriz interpretativa	130
8.5	La agenda de investigación y trabajo del Sector Salud	134
8.6	El seguro de salud en los planes de desarrollo	136
8.7	Conclusiones	138
9	Federico Rayez	
	La salud pública como <i>expertise</i> profesional	139
9.1	El conocimiento experto de los sanitarios en la cultura impresa	141
9.2	La <i>Revista de Salud Pública</i> y el <i>Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública (1960)</i>	149
9.3	La revista <i>Medicina Administrativa (1967-1970)</i>	152
9.4	Reflexiones finales.	155
10	Sandra Spampinato	
	El campo de la salud mental en la ciudad de Buenos Aires	157
10.1	Antecedentes de las políticas de salud mental	158
10.2	Ciudad de Buenos Aires y ley de Salud Mental: debates, tensiones y actores	164
10.3	Consejo General de Salud Mental	169
10.4	A modo de cierre	171
	Autores y autoras	175
	Referencias	179
	Colofón.	213

Introducción

Pasado y presente: miedos, enfermedades y epidemias

Adrián Cammarota y Daniela Testa

Este es un libro de divulgación con pretensiones académicas, destinado al público general, a los y las estudiantes de las carreras de salud y a quien le interese el pasado como clave explicativa del presente. Fue forjado a la luz de nuestras inquietudes y al afán por romper con el aislamiento que caracteriza el trabajo de los/as historiadores/as, y a la reclusión social impuesta por la epidemia en el segundo año de transitar las discusiones de la investigación. Cuando en el 2019 iniciamos las reuniones para discutir el proyecto *La profesionalización de las carreras en ciencias de la salud en Argentina. Debates, Historiografía y enseñanza universitaria (1890-2020)*,^[1] radicado en la Universidad Nacional de La Matanza (Departamento de Salud), ninguno de los integrantes del equipo habría imaginado el advenimiento del COVID-19. Largas jornadas frente a las pantallas, actividades de *home office*, presencialidades diferidas y corporalidades mediadas modelaron sin previo aviso nuestras vidas cotidianas. *Streaming* de amistades, amores *on line* y compras por *e-shop* trajeron la oficina, el aula y hasta el *personal trainer* al living de la casa. La sensación compartida de vivir tiempos distópicos renueva la necesidad de recurrir a la historia para intentar comprender el presente y sostener la ilusión de un horizonte futuro con menos incertezas. Y es que, a pesar del carácter interdisciplinario del equipo, las ciencias sociales no se adjudican el don de predecir los itinerarios de los comportamientos humanos y menos aún, los azotes epidémicos de las características que presenta la actual cepa de coronavirus y su vertiginosa globalización.

La apuesta epistemológica de este libro está diseñada para dilucidar el pasado en función de las incógnitas e inquietudes gestadas en nuestro presente, como docentes, trabajadoras/es de la salud e investigadores/as de la historia de la salud y la enfermedad. Se trata de una compilación que tiene

[1] Proyecto correspondiente al Programa de Investigación Científica, Desarrollo y Transferencia de Tecnología e Innovaciones, CyTMA2 (2018-2020), dirigido por Adrián Cammarota y Daniela Testa.

el propósito de examinar desde diferentes aristas los procesos de profesionalización, saberes y prácticas que conformaron el heterogéneo campo de las ciencias de la salud en Argentina. Como operatoria conceptual, trasponemos el término *esenciales*, difundido por decreto por el actual gobierno nacional bajo el amparo de una cuarentena que demandaba el no cierre de determinadas actividades neurálgicas para la vida civil. Parte de ese grupo «privilegiado» lo conformaba el *personal de salud* en la amplitud de su terminología que, a lo largo del siglo XX, fueron y siguen siendo actores fundamentales en tiempos de epidemias y pandemias. Así, entre los patrones de espejos históricos donde se reflejan los pliegues textuales de los historiadores, transitan por este libro las enfermeras, los médicos escolares y las maestras que enferman; las visitadoras de higiene; los terapeutas intensivos, los rehabilitadores y pacientes «rehabilitados»; sanitaristas y otros expertos; que, a excepción de algunos casos, en sus etapas iniciales fueron considerados «segundas líneas» o prácticas subordinadas, apreciadas de carácter empírico y subalterno (Di Liscia 2014). En función de ello, focalizamos en dos perspectivas: por un lado, desde un marco institucional, cómo se construyeron esos saberes, actores *esenciales* y las prácticas profesionales en la sociedad y, por el otro, las limitaciones al momento de aplicar las estrategias biomédicas que abarcaban los recursos presupuestarios, las luchas institucionales, o la escasez de personal especializado (tópicos recurrentes y coetáneos a la pandemia de COVID-19).

La circunscripción temporal transita un largo período que se inicia a finales del siglo XIX y llega hasta principios del siglo que corre. Observamos la persistencia de antiguos problemas que se reactualizan bajo nuevos ropajes. Y es que entre nuestro objeto de estudio y la nueva pandemia mundial existen nexos evidentes: el miedo al contagio, el estigma generado por las patologías, los vasos comunicantes de las enfermedades, el rol del Estado y sus fuerzas de seguridad para sostener las posibilidades de una estricta cuarentena; el conjunto de actores e instituciones, entre otras variables rastreadas en la historia de nuestro sistema de salud. A esto se acopla en la actualidad la velocidad de las noticias en el cual las imágenes de los extintos por el coronavirus recorrían los informes de los portales de internet. Desvanecidos o moribundos en las calles de algunas ciudades latinoamericanas, estas macabras escenografías traían reminiscencias, para el lector más avezado, del arte de la Edad Media que reflejaba la mortandad producida por los azotes de la peste bubónica o peste negra; el estigma de los cuerpos marcados por la lepra que intercalaban imaginarios sobre el sufrimiento, la enfermedad y la muerte como acontecimientos preconcebidos por la furia divina en tiempos en que la teoría bacteriana lejos estaba de ser descubierta (Duby 1995). Contemporáneos a nuestros tiempos, podemos recordar la segregación y la estigmatización de las personas contagiadas de sífilis a principios del siglo XX o el virus del HIV en la década de 1980, que culpabilizaban supuestos comportamientos sexuales e inmoralidades,

cargando de metáforas y argumentos que concebían algunas patologías y condiciones corporales como un problema individual fruto de una conducta desviada.

El advenimiento de la pandemia y las perplejidades de las elites políticas al inicio de la trama, manifestaban la lasitud a la que está expuesta la humanidad frente a las mutaciones víricas a pesar de los progresos científicos-tecnológicos puntales de nuestras sociedades modernas. Ante la fragilidad humana la necesidad, el derecho y el deseo de contar con seguridad y protección colocan en la agenda del debate las capacidades de cuidado de las estructuras sanitarias. Aun así, la única certeza para poner coto a la crisis global –dejando de lado la fe en las creencias religiosas– continúa siendo la formación científica (médicos, enfermeras, epidemiólogos, biólogos, entre otros/as), la extensión de la infraestructura hospitalaria, las estrategias de salud comunitaria y la celeridad del procesamiento de los datos estadísticos para distribuir los recursos humanos y materiales en respuesta a las disposiciones geográficas, demográficas y el nivel de contagio y de mortalidad del virus. No es un hallazgo observar cómo se refuerzan todo tipo de padecimientos, la exclusión social y las injusticias durante las crisis epidémicas. Mujeres, personas con discapacidad, trabajadores informales; aquellos que viven en barrios populares, en la calle, en cárceles y en manicomios componen una extensa lista de los que resultan (aún más) vulnerabilizados. Queda a las claras que estos guiones escénicos no son novedosos y se ligan, a modo de escrutinio histórico, con los orígenes, la fragmentación y la extensión de nuestro sistema de protección social y de salud.

A fines del siglo XIX, la clase gobernante reflejaba las aspiraciones del progreso en el espejo civilizatorio de Europa y Estados Unidos anudado al paradigma de la filosofía positivista. Debido a los brotes epidémicos y a los focos perennes de las enfermedades infectocontagiosas –que eran múltiples, activas y de acción continua– los estamentos políticos concibieron que los médicos higienistas serían fundamentales en la estructura del Estado, aportando al desarrollo del capital humano y a la producción capitalista en el territorio nacional. Por añadidura, el modelo de civilización, sinónimo de modernidad, implicó las instancias de moralización de las masas instrumentando e inculcando ciertas normas requeridas para desempeñarse en la esfera pública y privada. Estas incluían el control, no siempre efectivo, de los comportamientos morales y sexuales, y los tratamientos para intervenir sobre los cuerpos sustancialmente predispuestos, por condiciones socioambientales, a contraer patologías físicas o mentales. El cientificismo dominaba a la élite de médicos y científicos sociales, quienes ambicionaron universalizar las verdades de la ciencia asentada en el modelo de la física moderna, a saber: leyes universales, enunciación de teorías, y predicción; paradigma que sería trasladado por la sociología a los fenómenos sociales tomando los enunciados biologicistas de la época.

XII

Adrián Cammarota | Daniela Testa

Es interesante distinguir que la participación estatal en Argentina para aplacar el brote de las enfermedades se organizó a partir de la percepción del caos, como resultado de los altos niveles de mortandad que estas generaban, sobre todo, en la temprana infancia. Los trazos epidémicos situaron en el breviarío de discusión el rol al que estaba predestinada la corporación médica y la formación de especialistas en las universidades. A ello se sumaban las presiones desplegadas para que el Estado impulsara medidas sanitarias y obras de infraestructura. Así las cosas, los estudios sobre el Estado y las políticas públicas han destacado las formas en que las burocracias estatales pensaron las políticas y la modernización y su concreción efectiva, ora por demanda de la sociedad civil, ora por las respuestas de los funcionarios expertos y políticos de la repartición central, a problemas registrados como «la cuestión social». Reflexionaron al Estado como un ámbito atravesado por una gran diversidad de intereses que respondían a disímiles actores sociales (Salvatore 2016; Soprano 2007). Sobre este campo, la medicina pugnó por disponer de la legitimidad de la opinión pública y de los instrumentos requeridos para el funcionamiento de moldes normativos subsumidos en entidades de carácter nosológicos, en aras de clasificar y explicar la etiología de las enfermedades y sus tratamientos, predecir los comportamientos disruptivos de los individuos, corregir la anormalidad y la debilidad orgánica concebida en términos eugenésicos.

Estudios, perspectivas y propuesta

Dialogar con ese pasado nos consigna remontarnos a las formas en que fueron vivenciados los fenómenos ligados con la prevención, la atención, el cuidado y la consolidación de nuevas disciplinas y orientaciones de la medicina diplomada para enfrentar las posibles crisis endémicas y pandémicas. Es dable señalar que los anudamientos entre el presente y el pasado no son mecánicos. Tienen como punto de partida la capacidad de los investigadores/as para escudriñar y descifrar lo que las fuentes nos pueden contar implícita y explícitamente. Por ello nos alejamos de los modelos que pueden llegar a simplificar el pasado a fin de entenderlo y alcanzar, como ha señalado Burke (2019), cierto halo de indiferencia a los cambios de largo tiempo. De igual forma acontece con la narrativa y los usos del vocabulario para expresar o situarse en contextos epocales. Bloch (2001), ha distinguido este problema, aduciendo que los historiadores/as deben esbozar un análisis con un lenguaje dual: el de la época que estudia para no caer en la trampa del anacronismo, pero también el del aparato conceptual y verbal de la disciplina actual. El uso efectivo de categorías como «medicalización social» nos invita a reflexionar sobre las propuestas de estos historiadores.

El concepto de medicalización fue teorizado por el sociólogo estadounidense Talcott Parsons en la década de 1950, para quien la enfermedad era un proceder desviado y donde la sociedad interpelaba a que el individuo

asumiera el rol del paciente. Si bien el aporte de Parsons sobre la relación entre médico y paciente fue fundacional, cierto es que los primeros escritos sobre sociología médica datan de mediados del siglo XIX y fueron elaborados por médicos y no por sociólogos. A partir de los años cincuenta la comprensión de lo médico por lo social admitió la explicación de la enfermedad por lo social. Ya no se trataba de comprender o explicar la medicina o el rol de los galenos, sino la razón social de las dolencias. La postura teórica de Parsons fue blanco de críticas en los años posteriores por la sociología, argumentando que la desviación no germinaba en el sujeto sino en la sociedad que la define como tal. En las décadas de 1970 y 1980, los trabajos sociológicos sobre medicalización criticaron las ínfulas universalistas de la medicina y sus tratamientos de sintomatología localizada en el individuo, en detrimento de los factores sociales que atraviesan los procesos de salud y enfermedad (Briceño-León 2003, pág. 35; Murguía *et al.* 2016, pág. 637). Así pues, durante esos años se fue constituyendo la disciplina y el campo teórico que bregaban por aunar las ciencias sociales y la salud. Si en un principio fueron la sociología y la historia la materia primigenia de la medicina social, luego hicieron sus contribuciones los estudios antropológicos. Cabe señalar, a modo de ejemplo, el clásico trabajo de Le Breton (1999), *Antropología del dolor*, quien nos advierte que ambos estados (enfermedad y dolor) no pueden descifrarse como realidades biológicas sino como el resultado de las biografías de los individuos, franqueando los umbrales de los escurridizos significados que conjugan la subjetividad individual y la cultura. Es decir, la enfermedad y el dolor se cimentan socialmente y se interpretan de manera diferencial según patrones culturales ligados con lo social, el género, la etnia y la educación.

Más allá de estas discusiones y aportes, la historiografía local ha consensuado sobre el fenómeno de medicalización, dando por sentado cierta unicidad de criterios reconstituidos desde el presente. En ese diálogo dual que propone Bloch, entendemos por medicalización social la intervención del saber diplomado de los médicos sobre un conjunto de problemáticas sociales por el cual los «problemas no-médicos» pasan a ser definidos y tratados como «problemas médicos», ya sea bajo la forma de «enfermedades» o de «desórdenes» (Conrad 2007, pág. 34). Este saber incorpora y coloniza áreas y problemas de la vida social que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades como los saberes tradicionales, la familia o el curanderismo. Las tácticas de medicalización social se extenderían a lo largo del siglo XX, en diálogos transatlánticos con los saberes expertos de diversas latitudes y la constitución de entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) pero, sobre todo, como respuestas a las crisis globales provocadas por las dos confrontaciones mundiales, el problema de la alimentación humana y el deterioro ambiental fruto de la depredación capitalista que estaría induciendo a nuevas situaciones pandémicas en el siglo XXI.

XIV

Adrián Cammarota | Daniela Testa

No es nuestra intención sumar redundancia a la sistematización historiográfica sobre la historia de la salud y enfermedad en Argentina. Solo diremos que el libro se ve potenciado por el amplio abanico historiográfico extendido en los últimos años en América Latina. En Argentina, estos fueron realizados desde diversas perspectivas metódicas que van desde el institucionalismo histórico, la historia social o los abordajes culturales. Entre la primera podemos destacar los trabajos pioneros de Belmartino (2005) sobre la atención médica argentina quien se ocupó de recuperar las diferentes modalidades que adoptó la respuesta de la sociedad a los problemas de salud/enfermedad y los formatos de atención (mutualidades, hospitales públicos y de colectividades).

Desde la historia social/cultural específicamente, la expansión de las epidemias y sus consecuencias económicas, políticas, demográficas y sociales, fueron encaradas por un conjunto de trabajos que situaron en evidencia como la enfermedad era una metáfora negativa y la contracara del progreso positivista en las primeras décadas del siglo XX (Álvarez 2007; Armus 2000; González Leandri 1999). Particularmente, el enfoque cultural tiene como eje el campo de lo simbólico y las representaciones poniendo el acento en las experiencias y las ideas de los grupos sociales. En los estudios de salud se han señalado la interacción, los consensos y los conflictos entre una «cultura letrada» (saberes especializados) y la cultura popular, es decir, las subjetividades edificadas en torno a las prácticas medicinales no diplomadas, pivoteando en los canales de las tradiciones, las destrezas y los conocimientos empíricos transmitidos entre generaciones. Conforme transcurría el siglo XX, las ciencias de la salud respondieron a las transfiguraciones populares corporizadas en variopintas respuestas medicinales, favorecidas por las doctrinas chamanistas (curanderos) o los tratamientos alternativos para enfrentar las patologías que afectaban a la población. Gracias a la expansión del Estado, pese a sus limitaciones presupuestarias o de fronteras geográficas – pensemos en los estudios sobre la medicalización en los territorios nacionales en la primera mitad del siglo XX – la medicina diplomada, el higienismo y el sanitarismo captaron un lugar referencial en un terreno sinuoso, plagado de imaginarios que algunos autores/as lo asimilan a elementos culturales premodernos.

Las ciencias de la salud que se adjudicaron estatus en las carreras universitarias están ligadas con esta diversificación de las propuestas estatales, con los procesos de profesionalización y a las teorías de las profesiones desarrolladas por la sociología en las naciones industrializadas del mundo occidental. Breves consideraciones: desde los enfoques teóricos del liberalismo y el funcionalismo, las profesiones son cardinales en la estructura social, reconociendo como fundamental el hecho de la reproducción de los grupos profesionales. Señaladas por los teóricos de las profesiones, las tradiciones antinómicas entre el concepto de profesión vía el modelo anglosajón y el modelo francés, tienen puntos comunes en sus principios rectores de

análisis. Panaia, citando a Dubar y Tripier, estima que no existen profesiones estables, de modo tal que son procesos caracterizados por la estructuración y la desestructuración donde pesan los factores históricos, los contextos culturales, jurídicos y las coyunturas políticas. En rigor, las profesiones no son estáticas, sino que guardan una relación dinámica entre las instituciones, la organización de la formación, la gestión de la actividad y de las trayectorias y las biografías individuales en el perímetro donde se construyen y deconstruyen las identidades profesionales, sociales y personales (Panaia 2008, págs. 10-11). Podemos apreciar que a pesar del impulso de este campo en Argentina en los últimos años, todavía queda un largo trecho para ahondar en la profesionalización de determinadas carreras u orientaciones en la segunda mitad del siglo XX.

Uno de los problemas abordados con respecto a las profesiones se liga con el género, el trabajo y la educación. Estas investigaciones problematizaron las desigualdades sociales en base al sexo en el mundo laboral y en las carreras universitarias y advierten sobre la importancia de considerar las distinciones establecidas en la asignación de roles, recursos y poder determinados por las diferencias sexuales presentes en las estructuras económicas, políticas y culturales de cada época. Desde la *historia de las mujeres* hay una profusa vertiente de aportes que abren perspectivas y nuevos interrogantes en ese sentido, destacando la contribución de las mujeres en diversos escenarios, tanto en la esfera pública como en la esfera privada. Entre las clásicas referencias se hallan los trabajos de Barrancos (2007, 2008), Lobato (2001, 2007) y Queirolo (2019, 2020). Numerosas contribuciones confluyen en señalar que al momento de la distribución del trabajo la mayor carga de las tareas de cuidados recae en ellas, quienes absorben gran parte de las responsabilidades del bienestar y la salud de las familias (Julve Negro 2006; Pautassi 2007). Un conjunto de contribuciones analizó desde esta perspectiva las relaciones desiguales de poder en las ocupaciones, tareas y profesiones sociosanitarias y educativas prestando atención a los lazos de subordinación, autonomía y resistencia y a cómo la dominación sexual patriarcal estructuraba las relaciones y los lugares de trabajo, trascendiendo las esferas del hogar (Biernat *et al.* 2015; Gavrila 2019; Martin 2015b; Martin y Ramacciotti 2016).

En otras oportunidades hemos aludido a los «etcétera del cuidado» para referirnos al lugar protagónico y esencial de las mujeres durante las epidemias. Utilizamos la palabra etcétera para acentuar la falta de reconocimiento de innumerables tareas destinadas a sostener la vida que fueron y son desempeñadas por mujeres en contextos epidémicos. A partir de su función materna a cargo de proteger la salud de la prole; como religiosas en distintas congregaciones, como voluntarias en instituciones filantrópicas (confesionales o laicas) o como personal de salud; las mujeres aportaron (y aportan) la materia prima fundamental de los andamiajes del cuidado. El estudio de las profesiones feminizadas, a las cuales dedicamos algunos

capítulos de este libro, ha visibilizado cómo un amplio abanico de prácticas establecidas en los «etcétera del cuidado» sostuvo, en gran medida, la trama micropolítica del trabajo en salud. Si bien esas tareas, al ser vistas como continuidades del dominio doméstico resultaron desvalorizadas y mal remuneradas, no obstante materializaron dimensiones afectivas y éticas que fueron fundamentales para posteriores abordajes de salud basados en la producción de cuidados y no solamente en el uso exclusivo de tecnologías biomédicas. Este vasto conjunto de «etcétera del cuidado» condensó prácticas que antecedieron al desarrollo de ocupaciones que luego se profesionalizaron y evidenciaron en la complejidad del cuidado profesional, en sus aspectos biomédicos, emocionales, sociales, económicos, culturales y políticos (D. Testa 2018). Por esa vía conquistaron lugares y funciones en una doble lógica que, al tiempo que favorecía la inclusión en espacios públicos y productivos, copiaba mecanismos de subordinación y segregación con respecto a otros, de acuerdo con estereotipos binarios y jerarquías médicas.

En otro nivel, queremos dejar en claro que nuestra perspectiva renuncia a una historia de los servicios de salud y la creación de nuevas disciplinas, en donde la medicina aparece en clave progresista ofreciendo soluciones eficaces en la lucha contra las enfermedades del mundo moderno (Armus 2007, pág. 17). Asimismo, tampoco deseamos una reconstrucción esópica, arbitrada por héroes o villanos, mitos fundadores o lecturas rupturistas que intentan justificar enclaves políticos contemporáneos al mismo historiador. Los temas analizados en los capítulos siguientes están atravesados por disímiles instancias donde se sitúan las intervenciones estatales, la (re)distribución de recursos, las luchas institucionales, los sesgos de género y las disputas de determinadas carreras para su afirmación profesional. Se trata de hechos que en la actualidad siguen en la agenda de demandas de los trabajadores/as de la salud. Por ejemplo, la petición de las enfermeras/os por el reconocimiento profesional que juegan un rol protagónico en la lucha contra el coronavirus, los esfuerzos por la consolidación de las disciplinas que aún son concebidas como «auxiliares» de la medicina, o el recelo a nuevas fases de la medicalización social como la vacunación o la depreciación de la ciencia como frente de trincheras para enfrentar la pandemia. La creciente audibilidad del movimiento antivacunas o la oposición ante la vacunación masiva contra el COVID-19, son muestras didácticas de los procesos mencionados. Esto debe ser situado dentro de una tendencia globalizada de fundamentaciones pseudocientíficas, como los argumentos «terraplanistas», las premonitorias postulaciones de redes de conspiradores con cierto derroche de amarillismo televisivo y redundancia informativa de inexpertos; la usura del escepticismo difundido por las redes sociales y los visos de oscurantismos cargados de emociones, aprensiones y asuntos arcanos. Destrozos del saber especializado o científico, esos fenómenos no son nuevos en sí mismos, de modo tal, que se visibilizan con mayor ímpetu en un

contexto de crisis mundial. A fines del siglo XX en uno de sus últimos libros, el eminente científico y divulgador estadounidense Sagan (1997), se interrogaba sobre si la humanidad no se encontraba al borde de una nueva edad oscura de irracionalidad y superstición contrapuesta al método del pensamiento racional fundado en los preceptos de la ciencia moderna.

Estructura

La organización del libro responde a un orden cronológico y temático que campea el surgimiento de las profesiones presentadas (medicina escolar y magisterio, enfermería, kinesiología, terapistas intensivos, médicos sanitaristas, psicólogos) y los diálogos que interponen nuevos interrogantes a los desafíos que fungen como catalizadores en los trabajos interdisciplinarios. Debido al carácter periférico que en su momento detentaron algunas de las profesiones tratadas en esta obra y las limitaciones de fuentes para reconstruir su devenir histórico, el problema metodológico no es una cuestión de menor cuantía. Empero, los historiadores/as operan con cierta cuota de intuición e inquietudes inmovibles por las «fuentes», incluso, en contextos de pandemia donde por mera obviedad, la consulta de los repositorios documentales se encuentra clausurada. Las fuentes utilizadas en el libro son novedosas: documentos inexplorados (revistas especializadas, normativas, artículos médicos, historias clínicas) y entrevistas a actores que dieron su versión de los procesos en primera persona, conforman un corpus original y variado.

En función de lo expuesto, como profesiones feminizadas de manera temprana, tanto la enfermería, el magisterio y las visitadoras de higiene se respaldaron en una serie de representaciones de género construidos social y culturalmente combinados con la ciencia médica y la pedagogía. Los estrechos lazos entre salud, educación y medicalización social se renuevan en las discusiones presentes sobre la apertura de clases presenciales en pandemia. Una vez más los maestros/as son ubicados en un lugar de elevada exposición de su propia salud y de responsabilidad sobre la vida de las comunidades, al quedar en sus manos no solo las tareas educativas sino también otras destinadas a garantizar comportamientos preventivos adecuados, vigilar conductas y detectar e informar posibles casos de enfermedad en las aulas. Rastreado sus antecedentes históricos, en el capítulo 1, Adrián Cammarota echa luz a una temática poco indagada en la historiografía de la salud y la educación: la medicalización del magisterio en la provincia de Buenos Aires entre 1900 y 1930. El exceso de trabajo, la maternidad, la depreciación de los locales escolares, el contacto con las infecciones virológicas que se propagaba en la vida cotidiana y una alimentación insuficiente; predisponían a las maestras/os a padecimientos nerviosos, al desgaste psicológico y corporal transformándose en un campo fértil para

XVIII

Adrián Cammarota | Daniela Testa

la atracción de padecimientos; una sutil paradoja que mostraba las limitaciones de la medicalización de aquellos actores que estaban destinados a educar a las masas en las primeras letras y en los preceptos de la higiene. La atención hacia el magisterio «que enfermaba», muestra uno de los puntales de imbricación entre el campo médico y el espacio escolar y cuyo nexos fue mucho más dinámico y activo de lo tratado por la historiografía que decodificó esta conexión de manera periférica bajo la lupa del higienismo.

Otras mujeres optaron, a pesar de todos los escollos patriarcales, por los estudios superiores. Las primeras jóvenes egresadas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) rompieron a su manera con el sesgo sexista del espacio en su anhelo por obtener las credenciales universitarias. Algunas de ellas como Elvira Rawson, Julieta Lanteri o Alicia Moreau de Justo, conspicuas militantes feministas, observaron que la enfermería debía estar en manos de las mujeres. En el capítulo 2, Úrsula Serdarevich tiende puentes con la iniciativa de la primera médica egresada de la Universidad de Buenos Aires, Cecilia Grierson y la fundación de la inaugural Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas en el Río de la Plata en 1886, tomando el modelo de Florence Nightingale con miras a desplazar a la enfermera empírica, parteras y matronas. La autora repasa la constitución del entramado disciplinar que dio origen a la profesión en la Ciudad de Buenos Aires retomando las obras pilares de Cecilia Grierson y el sesgo genérico propuesto en las instancias formativas por la misma fundadora.

En sintonía con lo que plantea Serdarevich, Karina Faccia, en el capítulo 3, entrecruza dimensiones relativas a los cuidados y las profesiones consideradas femeninas, realiza un balance desde los estudios de historia y antropología, puntualizando en los cruces entre los cuidados de enfermería, la cuestión de género y el mundo laboral y los ejes conceptuales utilizados por el campo de las ciencias sociales para repensar el pasado y presente de la profesión y sus condiciones laborales. Asimismo, el capítulo devela aspectos poco explorados relativos al lugar y a las relaciones entre varones y mujeres dentro del feminizado campo de la enfermería remitiendo a la división sexual del trabajo dentro de las profesiones de la salud y a los lugares atribuidos a las mujeres y a los varones en el desempeño profesional. En un tiempo presente que nos hace imposible soslayar que la enfermería es un recurso esencial para enfrentar la pandemia, Faccia nos invita a repensar la relevancia política, económica y social de los cuidados enfermeriles, el género y las condiciones de trabajo a partir de una trama de relaciones que es necesario inscribir en la agenda académica y política como un tema impostergable.

Canela Gravila (capítulo 4) conjuga estas dimensiones en pos de reconstruir la formación y experiencia de una visitadora de higiene social entre 1950 y 1970 con un registro metodológico encauzado en las herramientas de la historia oral. El texto nos lleva a reflexionar, a través de la historia

profesional de Myrtha Carri («Beba»), su experiencia como trabajadora en el Hospital de Niños «Sor María Ludovica» y los derroteros de la profesión que desde sus inicios, en la ciudad de La Plata a fines de la década de 1930, estuvo ligada a la ciencia médica encaminándose posteriormente hacia el marco interpretativo de las ciencias sociales. Gavrilá nos conduce, de la mano de «Beba», a considerar el lugar que ocuparon las construcciones culturales en función de su *esencialidad* en los cuidados y los obstáculos con los que batallaban las mujeres dentro de las instituciones de salud. Los fragmentos de la trayectoria profesional de una visitadora nos demuestran, una vez más, como en la división del contrato social capitalista se conjugaron trabajos feminizados en función de la naturaleza sexual de las personas.

La cuestión social, como problematización a nivel político de las desigualdades económicas y sociales, civiles y jurídicas es posible observarla a través de la presencia de «inválidos» que tensionaba los límites de la organización social, evidenciando el dilema de la discapacidad como una categoría tensionada entre diferentes principios distributivos basados en el trabajo o en la necesidad. En Argentina ambas formas de asistencia han convivido a pesar del avance del Estado en el reconocimiento del derecho a la salud. El sustrato biológico (sexo, color de la piel y/o determinados rasgos y condiciones corporales), es algo que estuvo presente a lo largo del tiempo en distintos proyectos de ciudadanía que distinguían entre «ciudadanos reales, potenciales, problemáticos o imposibles» (Rose 2012, pág. 270). Como veremos al recorrer las páginas de este libro, justo allí, entre lo potencial, lo problemático y lo imposible intentaba incidir la «rehabilitación» como un dispositivo que combinaba elementos heterogéneos cuya función consistía en solucionar un determinado problema social. Proyectos legislativos, modalidades de gestión y concreciones institucionales se ubicaron entre esas mismas fronteras.

Yanina Fortini, Belén Portaro y Daniela Testa examinan diversas temáticas que pueden encuadrarse en el conjunto de prácticas sociosanitarias desplegadas con relación a las epidemias de poliomielitis y su proceso de estatización, considerado como una instancia central de articulación entre Estado, sociedad civil, familias y mercado. En ese sentido, cada uno de los capítulos ilumina distintos aspectos del reemplazo paulatino de los mecanismos de beneficencia por otras formas de seguridad social reconocidas como derechos y develan que esas transformaciones conllevan además una misión ética al valorizar moralmente a los individuos. Las tres autoras observan discursos ideológicos y científicos, dispositivos y prácticas que se implementaron buscando solucionar el problema social de los «lisiados» y que, a su vez, modelaron comportamientos frente a las personas con discapacidades motrices.

Fortaleciendo esas temáticas Yanina Fortini (capítulo 5) reconstruye los inicios y la consolidación, entre 1950 y 1990, de una especialidad médica muy poco indagada por la historiografía argentina: la medicina intensiva

infantil. Demuestra, a partir de fuentes documentales y de entrevistas a médicos y expertos, un particular rasgo de esa especialidad en nuestro país al quedar en manos de los pediatras, a diferencia de otras latitudes, en las que fueron los anestesiólogos los referentes del campo. El texto narra un proceso de profesionalización basado en parte en esfuerzos y vocaciones personales, lo que llevó a la especialidad a verse afectada desde hace largos años por la falta de políticas específicas que estimulen y fortalezcan la formación de recursos humanos en esa área. La pandemia que atravesamos exige a los sistemas sanitarios más allá de sus infraestructuras y recursos y ha puesto sobre el tapete la necesidad de gestionar el miedo, la incertidumbre y la escasez de recursos. La falta de médicos intensivistas, cuyo rol es *esencial* en las etapas críticas de la enfermedad, es acuciante en muchos lugares del planeta y muestra las consecuencias de importantes procesos históricos que han resultado soslayados.

Belén Portaro (capítulo 6), profundiza en los orígenes de la kinesiología en Argentina y describe la creación de la carrera en la Universidad de Buenos Aires en el año 1937 bajo la dirección del doctor Octavio Fernández. Analiza su medio de difusión, la revista *Kinesiología* dirigida al cuerpo médico porteño, las luchas profesionales por el reconocimiento oficial en el ámbito universitario y los cambios suscitados en la profesión con el advenimiento del peronismo al poder (1946-1955). En esos espacios, el discurso médico adquirió formas especializadas donde la anatomía, la fisiología del ejercicio, y la antropometría fueron las bases sobre las cuales se describieron e interpretaron los cuerpos, su funcionamiento y diferencias sexuales. Identifica, asimismo, criterios de normalidad/anormalidad vinculadas a las incapacidades corporales que dejó como saldo la Segunda Guerra Mundial y, en Argentina, la epidemia de la polio de 1956. El capítulo señala que ese conjunto de circunstancias demandó el saber experto de los kinesiólogos para mitigar los efectos corporales sobre hombres, mujeres y niños/as. Hermanada con la traumatología y la Ortopedia, la Kinesiología desarrolló variadas estrategias en pos del reconocimiento estatal hasta conformarse como profesión sanitaria.

Daniela Testa (capítulo 7) aborda el período de «surgimiento» de la rehabilitación en Argentina entre 1956 y 1960. Revisa, a partir de experiencias personales de pacientes «rehabilitados» junto con indicios surgidos de historias clínicas, una etapa que fue clave en cuanto a cristalizaciones institucionales y a un conjunto de medidas dirigidas a establecer programas de rehabilitación motriz a nivel nacional. La autora sostiene que las políticas sociales – como vías para lograr cohesión social y consensos – tuvieron un lugar importante en las agendas políticas de las dictaduras militares argentinas pues, en un clima de marcado antiperonismo, inestabilidad política y represión la propuesta de modernización de la atención sanitaria trajo consigo aires renovadores y progresistas que se reflejaron en prácticas y proyectos terapéuticos locales. Para ello, inquiere sobre la recepción

de idearios modernizadores y las posibles tensiones y resistencias surgidas frente a las nuevas metodologías y abordajes que posibilitaron nuevos saberes, especialidades y profesiones sanitarias.

Hacia fines de la década de 1950, tomaron fuerza las ideas de modernización y de planificación estructural bajo el manto de las fórmulas desarrollistas del gobierno radical de Arturo Frondizi (1958-1962). Privilegiando el desarrollo económico y la modificación del sistema de salud, se trazaron programas de capacitación, la formación de médicos, técnicos y administrativos; sistemas modernos de recolección y procesamiento de estadísticas, epidemiología y saneamiento ambiental. Este proceso colindaba con la reforma impulsada en Estados Unidos entre las décadas de 1940 y 1950 con el modelo de medicina preventiva y en cuyo molde se articulaba el ámbito privado con la salud pública. La ingeniería sanitaria recibió un gran impulso por la OMS a fines de la década de 1940, con sus programas de formación de ingenieros sanitarios e incluyó el dictado de cursos, becas de formación y la contratación de consultores para la remisión de contingentes en distintas partes del mundo. En la década de 1960 se firmó el *Acta de Bogotá* por un grupo de expertos de la Organización de Estados Americanos (OEA) auspiciando un conjunto de recetas de planificación para los países latinoamericanos y una mayor racionalización en la distribución de la salud pública. Como contracara a estas fórmulas de programación, el movimiento latinoamericano de medicina social puso su atención en los determinantes sociales de los procesos de salud/enfermedad y en la desigual distribución de la atención médica.^[2]

Los textos de Federico Rayez (capítulo 8) y Juan Librandi (capítulo 9) abrevan en parte de estas singularidades. El primero señala que los estudios sobre la salud pública y las profesiones se desarrollaron desde fines de la década de 1940 y 1970, con la creación de nuevas instancias académicas de capacitación sobre administración sanitaria, hospitalaria, bioestadística y la circulación de revistas específicas. A su vez, observa como las revistas especializadas y las publicaciones periódicas aportaron a la consolidación de procesos de constitución de la salud pública como un espacio de *expertise* y como legitimación de comunidad académica. Examina ideas, hipótesis y propuestas publicadas por médicos sanitarios de los años 1960-1970, en la *Revista de Salud Pública*, el *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* y la revista *Medicina Administrativa*. A través de una lente interpretativa que las considera como una plataforma desde la cual observar procesos que delimitaron un campo, nos invita a conocer las voces de los grupos creadores al tiempo que indaga sobre los vínculos con el Estado

[2] Uno de los mentores de la medicina social fue Juan César García (1932-1984), formado en la Universidad Nacional de la Plata. Véase Galeano *et al.* (2011).

y los patrones conceptuales elaborados por los actores referentes. Asimismo, devela un conjunto de prácticas de lectura, traducción y escritura que fueron importantes para difundir y legitimar su *expertise*.

Juan Librandi estudia la agenda de investigación e intervención desarrollada durante la década de 1960 y principios de 1970 en Argentina por el Sector Salud del Consejo Nacional de Desarrollo. Pesquisa la génesis y el progreso de una concepción particular desde la que se ligó salud y desarrollo nacional para recomendar una política de reducción del gasto sanitario. A partir de combinar el análisis documental con entrevistas semiestructuradas, el autor nos muestra la constitución de un organismo novedoso y diferenciado de los actores tradicionales que participaron de la constitución de la agenda de problemas de la salud pública nacional. Identifica la adopción del criterio «ocupación de camas hospitalarias» como un indicador estadístico y la producción de un marco interpretativo que consideraba el campo de la salud desde una perspectiva económica y concebía que dicho sector debía desarrollarse de manera integrada y subordinada a los sectores productivos. Según su hipótesis, para esta agencia el problema no se ubicó en cómo expandir las prestaciones, sino en cómo financiar y planificar el uso y asignación de los recursos a partir de controlar los gastos y racionalizar estructuras existentes con miras a integrar salud al desarrollo. Si bien estas propuestas no se concretaron cabalmente, las ideas centradas en criterios económicos persistieron en posteriores debates que estructuraron el campo sanitario argentino.

Entre los vaivenes que compusieron los escenarios sanitarios, Sandra Spampinato (capítulo 10), nos introduce en un tema poco explorado: la conformación del campo de la salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La autora describe un recorrido histórico del campo de la salud mental desde mediados del siglo XX, resaltando la trama de relaciones de los actores que compitieron por imponer sus intereses y necesidades corporativos. Demuestra como un conjunto de leyes sancionadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir de su autonomía jurisdiccional, instalaron marcos normativos que posibilitaron un andamiaje institucional a partir del cual fue posible encauzar algunas transformaciones en los modos de asistencia. Este período, caracterizado por la instalación del modelo neoliberal en el Estado fue un obstáculo para los procesos de reforma y tendió a desjerarquizar la salud mental a nivel nacional. Iniciado el año 2021, las reformas de los hospitales monovalentes de salud mental están pendientes. La pandemia de COVID-19 ha dejado al desnudo la necesidad de fortalecer y generar abordajes comunitarios y entramados sociales capaces de aceptar diversas formas de organizar simbólicamente el discurso y las realidades. Este capítulo ayuda a comprender la histórica deuda que representa en nuestro país el pleno acceso a los derechos para las personas con padecimientos mentales.

Al día de hoy, las carreras de salud continúan auspiciando cierta desigualdad en cuanto a la distribución de los recursos humanos, hecho que quedó en evidencia durante la pandemia actual con la demanda de profesionales de la salud como enfermeros/as o médicos intensivistas.^[3] A excepción de la enfermería, el surgimiento y profesionalización de nuevas disciplinas ligadas a las ciencias médicas como la medicina escolar, la pediatría, la kinesiología, las nuevas instancias de capacitación y desarrollo de gestión y administración sanitaria y hospitalaria, la bioestadística, la educación sanitaria y el saneamiento ambiental o el desarrollo del campo de la terapia ocupacional y de la salud mental; no se ha ahondado en estas disciplinas en sus espacios de legitimidad académica y el entroncamiento de ese reconocimiento con la sociedad civil transformándose en la actualidad en pilares de las carreras de las ciencias de la salud y en la formación universitaria. Como hemos mencionado, estas disciplinas se fueron consolidando, a excepción de la medicina escolar que no era una carrera en sí misma pero donde confluían médicos clínicos, pediatras, psicólogos, pedagogos, visitadoras de higiene, oculistas, radiólogos, arquitectos higienistas, entre otros/as. Paulatinamente se fue atenuando del registro escolar en la segunda mitad del siglo XX, pero tuvo un rol protagónico en la medicalización social, en la transmisión de las normas de higiene y en la radicación de un catastro escolar.

Asimismo, nos interesó complejizar los derroteros de profesionalización y modernización estableciendo diálogos con el campo de los estudios sociales de la discapacidad al develar procesos históricos locales que fueron claves para comprender nuestras realidades. Si bien abordajes sociológicos se han interesado en el impacto económico de la discapacidad, las estrategias de prevención y asistencia, el análisis de las políticas públicas y los contextos normativos (Acuña y Bulit Goñi 2010; Seda 2018), los estudios abocados a los procesos sociohistóricos a través de los cuales se construye la situación de desventaja y la segregación de las personas con discapacidades constituyen una de las líneas más exiguas de indagación, a la que pretendemos aportar.

En resumen, el libro abreva en la profesionalización de ciertas carreras que se consolidan en tiempos de crisis y, dejando de lado las temporalidades en las cuales surgieron cada una, se transforman en componentes vitales dentro del sistema de salud y en los proyectos de los gobiernos. El recurso humano y su formación profesional históricamente fue cardinal para resolver crisis sanitarias o erradicar enfermedades de larga data. Los

[3] Una deuda histórica que cobró visos de reivindicación con el impulso dado a la carrera de Enfermería con del Programa Nacional de Formación de Enfermeros (PRONAFE), promovido en el 2014, con miras a cubrir esa auténtica demanda. Impulsado por el Ministerio de Educación de la Nación y el INET (Instituto Nacional de Educación Tecnológica), el programa otorga becas y capacitación para nutrir las filas de la Educación Superior de estudiantes en la carrera de enfermería.

episodios históricos marcan a menudo la dependencia de la sociedad con respecto al personal de salud y a los peligros que se exponen frente a las posibilidades de contagio.

Al momento de concluir estas páginas las campañas de vacunación y las disputas geopolíticas en torno a la inmunización cristalizan en desigualdades e inequidades. No obstante, los tiempos relativamente breves que tomó el desarrollo tecnológico de las vacunas que han sido aprobadas y las más de 169 versiones que se encuentran en distintas fases de estudio (26 de las cuales están en fase de ensayos en seres humanos) (OMS 2021), los procesos continúan siendo lentos y progresivos frente a las necesidades de un sistema de vida y de muerte que no puede detener su vertiginoso ritmo. Mutaciones de virus cada vez más contagiosos, segundas, terceras y cuartas olas de la enfermedad nos convierten en desconcertados protagonistas de un tiempo donde la desazón y la incertidumbre remiten a la vulnerabilidad humana. La pandemia demuestra (una vez más), la necesidad imperiosa de volcar recursos a la investigación científica para la transferencia de conocimientos, bienes y servicios a la sociedad, así como la relevancia de miradas desde la historia que, con su deseo de comprensión y su potencialidad explicativa impugnan estereotipos, muestran desigualdades e injusticias. Retomando palabras del historiador Jablonka (2016, pág. 330) «necesitamos ciencias sociales para desafiar a la tiranía de la comunicación y la publicidad, remediar la invisibilización de las experiencias, combatir la indiferencia». Por eso, la apuesta de *Esenciales en debate: las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones* es construir inteligibilidades anudadas a sentidos históricos, correr velos y recuperar procesos que hacen sentir su peso en el presente y renuevan sentidos sobre los cuidados sanitarios de la vida individual y comunitaria.

Para finalizar, queremos agradecer a la Universidad Nacional de La Matanza, a la Secretaría de Ciencia y Tecnología y a la Secretaría de Investigaciones del Departamento de Salud por la relevancia brindada al trabajo interdisciplinario: a Graciela Brito, Mariela Ferrari y Graciela Areces por su compromiso y apoyo en todas las instancias que cruzamos en el camino de la elaboración de este libro. También destacamos el apoyo institucional de la Universidad en la organización de las Primeras Jornadas de Ciencias Sociales en Salud, realizadas el 20 de septiembre de 2018 que contó con la participación masiva de los estudiantes de las carreras de salud y docentes e investigadores/as como ponentes, comentaristas y organizadores/as y al respaldo brindado al *workshop* «Salud y educación: una mirada interdisciplinaria desde el campo de las ciencias sociales», realizado el 12 de septiembre de 2019. Ambos encuentros fueron puntales del proyecto que mencionamos al principio de esta introducción y el punto de partida para este libro.

Buenos Aires, febrero de 2021. Año II de la pandemia