



Visitadoras de higiene en la atención materno infantil. Ciudad de La Plata, 1930-1940

Social workers of hygiene in maternal and child welfare. City of La Plata, 1930-1940

 Canela Constanza Gavriła

elcorreodecanela@gmail.com

Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad,
 Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de
 La Plata, Argentina

Recepción: 31 Julio 2020
 Aprobación: 23 Noviembre 2020
 Publicación: 01 Septiembre 2022

Cita sugerida: Gavriła, C. C. (2022). Visitadoras de higiene en la atención materno infantil. Ciudad de La Plata, 1930-1940. *Descentrada*, 6(2), e178. <https://doi.org/10.24215/25457284e178>

Resumen: El objetivo del siguiente trabajo es presentar los cambios y persistencias producidos en la atención materna infantil desde la profesionalización de los trabajos de asistencia social durante 1930 y 1940 en la ciudad de La Plata y las tensiones que esto provocó con la Sociedad de Beneficencia. A través de una metodología cualitativa se analizan distintas fuentes que dan cuenta del aporte realizado por las visitadoras de higiene para el abordaje científico de la maternidad e infancia, a fin de presentar a modo de conclusión las particularidades que asumió la feminización de las tareas de asistencia en dicha coyuntura.

Palabras clave: Asistencia social, Feminización profesional, Madres, Hijos.

Abstract: The purpose of this article is to offer a reflection on change and continuity in maternal and child care since the professionalization of social assistance in 1930 and 1940 in La Plata. We will discuss the tensions that this fact aroused in the Society of Beneficency. By means of a qualitative methodology, we analyze different sources which account for the contribution that female social workers of hygiene made to the scientific approach to maternity and childhood. In the conclusions, we present the specific features that the feminization of social work displayed in such a juncture.

Keywords: Social assistance, Professional feminization, Mothers, Children.

1. INTRODUCCIÓN

Durante fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se produjo en Argentina una crisis respecto de las modalidades de asistencia social existentes hasta ese momento. A partir del despliegue de la racionalidad positivista, el gobierno nacional alentó el reconocimiento de nuevas instituciones filantrópicas, benéficas, de socorros mutuos, entre otras, capaces de dar respuesta y contener a los sectores más necesitados. Con ello tuvo lugar un cambio en la fundamentación filosófica de la asistencia a los pobres que removió la tradicional noción de caridad para suplantarla por una propuesta positivista liberal de “solidaridad”, fundamentada en una nueva responsabilidad del Estado encargado de organizar a las instituciones privadas abocadas a la beneficencia y recaudar impuestos para solventarla (Belmartino, 1996). Sin embargo, el Estado también sumaba sus propios esfuerzos a través de la creación de hospitales, dispensarios, oficinas de asistencia pública y otras dependencias

de inspección de sanidad que, progresivamente y sobre todo a partir de la década de 1930, fueron creciendo conforme al aumento de la demanda.

Si bien los médicos varones acrecentaron su poder a través del control de las instituciones y redes de instituciones de atención en políticas socio sanitarias (González Leandri, 2005) y excluyeron a las mujeres médicas de las posiciones de autoridad (Ramacciotti y Valobra, 2011), las mujeres ya participaban en las tareas de asistencia y reproducción social, haciéndose presentes desde principios del siglo XIX en las obras de auxilio y de socorro vinculadas a la caridad y a la filantropía, a pesar de que estas tareas no eran consideradas un trabajo sino parte de las acciones propias de la condición femenina (Grassi, 1989; Oliva, 2007; Guy, 2011). Sin embargo, desde la década de 1920, con el despliegue de la cuestión social y la necesidad del Estado por ampliar su intervención para el control sobre los sectores populares, comenzó un proceso de profesionalización de las tareas de asistencia social guiado por grupos de médicos higienistas. Así, en 1924 la Universidad Nacional de Buenos Aires creó la primera Escuela para Visitadoras de Higiene Social (EVHS) con dos especializaciones dedicadas a la atención a la escolaridad o atención y prevención de la tuberculosis. Posteriormente, en 1938, será la Universidad Nacional de La Plata la que instaure una escuela de similares características en la ciudad, aunque sumando dos especialidades específicas para la atención materno infantil: visitadora de higiene en puericultura y visitadora de higiene en puericultura y obstetricia.

Desde hace más de cuarenta años, se iniciaron una serie de investigaciones atentas al desarrollo de la carrera de Trabajo Social. Este corpus, impulsado por quienes ejercen la profesión, analizó la creación de la EVHS como un hito transicional en la institucionalización de la carrera de Trabajo Social entendiendo que la misma fue fundada para atender a las necesidades de la medicina preventiva (Parra, 1999; Rozas Pagaza, 2001; Carballeda 2006, Oliva, 2007). Un aporte sustancial fue realizado por la antropóloga Estela Grassi (1989), quien asumió el desafío de comprender las funciones de las mujeres en la historia de la asistencia social. En los últimos años, otras historiadoras dieron cuenta del desarrollo histórico de la profesión, enalteciendo la participación de las mujeres, sus modos de intervención regional (Di Liscia y Billorou, 2005), las acciones de agenciamiento, difusión política y complicidad entre mujeres realizadas por las visitadoras (Gavrila, 2016; 2018a), como también mediante el rescate de las principales figuras del servicio social anglófono (Travi, 2006).

Si bien estos trabajos aportan elementos sobre cómo se formó la profesión desde principios del siglo XX en vinculación con los médicos higienistas y las necesidades de garantizar la reproducción social, aún resta indagar cómo se han dado en la práctica la transición y la convivencia entre la asistencia de orden caritativo filantrópico y el paso hacia una intervención científica ejecutada por las nuevas profesionales de la asistencia social, en el caso particular de la ciudad de La Plata, las visitadoras de higiene social.

El recorte temporal establecido para este trabajo se sitúa entre mediados de la década de 1930 hasta fines de la década de 1940, en coincidencia con un momento político de mayor intervención estatal en la cuestión social y, a nivel local, con el crecimiento en la demanda de asistencia y el inicio de las gestiones realizadas por la Sociedad de Beneficencia (SB) para la creación de la Casa Cuna e Instituto de Puericultura en la ciudad de La Plata.¹ El recorte se cierra en el año 1948 cuando mediante la ley 13.341 es creada la Dirección Nacional de Asistencia Social, bajo la tutela de la Secretaria de Trabajo, razón por la cual se disolvió e integró a la SB junto con las instituciones socio sanitarias a su cargo bajo la tutela estatal. Esta coyuntura nos permitirá ver un cambio en los modos de atención, junto al proceso de profesionalización de la asistencia y la crisis suscitada en torno de la participación de la SB en la gestión sociosanitaria. Siguiendo a Saúl Karsz (2007), este trabajo comprende que durante el primer período de la profesión del Trabajo Social convivieron dos figuras de atención consideradas como tipos ideales. Por una parte, la “caritativa asistencialista”, y por la otra, la figura de la “toma a cargo” que, a diferencia de la anterior, se destaca por reconocer a un sujeto que demanda e incluso desea la atención socio sanitaria. Por ello es interés de este trabajo ver cómo han convivido ambas figuras durante el período mencionado a fin de rastrear los aportes que estas experiencias hicieron al desarrollo de la profesión. Específicamente, atenderé las acciones desarrolladas en Casa Cuna e Instituto de Puericultura.

Cabe destacar que este trabajo se inscribe como parte de las problemáticas abordadas por la historia social de las profesiones, como así también la historia de las mujeres en perspectiva de género. Por ello se intentan considerar los aportes que las mujeres visitadoras realizaron en materia de atención materno infantil y cómo a través de sus acciones delinear prácticas que se mantendrán en el desarrollo de la profesión.

Antes de continuar con el desarrollo, es válido aclarar que el apartado “Resultados y discusión” se estructura en tres partes. En principio presentaré las condiciones que hicieron posible la profesionalización de la asistencia social, junto con las necesidades desprendidas del cambiante contexto de principios del siglo XX. En una segunda instancia, nos situaremos en la ciudad de La Plata, atenderemos a sus características particulares como moderna capital provincial para reparar en las características que asumía la atención sociosanitaria en relación a la maternidad e infancia en la ciudad. Finalmente, en el tercer apartado, veremos los modos en que convivieron la asistencia prestada por distintos agentes de la caridad, junto con las técnicas científicas que desarrollaban las visitadoras a los establecimientos.

2. METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se desarrolla es de carácter descriptivo-explicativo a través de una metodología cualitativa. La descripción del contexto histórico nacional, de igual modo que de la ciudad de La Plata, permitirán explicar el proceso por el cual surgió la Escuela de Visitadoras de Higiene, como así también pondrá en evidencia las diferencias y similitudes en relación con la atención ya existente y brindada por la SB.

A fin de encontrar diferencias y tensiones con esta institución asistencial, como así también poder destacar los aportes específicos realizados por las Visitadoras de Higiene Social, analizaré algunos reglamentos de la SB, la revista *Hoja Médica de la Casa Cuna* y otras publicaciones de la misma institución. Ellos estarán en diálogo con leyes específicas que permiten complejizar el contexto en que se desarrollan las nuevas prácticas asistenciales.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN. INDICIOS PARA PROFESIONALIZAR LA ASISTENCIA SOCIAL

Históricamente, en el ámbito familiar y/o comunitario, las mujeres desarrollaron multiplicidad de trabajos: el cuidado de niños y mayores, la educación de estos, la difusión de saberes y valores morales asignados en la cultura, el control y el manejo de la economía doméstica, la preparación de la alimentación, la lactancia, la higiene corporal, la higiene del vestido, la comunicación afectiva y la producción de bienestar, entre otras acciones. Todas estas tareas resultan feminizadas en tanto se consideran exclusivas del orden femenino y, en contraposición con las acciones del mundo masculino, no merecerían mayor atención puesto que no generarían bienes intercambiables en el mercado. Por lo tanto, no serían incapaces de alcanzar el estatus de trabajo, por lo que pueden desarrollarse en condiciones de máxima precariedad y polivalencia (Federici y Cox, 2013). Muchas mujeres también han realizado estos trabajos de manera no remunerada en instituciones de asistencia social, como la SB, y en otro tipo de asociaciones como la Sociedad Protectora de la Primera Infancia, O Dames Francaises Bienefaisance, que estaban guiadas por su propia experiencia en materia de asistencia.

Sin embargo, a principios del siglo XX se inicia un proceso de formación profesional tendiente a economizar y sistematizar los trabajos de asistencia (Grassi, 1989; Gavrila, 2018b). Este fenómeno tuvo lugar en otros países de Latinoamérica, como en Chile durante la primera mitad de la década de 1920, donde la práctica de asistencia sobre los sectores pobres inició un tránsito desde la caridad hacia un abordaje científico inspirado en principios higienistas y de la medicina social (González Moya, 2010). En Brasil los inicios de la profesionalización se mantuvieron ligados al catolicismo: fue la Liga das Senhoras Católicas e

da Associação Brasileiras la que inició la preparación técnica de personas para que trabajaran en asistencia preventiva durante la década de 1930 (Cisne, 2012).

En Argentina, las razones para profesionalizar los trabajos de asistencia social se inscriben en los albores del siglo XX, como parte de un contexto signado por el aumento de la conflictividad social, que instaló la cuestión obrera y con ella la cuestión social en el debate público (Suriano, 2002; Lobato, 2007). Ello impulsó a los sectores de la elite gobernante a buscar una intervención educativa y sanitaria, no solo de orden técnico, sino también moral (Ramacciotti, 2009).

Hubo otro elemento alarmante para los sectores gobernantes: la disminución de la natalidad en los ámbitos urbanos producida por la difusión de los métodos para la regulación de la reproducción. Acorde a los preceptos de la época, este hecho ponía en riesgo la moral femenina y rompía el vínculo entre madre e hijo como unidad de la familia nuclear patriarcal, atentando contra la reproducción de la sociedad. Frente a esta cuestión, el Estado proponía una serie de políticas maternalistas focalizadas en la consolidación de la familia, cuyo objetivo era limitar la mortalidad infantil (Nari, 2004; Biernat y Ramacciotti, 2013, Ledesma Prieto, 2016), como así también establecer una serie de estrategias útiles para la reforma y consolidación del núcleo doméstico (Suriano, 2002; Lobato, 2007; Di Liscia, 2005).

El principal sustento ideológico y pseudo científico de estas prácticas fue tomado de la eugenesia, que prestó una suerte de programa político para el disciplinamiento social. Esta “ciencia del cultivo de la raza”, surgida a fines del siglo XIX en Inglaterra, supo conjugar pares antitéticos como normalidad- anormalidad y/ o salud- enfermedad desde un engranaje que no tuvo fuertes bases científicas, razón por la cual buscó sustento en autoridades diversas, como dios, las elites ilustradas y los sectores gobernantes, entre otros, para obtener la legitimación de las decisiones políticas sobre el cuerpo social e individual (Miranda, 2008). La eugenesia logró consolidarse en Argentina a principios del siglo XX, adoptando un carácter transformista que conjugaba el orden hereditario y ambiental con la pretensión de que los individuos modificasen sus hábitos y adquirieran nuevas prácticas cotidianas (Nari, 2004). En este contexto, resultaba primordial garantizar el futuro de la población junto al progreso material y simbólico de la Nación, intereses que ubicaron en el centro de la escena al binomio madre-hijo como objeto de las políticas materno infantiles. El impacto del proceso de modernización, las migraciones internas del campo a la ciudad producida en la región por la crisis de 1930, la rápida urbanización y el trabajo femenino, entre otras, eran considerados obstáculos para el desarrollo familiar y debían ser corregidos. Las mujeres madres sin compañía masculina, las que trabajaban fuera del espacio doméstico, como también los hijos e hijas ilegítimos, los infantes abandonados y el descenso de la natalidad, resultaban fenómenos que impactaban en las nuevas costumbres y que desestabilizaban los patrones normativos de reproducción social. (Biernat y Ramacciotti, 2013).

De este modo, y a fin de garantizar la reproducción biológica e ideológica de la sociedad, el Estado reparó en el cuerpo de las mujeres con el objetivo que aceptaran como único destino la maternidad y con ello la construcción de una familia y su mantenimiento afectivo, hecho que promovería la unión familiar para evitar el abandono de los hijos. Así, durante las décadas de 1930 y 1940, la reproducción biológica se construyó en un asunto público al que Marcela Nari (2004) definió como “politización de la maternidad”, en tanto el Estado hizo de esta un asunto público y político, pero sin facilitar las condiciones materiales y afectivas para su desarrollo.²

En este escenario, la medicina social y la eugenesia produjeron tres especialidades que abarcaron científicamente las áreas del cuerpo de las mujeres destinadas a la reproducción: la ginecología, la obstetricia y la puericultura (Nari, 2004). Es importante destacar que la puericultura, disciplina científica dedicada al cuidado de la madre y el hijo, intentaba desde 1870 establecer una serie de saberes en relación con las condiciones sociales y biológicas del desarrollo infantil desde el momento mismo de la gestación, e incluso de manera anticipada, estudiando las características de potenciales progenitores (Linares, 2016). El interés en que este discurso llegara a las familias más empobrecidas y que eran el objeto de preocupación médico

sanitario sobre quienes se pretendía modificar hábitos “perniciosos”, promovió la creación de profesiones que facilitarían la difusión de tales saberes, entre ellas, por ejemplo, la visita de higiene (Billorou, 2007).

Los infantes también fueron sujetos de la medicalización. El desarrollo de la pediatría como área de conocimiento destinada específicamente a los y las niñas, permitió considerar a la infancia como una categoría social específica sobre la cual trabajar, a fin de favorecer el desarrollo poblacional del Estado Argentino (Colángelo, 2018; Rustoyburu, 2019). Sin embargo, las problemáticas que aquejaban a la salud y al desarrollo de los niños no se referían solo a la mortalidad infantil, que afectaba a los recién nacidos y lactantes. Al mismo tiempo, como parte de las contradicciones entre el capital y el trabajo para la sostenibilidad de la vida, aumentaba el abandono infantil, la mendicidad, el trabajo callejero y el delito infantil, que comenzaron a ser definidos y recortados como problemas sociales.³

El cuerpo de los niños, en tanto objeto de estudio de la pediatría, fue abordado para comprender las características fisiológicas, anatómicas y de comportamiento que debían ser distintivas de esta etapa de la vida; también se delimitaron patologías específicas de este grupo etario. Los cuerpos infantiles eran comprendidos en su carácter contradictorio: por una parte, eran más susceptibles de contraer enfermedades, pero, por otra, la maleabilidad de su condición permitía generar potenciales transformaciones sobre todo en función de considerar la salud, no solo desde una perspectiva microbiológica sino también social (Colángelo, 2018; Rustoyburu, 2019). A partir de las décadas de 1930 y 1940, operó otro elemento en relación con el abordaje médico de los niños, cuando el peso del psicoanálisis y la medicina psicosomática posibilitaron pensar desde una nueva sensibilidad de las afecciones infantiles, sobre todo en relación al vínculo con sus progenitores (Rustoyburu, 2019).

En este momento, el Estado asumió un rol de mayor intervención sobre la cuestión social y para ello convocó en el año 1933 a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, que es reconocida como un hito en la profesionalización de la asistencia social y en la definición de las políticas sociales (Krmptic, 2002). En la misma, médicos, juristas, políticos, mujeres de la filantropía y de distintas procedencias políticas e institucionales debatieron acerca de las estrategias para el abordaje socio sanitario de la cuestión social. En una de las secciones ocupadas a la “formación del personal para las obras de la asistencia social” se presentaron distintos modelos a seguir para la formación profesional, entre ellos, nurses, enfermeras, asistentes sociales y también visitadoras de higiene social. La EVHS de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) era considerada la referencia central en la tarea de formar visitadoras, en tanto este personal socio sanitario permitía un mayor rendimiento económico social a partir del trabajo de propaganda higiénica, labor que podría favorecer la modificación de las costumbres y el acercamiento de las familias a las organizaciones sanitarias, además de facilitar la vigilancia y el disciplinamiento sobre estos sectores (*Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. Actas y Conclusiones*. Tomo II, 1934, pp.47-49).

Es importante destacar que en la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social también se planteó un Plan de Organización de la Asistencia Social a la madre y el recién nacido a fin de garantizar recursos para la construcción de maternidades, dispensarios materno infantiles y la creación, como así también la necesidad, de un personal especializado y con título habilitante para la el servicio de Asistencia Social afectado a las maternidades (*Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. Actas y Conclusiones*. Tomo II, 1934, pp. 81-83).

Así, en el año 1938 comenzó a funcionar la EVHS UNLP. Cabe destacar que en ese mismo año fue reglamentada la Ley Nacional N° 12.341 que 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, con el objetivo de combatir la morbimortalidad infantil y amparar a la mujer en su condición de madre “o futura madre”. Tal como hemos citado con antelación, esta mayor intervención estatal sobre el binomio madre-hijo exigió una modificación de los servicios de salud, como también la formación de agentes que llevaran adelante campañas y controles.

La pretensión de los médicos a cargo de la EVHS era formar 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). En este sentido, cabe aclarar que la EVHS es parte también de un conjunto de profesiones feminizadas, como la enfermería, el magisterio, los empleos administrativos y la asistencia, que se presentaban como más apropiadas en la avenencia con los “deberes femeninos”, construyéndolas en profesiones atajo (Martín, 2015). Sin embargo, el hecho que las mujeres participaran en trabajos que eran considerados “naturales” de su condición facilitaba también la desvalorización de su desempeño y por ende su feminización (Ramacciotti y Valobra, 2015; Queirolo, 2018). El peso de la división sexual del trabajo en el ámbito sanitario influyó para que las féminas ocuparan las áreas auxiliares como la enfermería, las visitas de higiene, la obstetricia y la puericultura, hecho que pretendió alejarlas de la competencia del monopolio masculino de los saberes médicos y vincularlas con actividades ligadas al cuidado y a la relación con otras mujeres (Nari, 2004; Ramacciotti y Valobra, 2011; Testa, 2013; Martín, 2015).

La formación profesional de las visitadoras apuntaba a que sus acciones fueran de auxilio a la labor médica. En función de ello, se ocupaban de la educación sanitaria, el control de la higiene de la vivienda, la readaptación social y médica, la realización de investigaciones y estadísticas, la formulación de entrevistas, la realización la encuesta social y de diagnósticos que permitieran planificar la intervención sobre la problemática social específica que abordarían. Es decir, que eran ante todo agentes de profilaxis que pretendían estudiar y aliviar las causas sociales y ambientales de las enfermedades. Además, la acción de las visitadoras pretendía la intromisión en la vida cotidiana de los pobres, descargando la responsabilidad de la reproducción moral e ideológica de la sociedad sobre los mismos actores: trabajadores, madres y, mediante ellas, en sus descendientes. Por estas razones, la profesión se justificaba como un destino para las mujeres en tanto que, por sus “buenas y desinteresadas intenciones”, podían mantener la cohesión social de la familia popular (Grassi, 1989; Gavriła, 2018a).

Veamos ahora cuáles eran las características particulares de la asistencia social en la ciudad de La Plata con antelación a la intervención profesional de las visitadoras de higiene social, para luego establecer los puntos en común y en disidencia de sus modos de trabajo.

4. LAS DAMAS DE LA ASISTENCIA DE LA CIUDAD DE LA PLATA

La capital de la provincia de Buenos Aires, fundada el 19 de noviembre de 1882, se distinguió de otras ciudades del moderno Estado nacional por ser proyectada desde la ciencia positivista (Vallejos, 2007). A cinco años del nacimiento de la ciudad, se estableció la SB para organizar la vigilancia y la asistencia social.⁴ La misma fue fundada a “imagen y semejanza de la que funciona en Buenos Aires” (*Censo de la ciudad de La Plata*, 1910) puesto que ambas compartían como horizonte realizar tareas de orden político y económico: organizar el funcionamiento de las instituciones dedicadas a la atención sociosanitaria y con ello garantizar al Estado provincial las condiciones básicas para la supervivencia de aquellas personas que por razones económicas y/o afectivas no podían valerse por sí mismas.

Esta organización se encargaba también de la administración del Hospital Misericordia (actual Hospital Policlínico San Martín), el Hospital de niños, el Asilo de Huérfanos, la Casa de la Maternidad y Casa del Niño durante sus últimos años de existencia de la Casa Cuna (actual Hospital Zonal Noel H. Sbarra), para lo cual obtenían financiamiento del Estado nacional y provincial (*Censo de la ciudad de La Plata*, 1910). La SB actuó conjuntamente en la ciudad con la Asistencia Pública (habilitada para su funcionamiento en 1885 y en dependencia del Consejo Superior de Higiene), dedicada al control y vigilancia del ejercicio de la medicina y demás artes de curar. La intervención de estas mujeres en instituciones hospitalarias, asilo de niños y patronatos buscaba auxiliar y cuidar a huérfanos y desamparados, menesterosos, ciegos e inválidos, la infancia abandonada, con el objetivo de “mitigar el dolor de los pobres de solemnidad, de ayudar al enfermo

sin recursos a curar sus males, y de llevar algún pequeño consuelo pecuniario al desamparado” (Grau, 1954). El vínculo que la SB establecía con los pobres estaba destinado a trabajar sobre la moral y la ética con el objetivo de garantizar un ordenamiento social (Ramacciotti, 2009), como así también establecer instrumentos que facilitaran la habilitación y rehabilitación social de las personas con quienes trabajaban (Eraso, 2009). La atomización de la intervención hacía de la asistencia un recurso de poder utilizado discrecionalmente y distaba de ser un recurso de justicia o compensación (Grassi, 2003). Veremos que estas acciones de asistencia y caridad luego serán puestas en tensión cuando las damas de la SB trabajen en simultáneo con visitadoras de higiene social, hecho que ilustra la convivencia entre un modo de atención caritativo asistencial con el de la toma a cargo analizados por Karsz (2007).

Si bien eran muchas las mujeres que trabajan en la SB, solo las inspectoras que eran asignadas a cada institución tenían la potestad de realizar sugerencias acerca de las acciones que se debían llevar adelante. Esto era realizado a través de un informe mensual que se elevaba al Consejo y a la Presidenta de la SB. El puesto en este cargo tendría una duración de dos años y se trataba de un cargo electo, en un principio, por decisión de la Presidenta y, posteriormente, puesto a votación del Consejo en su rol de “Consejeras Honorarias” (*Reglamento de la Sociedad de Beneficencia de La Plata*, 1892). Cabe aquí llamar la atención en la relevancia de este hecho puesto que, según la propia SB y el gobierno provincial, no era necesario ningún tipo de formación o experticia para la intervención como inspectora, hecho que comienza a modificarse con la aparición de las visitadoras profesionales. Ellas tenían la obligación de visitar el establecimiento a su cargo al menos una vez a la semana. También eran las encargadas de proveer las necesidades ordinarias de cada uno de estos espacios, velar por la cumplimentación de los reglamentos internos, entregar informes escritos de su actuación, hecho que las diferenciaba del resto de las socias de la SB que no tenían obligaciones específicas para su intervención.

El rol de las inspectoras resultaba ambiguo, puesto que, a pesar de ser las encargadas de relevar las instituciones, hacer cumplir los reglamentos en cada una de ellas y elevar el informe correspondiente a la SB, no tenían capacidad de votar en el Consejo. Aun así, su cargo estaba revestido de cierta autoridad en tanto eran las responsables de articular la relación entre las instituciones de asistencia (hospitales, maternidades, asilos), las damas de la sociedad de beneficencia, y mediante ellas, el gobierno de la provincia (Gavrila, 2019).

El trabajo de las damas de la SB le permitía al gobierno provincial tener conocimiento acerca de cuántas personas eran atendidas e internadas en los hospitales, dispensarios de salud, albergues de niños y casas de madres. A su vez, en estas prácticas aparecen modos de intervención que posteriormente serán constitutivos de la profesionalización de la asistencia mediante la EVHS, tal como la visita, la inspección y el relevamiento de información. En términos de acercamiento al orden técnico, las esquematizaciones que proponían las damas de la SB, como el uso de fichas sociales o la tipificación de pobres, luego serían utilizadas por la disciplina (Rozas Pagaza, 2001).

Una de las grandes apuestas de la SB fue la creación de la Casa Cuna e Instituto de Puericultura (CCIP), actual Hospital Zonal Especializado Dr. Noel Sbarra. La propuesta fue aprobada por el Senado de la provincia de Buenos Aires en 1935, aunque debió esperar hasta el año 1942 para iniciar sus actividades. En el próximo apartado desarrollaré las características particulares de esta institución y la convivencia entre la SB y las visitadoras de higiene social.

5. LA EXPERIENCIA EN LA CASA CUNA DE LA PLATA

El proyecto de creación de la Casa Cuna e Instituto de Puericultura (CCIP) apuntaba al establecimiento de una gran casa capaz de albergar a niños abandonados o huérfanos durante sus tres primeros años de vida. Con esta experiencia, las damas de la SB pretendían realizar una casa de niños expósitos en la ciudad de La Plata que, de algún modo, asumía como referencia la Casa de los Expósitos creada en 1779 por el Virrey Juan José Vertiz, actualmente Hospital de Pediatría Pedro Elizalde (Mateos, 2008). Este ideal de

internación temporal de niños era organizado por la SB, que ejercía la administración, pero delegaba la supervisión del funcionamiento de la casa en la congregación de religiosas “Sagrada Familia de Nazaret”, que aún continuaban en el hospital. Queda pendiente para futuros trabajos analizar los vínculos establecidos entre las Sociedades de Beneficencia de la ciudad de Buenos Aires y la de la ciudad de La Plata, a fin de encontrar similitudes y diferencias en el entramado institucional establecido por cada una de ellas.

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, obviamente, el cuerpo de médicos y auxiliares sanitarios (Colángelo, 2001; Mateos, 2008), entre quienes se encontraban enfermeras y visitadoras de higiene social.

En esta convivencia entre filantropía, ciencia médica, técnica científica de la asistencia social y religiosas, tuvo lugar el desarrollo de una revista específica de la CCIP llamada *Hoja Médica*, dedicada a "estudiar los problemas de orden médico, higiénico, social y jurídico que suscita la crianza del niño" (*Hoja Médica*, número 3, 1945). Allí, médicos y visitadoras presentaban parte de los debates que sostenían en sus ateneos y también difundían propuestas en relación con cómo debía ser la atención de los niños y familias que se acercaban a la Institución. El interés por la difusión y el debate científico acerca de la salud de los niños fue un elemento común de los primeros directores⁵ de la institución, que se encontraban formados en pediatría e higienismo y atendían los aspectos médico sociales del malestar infantil, asumiendo posiciones novedosas en relación con la pediatría y el abordaje psicosomático de los niños.

El redactor de esta revista fue el Dr. Noel Sbarra, quien había estado presente como médico consultor en la Casa del Niño a cargo de la SB, y en el año 1943 ingresó a la CCIP. Desde allí, junto con el Dr. Roselli impulsaron un nuevo estilo en la institución.

La propuesta de estos médicos era lograr que la CCIP 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 menor de la familia. Por otra parte, esta intervención y ponderación 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” confeccionadas desde la siguiente información: a) historia médico social, b) ficha de identificación y registro de los niños pupilos, c) fichas para el lactario: dadora e hijo de la dadora; d) cuadro clínico y e) ficha para el consultorio externo. Este primer modelo de ficha, que fue elaborado por el Dr. Noel Sbarra, era puesto a consideración de la SB (*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 (CM-UPAK), destacó que lo primero que hacían desde el SS era decidir si 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. Ricci recuerda haber contado con el asesoramiento de este médico para la construcción de la ficha, donde mayormente se exigían datos acerca de la conformación de la familia que se veía en la necesidad de desprenderse del niño. Para ello, hacían uso de los métodos aprendidos en la EVHS, como la entrevista social, mediante la que buscaban recabar los datos de filiación e identidad de quienes eran padre y madre, la edad, su ocupación, las cargas familiares, la cantidad de hijos, qué trabajos hacía el padre, cuáles la madre, si sus otros hijos trabajaban o tenían alguna ocupación. En palabras de Ricci esto permitiría “tener una fotografía del medio donde vivía la criatura” (Colángelo, 2001, p.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 o responsables del niño que se acercaran a la oficina del SS para desarrollar algunas cuestiones. Con este método se pretendía tener una valoración objetiva e integral del “caso social” para que luego fuera evaluado por la “Comisión de admisión y asistencia social” del CCIP, que decidiría si aceptar o no la internación (Sbarra y Ricci, 1946).

Lo que pretendían Sbarra y Ricci era lograr una asistencia que se realizara a través de métodos científicos y por intermedio de agentes técnicos que estuvieran a cargo del SS. Esta debía historiar el desarrollo de la familia, tratar los problemas médico-sociales, individuales y colectivos. Así la oficina de SS resultaría de avanzada, en tanto pondría en marcha la técnica que las profesionales habían aprendido en la EVHS. Para ello, además de animar, en primer lugar, la encuesta social y el estudio de caso individual, las profesionales debían establecer un tratamiento social desprendido del diagnóstico fundado a partir del estudio del caso. Con ello ofrecerían posibles soluciones para integrar a la familia al programa de ayuda de crianza (posteriormente desarrollaremos esta propuesta), la búsqueda de trabajo a los padres, ofrecer un socorro en especies y dar ayuda moral para lograr la conservación del hijo, entre otras acciones (Sbarra y Ricci, 1946). Además de este carácter de investigación e intervención sobre el caso, la oficina de SS también se encargaba de ofrecer servicios de atención a las familias, como brindar educación sanitaria a las madres para la correcta crianza de los niños y también dar asesoramiento legal y judicial para regularizar la situación filial de los hijos (Ricci, 1942).

Si el modelo que proponía la SB era la admisión de los niños sin reparar en un estudio social de cada caso, inevitablemente, tendrían diferencias con las propuestas de las profesionales de la higiene. Esta puja, que se sucedía a principios de la década de 1940 en la capital de la provincia entre auxiliares de la medicina y galenos frente a la SB, contaba con antecedentes similares en la ciudad de Buenos Aires durante fines del siglo XIX, en que los médicos disputaban el control de los dispositivos institucionales a cargo de las damas de la beneficencia. Dicha puja se inscribió en el marco del avance la profesionalización médica sobre las esferas de intervención pública que tenía la SB (Pita, 2011).

En este sentido, Ricci recuerda que las diferencias se basaban sobre todo en que la SB admitía a los chicos sin realizar ningún estudio y llevaban 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. En palabras de Karsz (2007), podríamos entender que aquí no hay un reconocimiento del sujeto que demanda atención, sino que es tratado como una criatura cuyas necesidades debían satisfacerse sin estudiar cuáles eran las opciones más convenientes. En la entrevista realizada en 2001 por Colángelo, dice Ricci al respecto:

Era mucho más fácil dar que hacer un estudio y consignar qué convenía o no convenía o que si convenía que el niño fuera separado para que su crianza fuera mejor. Y bueno, eso fue al principio un choque entre las autoridades de la Casa Cuna y los miembros de la Sociedad de Beneficencia, que hasta se pusieron en contra del grupo de visitadoras que estábamos en esa tarea. Así que tuvimos que luchar al principio, bastante, bastante...pero para eso había que contar con médicos que sintieran de la misma forma. Y teníamos al Dr. Sbarra” (Colángelo, 2001, p. 44).

Aquí es necesario señalar varias cuestiones. En principio, la preocupación por sostener el binomio madre hijo pretendía reforzar las tareas de cuidado realizadas por las madres en tanto garantes de la reproducción cotidiana. Pero, además, también es interesante reparar en el vínculo que se plantea con los médicos, que podría ser pensado desde un carácter de complicidad para la ejecución de las investigaciones profesionales y no meramente desde una relación vertical sustentada en la división sexual del trabajo en el ámbito sanitario. Es decir, podríamos pensar este vínculo desde un lugar de compañerismo estratégico, al menos, frente al poder que implicaba la SB. Ejemplo de ello es cómo el Dr. Julio Roselli, ex Director de la CCIP, planteaba que la institución a su cargo debía garantizar el desarrollo del niño en la familia. Para ello era imprescindible la acción de la visitadora, ya que mediante su investigación podían desentrañarse las causas del “fracaso social” y otorgar una asistencia constructiva que “coloca en condiciones normales de convivencia social al necesitado y supera las etapas de asistencia paliativa, curativa o preventiva” (Roselli, 1944, p.5). De este modo, el médico y ex director consideraba que era imprescindible asumir acciones de solidaridad social abonadas “no por razones sentimentales sino por razones de Estado, que invocan a colocar al caído en condiciones de producir un rendimiento óptimo” (Roselli, 1944, p.5). Con esta premisa se posicionaba nuevamente en favor de las agentes capaces de aplicar métodos y técnicas específicas para la asistencia de los infantes, en detrimento de las mujeres de la beneficencia.

Estas tensiones específicas que podemos encontrar en la CCIP deben leerse en un contexto particular signado por la avanzada del Estado en materia de intervención social y políticas públicas. Recordemos que en octubre de 1943, mediante el decreto N° 12.311, se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo la tutela del Ministerio del Interior, con el fin de coordinar los servicios sanitarios y los asistenciales, y, además, dar por finalizados los subsidios estatales a instituciones privadas (Ramacciotti, 2009). Sin embargo, esta intención centralizadora duró solo diez meses ya que fue desarmada en dos direcciones: la Dirección General de Asistencia Social encargada de las cuestiones relativas a la beneficencia, hogares y asistencia social, y la administración de los subsidios que recibían las instituciones, estando bajo el ala de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, al mando de Juan D. Perón. Es decir, que progresivamente la SB quedaba acorralada por una parte por un Estado que asumía la asistencia como parte de sus políticas y por lo mismo quería tomar las riendas del asunto, y, por la otra, por una mayor cantidad de profesionales que complejizaban el abordaje de la cuestión materno infantil.

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, en la que profesionales como maestras y visitadoras colaboraron en la implementación, ampliación y delineamiento de características particulares para su implementación en cada región (Billorou, 2016).

En el caso particular de la CCIP, las visitadoras establecían estrategias para la implementación de estas políticas mediante el estudio de casos. Toda esta información era recabada por el SS a través de las entrevistas y estudios de caso (Roselli, 1944; Sbarra y Ricci, 1946). Frente a esta situación cabían distintas alternativas de intervención. En principio, se lograba el objetivo de no internar a la totalidad de los infantes, alcanzando solo el 43% de presentaciones la aceptación en la Comisión de Admisión de la CCIP, mientras que el SS lograba solucionar los casos en un 28%. Otro 13% de las solicitudes era socorrido por el “programa ayuda de crianza”, mientras que un 16% del total era rechazado. Cabe mencionar que los casos de niños que eran internados se referían mayormente a infantes cuya salud se encontraba en riesgo.

Las soluciones planteadas por las visitadoras intentaban, en principio, garantizar que el niño se mantuviera con su familia. Para ello, buscaban un trabajo a la madre o al padre del infante. En algunas ocasiones, las madres podían ser tomadas como amas de leche en el lactario de la CCIP y obtener un estipendio por ello (Sbarra y Ricci, 1946), a fin de garantizarles recursos materiales para solventarse. Recordemos que asegurar la conservación y sostenimiento del núcleo doméstico resultaba central en la estrategia médico estatal para el cuidado de los niños en el ámbito familiar, y, de alguna manera este objetivo, invitaba a las visitadoras a buscar mínimas condiciones materiales para ello (Di Liscia, 2005). De este modo, entre las estrategias que las

visitadoras realizaban se encontraba la articulación con otras instituciones dedicadas a la asistencia social de niños para proveerles, al menos, de un pequeño ajuar (Baroude, 1942; Ricci, 1942; 1945) o incluso hacían las tratativas para que las madres solteras volvieran a su hogar o los padres ausentes asumieran la crianza de su hijo.

Otra de las acciones para evitar la internación y separación de los niños de sus familias era el “Programa de ayuda de crianza” (PAC), que aún se mantiene vigente en el Hospital Sbarra. El mismo proveía de asistencia social y seguimiento médico a un conjunto de 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. Así, el objetivo del programa era trabajar sobre “el vínculo materno o familiar inexistente, relajado o destruido, evitándose el abandono del niño o la separación de este de la madre o de la familia” (Sbarra, Salas y Falabella, 1945). Aquí resultaba central la acción de las visitadoras, puesto que eran ellas quienes debían acercarse a las familias para explicarles la importancia de acceder a los controles pediátricos o, por ejemplo, para que una familia pudiera acceder al “canastillo circulante” que entregaban mediante la CM-UPAK.

Es destacable que este programa 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 psicossomáticas 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).

Con estas estrategias las visitadoras lograron consolidar su función en la CCIP como agentes de atención social que resultaban imprescindibles para la resolución de casos en que los niños podían estar con sus familias, como así también para aquellos que efectivamente quedaban internados y necesitaban de una nueva familia adoptiva. En este sentido, las visitadoras resultaban agentes de cambio en la institución, puesto que junto al cuerpo médico iniciaban una cruzada técnico científica que pretendía evitar el “parasitismo”, es decir, una estadía prolongada e indebida en los establecimientos a cargo del Estado.

6. REFLEXIONES FINALES

Saul Karsz considera que en la transición hacia la profesionalización del Trabajo Social convivieron dos modelos ideales. Por una parte, uno considerado de “caridad”, cuyo principal dispositivo de intervención eran las obras filantrópicas y donde un conjunto de voluntarias se dedicaron a la atención de “criaturas desdichadas”. Por otra parte, un modelo designado como “toma en cuenta”, que atendía a las necesidades explícitas de los sujetos mediante un conjunto de políticas sociales e instituciones públicas y privadas (2007, p. 47). Estos modelos ideales pueden ser útiles para estudiar el Trabajo Social en la actualidad, fundamentalmente de manera situada en tiempo y espacio, y para ver las lógicas diferenciales y comunes en la intervención y la asistencia.

En principio hay un fenómeno común entre la asistencia de las damas de beneficencia y las visitadoras: en ambas formas de intervención las mujeres ocuparon el lugar de instrumentalizadoras y difusoras de valores morales, entregaron ayuda económica y dieron auxilio. En las justificaciones que los médicos a cargo de la carrera daban para la existencia de esta profesión, alegaban que por su condición de abnegación la mujer era la más indicada para tales acciones, pero al no bastar con la mera simpatía era necesario formar a las mujeres en técnicas científicas que permitieran economizar la intervención y no malgastar el tiempo (Dezeo, 1938). Con ello se sostuvo el carácter feminizado de las actividades de cuidado y asistencia a través de conjugar el orden moral y científico en su formación. De algún modo, la frase citada de la visitadora Sofía Ricci aclara esto. Era una política del dar, o, incluso en el caso de las solicitudes de internación de los niños, era una política de recibir sin realizar ningún tipo de estudio respecto de las necesidades para separar al niño de su madre. En este sentido, es interesante pensar que la propuesta de las visitadoras de higiene social atendía a las innovaciones en materia de pediatría psicossomática y de asistencia social. En principio, se buscaba evitar la separación del

infante de su progenitora y como alternativas planteaba ayudas a la crianza a través de un seguimiento de la familia y entrega de ayuda económica, como también asistiendo a las familias para que encontraran un trabajo o incluso ofreciendo uno al interior de la CCIP.

Este cambio en el modo de asistencia era posible a través del uso de nuevas técnicas que permitían establecer parámetros y criterios acerca de cuál era la intervención más fructífera para cada niño. Si bien las damas de la SB también realizaban su fichero con la información básica de los niños, la diferencia que se establecía con el abordaje de las visitadoras era que estas realizaban un estudio socio ambiental de cada familia, hecho que, en principio, estableció criterios de admisión y complejizó la información de cada familia, reconociendo a quienes pedían la ayuda como sujetos con capacidad de trabajar y realizar algunos cambios para mejorar las condiciones de vida de sus familias.

No es pretensión de este escrito negar el inconmensurable aporte que han realizado las mujeres de la SB en el desarrollo de los sistemas de salud y asistencia del país, pero sí resulta interesante poder encontrar las continuidades y las diferencias producidas de manera local a partir de los procesos de profesionalización. Por ello, este trabajo pretende abonar a otros de mayor alcance espacial y temporal que permitan analizar críticamente cómo los sistemas de asistencia social y médica mantienen el carácter feminizado de tales acciones, sin dejar de visibilizar las aportes que hacen las profesionales a los sistemas de atención sanitaria.

REFERENCIAS

- Baroude, I. (1942). El Club de Madres. En *Educación Sanitaria y propaganda higiénica. Conferencias radiotelefónicas* (pp. 145-151). La Plata: Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Higiene Médica y Preventiva, UNLP.
- Belmartino, S. (1996). Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40. En M. Lobato (Ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina* (pp. 211-246). Buenos Aires: Biblos.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2013). *Crecer y Multiplicarse. La política sanitaria materno infantil. Argentina, 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.
- Billorou, M. J. (2007). Madres y médicos en torno a la cuna. Ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945). *La Aljaba, segunda época*, 11, 167- 192.
- 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. Recuperado a partir de: <http://udspace.udel.edu/handle/19716/19843>
- Camarotta, A. (2016). Saberes médicos y medicalización en el ámbito escolar (1920-1940). *Revista Pilquen*, 19(3), 33-51. Recuperado a partir de: <http://curza.net/revistapilquen/index.php/Sociales/article/view/153>
- Carballeda, A. (2006). *El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Cisne, M. (2012). *Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social*. São Paulo: Editora Outras Expressões.
- 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.
- Colángelo, M. A. (2018). Construcción de la infancia y de un saber médico especializado: los comienzos de la pediatría en Buenos Aires, 1890-1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 25(4), 1219-1237.
- Dezeo, P. O. (1938). Conferencia Inaugural de los cursos de la Escuela para Visitadoras de Higiene Social. En *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata* (pp. 79-91). Buenos Aires: Imprenta y casa editora Coni.
- Di Liscia, M. (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos*, 13, 94-119.
- Di Liscia M. S. y Billorou, M. J. (2005). *Cuadernos de las visitadoras de higiene. Fuentes para una historia regional de género*. Santa Rosa: Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Edulpam.

- Eraso, Y. (2009). *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, siglos XIX y XX. Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay*. Córdoba: Alción.
- Federici, S. y Cox, N. (2013). Contraatacando desde la cocina. En S. Federici, *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y lucha feminista* (pp. 51-70). Madrid: Traficantes de sueños.
- Gavrila, C. (2016). Prevenir y persuadir. La radio y las visitadoras de higiene en las décadas de 1930 y 1940 en la ciudad de La Plata. *Avances del Cesor*, 13(15), 93-111. Recuperado a partir de: <http://web2.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/AvancesCesor/article/view/v13n15a05>
- Gavrila, C. (2018a). *Hermosear y vigilar. Las Visitadoras de Higiene Social de la Universidad Nacional de La Plata en el proceso de institucionalización del trabajo social en la Argentina (1922-1948)* (Tesis de Maestría). Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado a partir de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/70919>
- Gavrila, C. (2018b). Sed cual ángeles de piedad, fuertes en vuestra propia debilidad. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 18(1). Recuperado a partir de: <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. Hernandez Mary, *El Posgrado debate las políticas sociales y el Trabajo Social* (pp. 267- 329). La Plata: EDULP.
- González Leandri, R. (2005). Madurez y poder. Médicos e instituciones sanitarias en la Argentina a fines del siglo XIX. *Entrepasados*, 27, 133 -150.
- González Moya, M. (Ed.) (2010). *Historias del Trabajo Social en Chile 1925- 2008 contribución para nuevos relatos*. Santiago de Chile: Ediciones Técnicas de Educación Superior.
- Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social: el control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Humanitas.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Tomo I. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Grau, C. (1954). *La sanidad en las ciudades y pueblos de la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Archivo Histórico.
- Guy, D. (2011). *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Krmpotic, C. (2002). *La conferencia nacional de asistencia social. Los debates en torno al progreso, a la pobreza y la intervención estatal*. Buenos Aires: Espacio.
- Ledesma Prieto, N. (2016). "La revolución sexual de nuestro tiempo" El discurso médico anarquista sobre el control de la natalidad, la maternidad y el placer sexual. *Argentina 1931- 1951*. Buenos Aires: Biblos.
- Linares, L. (2016). Matrimonios y algo más. Discurso eugénico en torno al proceso de selección de pareja. El caso de la revista *Viva Cien Años*. 1935-1947. *Avances del Cesor*, 13(14), 89-109. Recuperado a partir de: <http://web2.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/AvancesCesor/index>
- Lobato, M. (2007). *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869- 1960)*. Buenos Aires: Edhasa.
- Mateos, R. (2008). *Recordar el pasado para afirmar el porvenir. Hospital Zonal Especializado "Dr Noel Sbarra"*. La Plata: Ediciones Pro Infancia.
- Martín, A. L. (2015). Mujeres y enfermería. Un asociación temprana y estable, 1886-1940. En C. Biernat, J. M. Cerdá, y K. Ramacciotti (Eds.), *La salud pública y la enfermería en Argentina* (pp. 257- 286). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Miranda, M. (2008). Lo genético y lo ambiental en la eugenesia argentina de 1930-1960. *Cuad. Sur, Hist.*, 37, 35-50. Recuperado a partir de: http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-76042008001100004&lng=es&nrm=iso
- Nari, M. (2004). *Políticas de Maternidad y Maternalismo Político*. Buenos Aires: Biblos.
- Oliva, A. (2007). *Trabajo social y lucha de clases*. Buenos Aires: Imago mundi.
- Parra, G. (1999). *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Pita, V. (2004). ¿La ciencia o la costura? Pujas entre médicos y matronas por el dominio institucional. Buenos Aires, 1880-1900. En A. Alvarez, I. Molinari y D. Reynoso (Eds.), *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX* (pp. 81-109). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Pita, V. (2011). Administradoras, funcionarios y técnicos estatales en el Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires. 1880-1890. En M. Plotkin y E. Zimmermann (Comps.), *Los saberes del Estado* (pp. 103- 125). Buenos Aires: EDHASA.
- Queirolo, G. (2018). *Mujeres en las oficinas. Trabajo, género y clase en el sector administrativo (Buenos Aires, 1910 -1950)*. Buenos Aires: Biblos.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2011). Modernas esculapios: acción política e inserción profesional. En J. Lizette y E. Scarzanella (Eds.), *Género y Ciencia en América Latina: mujeres en la academia y en la clínica* (pp. 23-51). Madrid: Editorial Iberoamericana.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería. En C. Biernat y K. Ramacciotti (Eds.), *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales* (pp. 287-313). Buenos Aires: Biblos.
- Ricci, S. (1942). Los agentes del servicio social. En *Educación Sanitaria y propaganda higiénica. Conferencias radiotelefónicas* (pp. 133-140). La Plata: Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Higiene Médica y Preventiva, UNLP.
- Ricci, S. (1945). Instituciones de protección materna infantil de la Ciudad de La Plata. En *Hoja Médica de la Casa Cuna*, 3. La Plata: Sociedad de Beneficencia de La Plata.
- Rozas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social*. Buenos Aires: Editorial espacio.
- Rustoyburu, C. (2019). *La medicalización de la infancia. Florencio Escardó y la nueva pediatría en Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.
- 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.
- 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.
- Suriano, J. (2002). *La cuestión social en la Argentina 1870-1943*. Buenos Aires: La Colmena.
- 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.
- Vallejos, G. (2007). *Escenarios de la cultura científica argentina. Ciudad y Universidad (1882-1955)*. Madrid: CSIC.

ANEXO DOCUMENTAL

- Actas I Conferencia Nacional de Asistencia Social* (1934). Buenos Aires. Tomo II. Buenos Aires: Gmo KRAFT Ltda. Soc. Anónima de Impresiones Generales.
- Censo de la ciudad de La Plata*. Año 1910. La Plata: Talleres Gráficos.
- Fundamentos del Proyecto de Creación de la Escuela para Visitadoras de Higiene*. 1937. Universidad Nacional de La Plata. Mesa de entrada. Expediente CM Número 90.
- Memoria anual de la Asistencia Pública 1937* (1938). La Plata: Taller de impresiones oficiales.
- Memoria anual de la Asistencia Pública* (1939). La Pata: Taller de impresiones oficiales.
- Reglamento de la Sociedad de Beneficencia La Plata*. Año 1892. La Plata: Talleres de publicación del Museo.
- Roselli, 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)

NOTAS

- 1 Según la *Memoria Anual de la Asistencia Pública* de la ciudad de La Plata, hasta el año 1932 se mantenía un promedio de atención de cien mil habitantes por año, mientras que para el año 1938 registran una atención que supera los ciento cincuenta mil habitantes.
- 2 Cabe destacar que, si bien la politización de la maternidad resultó estructurante del discurso médico eugenésico, también hubo otras intervenciones que tensionaron el carácter normativo del género femenino como las encarnadas por médicos anarquistas acerca del derecho a decidir sobre la capacidad de gestar de las mujeres (Ledesma Prietto, 2016). La condición maternal tenía un contenido político insoslayable del que muchas mujeres eran conscientes, para las trabajadoras resultó un argumento crucial en la lucha para la ciudadanía (Lobato, 2007) y para las feministas fue una plataforma desde la cual exigir derechos legales y civiles (Nari, 2004).
- 3 La preocupación por estos niños abandonados llevaría al campo jurídico a la proliferación de estudios y análisis tendientes a definir al menor, e incluso en la provincia de Buenos Aires se dictará en 1938 la ley 4.547 de "Protección a la infancia" mediante la que se creó una dirección con el mismo nombre a fin de controlar los establecimientos e instituciones que se encargaban de los menores de edad.
- 4 Desde el año 1823 el presidente Bernardino Rivadavia había creado la primera de estas instituciones en la Ciudad de Buenos Aires, que en principio se conformaba solo de mujeres de la alta sociedad. Esta composición se modificó con el crecimiento de la población extranjera y el acelerado desarrollo del mercado de trabajo a partir de 1880, cuando pasó a ser la Sociedad Nacional de Beneficencia y desde 1908 quedó bajo la dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. Para mayores precisiones, ver Ramacciotti (2009).
- 5 Entre los directores del período aquí trabajado encontramos al Dr. Ramón Eiras, quien ejerció su cargo solo en el primer año período (1942-1943), lo siguió el Dr. Héctor Mercante (1943-1945), que se retiró de su puesto para convertirse en Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, y Ministro de Gobierno durante la gobernación de Domingo A. Mercante; posteriormente estuvo el Dr. Julio Rosselli (1945-1946), el Dr. Oscar Moviglia (1946-1947), el Dr. Juan Carlos Martínez (1947-1948), quien también se había desempeñado como Director del Preventorio de Niños Tuberculosos y luego como Director General de Acción Médico Social desde 1947 a 1952; y por último el Dr. Noel H. Sbarra (1948-1952), quien fue suspendido entre los años 1952 a 1956 y finalmente pudo concursar su cargo como director, rol que ocupó hasta el año 1969.