
Dossier

Entre confesiones y consejos: El alcance de los diagnósticos sociales de las visitadoras de higiene. La Plata década de 1940



Between confessions and advice: The scope of social diagnoses of hygiene visitors. La Plata, 1940s

Canela Constanza Gavrila *
Universidad Nacional de La Plata, Argentina
elcorreodecanela@gmail.com

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

vol. 20, núm. 1, e0073 2025

Universidad Nacional del Litoral, Argentina

ISSN: 1853-2845

ISSN-E: 2591-2852

Periodicidad: Semestral

papelesdelcentro@fcjs.unl.edu.ar

Recepción: 06 febrero 2025

Aprobación: 14 abril 2025

DOI: <https://doi.org/10.14409/pc.2025.1.e0073>

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/500/5005333017/>

Resumen: Los médicos a cargo de la formación de las visitadoras de higiene social insistían en las alegorías acerca de las funciones de las visitadoras. Amigas, confidentes, buenas vecinas, hermanas civiles de la caridad, entre otras, resultaban alusiones sobre el rol de escucha y presto a la confesión que ocuparían estas mujeres, una vez graduadas.

Las acciones vinculadas a la confesión como estrategia de acceso a la privacidad fueron utilizadas históricamente por la iglesia católica, por asociaciones filantrópicas, y desde fines del siglo XIX también fueron recuperadas en las modalidades de intervención sistematizadas por las “pioneras” anglófonas como parte del diagnóstico social. En el proceso inicial de profesionalización del Trabajo Social en Argentina, a principios del siglo XX, la modalidad de la confesión también fue utilizada instrumentalmente desde las visitadoras de higiene social.

En este sentido, es interés de este trabajo rastrear la incidencia del modelo norteamericano del diagnóstico social en la definición de los instrumentos de relevamiento de información y de la concepción de sujeto sobre el que las visitadoras obtendrían las “confesiones”. Para ello analizaré un conjunto de entrevistas realizadas por las visitadoras dedicadas a la atención sanitaria en la Casa Cuna e Instituto de Puericultura de la ciudad de La Plata durante la década de 1940.

Notas de autor

- * Profesora de Historia graduada en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Magister en Trabajo Social por la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Docente de la Cátedra de Historia Social de Argentina y Latinoamérica de la misma casa de estudios donde también se desempeña como investigadora radicada en el Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad (IETSYSFTS UNLP)

Palabras clave: Confesiones, consejos, asistencia social, diagnostico social, Mary Richmond.

Abstract: *The doctors in charge of training social hygiene visitors insisted on allegories about the functions of the visitors. Friends, confidants, good neighbors, civil sisters of charity, among others, were allusions to the role of listener and ready to confess that these women would occupy, once they graduated.*

Actions linked to confession as a strategy to access privacy were historically used by the Catholic Church, by philanthropic associations, and since the end of the 19th century they were also recovered in the intervention modalities systematized by the Anglophone "pioneers" as part of the social diagnosis. In the initial process of professionalization of Social Work in Argentina, at the beginning of the 20th century, the confession modality was also used instrumentally by social hygiene visitors. In this sense, it is of interest in this work to trace the impact of the North American model of social diagnosis in the definition of the instruments for gathering information and the conception of the subject about which the visitors would obtain the "confessions". To do so, I will analyze a set of interviews conducted by the visitors dedicated to health care at the Casa Cuna and Institute of Childcare in the city of La Plata during the 1940s.

Keywords: *Confessions, advice, social assistance, social diagnosis, Mary Richmond.*

1. Introducción

La visitadora no es una inspectora la cual va en tren de curiosear, delatar, castigar; es, si se me permite, la buena vecina que va a ser de confidente y a dar los consejos apropiados.

Germinal Rodríguez.

Servicio Social Principios generales de Asistencia Social (1952)

Germinal Rodríguez,^[1] médico higienista de la ciudad de Buenos Aires fue parte del proceso de profesionalización de la asistencia social en Argentina. Consideraba que las visitadoras a cargo de la asistencia social laica debían ser como “la buena vecina” que escucha y aconseja. Para ello era necesario que asumieran sus acciones en los márgenes establecidos en el ámbito de la salud para las mujeres en la primera mitad del siglo XX. Es decir, que tomaran una posición subordinada y justificaran sus acciones en su carácter supuestamente amoroso, pero conjugados y validados por conocimientos técnicos y científicos, tal como sucedía con las enfermeras. De las visitadoras, en particular, se esperaba que construyeran una vinculación con las personas usuarias de la asistencia social suficiente para extraer una confesión útil al sistema médico.

La invitación para lograr estas confesiones no era novedosa, sino que se basaba en viejas estrategias ya utilizadas por las inspectoras de asistencia social de organizaciones religiosas, filantrópicas o incluso a dependencias estatales, nos referimos a la visita al hogar de las personas necesitadas, la observación de sus costumbres y el uso de encuestas y entrevistas como medio primordial desde el que obtener información de las personas para realizar un diagnóstico social del individuo y su entorno (Oliva, 2009; Rivas, 2023). De manera que las confesiones no servían sólo para el relevamiento de las condiciones de vida de las personas, sino que la intimidad establecida a través del acto de la confesión permitiría a las visitadoras divulgar algunas pautas acerca de cómo gestionar la vida cotidiana y con ello entrometerse en su vida privada para ofrecer consejos para ordenar hábitos y costumbres que estuvieran en sintonía con las normativas de la época (Grassi, 1989).

La propuesta metodológica del diagnóstico social estaba en boga desde principios del siglo XX en Estados Unidos donde personas dedicadas a la caridad y la asistencia social organizada por el Estado buscaban mejorar las estrategias para el conocimiento de las necesidades básicas de reproducción social en pos de garantizar una mayor eficacia en el tratamiento social de las problemáticas que aquejaban a quienes estaban “desacoplados” del ritmo de crecimiento.

La propuesta de algunas pioneras, como Mary Richmond, pretendía realizar diagnósticos de una manera exhaustiva que, a diferencia de las intervenciones caritativas, excediera el estudio económico o sanitario de los casos individuales para poder contemplar al sujeto en sus múltiples dimensiones y no sólo desde su situación económica (Travi, 2007). Desde esta perspectiva se proponía pensar en el sujeto desde una mirada integral que permitiera trascender un diagnóstico del orden meramente material y poder registrar los deseos, las aspiraciones, las pasiones y las esperanzas en las historias relatadas por las personas y sus entornos, con el objetivo de potenciar las fortalezas de cada sujeto.

Si bien la obra de Mary Richmond ha sido difundida entre los y las historiadoras del trabajo social mediante las vastas investigaciones de Bibiana Travi, aún resta profundizar acerca de los circuitos por los que transitaban sus ideas y de qué modos fueron reconstruidas en la escena local. Las innovaciones de esta “pionera” sobre cómo mejorar la asistencia social fueron mencionadas en algunos de los textos de los médicos higienistas a cargo de la formación sin mayor relevancia (Dezeo, 1938; Rodríguez, 1952), las mismas dialogaron en su proyecto educativo con la sistematización de modalidades de intervención asistencial locales que sirvieron como eje para la creación de esta nueva profesión feminizada para auxiliar a la medicina: la visita de higiene^[2](Gavrila, 2019; Gavrila 2020).

En la ciudad de La Plata en el año 1938 y como parte del crecimiento de la demanda de atención y en consonancia con el despliegue de un conjunto de políticas sociales que requerían de personal idóneo para la intervención sociosanitaria, es que un grupo de médicos higienistas vinculados al proyecto de reforma universitaria impulsan la creación de la Escuela para Visitadoras de Higiene Social (EVHS) dependiente de la Cátedra de Higiene Médica y Preventiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. La pretensión de los médicos a cargo de las EVHS era formar exclusivamente a mujeres con pudieran realizar una intervención capaz de combinar los factores sociales y médicos con el objetivo de obtener un mayor rendimiento económico y social, valiéndose de “factores científicos y no sólo sentimentales” (Fundamentos del Proyecto de creación para la Escuela de Visitadoras de Higiene, 1937).

Desde su condición como auxiliares de los médicos se esperaba que las visitadoras se encargaran de realizar levantamiento de interrogatorios con una ficha clínico social, estudio de casos puntuales, derivación a instituciones capacitadas para la resolución de las problemáticas, establecer documentación de las problemáticas y soluciones aplicadas, dedicarse a la colaboración con la acción del médico a través del asesoramiento “sobre las causas sociales que

obstaculizan la salud o bienestar del niño”, como así también debían atender y explicar “las prescripciones dadas por el facultativo”, dar educación sanitaria a las madres, auspiciar obras de ayuda, inspeccionar la limpieza, fiscalizar los alimentos que destinados a la ayuda, armar talleres de oficios para madres, e incluso examinar diariamente a los niños, su vestimenta y alimentación desde el control sobre la labor de las niñeras de las Sala cuna, entre otras (Bustamante, 1935).

El relevamiento, el estudio social de casos, las entrevistas, el registro y el informe social eran dispositivos cruciales no solo para la investigación, sino para la posterior intervención que ejecutarían las visitadoras. En él se debían plasmar descripciones y reflexiones individuales acerca de las modificaciones que transitaban los sujetos y su entorno, pero también debían consignar las acciones que ejecutarán como parte del propio hacer profesional. Dentro de la historia del trabajo social, aún resulta un hecho poco explorado el alcance que pudieron tener los diagnósticos sociales realizados por las visitadoras en la proyección de políticas sociales, esto puede deberse al carácter dominante de los discursos producidos por médicos varones que ha solapado la producción intelectual de las visitadoras de higiene social, e incluso, ha favorecido la posición subalterna. El discurso médico, constituido por una voluntad de verdad sobre la intervención social, ha dado un soporte institucional y de distribución del conocimiento que ejerció un poder de coacción sobre otros discursos, del cual se deriva el sentido político de tales enunciados y el interés por anular otros sentidos (Gavrila, 2017).

Por ello, es interés de este trabajo rastrear mediante un conjunto de entrevistas realizadas por las visitadoras dedicadas a la atención sanitaria en la Casa Cuna e Instituto de Puericultura de la ciudad de La Plata durante la década de 1940 y ver en ellas la incidencia del modelo norteamericano del diagnóstico social en la definición de los instrumentos de relevamiento de información y de la concepción de sujeto sobre el que las visitadoras obtendrían las “confesiones”.

Por último, cabe mencionar que con este trabajo pretendo recuperar y repensar la historia de los inicios del Trabajo Social comprendiendo a las visitadoras más allá de las prescripciones de los médicos y de los roles atribuidos a su género con el objetivo de restituir un lugar de relevancia al interior de la historia profesional y en la historia de las mujeres. Por otra parte, pretendemos ponderar un relato de orden local en función de los trabajos y conocimientos producidos por las visitadoras.

2. Mary Richmond y la estrategia de la confesión

Mary Richmond se convirtió en una figura reconocida por su aporte al desarrollo instrumental del Trabajo Social (TS) norteamericano de principios del siglo XX que la ha convertido en una referente internacional por su dedicado trabajo de investigación, sistematización y divulgación de las experiencias de intervención profesional a principios del siglo XX en áreas de caridad, pero también en la esfera pública de salud, de justicia y de educación en Estados Unidos. Entre sus escritos donde detalla su propuesta se encuentran: *Visitas amigables entre pobres* (1899) *Diagnóstico Social* (1917) y *Estudio Social de Caso* (1922).

Mary Richmond se acercó al trabajo caritativo siendo muy joven, como parte de su propia necesidad y por las carencias económicas y afectivas a las que tuvo hacer frente desde la adolescencia. La trayectoria familiar en militancia política antiautoritaria, sufragista y por la igualdad la acercaron a buscar propuestas novedosas en materia asistencial. Desde fines del siglo XIX ingresó a la *Charity Organization Society* donde se contactó con otras mujeres referentes de la intervención sobre la cuestión social y participó en conferencias internacionales donde sostuvo acalorados debates acerca de la urgencia en crear escuelas para trabajadoras sociales con un plan de estudios y guiado por universidades. Durante los primeros años del siglo XX colaboró en la creación de reformas legislativas problemáticas vinculadas al abandono masculino del hogar familiar, el trabajo infantil e incluso formó parte de la creación del Tribunal de Menores. Todas acciones mediante las que pretendió posicionar a los sectores desacoplados del ritmo de “progreso” del capitalismo como sujetos de derechos y no como usuarios de la beneficencia (Travi, 2006, pp. 42-46).

En su interés por profesionalizar el ejercicio de la asistencia social se proponía dar reconocimiento y sistematicidad a las experiencias de intervención. Las mismas eran puestas en diálogo con la influencia filosófica de Dewey y las tesis interaccionistas que asumían una visión no dicotómica entre el individuo y la sociedad en unión con el medio ambiente, que le permitía proyectar a un sujeto solicitante de asistencia como capaz de transformarse a sí mismo. Tal como planteó la propia Richmond acerca la tecnificación del Trabajo Social debería servir para “hacer progresar la especie humana, tornando mejores las relaciones sociales” (Richmond, 1922; 149) desde el trabajo individual, con las familias o con otros colectivos.

En 1899 escribió un primer manual de guía para visitantes llamado “La visita amigable entre los pobres” allí daba una serie de consejos iniciales. Sin embargo, su obra de mayor trascendencia fue “*Social Diagnosis*” publicada originalmente en 1917, donde releva las acciones de más de cincuenta organizaciones sociales que realizaban trabajos de asistencia social en Estados Unidos. Desde el inicio de su

texto reconoció que con esta publicación no pretendía establecer una metodología única de intervención, sino poner en evidencia las estrategias existentes que sirvieran al menos de insumo para debates acerca de la asistencia social. Esta posición de autoridad desde la cual una mujer a principios del siglo XX provoca a contradecir su propuesta enaltece su lugar profesional como también su trayectoria familiar y pública como activista por los derechos de las mujeres y los derechos de las personas racializadas (Travi 2006).

Uno de los motores para la sistematización de las intervenciones era saber la mejor manera para acercarse a las necesidades reales de los sujetos que solicitaban auxilio. Se preguntaba: ¿qué debemos saber sobre él y sobre su dificultad (o, más a menudo, dificultades) para que podamos hallar un modo de satisfacer sus necesidades?(Richmond, 1917, 37). Preguntas como esta atraviesan su obra y, de algún modo, buscan reflexionar sobre los modos de interpelar a los otros para encontrar respuestas acerca de las condiciones por las cuales un individuo se encontraba en una situación de carencia, afectiva, material o vincular, más allá de su condición económica. Por ello estableció una estrategia que pretendía encontrar una definición de lo más exacta de la situación social y de la personalidad de quien se acercara.

Luego de analizar casi tres mil estudios de casos, Richmond proponía iniciar un proceso de investigación del siguiente modo: recopilación de la evidencia acerca de las condiciones y el ambiente del individuo, la comparación de las evidencias (algunas eran extraídas de las personas, algunas de allegados, otras de profesionales, también por intermedio de análisis de documentación o por entrevistas) para con ello concluir con la interpretación/inferencia de la asistente y la definición acerca de la dificultad social.

Lejos de un intento por universalizar las intervenciones, las inferencias debían considerarse como momentáneas y provisionales. Si bien Richmond pretendía encontrar metódicamente como arribar a las inferencias, reconoce que puede haber “reglas generales aplicables a la conducta humana que nunca son de aplicación universal”.

De acuerdo con Bibiana Travi (2006; 2017), se ha leído a Richmond como parte de un modelo de intervención conservador y anticuado, sin embargo, su propuesta de diagnóstico social y de estudio de caso partía del análisis individual para reconocer a los sujetos insertos en una sociedad moderna que, dada su complejidad, suponía comprender al sujeto desde una perspectiva integral. Richmond planteó que el diagnóstico social del estudio social de casos tiene por

objetivo inmediato la mejora de la situación de individuos o familias, uno a uno, y no la mejora del colectivo. No obstante, mejora colectiva y mejora individual son interdependientes; la reforma social y el trabajo social de casos progresan necesariamente juntos. (p. 33)

Más allá del extenso debate que supondría intentar rotular la propuesta de Richmond en los estancos anaqueles del conservadurismo, reformismo o progresismo, resulta enriquecedor poder analizar sus estrategias propedéuticas para promover modos de entrevistas donde las personas interrogadas entregaran una suerte de “confesión” detallada de sus condiciones de vida. Esto es una parte importante del diagnóstico social puesto que, a diferencia del modelo de entrevista inductiva de las instituciones de beneficencia o caridad, el nuevo dispositivo de interrogatorio no proponía “obtener por sorpresa una confesión” en su lugar procuraba romper las barreras jerárquicas entre entrevistador/a y entrevistado/a para ganarse la confianza mediante un acercamiento directo. En este sentido, veremos en el próximo apartado como estas ideas de “ganarse la confianza” para obtener una confesión eran impartidas por los médicos higienistas dedicados a la formación de las primeras visitadoras de higiene en Buenos Aires y La Plata.

Cabe destacar que Richmond en su planteo proponía establecer espacios de entrevistas donde la agente del servicio social pudiera escuchar los “síntomas” del entrevistado teniendo en cuenta qué ver detrás de esa emergencia, con qué elementos compararlo. Por ello destacaba la importancia de la atención y la paciencia, como también la premura por establecer un buen entendimiento mutuo para facilitar la posterior interacción que posibilitaría ejercer una influencia positiva desde una conducta comprensiva (Richmond, 1917, p. 175 -176). Con ello se pretendía obtener la mayor información posible, pero también establecer un lazo que permitiera establecer las bases del futuro trabajo con la persona y su grupo de pertenencia.

3 Visitadora, vecina y confidente

La visitadora es la que recoge en el domicilio del asistido todo el conjunto de datos que forman una encuesta y que tenga importancia sobre la mayor ilustración del socorro a dar, al mismo tiempo que su estudio y experiencia le enseñe a la familia las medidas de orden higiénico o económico que debe cumplir a los fines de rehabilitar esa situación.

Germinal Rodríguez.

Servicio Social Principios generales de Asistencia Social (1952)

Para el Dr. Germinal Rodríguez la Asistencia Social era parte de la modernidad que abrazaban las nuevas naciones donde las personas se ayudarían unas otras en pos de su elevación moral, intelectual y sanitaria. La “nueva ciencia del Servicio Social” estaría a disposición de este nuevo orden y por la responsabilidad que suponía era un área del conocimiento que debía ser asumido por las Universidades Públicas como parte de su impronta reformista. De acuerdo a lo establecido en 1933 en la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, los dos agentes a formar por las universidades debían ser los asistentes sociales y las Visitadoras de higiene social.

Más allá de las diferencias sexo genéricas que se quisieron imprimir sobre estas dos ocupaciones que finalmente se unificaron en la actual profesión feminizada del Trabajo Social (Grassi, 1989; Gavrila, 2014) me interesa destacar que en la cita que antecede a este apartado se menciona la importancia de la formación de estas agentes de intervención y la estrategia de trabajo individual para la rehabilitación que actuaría en favor del grupo con quien comparte la situación sobre la que trabajaban, sin embargo, omite quienes se ocupaban de establecer el diagnóstico de la situación, entiendo que por la proyección que se daba a esta agente se la suponía meramente interventiva, en tanto los médicos o Asistentes Sociales actuarían para proyectar los potenciales trabajos con el individuo y el grupo.

Sin embargo, sabemos por la propia experiencia de algunas visitadoras de higiene social formadas en la UNLP, único agente del servicio social con título habilitante hasta fines de la década de 1950^[3] que eran ellas quienes luego de realizar el relevamiento de la información, las encuestas y las entrevistas, arribaban a una estrategia de intervención acorde a la institución en que se hallaban, en algunos casos de acuerdo con prescripciones y negociaciones con el cuerpo médico, tal como fue el caso de las visitadoras de higiene la Casa Cuna e Instituto de Puericultura (de aquí en adelante CCIP) de la ciudad de La Plata (Gavrila 2019, 2021). Veamos entonces este caso en particular para encontrar si hubo o no alguna influencia de las técnicas sugeridas por Richmond y readaptadas por el higienismo en Argentina.

4. Las visitadoras en la CCIP

El proyecto de creación de la Casa Cuna e Instituto de Puericultura (CCIP) iniciado a fines de la década de 1930 por la Sociedad de Beneficencia (SB) de la ciudad de La Plata apuntaba al establecimiento de una gran casa capaz de albergar a niños abandonados o huérfanos (Mateos, 2008). La CCIP funcionaba por la acción de cuatro actores que articularon entre sí las acciones para la asistencia del abandono infantil. En principio, el gobierno provincial

encargado de entregar los recursos materiales para el funcionamiento; en segundo lugar, la SB que comandaba la administración de la Casa Cuna, junto a estos agentes también estaba un grupo de religiosas que prestaban su fuerza de trabajo en diversas áreas como la cocina, la ropería, la despensa, la farmacia, y en las salas, y, obviamente, el cuerpo de médicos y auxiliares sanitarios (Colángelo, 2001; Mateos, 2008). Entre estos auxiliares se encontraban enfermeras y visitadoras de higiene social.

La propuesta de los directores del CCIP Dr. Noel Sbarra y Dr. Julio Roselli era lograr que no fuera directamente un espacio de colocación de los niños abandonados; por el contrario, buscaban efectivizar un trabajo con las familias que se acercaban a dejar al niño a fin de garantizar la contención en el núcleo doméstico. La propuesta planteada por las autoridades médicas fue la creación de un Servicio Social (SS) que comenzó a funcionar en la CCIP a partir de 1944 con el objetivo de considerar cuáles eran las razones y necesidades que tenía determinada familia para desprenderse del niño.

Esta decisión tomaba un doble carácter: por una parte, resultaba de avanzada en tanto entendía que era necesaria la intervención de agentes profesionales capaces de estudiar las causas de ese abandono mediante la realización de un diagnóstico para posibles soluciones que impidieran separar al niño de la familia. Por otra parte, esta intervención y ponderamiento de las acciones de las visitadoras de higiene social se contraponían con el ideal de la SB por crear un hogar de niños expósitos. Siguiendo el planteo de Saul Karsz (2007), podemos ver cómo el modelo asistencial de toma a cargo que pone en el centro de la escena al sujeto disputa al régimen de asistencia caritativa de la SB. Para ello, el cuerpo médico ponía a disposición un nuevo tipo de historias clínicas y fichas médicas que “se adaptarían mejor a las funciones y necesidades de la Casa Cuna” (*Hoja Médica*, número 1, 1944).

La visitadora de higiene social Sofía Ricci, que se había desempeñado como tal en el CCIP desde sus comienzos y también en el Club de Madres de la Universidad Popular Alejandro Korn (Gavrila, 2017) destacó que lo primero que hacían desde el SS era decidir si los niños podían ser o no aceptados: “entonces para hacer una cosa organizada lo primero fue hacer una ficha donde se requirieran los pasos que se necesitaban para admitir a un chico” (entrevista a Sofía Ricci en Colángelo, 2001, p. 41). Es decir, las visitadoras debían estructurar una ficha que las guiara en su trabajo y en los pasos a seguir para lograr el objetivo de sostener al niño en el núcleo familiar. Recordemos que esta preocupación específica por atender a la consolidación del núcleo doméstico se basaba en las políticas sociales de la época, como la ley 12.341^[4] destinada a la protección de la maternidad e infancia y consolidación

del binomio madre- hijo (Biernat & Ramacciotti, 2013; Billorou, 2016).

La información que se plasmaba en estas fichas^[5] provenía de las entrevistas, visitas y estudios de casos, métodos aprendidos en la EVHS, como la entrevista social, mediante la que buscaban recabar los datos de filiación e identidad que, en palabras de Ricci, les permitiría “tener una fotografía del medio donde vivía la criatura” (Colángelo, 2001, 42).

El SS iniciaba su acción una vez que alguna familia o adulto hacía un pedido para ingresar un niño al CCIP por medio de un formulario en el que expresaban las razones para la internación. A partir de esto, se realizaba la encuesta social mediante la visita al domicilio por parte de la visitadora, las visitas podían repetirse o incluso se podía pedir a alguno de los progenitores y/o responsables del niño que se acercaran a la oficina del SS para desarrollar algunas cuestiones (Sbarra y Ricci, 1946).

En algunas de las fichas a las que he accedido se da cuenta de la implementación de estas nuevas técnicas. Por ejemplo, en la ficha número 19 del SS CCIP para la solicitud de admisión de un niño se presenta el caso de una mujer que pide internar a su hijo luego de haber sido abandonada por el padre del mismo, si bien la mujer relata que otra vecina la ayuda en el cuidado de sus otros dos hijos, necesitaba dejar al bebé internado porque no podían con el mismo o debía pagar por sus cuidados. Una semana después de la primera entrevista la visitadora anotó en el apartado referente a la solución social del Caso Social “de visita al hogar comprobando la situación de indigencia se resuelve otorgar Ayuda de Crianza por tres meses”. Un año después, en la misma ficha, pero en el apartado referente a las visitas domiciliarias se destaca que:

Si bien la madre del niño seguía recibiendo el dinero del Programa de Ayuda de Crianza para la atención de su hijo, la vecina dice que la madre no se presentó más a ver al niño en su casa ni le paga, por lo que se le otorgara a la Sra. la Ayuda de Crianza por tres meses. (Ficha N° 19 del SS CCIP)

Varios elementos son interesantes aquí, no solo el uso de los dispositivos técnicos para el relevamiento de la información y la elaboración del diagnóstico, sino el intento por buscar una solución a la problemática que permitiera sostener al niño dentro del núcleo familiar, por consanguineidad o por alguien de su cercanía. Cabe mencionar aquí que ese era uno de los principales objetivos del “Programa de ayuda de crianza” (PAC) -este aún se mantiene vigente en el Hospital Sbarra ex CCIP- proveer de asistencia social y seguimiento médico a familias en situación de pobreza, sobre todo mujeres madres que no podían sostener gran cantidad de hijos y que por lo mismo no podían acceder a un mejor trabajo. Esta estrategia

buscaba evitar la internación, ya que esta era entendida como el inicio de la desintegración del grupo niño madre-familia, y por ello otorgaba durante los primeros años una ayuda económica. Con la pretensión por sostener al niño en la casa para evitar el abandono y las consecuencias psicosomáticas de ello, el PAC resultaba una solución frente a un “grave problema social con implicancias severas sobre la salud infantil” (Sbarra, Salas y Falabella, 1945).

La visita permitía el control y vigilancia de las condiciones que denunciaban en la entrevista social cuando se acercaban a dejar a un niño. Esta podía dar cuenta de lo denunciado, como sucedía en el caso anterior, o podía favorecer la interrupción de la solicitud. Ejemplo de ello resulta un caso social donde una mujer pide la internación de su hijo de pocos meses a quien no podía mantener con su salario ni el de su esposo, al concurrir la visitadora al domicilio destaca “concurrimos al hogar donde la Señora Silva informa que los datos de la Señora Gomez referentes al padre de la criatura son inexactos y que este ha fallecido hace un año, nos informa así mismo que la Señora Gómez ha falseado los datos intencionalmente y no existiendo una verdadera causa para internar al niño se rechaza esta solicitud”. Lo interesante de este caso es el peso de la confesión de una vecina que es quien logra desbaratar un pedido de ayuda de una mujer que al parecer era una madre soltera que no quería avanzar en el proceso de crianza de manera solitaria.

Son reiterados los pedidos de internación que aparecen en las fichas, pero solo eran considerados aquellos que luego de un largo estudio de las visitadoras lograban rastrear la imposibilidad de una madre por sostener a alguno de sus hijos o a varios, que por carencias económicas o falta de redes afectivas “no se les podía dar otra solución que aceptar la internación del niño”. En algunos casos estas internaciones eran provisorias, hasta los dos años de edad podían estar ahí y se buscaba que luego los retirara un familiar o la madre volviera, y en caso de que nadie se presentara se buscaba a los progenitores por la vía judicial o se trasladaba a los niños a la Casa del niño.

Este trabajo sobre qué niños y niñas podían o no quedarse internados en el CCIP buscaba diferenciarse de las anteriores modalidades de intervención, por ejemplo de la SB que admitía a los pequeños sin realizar ningún estudio. Sofia Ricci, quien trabajo durante ese período destacó que la SB llevaba adelante una política desinteresada, que la visitadora expresa como un criterio de “dar” (Colángelo, 2001, p.44). Es decir, las familias pedían, y la SB daba, el problema que detectaban las visitadoras en ello era que estas mujeres no resolvían ninguna necesidad y tampoco analizaban qué era lo mejor para el niño. Desde la propuesta de Richmond podemos entender que aquí no hay un reconocimiento del sujeto que demanda atención, y en su lugar es tratado como una criatura cuyas necesidades

debían satisfacerse sin estudiar cuáles eran las opciones más convenientes para el desarrollo del niño o la niña.

5. Reflexiones para continuar

Este trabajo forma parte de una investigación de mayor alcance acerca de las condiciones de profesionalización y feminización del Trabajo Social en la ciudad de La Plata entre la década de 1930 y 1950. Puesto que es un tema que investigo desde hace varios años aquí no retomé algunas cuestiones como la feminización profesional y el diálogo con otras ocupaciones como la enfermería, tampoco abordé los debates al interior del higienismo y la eugenesia acerca del valor de la formación. Entiendo que por lo mismo algunas cuestiones relativas al diálogo con el contexto político nacional y la mayor injerencia del Estado de manera sistemática y a través de políticas sociales no aparezca en este escrito.

He querido compartir en estas líneas dos cuestiones. En principio tomar la invitación que realiza Bibiana Travi en su insistencia acerca de las “pioneras” del Trabajo Social anglófono y sus diálogos con la historia social local. Encuentro en ello que aún nos falta establecer nexos y estudios acerca de cómo llegaron esos textos a nuestra región. Obviamente que la sistematización presentada por la autora da cuenta de un proceso de tecnificación de la asistencia que sucedía en otras grandes ciudades conforme al despliegue del capitalismo y la complejidad de la cuestión social, aun así Mary Richmond tiene el mérito de proponer una metodología basada en múltiples experiencias en un contexto de avanzada de las ciencias sociales, donde pretende posicionar a la “nueva ciencia” como parte de ese concierto polifónico que intenta desentrañar las complejas relaciones entre el individuo y la sociedad.

Por otro lado, en función de haber accedido recientemente a un conjunto de fichas de casos sociales del actual Hospital Noel Sbarra de la ciudad de La Plata, no pude dejar de pensar en los modos en que se sistematizó la información de las problemáticas por el abandono infantil y el sostenimiento del binomio madre hijo, qué información decidieron destacar para entregarles un valor de verdad y cuales dejaron de lado. Estas cuestiones me invitaron a repensar en las propuestas de entrevistas de las “pioneras” y sus recetas acerca de la construcción del diagnóstico social.

Claramente no se puede suponer que las estrategias fueron las mismas, pero sin lugar a dudas la utilización de dispositivos técnico instrumentales en boga para la época permitió el reconocimiento de esta labor dentro del campo médico sanitario, como también posibilitó ampliar el espectro de estrategias de control social sistematizadas desde el Estado en su disputa con otras instituciones,

como la Sociedad de Beneficencia, que le posibilitaron acceder a los sectores menos favorecidos para ensayar estrategias de inclusión social.

Referencias

- BIERNAT, C. y RAMACCIOTTI, K. (2013). *Crecer y Multiplicarse. La política sanitaria materno infantil. Argentina, 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.
- Billorou, M. J. (2016). Las mujeres en los márgenes: Educación y salud en el interior argentino (1930-1945). *Delaware Review of Latin American Studies*, 17(2), 1-15. <http://udspace.udel.edu/handle/19716/19843>
- COLÁNGELO, M. A. (2001). *Un abordaje del abandono infantil. El hospital zonal especializado "Dr. Noel H. Sbarra" de La Plata*. La Plata: Ediciones Casa Cuna.
- GAVRILA, C. (2017). *La "exclaustración" del conocimiento científico sobre las problemáticas de hijos y madres. El caso de las Visitadoras de Higiene conferencistas de la Universidad Nacional de La Plata (1940- 1950)*. [Ponencia] XVI Jornadas Interescuelas. Departamento de historia. Universidad Nacional de Mar del Plata. <https://interescuelasmardelplata.files.wordpress.com/2017/09/31>
- Gavrila, C. (2018). Sed cual ángeles de piedad, fuertes en vuestra propia debilidad. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 18(1), e062. <https://doi.org/10.24215/2314257Xe062>
- Gavrila, C. (2019). Damas, señoras y visitadoras. Intervención de las mujeres en la asistencia social en la ciudad de La Plata. En P. Arcidiácono; S. Cazzaniga. y N. Hernández Mary. *El Posgrado debate las políticas sociales y el Trabajo Social*. 267- 329. La Plata: EDULP. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/134363>
- Gavrila, C. (2021) De visitadora a asistente social. La historia de Myrtha Carri. En A. CAMAROTA y D. TESTA. (comp.) *Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica, profesionalización, Estado, actores e intervenciones*. Imago Mundi.
- GRASSI, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social: el control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Humanitas.
- KARSZ, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- MATEOS, R. (2008). *Recordar el pasado para afirmar el porvenir. Hospital Zonal Especializado "Dr Noel Sbarra"*. La Plata: Ediciones Pro Infancia.
- RICHMOND, M. (1922) *El estudio social de caso*
- RICHMOND, M (1917) *Diagnóstico Social*

- RODRIGUEZ, G (1952) *Servicio Social. Principios generales de Asistencia social*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- ROSSELLI, J. (1944). Papel de las Casas Cunas en la Asistencia Médico-Social del Niño de Primera Infancia. Hoja Médica de la Casa Cuna (Sociedad de Beneficencia de La Plata)
- Sbarra, N. y Ricci, S. (1946). El Servicio social en la casa cuna. *Revista de la sociedad de Pediatría de La Plata*, (3). 87-97.
- Sbarra, N., Salas, M y Falabella, M. (1945). La ayuda de crianza de la Casa Cuna de La Plata (enfoque de un problema social). *Revista de Pediatría de La Plata*, (1), 24- 28.
- TRAVI, B. (2006) *La dimensión técnico instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación y el informe social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Travi, B. (2017) El diagnóstico social y la noción de integralidad en la política social. Tradiciones disciplinares y desafíos actuales. En *Revista Debate público. Reflexiones de Trabajo Social*. (13 y 14). 21- 29. https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2017/09/20_Travi.pdf

Notas

- [1] Integrante del cuerpo médico del Hospital Muñiz de enfermedades infecciosas y jefe de Trabajos Prácticos en la cátedra de Higiene a cargo de Manuel Carbonell, integrante del Museo Social Argentino(MSA) y miembro activo del Partido Socialista (PS).
- [2] El inicio de este proyecto profesional se vinculó con un momento de crecimiento de las demandas de atención y asistencia desde los sectores populares y trabajadores, sobre todo después de la crisis de 1930 en que la preocupación estatal por establecer estrategias centralizadas para la intervención social se debatió en el Primer Congreso Nacional de Asistencia Social. En dicha reunión se reconoció la importancia de que fueran las universidades las encargadas de asumir la formación, siendo las principales referencias la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino (creada en 1930) y la Escuela para Visitadoras de Higiene Social de la Cátedra y el Instituto de Higiene Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires (creada en 1924). Más allá de las diferencias entre ambos espacios formativos, el grupo de docentes y médicos a cargo formaban parte del mismo

circuito ideológico y político aunque proyectaban diferentes espacios de intervención profesional.

[3] Como parte del proceso del proyecto desarrollista de modernización sanitaria se crea en 1959 la Escuela de Servicio Social de la Provincia de Buenos Aires.

[4] Ley Nacional N° 12.341, mediante esta se estableció la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia, instaurada sobre la base del Departamento Nacional de Higiene y la Sección de Asistencia y Protección a la Infancia. El objetivo principal de esta nueva dirección sería combatir la morbimortalidad infantil y amparar a la mujer en su condición de madre “o futura madre”.

[5] En la ficha de trabajo de las visitadoras de la casa cuna encontramos que la portada destacaba la siguiente información:

Respecto del niño: Nombre, Donde había nacido (casa particular o maternidad), si era reconocido por madre, padre o ambos progenitores, si estaba inscripto en el registro civil (en cuál, cuándo y en qué número de acta constaba)

Respecto a su estadía en casa cuna: fecha de ingreso y destino posterior: retirado por la familia, pase a otra institución o fallecimiento.

Respecto de la orientación con fines preventivos o asistenciales: este apartado quedaba libre para la escritura de las visitadoras en relación a sus observaciones sobre que podían hacer. Respecto del período de internación: quién lo visita? Frecuencia y afecto. Este último punto era interpretado en relación a alguna persona con quien el niño niña tuviera un vínculo cercano. Debajo de esta carilla había un recuadro a completar para las futuras visitas domiciliarias donde se indicaba la fecha y observaciones de la visitadora. En algunas ocasiones este recuadro no contaba la experiencia de las visitas sino de cómo continuaba la internación del niño o niña en cuestión. Del otro lado de la ficha se destacan otros datos referentes a quienes solicitan la internación y de la procedencia del niño o niña, además de un apartado final titulado “el caso social”. Respecto a la madre y al padre se detallaban de manera separada en la ficha: nombre, domicilio, edad, estado civil, nacionalidad, instrucción, ocupación sueldo y/ o jornal, número de hijos, si los mantiene y por último si viven juntos.

Respecto a los datos del hogar del niño: con quien vive, condiciones de la vivienda, número de personas, ingreso mensual, gastos y si recibe asistencia social.

Por ultimo un apartado para el caso social. Al igual que el anverso de la ficha al pie estaba el espacio de reflexión de la visitadora. Por una parte, se pedía una definición de qué solicita y las causas y además de la solución social

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/ameli/ameli/journal/500/5005333017/5005333017.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en portal.amelica.org

AmeliCA

Ciencia Abierta para el Bien Común

Canela Constanza Gavrila

Entre confesiones y consejos: El alcance de los diagnósticos sociales de las visitadoras de higiene. La Plata década de 1940
Between confessions and advice: The scope of social diagnoses of hygiene visitors. La Plata, 1940s

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

vol. 20, núm. 1, e0073, 2025

Universidad Nacional del Litoral, Argentina

papelesdelcentro@fcjs.unl.edu.ar

ISSN: 1853-2845

ISSN-E: 2591-2852

DOI: <https://doi.org/10.14409/pc.2025.1.e0073>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.