

Mujeres en Profesiones Sanitarias: fotografías e historia de la salud en Chile del siglo XX.

Zárate, María Soledad y del Campo, Andrea.

Cita:

Zárate, María Soledad y del Campo, Andrea (2021). *Mujeres en Profesiones Sanitarias: fotografías e historia de la salud en Chile del siglo XX*. Cuadernillo FONDART, - (-), 1-48.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/am0>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Mujeres en profesiones sanitarias:

fotografías e historia de la salud en Chile del siglo XX





Estudiante de Enfermería, autor desconocido. La alumna de tercer año, Sonia Jurias, conversando con una madre sobre higiene prenatal durante su práctica en Salud Pública, ca. 1956. Lugar desconocido, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12 x 16,7 cm. MD0004167

“La aparición de las mujeres en la historia de la salud en Chile, desde fines del s. XIX hasta mediados del s. XX, a través del acervo fotográfico del Museo Nacional de Medicina”

Fondart Folio 525152

Equipo de trabajo para la ejecución de este proyecto:

Andrés Díaz Caballero

Responsable e Investigador

Soledad Zárate Campos

Historiadora y académica de la Universidad Alberto Hurtado, responsable de la investigación

Andrea del Campo Peirano

Historiadora e Investigadora

Giselle Valenzuela Mujica

Descripción y poblamiento de repositorio

Carolina González Bravo

Conservadora - Restauradora y preservación digital

Victoria Cortés Iturra

Diseñadora

Impresión

Productora Gráfica Andros Limitada

Agradecimientos

Carla Franceschini E., Curadora de la Colección Fotográfica del Museo Histórico Nacional, Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile y a la Sra. Heidi Ehrenberg Pincheira.

© 2021 Museo Nacional de Medicina.

Facultad de Medicina Universidad de Chile.

ISBN 978-956-404-378-4

Propiedad intelectual N° 2021-A-6614

Instituciones participantes

Proyecto Financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Cultural y las Artes, Fondart Regional, Convocatoria 2019





▲ **Dra. Cora Mayers posando con religiosas, enfermeras y personal de la Cruz Roja**, autor desconocido, ca. 1930. Lugar desconocido, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 17,1 x 23 cm. MD0000354

Presentación

El contenido de este documento es el resultado parcial de un proyecto que se propuso investigar, reconocer y rescatar el rol de las mujeres a través de su aparición en los registros fotográficos del Museo Nacional de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, visibilizando su participación como agentes de cambio y desarrollo en la historia de la medicina y la salud chilena. Recibió el financiamiento de un Fondart de Investigación proyecto Folio 525152.

Para llevarlo a cabo, se tuvo como premisa construir una visión panorámica del incremento de la participación profesional femenina en el progreso sanitario chileno, desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, pensando en que la investigación se tradujera en un documento de amplia difusión respecto al tan importante, como desconocido rol, que les cupo a las mujeres en los logros sanitarios de ese periodo.

Tanto el marco temporal, así como la variedad de registros fotográficos existentes, nos permitieron profundizar en la labor desarrollada por mujeres asociadas a 7 profesiones: matronas, médicas, enfermeras, asistentes sociales,

dentistas, dietistas (actualmente nutricionistas), y técnicos laborantes (actualmente tecnólogas medicas).

La necesidad de esta iniciativa radica, por una parte, en la certeza del desconocimiento mayoritario que existe en nuestro país respecto a la historia de la salud en Chile, y lo que ello implica en términos de formación ciudadana y, por otro, del importante papel que les correspondió jugar a las mujeres en este ámbito. Un aspecto aún más alejado del conocimiento general.

Así mismo, este proyecto ayudó a realizar la urgente tarea de preservar y promover el estudio de esta importante fuente de datos históricos — las fotografías— aún inexploradas, y que esperamos estimule nuevas miradas sobre el desarrollo y evolución de la institucionalidad sanitaria chilena, las políticas de salud y su relación con la participación de las mujeres en esos procesos.

Corpus Fotográfico

El acervo fotográfico del Museo, por otra parte, se constituye en un patrimonio documental hasta ahora no completamente estudiado y que conserva la memoria no solo de actividades médicas ejercidas por hombres, sino también de la aparición de la participación femenina en la comunidad profesional sanitaria, desde lo que se denominaban carreras femeninas. Es importante el periodo elegido, debido a que, al avanzar en el siglo XX, las mujeres se posicionaron en todas las profesiones y la institucionalidad sanitaria chilena, desde diversos roles, tanto clínicos y sanitarios como administrativos.

El criterio usado para realizar la selección, fue la presencia de mujeres en cualquier registro, en el periodo ya señalado, considerando que todo nuestro acervo gira en torno a actividades sanitarias. Luego de la selección, se escogieron alrededor de 500 imágenes de un total de 1000 registros que podrían atribuirse a profesiones sanitarias. Este material se constituyó en el corpus fotográfico con el cual se trabajó.

Debido a las limitaciones que presenta nuestro corpus fotográfico, y para poder lograr una fidedigna representación de las actividades sanitarias desarrolladas por mujeres, decidimos excepcionalmente incorporar imágenes pertenecientes a la Colección Fotográfica del Museo Histórico Nacional (MHN), a Heidi Ehrenberg Pincheira y, al Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile, cuyas imágenes fueron donadas. De este modo, de un total de 78 registros que incluye este documento, 10 de ellos pertenecen al MHN, una a Sra. Ehrenberg y dos al Colegio de Tec. Med. Del total de estas imágenes, solo 6 corresponden a imágenes de profesionales sanitarias; las otras 7 corresponden a fotografías para contextualizar la investigación.

El proyecto

El proyecto se desarrolló en etapas operativas simultáneas debido a la pandemia que obstaculizó todos los procesos técnicos, investigativos y administrativos, por lo que se optó por trabajar paralelamente. A pesar de las dificultades, se logró mantener los tres ejes centrales de este proyecto: investigación, preservación y difusión.

Investigación

El trabajo de investigación implicó dos tareas: la revisión de los registros fotográficos, procesados e inéditos, que contenían figuras femeninas a fin de dotarnos de un corpus fotográfico, tarea a cargo de quien escribe y Carolina González; y el proceso de investigación/escritura, a cargo de las historiadoras Andrea del Campo y María Soledad Zárate. Este trabajo originó el texto *Mujeres en Profesiones Sanitarias*, que vincula el contexto histórico, social y cultural del periodo señalado, con la aparición de las mujeres en las fotografías de nuestro archivo.

Preservación

Íntimamente vinculado con lo anterior, resultó imprescindible realizar labores de preservación por medio de almacenamiento, digitalización y descripción al cuerpo inédito de estos materiales, además de la revisión de la descripción del material anteriormente procesado. La preservación, consideró la digitalización a 600 dpi en formato TIFF y la copia en JPEG a 150 dpi con y sin sello identificatorio y posteriormente, el almacenamiento en contenedores inertes de papel o polipropileno, ubicados en muebles metálicos destinados a ese fin. Tarea a cargo de Carolina González B.

Difusión

La investigación propuesta junto con las fotografías recopiladas, permitió elaborar el cuadernillo que tienen en sus manos, denominado: *Mujeres en profesiones sanitarias: fotografías e historia de la salud en Chile del siglo XX*, que desarrolla contenidos que explicitan y hacen visible, aspectos fundamentales de la participación femenina en el desarrollo sanitario chileno, relevando al mismo tiempo el valor patrimonial y documental, que los documentos fotográficos tienen para las investigaciones históricas. Este trabajo lo diseñó Victoria Cortés I.

Como ya se ha dicho, el fin último de este trabajo es su difusión al mayor público posible, a través de su distribución gratuita en bibliotecas públicas, tanto universitarias como municipales y locales, y al acceso en formato digital a través de la página web del Museo www.museomedicina.cl y de Taller Restauero www.tallerrestauero.cl. Adicionalmente se realizaron publicaciones periódicas en redes sociales, Instagram y Facebook, entrevistas radiales y envío de correos con afiches digitales informativos.

Finalmente, el material procesado, con la descripción de los registros sin tratamiento o deficientemente descritos, se incorporó a nuestro repositorio digital Sinapsis para aumentar la cantidad de material disponible para nuestros usuarios. Este trabajo fue realizado por quien escribe y Giselle Valenzuela M.

Conclusiones

El proceso de investigación histórica implicó dos tareas principales: la revisión de la colección fotográfica y el proceso de investigación/escritura.

Colección Fotográfica

Durante el análisis de la colección se constató una mayoritaria presencia de documentos fotográficos que se centran en registros de hospitales y edificios de uso sanitario, retratos de médicos y autoridades, registros de actividades oficiales o de difusión administrativa o sanitaria, con presencia mayoritaria de hombres, ya se trate de médicos y/o de personajes que detentaron altos cargos administrativos o de poder. La presencia femenina se concentra en algunas profesiones, ya que se pudo verificar la escasez de registros fotográficos de matronas,

asistentes sociales, kinesiólogas, técnicas laborantes (actuales tecnólogas médicas) dietistas (actuales nutricionistas), fonoaudiólogas, dentistas, químico farmacéuticas, arsenaleras y muy pocas pacientes. Existen para estas profesiones solo pocas imágenes y pobremente descritas por ausencia de fuentes. El grueso de nuestro acervo, en lo que se refiere a la participación femenina en actividades sanitarias, es de médicas y enfermeras. En el caso particular de las enfermeras, se debe a una labor realizada por la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, y más en concreto, por su directora la enfermera Rosalba Flores, para la celebración de su 50 aniversario institucional en 1956.

Pese a las restricciones expuestas, el acervo objeto de este proyecto fue capaz de entregarnos un conjunto de registros muy valiosos, cuya calidad visual y técnica permitió que nos trasladásemos a los orígenes de nuestra institucionalidad sanitaria. A través de ellos somos capaces de estructurar y visibilizar las actividades sanitarias desarrolladas por mujeres en momentos claves de nuestra historia: la creación de la Escuela de Enfermeras (1906), el Seguro Obrero Obligatorio (1924), la Escuela de Servicio Social la primera mujer cirujana (1931), las enfermeras sanitarias (1927), entre tantos otros episodios decisivos en nuestra historia reciente. También reconocemos en ellos a personalidades de la salud. También reconocemos en ellos a personalidades de la salud pública nacional, como lo fueron Ernestina Pérez, Cora Mayers o Eleanira González, entre las médicas, y a Hilda Lozier, Sofía Pincheira y Rosalba Flores, entre las enfermeras, y través de ellas, a otras tantas mujeres imprescindibles y de las cuales poco o nada se conoce en la historia.

La investigación/escritura

Este proceso se extendió por 8 meses. La redacción del texto del cuadernillo se realizó a partir de la revisión de fuentes primarias seleccionadas y de las investigaciones publicadas referidas a la historia de la salud, de las profesiones médicas y, específicamente de oficios sanitarios femeninos en Chile. Luego de una primera selección de las imágenes preservadas por el catálogo del Museo

Nacional de Medicina, se procedió al cruce entre la información provista por la investigación y las imágenes disponibles. De manera acotada, pero con el respaldo de un repertorio iconográfico inédito y valioso, esta investigación se concentró en describir y explicar la estratégica presencia femenina en algunos oficios paramédicos en particular, la creciente incorporación de mujeres en oficios médicos tradicionales, y la importante contribución femenina en la implementación de políticas sanitarias, componentes claves del Estado asistencial chileno del siglo XX.

Desafíos

No contar con una colección lo suficientemente completa, que pueda dar cuenta sino de todas las profesiones y actividades desarrolladas por mujeres, al menos de la mayoría de ellas, representa una enorme deuda que debemos intentar remediar. Este proyecto permitió hacer patente las carencias en términos de género que presenta nuestra colección, que lastran gravemente la comprensión de un extenso periodo de la historia de la salud en Chile. Representa un vacío documental inadmisible si se quiere conocer en profundidad, al menos, el desarrollo de la salud pública en Chile.

Por ello, aprovechamos esta oportunidad para comunicar que nuestra institución está a disposición y en campaña para incrementar la colección fotográfica, para conformar un corpus fotográfico en relación a la participación femenina en actividades sanitarias, de mayor extensión y profundidad. Si tiene interés o preguntas, no dude en contactarnos a museo@med.uchile.cl

Andrés Díaz Caballero

Responsable del proyecto

Curador

Museo Nacional de Medicina



► **Alumnas recibiendo correspondencia**, autor desconocido. Alumnas internas de enfermería recibiendo la correspondencia al llegar de sus turnos, 1956. Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,1 x 16,6 cm. MD0004120



Introducción

Este cuadernillo presenta un repertorio iconográfico de diversos instantes de la vida de mujeres estudiantes y profesionales de carreras sanitarias en la primera mitad del siglo XX en Chile. Se trata de imágenes preservadas por la colección fotográfica del Museo Nacional de Medicina de la Universidad de Chile, que retratan a matronas, farmacéuticas, médicas, dentistas, enfermeras, visitadoras sociales, dietistas y técnicas laborantes, y son acompañadas por un breve relato sobre la historia de estos oficios. Se cuenta con un material muy abundante respecto de las enfermeras: una parte significativa de la memoria visual de este oficio se debe a que la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile manifestó una preocupación temprana respecto de esta tarea. Debido a la falta de material, se pudo incluir pocas imágenes de dietistas y técnico laborantes, hoy conocidas como nutricionistas y tecnólogas médicas, respectivamente. Ciertamente, es un reto pendiente el reunir imágenes de aquellas profesionales. Por esta razón, utilizamos imágenes del Museo Histórico Nacional y del Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile.

Este conjunto de imágenes da cuenta del acceso de mujeres a estudios científicos, formales y universitarios, y de la conformación de un mercado de empleo en franco crecimiento a partir de la segunda década del siglo XX, en virtud de las crecientes necesidades de la asistencia sanitaria. Con excepción de las matronas, el oficio sanitario certificado más antiguo en el país, las mujeres pudieron estudiar la carrera de medicina recién a fines del siglo XIX. Programas de estudios como los de enfermería se iniciaron en 1902, y los de asistencia social en 1925.

▲ **Escuela de Medicina de la Universidad de Chile**, autor desconocido. Vista de la fachada principal del edificio ubicado en la calle Independencia. Fue inaugurado por el Presidente José Manuel Balmaceda en 1889, pero sufrió un incendio en 1948 que la destruyó por completo, 1918. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel. Copyright© Colección Museo Histórico Nacional. FC-4089

Asimismo, la conformación exclusivamente femenina de cinco de estos oficios, matronería, enfermería, asistencia social, dietética y técnico-laborante, daban cuenta de una fuerte convicción en la época: el ejercicio virtuoso de estos oficios estaba garantizado al estar en manos de mujeres, a quienes la naturaleza las había dotado de cualidades como la abnegación, el sacrificio y la paciencia, claves en la tarea del cuidado de otros.

Si bien las imágenes seleccionadas son principalmente de mujeres, este cuadernillo no es solo una historia de mujeres. A través de estas imágenes nos introducimos en el significativo papel que aquellas cumplieron como implementadoras de políticas sanitarias del Chile republicano, por tanto, en un pasado que es constitutivo de la historia del sistema de salud pública, del bienestar social y de la población chilena.

A continuación, se presenta un breve contexto histórico que introduce las secciones que refieren al siglo XIX y XX. La presentación de las imágenes se organiza por profesiones, y para cada una se provee breve información histórica, y la identificación de profesionales destacadas que permiten ejemplificar el alcance y desarrollo del oficio. Se adjunta un listado de las fuentes primarias y secundarias consultadas para este texto.



▲ **Interior del Hospital San Juan de Dios de Santiago**, autor desconocido. En esta imagen se observa el interior del Crucero de Avilés, un espacio diseñado para que en ese punto-iluminado cenitalmente- se cruzasen 2 cuerpos de este edificio formando una cruz. Justo en ese lugar se ubicaba el Cristo de los Agonizantes, una figura de madera de más de 2 metros de altura, que tenía como objetivo alentar a los pacientes e instruirlos en la fe cristiana, ca. 1942. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 18 x 24 cm. MD0000521

► **Galería de la clínica Hospital San Francisco de Borja**, autor desconocido. Vista general de una galería que conduce a una clínica, espacio de un hospital donde se realizan atenciones médicas para pacientes que no requieren hospitalización, ca. 1900. Santiago, Chile. Colotipo, 15 x 24 cm. MD0001398



I.

Salud pública y la profesión médica en el siglo XIX

En este siglo, la conservación de la salud y las acciones para enfrentar la enfermedad se circunscribían a decisiones privadas y de responsabilidad individual. El enfermo o su familia acudían a un médico o a un agente de salud sin estudios formales; también existían agrupaciones obreras llamadas mutuales que ahorraban fondos para la asistencia médica de sus miembros. Los problemas de salud de la población, salvo excepciones, no eran materia que motivaran acciones del Estado. Además aquellos eran frecuentemente asociados a la ignorancia de medidas de higiene, a una frágil moral o a la herencia genética.

En el siglo XIX, como un legado colonial, la asistencia médica descansaba en gran parte en la caridad católica de sectores pudientes de la sociedad. La mayoría de los hospitales, dispensarios y asilos que existían se habían erigido con donaciones de feligreses y órdenes religiosas. Entre los de Santiago, por ejemplo, estaban los hospitales San Francisco de Borja y San Juan de Dios, que existían antes de comenzar la república, y en el último tercio del siglo XIX, el San Vicente de Paul y del Salvador.

Los recintos hospitalarios del país eran administrados por juntas o directorios constituidos por autoridades y miembros de la élite local de donde se situaban. Las juntas correspondían a la Junta Central de Beneficencia, creada por el Estado en 1886 para estructurar en una unidad administrativa los servicios asistenciales disponibles. A esta institución también se le conoció como "Beneficencia". Sin embargo, estas medidas no significaron una intervención estatal efectiva en la administración de los lugares; el con-



rol permaneció sustantivamente en manos de la caridad organizada. Este orden cambia en las primeras décadas del siglo XX porque el Estado asumió gradualmente el financiamiento de los recintos asistenciales y porque la comunidad médica para ese entonces ya había consolidado su autoridad científica y política.

La comunidad médica chilena tuvo que presionar para que sus recomendaciones técnicas fueran escuchadas por las Juntas de Beneficencia y el Estado. El título de médico no aseguraba autoridad para la toma de decisiones en las Juntas o en los hospitales. Con el impacto de pandemias y la alarma médica sobre la condición insalubre de la ciu-

dad y la mortalidad de la población, en especial la infantil, el Estado se involucró parcialmente en aspectos de salud pública en la década de 1880. Un antecedente fue la ley que ordenó la enseñanza de higiene en las escuelas fiscales en 1872. En la década siguiente se promulgaron la Ley de vacunación obligatoria de recién nacidos (1887), la Ley de Policía Sanitaria (1886), que facultaba al ejecutivo a restringir libertades individuales y públicas en emergencias sanitarias, como establecer un cordón sanitario, y la creación de un consejo consultivo en 1887, sucedido por otro llamado Consejo Superior de Higiene en 1892.



▲ **Entrada a la Sección de Mujeres del Hospital San Vicente de Paul**, autor desconocido. Esta imagen nos muestra la fachada del hospital por la calle Panteón (actual Prof. Zañartu) donde se ubicaba el acceso principal para las pacientes. Su construcción se autorizó en 1888, ca. 1940. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 8,5 x 14,5 cm. MD0000712

◀ **Instituto de Higiene de Santiago**, autor desconocido, ca. 1910. Vista general del edificio donde funcionó el Consejo Superior de Higiene. Actualmente funciona como dependencias de la PDI. Copyright © Colección Museo Histórico Nacional Santiago, Chile. Postal impresa PI-976

1.2 Primer oficio sanitario femenino formal: Matronas

Las matronas fueron las primeras mujeres en recibir educación formal para desarrollar un oficio sanitario clave: la asistencia del parto y del recién nacido. Era el año 1834 cuando se abrió el primer curso de obstetricia por iniciativa del médico francés Lorenzo Sazié. La alta tasa de mortalidad materno-infantil dió urgencia a contar con mujeres formadas científicamente en el arte de la partería. El curso se crea incluso antes que la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1842 (UCH en adelante).

Quienes tradicionalmente asistían el parto eran las llamadas parteras, quienes forjaban su conocimiento a través de la experiencia y la enseñanza transmitida oralmente.

Las parteras fueron frecuentemente acusadas de que su ignorancia contribuía a la mortandad de infantes por nacer o recién nacidos, y de mujeres parturientas o púerperas¹. Por medio del curso de obstetricia se buscaba reemplazarlas progresivamente, regular el ejercicio informal del oficio, y formar a las futuras matronas que rendían el curso de obstetricia y entrenaban en la Casa de Maternidad de Santiago, alojada en el Hospital San Borja, lugar donde eran asistidas mujeres pobres. Desde el punto de vista demográfico, al contar con matronas cualificadas se aspiraba a contribuir a la conformación de una población nacional numerosa, tanto para asegurar la soberanía del territorio, como para fortalecer la fuerza laboral del país.

Las mujeres que emprendieron estudios para esta carrera poseían bajo nivel de instrucción y provenían de sectores sociales modestos. Para ingresar al programa solo se requería saber leer y escribir, lo que hoy resulta insuficiente para desarrollar una carrera sanitaria. Sin embargo, en la década de 1830 el número de mujeres letradas era escaso. Los médicos que iniciaron el curso mantuvieron bajas expectativas con relación a la educación escolar de las postulantes, y el Estado subsidió la manutención de las estudiantes durante su formación.

Para comenzar a ejercer, las matronas eran primero examinadas por el Protomedicato y su nombre se consignaba en un padrón de mujeres legalmente autorizadas para ejercer. De esta forma se aseguraba la instrucción científica y se las subordinaba a un sistema legal, ético y moral. La apelación a la alta moral se relacionaba con restringir la práctica abortiva, que era ilegal, y mantener la confidencialidad de las pacientes. Este era un tema de especial cuidado porque por su trabajo se interiorizaban de las vivencias íntimas y sexuales de sus clientas y entorno social. Por otro lado, los médicos establecieron que el oficio de matrona se restringía a asistir partos normales sin complicaciones, pues estos y las primeras cesáreas practicadas eran de su exclusiva competencia.

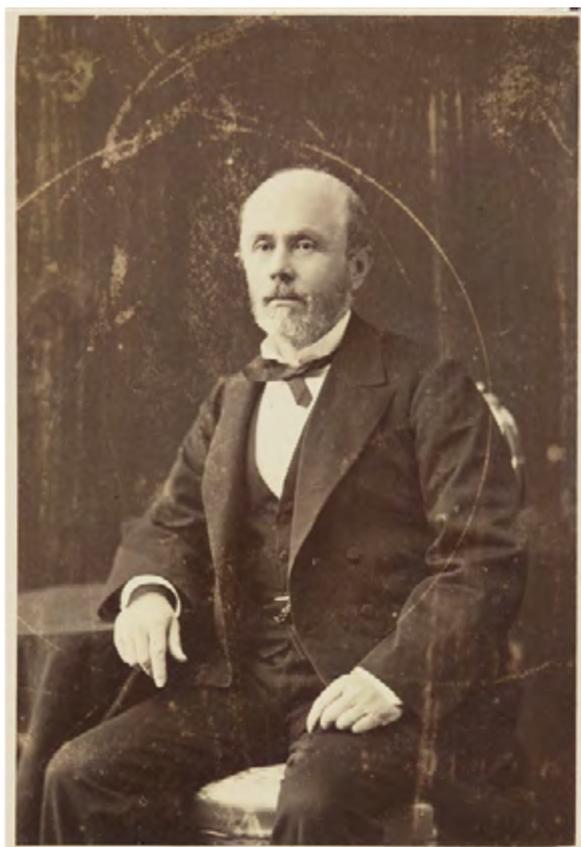
Las matronas podían ofrecer sus servicios como particulares sin depender de una institución. Es más, los partos asistidos de forma privada que se registraban fueron principalmente asistidos por ellas, no por médicos. De este modo



▲ Isabel Castañeda Labajo con sus compañeras, autor desconocido. Esta fotografía nos muestra a 5 mujeres cuando estudiaban para matrona, 1938. Gelatina de plata sobre papel. Copyright© Colección Museo Histórico Nacional. FB-1022

¹ Los estudios históricos de Soledad Zárate son importantes en las secciones de matronas y enfermeras.

▼ **Dr. Lorenzo Sazié**, P. Despiau, ca. 1858. Papel salado.
Lugar desconocido. Copyright© Colección Museo
Histórico Nacional. FC-3725



▲ **Presidente Aníbal Pinto**, Spencer y Cía, ca. 1880 6,4 x
8,9 cm © Colección Museo Histórico Nacional Santiago,
Chile. AF-143-173

se abrió un mercado de trabajo para ellas, como indican los avisos publicitarios que ya se observaban a fines del siglo XIX. Sin embargo, las matronas debieron competir con las parteras que se desplegaban a lo largo del territorio, y que además contaban con el respaldo de sus comunidades. La dificultad de las matronas para monopolizar el oficio se debió, por una parte, a que las parteras eran depositarias de la confianza de la población local, y por otra, quizás más importante, el número de graduadas era ínfimo y la demanda que satisfacían era mucho mayor, en particular en las áreas rurales.

De la primera generación de estudiantes en 1834 egresaron 16 matronas. En 1895 el Censo consignó un total de 814 en el país, pero es muy probable que la mayoría de ese grupo correspondiera a personas que ejercían sin certificación formal. En 1907 la cifra aumentaba a 1.070 matronas. En 1902, una guía médica cifraba en más de 200 las matronas de Santiago, sin embargo, dicho grupo no era suficiente para desplazar a las parteras.

1.3. El ingreso de las mujeres a la universidad

En el último tercio del siglo XIX se instaló en la política y círculos intelectuales la discusión acerca de la aptitud, impacto social y el eventual derecho de las mujeres a proseguir estudios universitarios con el fin de ejercer una profesión.

Aunque asistir a la universidad no estaba legalmente vetado para las mujeres, no existía la tradición de que lo hicieran, y las autoridades universitarias y gubernamentales tampoco confirmaban si existía o no autorización. Tras presiones políticas, la situación se zanjó en 1877 mediante un decreto establecido por el gobierno de Aníbal Pinto, conocido como el Decreto Amunátegui, en recuerdo al ministro de educación de la época Luis Amunátegui, que autorizaba la postulación de mujeres a la universidad rindiendo exámenes de bachillerato, de la misma forma que los varones.

El Decreto Amunátegui no generó un cambio abrupto en la composición de género del estudiantado. El ingreso femenino a la universidad se dio pausado y paulatino. Tampoco existía igualdad de condiciones entre ambos sexos para proseguir estudios universitarios, puesto que los currículos de enseñanza eran diferentes. Además, los liceos femeninos dedicaban gran parte de los contenidos curriculares a materias relacionadas con el cuidado del hogar y la maternidad, descuidando aquellos que eran requeridos en los exámenes de bachiller.

Si para estas carreras los exámenes de bachillerato fueron un requisito, las carreras paramédicas como las de matrona, y las de enfermería y de visitadora social, ambas creadas en las primeras décadas del siglo XX, se eximieron de esa exigencia en un principio. El origen social modesto y el bajo nivel de instrucción tuvieron relación con el menor grado de exigencia para ingresar a carreras. El hecho de no rendir exámenes repercutió en que adquirieran menos

estatus social en comparación con otras carreras como medicina o leyes, pese a que también se les reconocía un carácter científico. En la década de 1940 recién se igualaron las exigencias para ingresar a la universidad, lo que significó un esfuerzo por aumentar la calidad del alumnado, mejorar el ejercicio del oficio y la imagen social de la profesión.

En el círculo más instruido de la sociedad chilena de inicios del siglo XX, tanto conservador como liberal, algunos ya creían en la igual capacidad intelectual de ambos sexos, y por tanto confiaban en la capacidad de las mujeres para estudiar en la universidad, y argumentaban que las mujeres tenían cualidades de gran beneficio para la sociedad, como la abnegación, la capacidad de servicio y de crear vínculos de protección con las más débiles de la sociedad. Pero, en general, el cuidado y educación de los hijos, y la administración del hogar seguían siendo las ocupaciones centrales en la vida de las mujeres.

El acceso femenino a estudios superiores produjo una realidad nueva en Chile con respecto al trabajo femenino remunerado. Fue una nueva modalidad para que las mujeres se insertaran en el mercado laboral, ensanchando el segmento de trabajadoras no manuales como, por ejemplo, secretarías, trabajadoras del comercio y profesoras normalistas. Como sostuvo Sara Guérin, editora del libro *Actividades Femeninas en Chile*, que celebraba el cincuentenario del

ingreso de las mujeres a la universidad en 1877, las carreras universitarias “abrieron sus puertas, ofreciéndole amplio campo [a las mujeres] para conquistar una situación económica y social”. La formación profesional femenina abrió alternativas, y oportunidades de empleo e independencia económica, contribuyendo a la conformación de la clase media nacional. En el caso de profesiones sanitarias como la de enfermera, asistente social y dietista, que solo admitían mujeres, significaron la apertura de nuevas alternativas ocupacionales, y un espacio donde no requerían competir con hombres.

Según Felicitas Klimpel, en 1907 el Censo contaba 361.012 mujeres trabajando en forma remunerada de un total de 1.625.058 mujeres en Chile. Entre las trabajadoras con un oficio profesional, solo 30 eran profesionales universitarias —3 abogadas, 7 médicas, 10 dentistas y 10 farmacéuticas—.

- ▼ **La estudiante Delfina Sánchez con sus compañeros,** autor desconocido. Retrato grupal de un curso de medicina de la Universidad de Chile. Se distingue al estudiante Enrique Laval M. (sentado segundo de der. a izq) y a Juan Gandulfo Guerra, a la izq. de Delfina Sánchez S., entre otros no identificados, ca. 1919. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 17 x 23,2 cm. MD0001366





Las médicas pioneras

Las primeras profesionales universitarias chilenas fueron médicas. Ernestina Pérez y Eloísa Díaz se titularon en 1887 y Eva Quezada en 1894. Estas pioneras llevaron carreras destacadas, incluyendo estudios en el extranjero, publicaciones científicas y participación en congresos académicos nacionales e internacionales. Fueron parte activa del camino que consolidaba la medicina nacional, aportando en el ámbito de la especialización, producción científica, ejercicio clínico, intervención en salud pública y reconocimiento internacional del quehacer científico local.

Eloísa Díaz Insunza se involucró en la inspección médica y enseñanza de la higiene en escuelas primarias y de profesoras normales, fue jefa del servicio médico-escolar en 1911 y fundó el Servicio Médico Dental Escolar. Díaz se especializó particularmente en el estado nutricional de la infancia desvalida. Le preocupaba la condición de “miseria fisiológica” que observaba en la población infantil, sosteniendo que la salud de los niños no era óptima para su desarrollo intelectual. Para fortalecer el cuerpo y salud infantil, Díaz defendió la dotación de raciones alimenticias en la escuela. Díaz se involucró en una serie de instituciones relativas a la salud y la ciencia como la Asociación de Señoras contra

▲ **Dra. Eloísa Díaz con colegas**, autor desconocido.

Posando para la fotografía observamos a los médicos de la delegación chilena al Congreso Científico Internacional de Medicina e Higiene de Buenos Aires de 1910. En la primera fila (de izq. a der.) distinguimos a los médicos: Octavio Maira, German Greve, Gregorio Amunátegui, Ventura Carvallo, Eloísa Díaz, Caupolicán Pardo Correa, N/I. En la segunda fila a: Víctor Körner, Emilio Petit, N/I, N/I, Pedro Lautaro Ferrer, Gustavo Mönckeberg y Luis de la Barra, ca. 1910. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 18,2 x 23,8 cm. MD0001207

la Tuberculosis, la Liga Chilena contra el Alcoholismo y la Sociedad Científica de Chile. Entre los congresos que participó figuran el Congreso Médico Latino Americano (1901) y el Congreso Científico Panamericano (Buenos Aires, 1910).

Ernestina Pérez Barahona se especializó en ginecología en París y Berlín con becas otorgadas por el gobierno chileno. Ejerció como ginecóloga en su propia consulta y estudió temas relacionados con la salud sexual femenina, que fueron parte de publicaciones y presentaciones tales como la *Higiene del Corsé* y *Lecciones de Ginecología*. Asimismo, le atrajo trabajar en el diseño de modelos anatómicos con presentaciones que le valieron reconocimiento internacional.

Interesada en la educación sanitaria, se abocó a la participación en charlas, congresos y publicaciones, tales como *Elementos de Higiene Popular* (1887) y *Manual de la Enfermera*



▲ **Dra. Ernestina Pérez**, autor desconocido. Este registro nos muestra a la Dra. Pérez posando en un espacio personal. En el muro cuelga su título universitario de la Universidad de Chile y hay equipos de electromedicina de origen alemán a su alrededor, ca. 1935. Lugar desconocido, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,9 x 18 cm. MD0000314

◀ **Dra. Eva Quezada Acharan**, A. Olivares Ca, 1906.
 ▶ Santiago, Chile. Albúmina, 16,3 x 10,4 cms. MD0000343



en el Hogar (1918). En los temas trabajados se encontraba la puericultura y el cuidado de los niños, la prevención y cuidado de infecciones como, por ejemplo, la tuberculosis, los males del alcoholismo y la importancia de la vacuna contra la viruela. Pérez también trabajó en las campañas contra el cólera, en el contexto de la pandemia de 1887 y 1888. Ernestina Pérez fue miembro de varias organizaciones, entre ellas el Círculo de Lectura, el Club de Señoras, la Cruz Roja Chilena y la Asociación de Mujeres Universitarias de Chile.

Becada por el gobierno para estudiar en Europa, Eva Quezada Acharán se especializó en higiene escolar durante 1904 y 1905. Como Eloísa Díaz, a su regreso se dedicó a la enseñanza de la higiene en las escuelas y a la inspección escolar, y a la difusión de la higiene y puericultura en las escuelas de la Sociedad de Instrucción Primaria y el Liceo N°1 de Niñas.

Las Dentistas

A seis años de promulgarse el Decreto Amunátegui se tituló en 1884 la primera dentista de Chile, Paulina Starr. La siguieron Amalia Venegas (1885), Matilde Riveros y Eulogia Guzmán (1886), y Emilia Gutiérrez (1887). Bajo la dirección de la UCH y a cargo de médicos, el primer curso de dentística se había creado en 1864 y la Escuela Dentística en 1888. Cuando estas pioneras se graduaron, la carrera aún no tenía estatus universitario. El curso duraba dos años y no requería completar todos los cursos de bachillerato para ingresar. Con la sucesión de reformas al currículo y exigencias de ingreso, la carrera adquirió estatus profesional en 1911, inaugurando al mismo tiempo una moderna Escuela Dental.

En el mencionado libro *Actividades Femeninas en Chile* de Sara Guérin, la carrera de dentista se describe como una carrera conveniente para las mujeres y donde las cualidades maternas eran beneficiosas para la profesión, en particular para la atención de niños. Una expresión de ello es que el Servicio Dental Escolar, creado en 1911, fue de las instituciones estatales que más empleó a dentistas mujeres en las primeras décadas del siglo XX.

Guérin percibía la carrera de dentista como un camino profesional de prestigio y éxito económico para las mujeres, sobre todo para las que ejercían en el ámbito privado y en las principales ciudades del país. Además, si tenían los medios para costear su propio gabinete dental, no dependían de un empleador. La percepción de Guérin en 1927 se mantenía en la década de 1960. Felicitas Klimpel en *La Mujer Chilena. El aporte femenino al Progreso de Chile 1910-1960*, sostenía que odontología era una carrera “apropiada para la mujer”. Klimpel destacaba que la mayoría de las dentistas se desempeñaba en el sector privado y que gozaban de “una numerosa clientela”.

Para 1927 se consignaba la titulación de 115 mujeres como dentistas en Chile, y en ese mismo año, la composición de género de los matriculados en la Escuela Dental era de 157 hombres y 55 mujeres. Las tituladas de la UCH entre 1900 y 1960 fueron 937.

Aunque no existen estudios que permitan dimensionar la proporción de mujeres dentistas realizando docencia e investigación con relación al total de graduadas y a sus pares masculinos, la obra de Klimpel menciona a varias profesionales que desarrollaron vida académica. Tanto en las escuelas dentales de la Universidad de Chile, como en la de Valparaíso y Concepción, se registra la presencia de mujeres en cargos de ayudantes de clínica, profesoras auxiliares y titulares, y jefes de clínica.

Entre las dentistas que sobresalieron en la primera mitad del siglo XX por su prolífica actividad laboral, por cualidades académicas, gremiales y asociadas al liderazgo se encuentran Sara Rosas y Fresia Rubio. Rosas, titulada en 1910, fue nombrada Jefa del Laboratorio de Bacteriología y Rayos X de la Escuela Dental. La Facultad de Medicina la patrocinó para viajar a Europa y a Estados Unidos a estudiar Radiografía y Odontología. Divulgó sus conocimientos mediante conferencias a sus colegas en la Sociedad de Odontología, publicaciones académicas y participación en



▲ **Paulina Starr**, autor desconocido. Detalle de reproducción moderna, ca. 1884. Lugar desconocido. Gelatina de plata sobre papel, 23,3 x 17,2 cm. MD0001383



▲ **Servicio Dental Escolar**, autor desconocido. Grupo de niños formados en la puerta del bus de servicio dental escolar, esperando atención. Negativo sobre vidrio, 18 x 13 cm. Copyright© Colección Museo Histórico Nacional PFB-1377

congresos, tales como el Congreso Panamericano. Trabajó en el sector privado y desarrolló la especialidad de ortodoncia. Por su parte, Fresia Rubio, fundó en 1938 el Servicio Dental de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA), del que asumió su jefatura. Rubio además desarrolló una vasta carrera gremial. Fue Directora de la Sociedad Odontológica entre 1943 y 1955, lideró dos veces la Agrupación Odontológica Femenina, y también fue Vicepresidenta de la Asociación de Mujeres Universitarias.



II. Cambio de siglo: nuevo paradigma en el papel del Estado en asistencia sanitaria

▲ **Alcantarillado**, autor desconocido. Vista de los trabajos de alcantarillado en calle Bustamante, a un costado de la antigua Estación Pirque, ca. 1921. Cianotipo, 12,8 x 7,4 cm. Copyright© Colección Museo Histórico Nacional. AF-19-15

En contraste a la postura del siglo XIX, en el siglo XX predominó el entendimiento y mayor empatía respecto a los factores sociales y económicos que incidían en las problemáticas sanitarias. Como veremos, desde esta perspectiva se promovió la intervención del Estado tanto en la asistencia médica y social, como en la regulación de las relaciones laborales y el espacio de trabajo. La inversión estatal en infraestructura urbana que se promovió era importante para mitigar problemas sanitarios, por ejemplo, redes de alcantarillado o habitaciones higiénicas. Sin embargo, todos los cambios fueron paulatinos y frecuentemente insuficientes durante la primera mitad del siglo XX.

Desde fines del siglo XIX se hizo más visible el incremento de una pobreza urbana, gestada por la conjunción de un sistema de producción capitalista con escasa regulación y supervisión, y la insolencia de la ciudad para recibir a la población rural que migraba progresivamente. En el sector minero e industrial la ausencia del Estado para mediar entre capital y trabajo se reflejó en la explotación física de los trabajadores, bajos salarios, indolencia ante el riesgo de accidentes del trabajo, desprotección asistencial y eco-

nómica ante la enfermedad y la incapacidad, y deficiente abrigo y alimentación. El desempleo, empleo precario o salario ínfimo, la habitación insalubre, la exposición a aguas contaminadas, la ausencia de infraestructura sanitaria para mantener la higiene corporal y de alimentos, y el desconocimiento de hábitos higiénicos, se combinaban para multiplicar la enfermedad, la violencia y la pobreza. Hambre, abandono, suciedad y hacinamiento eran factores de la endémica desnutrición y circulación de enfermedades digestivas y respiratorias en sectores populares. Este panorama detonó una crisis social, política y moral que es conocida como “cuestión social”.

El orden social pareció quebrarse con la protesta obrera organizada, en particular del sector minero, y revueltas espontáneas que expresaban el malestar por las penurias económicas, la desigualdad social y la indolencia de gobernantes y empleadores para regular estas circunstancias. Con esta presión y la voz reformista de sectores católicos, intelectuales y médicos, lentamente se comenzó a discutir la necesidad de introducir la seguridad social en el país hacia la década de 1920. El carácter de urgencia que se dio



a estos problemas, implicó demandar al Estado y a la caridad organizada un mayor compromiso en la asistencia a trabajadores formales, y a madres e infantes pobres. Entre otras medidas, se urgió a dictar leyes laborales y sociales que los protegieran, y algunos médicos participaron en la elaboración de esta legislación que apareció a mediados de la década de 1920.

Varios médicos, en su calidad profesional, intelectual y política, fueron partícipes de los debates que se produjeron en las primeras décadas del siglo XX. Por su contacto directo con la población pobre en lugares como hospitales, dispensarios y Gotas de Leche —donde se proveía atención médica y alimento a lactantes—, los médicos tenían conocimiento de primera mano sobre el crítico estado sanitario en que aquella se encontraba. La mortalidad infantil y la precaria salud de los infantes y niños ocupó un lugar central en sus preocupaciones, destacándose este interés en convocatorias como el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia (1912), el Primer y Segundo Congreso de la Beneficencia Pública (1917, 1922) y el Primer Congreso Nacional de Gotas de Leche (1919). Entre los temas discutidos en estas instancias destacan, por ejemplo, el efecto nocivo del trabajo físico en las embarazadas, las ventajas del parto en maternidades, la creación de asilos para madres desamparadas y la protección a la infancia abandonada. De esta forma los médicos contribuyeron a posicionar la atención del parto, el cuidado prenatal y la asistencia al infante como problemas de salud pública en el contexto de la cuestión social.

En el marco de estas discusiones, dos demandas del médico Alejandro del Río se convirtieron en realidad en

▲ **Conventillo**, Harry Olds. La imagen nos muestra un conventillo en la ciudad de Valparaíso. Este tipo de vivienda popular tenía pobres condiciones de habitabilidad e higiene. El hacinamiento y la ausencia de alcantarillado y agua potable, eran decisivos en la expansión de enfermedades infecciosas, 1900. Valparaíso, Chile. Negativo en gelatina de plata sobre vidrio, 20 x 25 cm. Copyright© Colección Museo Histórico Nacional. PFC-000112

▼ **Dr. Alejandro del Río**, Leopoldo Bartsch, ca. 1935. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 40 x 50 cm. MD0002648





▲ **Esperando el pago de subsidios**, autor desconocido. Los beneficiarios de la Caja de Seguro Obligatorio son retratados mientras esperan la entrega de subsidios económicos, ca.1935. Aconcagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 13,2 x 18 cm. MD0000202

la década de 1920. Primero que el Estado debía asumir el mandato político de velar por la higiene de la población —principio adoptado en la nueva Constitución de 1925—, y segundo que era necesario contar con profesionales que organizaran e implementaran la provisión de asistencia social a las madres y sus hijos.

En 1924, bajo presión militar y la dimisión del presidente Arturo Alessandri, se promulgó un número de leyes sociales y laborales que en ese periodo se estaban discutiendo en el Congreso como parte de un código laboral. Esta súbita dictación de leyes vino a mitigar la crisis social. Entre esas leyes, fue crucial para la salud pública del país la Ley de Seguro Obrero Obligatorio, que creó un seguro médico-social para trabajadores y una institución para administrarlo: la Caja de Seguro Obrero (CSO en adelante). El seguro obrero se financiaba con los aportes mensuales del empleador, el trabajador y el Estado.

La CSO le aseguraba al trabajador/a atención médica, a través de una red de consultorios, y subsidio económico ante el riesgo de enfermedad, otorgaba pensión de vejez y por discapacidad permanente, costeara gastos funerarios y asignaba pensión a la esposa del trabajador e hijos menores de edad en caso de muerte. Además, las trabajadoras aseguradas recibían atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, subsidio económico algunas semanas

previas y posteriores al parto, y asistencia médica para el hijo hasta los dos años.

Para dar cobertura a la asistencia que se garantizaba, la CSO empleó a un gran contingente de profesionales sanitarios, entre ellas matronas, enfermeras y asistentes sociales. Los profesionales sanitarios aumentaron a medida que la CSO incrementó el número de sus beneficiarios a fines de la década de 1930.

La Constitución de 1925 modificó las responsabilidades políticas del Estado, entre ellas, la asistencia médica de los más pobres, hasta entonces bajo la tutela particulares y sus obras de beneficencia. Este nuevo paradigma del Estado como garante del bienestar sanitario requirió la creación de instituciones para este propósito y una estructura para organizarlas. Al área de salud se le dio un estatus ministerial, creándose entonces el Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, ministerio que tuvo varias denominaciones a lo largo de los años. Entre las instituciones más importantes encabezadas por este ministerio, figuraba la CSO, la Dirección General de Sanidad (DGS en adelante) y la Beneficencia.



- ▲ **Botica del Hospital San Juan de Dios de Cauquenes**, autor desconocido, ca. 1934. Cauquenes, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 8,5 x 12,8 cm. MD0000276
- ▼ **Glafira Vargas Ravanal**, Díaz y Spencer. En la imagen la primera farmacéutica titulada en Chile, 1885. Santiago, Chile. Albúmina Copyright© Colección Museo Histórico Nacional. FB-14350



Las Farmacéuticas

El ingreso de mujeres a la carrera de química y farmacia fue muy reducido hasta mediados de la década de 1900. Griselda Hinojosa Flores en 1899 se convirtió en la primera farmacéutica universitaria, titulada por la Universidad de Chile. Aunque Glafira Vargas fue la primera farmacéutica de Chile, su título en 1867 fue conferido por el Protomedicato.

Hacia 1910 la participación femenina se incrementó significativamente, consignándose en la década de 1920 generaciones con más de 70 mujeres graduadas. Para ilustrar el alza, en 1919, el primer curso de la carrera de Química y Farmacia de la Universidad de Concepción se conformó en su totalidad por mujeres, 20 alumnas. En 1920 había 116 farmacéuticas en Chile, que representaban al 20,9% del total de titulados. A fines de 1927, se registraba un número de 476 farmacéuticas en el país.

El campo profesional era vasto. Trabajaban en el ámbito privado y público, tanto en farmacias y laboratorios. Como ocurría con las dentistas, Sara Guérin opinaba que la carrera reportaba a las mujeres buena situación financiera e independencia, sobre todo si lograban establecerse por cuenta propia, por ejemplo, instalando una farmacia. Describiendo la carrera de la farmacéutica Graciela Lacoste, graduada en 1919, Guérin ilustraba la posibilidad de éxito profesional para mujeres que se desenvolvían en esta carrera. Lacoste había ostentado jefaturas en los distintos lugares donde se había desempeñado, tanto en el sector público como el privado, y finalmente había adquirido una farmacia en Viña del Mar.

En empleos públicos, las farmacéuticas se ocupaban en instituciones como los hospitales y consultorios de la



- ▶ **Servicio Farmacia**, autor desconocido. Entrega de medicamentos a los beneficiarios de la Caja del Seguro Obligatorio, ca. 1935. Aconcagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 13,2 x 18 cm. MD0000216
- ▶ **El Recetario**, autor desconocido. Laboratorio del Servicio de Farmacia de la Caja de Seguro Obligatorio, ca. 1935. Aconcagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 13,2 x 18 cm. MD0000201
- ▶ **Farmacia de la Casa de Orates**, Salvador Martínez Perales, ca. 1924. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel 17,4 x 23,3 cm. MD0003648



Beneficencia, de municipalidades, de ferrocarriles, entre muchas otras. En las imágenes aparecen las boticas instaladas en la Casa de Orates, en un consultorio de la CSO de la provincia de Aconcagua y en el Hospital de Cauquenes. En ellas funcionarias atienden a público, ordenan la botica y realizan preparados. Lamentablemente no es posible confirmar la presencia de una profesional farmacéutica en todas las imágenes por la dificultad que tiene reconocer el uniforme. Lo cierto es que en todas aparecen auxiliares femeninas, y que a cargo de ellas debía estar un/a farmacéutico/a. En 1962, Klimpel sostenía que era frecuente verlas dirigiendo las farmacias de hospitales.

El trabajo en laboratorios era otro campo relevante al que las egresadas de química y farmacia se integraban. Se reproducen aquí fotografías de laboratorios alojados en recintos asistenciales públicos; un consultorio de la CSO de Valparaíso y del Hospital Sanatorio de la misma ciudad, y el equipo de farmacéuticos del Hospital San Borja de Santiago.





Las Médicas

Varias médicas destacaron en la comunidad sanitaria por sus contribuciones a la ciencia, la salud pública y la profesionalización de carreras como la enfermería y matronería. Asumieron cargos directivos en instituciones estatales y académicas, participaron en el debate público y académico en cuestiones sanitarias y clínicas, y representaron al gobierno y a los médicos chilenos a nivel internacional. Algunos ejemplos son Cora Mayers, Eleanira González, Juana Díaz, María Figueroa y Luisa Pfau, quienes fueron reconocidas por sus colegas, el Estado y las organizaciones sociales donde intervinieron. Similar a sus colegas mujeres de fines del siglo XIX su labor se concentró en la educación sanitaria, la higiene escolar y la enseñanza de puericultura, y la medicina gineco-obstétrica.

Cora Mayers sobresalió en la comunidad médica de la primera mitad del siglo XX. Se tituló en 1917 a los 22 años y estudió dos especialidades en Europa, pediatría y salud pública, becada por el gobierno chileno. En su corta carrera desarrolló actividades académicas, ejerció la profesión y se desarrolló en el campo de la salud pública, en cargos gubernamentales y como divulgadora de la puericultura y nociones de higiene.

En el ámbito materno-infantil, Mayers trabajó en Gotas de Leche y fue jefa de la Sección de Lactantes del Hospital San Borja. También fue jefa de la Sección Médico-Escolar de la Dirección General de Educación Primaria, se desempeñó como Médico Jefe de la Sección de Puericultura y Obstetricia del Hospital San Vicente de Paul, y fue profesora del curso de Puericultura de la carrera de Obstetricia. En representación del gobierno asistió a congresos internacionales, por ejemplo, al Congreso de Protección a la Infancia (Bruselas, 1921) y a los III y IV Congresos Panamericanos del Niño realizados en Río de Janeiro (1922) y Chile (1924). En salud pública también participó en actividades en el extranjero, como el Intercambio General de Médicos Higienistas, organizado en 1923 por la Liga de las Naciones Unidas en Washington.

Además, Mayers creó y dirigió el Departamento de Educación Sanitaria de la DGS. En este cargo, uno de sus proyectos fue la fundación de la Escuela de Enfermeras Sa-

▲ **La Dra. Cora Mayers G. y colegas**, autor desconocido. Esta imagen nos muestra a la Dra. Mayers al centro de una mesa dispuesta para algún tipo de celebración o conmemoración. La acompañan médicos profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y John D. Long, representante viajero de la División Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller. De derecha a izquierda: Alejandro del Río S., Mamerto Cádiz, John D. Long, Lucas Sierra M., Cora Mayers, Pedro Lautaro Ferrer y Juan Orellana entre otros no identificados, ca. 1929. Lugar desconocido. Gelatina de plata sobre papel, 9,1 x 24,5 cm. MD0000469

nitarias en 1926. Más tarde se convirtió en directora de la Escuela de Enfermeras de la UCH, donde impartió las clases de Puericultura y Obstetricia, y de Protección Infantil y Servicio Médico Escolar. La relevancia de Cora Mayers en la profesionalización de la carrera de enfermería se manifestó significativamente en un homenaje que le rindieron estudiantes de la carrera visitando su tumba en 1960, casi treinta años después de su asesinato.

Eleanira González fue la primera médica chilena en dedicarse a la cirugía. Se tituló en 1925, con una tesis dedicada al cáncer uterino y el uso del radium. Destacó al ser elegida por el reconocido médico Lucas Sierra como su ayudante primero en la cátedra quirúrgica en 1931 y llegó a ser Jefa de Clínica, cargos nunca ocupados por una mujer hasta entonces. González manifestó más de un área de interés en la práctica médica. Viajó a Europa a estudiar la formación de escuelas de enfermería. Organizó la Escuela de Enfermeras Sanitarias junto a Sara Adams y Cora Mayers en 1927, se convirtió en Sub-directora de la Escuela de Enfermeras de la UCH en 1936 y en 1947 asumió su dirección. En la década de 1950 trabajó y fue parte de la directiva del Centro de diagnóstico temprano del cáncer ligado a la Agrupación Médica Femenina. González desarrolló docencia en el Instituto Pedagógico y en las escuelas de enfermería. Llegó a ser tan apreciada por las enfermeras que excepcionalmente recibió de manera honorífica el cargo de primera presidenta de la Asociación de Enfermeras de Chile en 1938.

María Figueroa fue ginecóloga y trabajó como especialista en hospitales. Se interesó por difundir conocimientos para el cuidado de la salud femenina, en particular las relacionadas con el embarazo como la “puericultura antenatal”, que fomentaba cuidados personales que facultaran el nacimiento de niños fuertes y sanos. Por ejemplo, aconsejaba sobre alimentación, el abandono del corset, sobre procurar



▲ **Dr. Lucas Sierra y discípulos**, autor desconocido.

Esta imagen nos muestra al profesor Sierra junto a sus discípulos posando al interior del pabellón de cirugía donde realizaba sus cátedras quirúrgicas en el Hospital Clínico San Vicente de Paul. En ella reconocemos (de pie en la primera fila y de der. a izq.) a los médicos Ignacio González Ginouvés, N/I, N/I, Lucas Sierra M., N/I, Juan Gandulfo Guerra, la arsenalera del Dr. Sierra, Sra. Luisa Castillo y a la Dra. Eleanira González Donoso. Con posterioridad a esta ocasión, el 16 de marzo de 1931, la Dra. González fue ascendida al cargo de ayudante 1° de la clínica quirúrgica del Dr. Sierra y, de este modo, se convirtió en la primera mujer en Chile en detentar tan alta responsabilidad médico-quirúrgica, ca. 1930. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 8,3 x 11,2 cm. MD0000376

▼ **Profesores de la Escuela de Enfermeras Sanitarias**, autor desconocido. En este

retrato grupal observamos posando al interior de un patio de la Escuela a profesores de la Universidad de Chile, quienes eran responsables de este curso antes de que dependiera de la universidad. Se puede reconocer (de izq. a der.) a la Dra. Eleanira González D., N/I, Dra. Cora Mayers, Enf. Sara Adams, Dr. Nacienceno Romero, Gabriela Campuzano Castillo y N/I, 1927. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 8,3 x 11,1 cm. MD0000063

▼ **Curso de 1er año de enfermería**,

autor desconocido. Esta fotografía nos muestra a la Subdirectora de la Escuela de Enfermeras, la Dra. Eleanira González D., mientras pronuncia un discurso en la Escuela, probablemente de recepción, frente a público y alumnas, 1937. Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 18,2 x 24 cm. MD0003806



la estabilidad emocional y promovía que las embarazadas asistieran a exámenes de control prenatal, poco recurrentes en la época. El foco de la educación que impartía Figueroa era la salud del niño por nacer, entendiendo que un niño sano dependía de una madre sana. Por eso en la época se hablaba del llamado binomio madre-hijo, lo que significaba que la protección debía abarcar a los dos, como una unidad. María Figueroa participó en la Asociación de Mujeres Universitarias y la Agrupación Médica Femenina, entre otras organizaciones. También integró el Centro de lucha contra el cáncer, que era una iniciativa pionera.

Juana Díaz fue ginecóloga y fue parte del equipo fundador del Departamento Materno-Infantil del Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS), en el que se desempeñó hasta 1957. Díaz también dirigió la Escuela de Puericultura y Hogar. Díaz es reconocida por fundar el Centro Médico del Cáncer en 1950, que fue el primer consultorio para su diagnóstico precoz. Igualmente, se la recuerda por su trabajo gremial como socia fundadora de la Agrupación Médica Femenina de Chile y vicepresidenta de la Alianza Panamericana de Mujeres. En la Agrupación Médica no dejaban de lado actividades de asistencia a mujeres, dedicando tiempo también a difundir nociones de cuidado a las madres y niños mediante charlas radiales y conferencias sobre higiene, alimentación, entre otros temas.

Luisa Pfau era pediatra e hizo una carrera destacada en instituciones de salud pública como la DGS, la CSO, el Departamento del Niño de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA en adelante) y el SNS. Tal como Mayers, Pfau se interesó por la educación sanitaria en el plano de la salud materno-infantil. Ambas fueron jefas del Departamento de Educación Sanitaria de la DGS y después de la muerte de Mayers en 1931, Pfau la sucedió en la Escuela de Enfermeras de la UCH como profesora del curso “Protección Infantil y Servicio Médico Escolar”.

Después de estudiar en Estados Unidos en 1951, becada por la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), se le designaron dos jefaturas en el naciente SNS, la Sección Materno-Infantil y el Departamento de Fomento de la Salud donde trabajó hasta 1964. Desde esas jefaturas Pfau lideró la campaña para controlar la diarrea infantil, y en la década de los sesenta se involucró en temas de políticas de educación sexual y control reproductivo. Por ejemplo, lideró un comité que estudiaba cómo prevenir el aborto provocado y formó parte del grupo de científicos que diseñó las primeras políticas de planificación familiar en Chile. Su labor en esta materia se reconoció con la presidencia de la Federación Internacional de Planificación Familiar en la década de 1960.

► **Sala de Consultas del Centro Regional Broncopulmonar**, autor desconocido. Esta fotografía es capaz de representarnos una consulta médica en la década del 40. En ella observamos a dos enfermeras, una asistente social y un médico prestando atención sanitaria a una paciente, ca. 1940. Valparaíso, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,8 x 18,3 cm. MD0000266

▼ **Dra. Juana Díaz Muñoz**, autor desconocido. Detalle de la fotografía Curso de Clínica Médico Quirúrgica 1918 - 1919, 1919. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 26,3 x 22,1 cm. MD0002342



▲ **Dra. Luisa Pfau David**, autor desconocido. Detalle de la fotografía Profesores de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, ca. 1930. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,1 x 17,1 cm. MD000068



Las Nuevas Escuelas: Enfermeras y Visitadoras Sociales

La profesionalización de los médicos y la mayor atención que suscitó la población pobre y enferma, propiciaron la creación y reorganización de centros asistenciales, y generaron a principios del siglo XX interés en la comunidad médica por contar con personal auxiliar médico con preparación técnica. La intervención del Estado en materia de asistencia y salud pública, con determinación desde mediados de la década de 1920, incorpora esta visión de contar con un cuerpo de funcionarios competentes, en especial considerando que la asistencia médico-social comenzaba a extenderse.

En este contexto surgen las primeras escuelas de enfermería y la de visitadoras sociales, que son las instancias para formar ese personal paramédico experto que no existía en el país. Mediante estas escuelas se dotaba de instrucción formal universitaria que capacitaba para el ejercicio de una ocupación, reconocida por el Estado como profesión. Se trataba de formación universitaria, sistemática y de carácter científico.

Una característica significativa de este contingente que se formaba era su componente de género, puesto que estas carreras se plantearon únicamente para mujeres. Tanto hombres como mujeres manifestaban convicción acerca de la inherente capacidad femenina para tareas de cuidado, enfatizando aptitudes como la paciencia, compasión y dedicación al sufriente y desamparado. Esa particularidad también validaba a principios del siglo XX la incorporación femenina a estudios superiores, al relevar la específica contribución de las mujeres, vital para el mejoramiento social y sanitario de la población.

Sin embargo, estudios históricos demuestran que las tareas de cuidado de los enfermos no siempre fueron consideradas femeninas. Al momento en que médicos como Cora Mayers, abogaban por la exclusividad de que mujeres asistieran a enfermos en los hospitales, los censos demostraban que numerosos hombres aun trabajaban en estas funciones, en particular, los llamados “practicantes”. Por lo tanto, en las primeras décadas del siglo XX comenzó un proceso de “feminización” de las tareas de cuidado sanitario.

Esta feminización, sin embargo, no se basó exclusivamente en la condición de género. Mayers enfatizaba que no bastaba ser mujer para satisfacer las necesidades que el país requería de una enfermera. La enfermera debía profesionalizarse, es decir, educarse rigurosamente en el oficio, porque su labor era técnica. Por eso la paciencia, abnegación y sensibilidad que se atribuían naturales al género y que igualmente eran valoradas para la enfermería de la época, eran insuficientes.

Un aspecto que amerita relevarse es la función social de las profesionales paramédicas. Enfermeras, visitadoras sociales y matronas fueron las implementadoras de las políticas sanitarias. Como empleadas estatales, con su trabajo en terreno y en reparticiones de salud, ellas ejecutaron las tareas que el Estado asistencial se había comprometido por ley para mejorar y proteger la vida de la población, en especial la de los más pobres. Así se demostró con su labor en instituciones como la DGS, la CSO y el SNS.

Las Enfermeras

A principios del siglo XX, el cuidado de enfermos en los hospitales estaba a cargo de hombres y mujeres, tanto laicos como religiosos, que en su mayoría poseían una instrucción precaria. Su conocimiento para tratar y cuidar al paciente se basaba en la experiencia en el hospital, observando y siguiendo órdenes. No existía personal de enfermería con estudios formales y el entrenamiento que hoy conocemos. El cuidado de pacientes y el aseo de los recintos asistenciales podían ser realizados por el mismo personal, indiferentemente. Era usual ver a religiosos y religiosas sirviendo en hospitales, por ejemplo, las religiosas de la Caridad o las de la Providencia eran reconocidas en esta misión.

Este panorama en la asistencia hospitalaria preocupó a algunos médicos que sostuvieron que los hospitales debían contar con personal formado con conocimientos científicos y técnicos. La opinión de los médicos era negativa respecto al desempeño de religiosas/os y laicos en las tareas curativas. Una de las críticas más severas era que la falta de instrucción de quienes cuidaban y servían en los hospitales perjudicaba el correcto seguimiento de las prescripciones médicas. En este escenario surgían llamados entre los médicos, como el de Moisés Amaral en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano de 1904, a que se crearan programas de enseñanza para capacitar enfermeras con conocimiento teórico y práctico, así como en Estados Unidos, Canadá

e Inglaterra, donde era común que los hospitales alojaran sus propias escuelas de enfermeras. Según Amaral, Argentina y Cuba llevaban la delantera en Latinoamérica, pues ya habían comenzado a formar enfermeras, y sostenía que el ejercicio de la medicina moderna requería que los médicos contaran con personal asistente capaz de secundarlos.

Las primeras iniciativas para dotar de enfermeras con instrucción teórico-práctica fueron impulsadas por médicos a título personal. El doctor Eduardo Moore creó la primera escuela en 1902 en el Hospital San Borja donde él trabajaba, el programa duraba tres años. Este modelo fue adoptado por la Junta de Beneficencia para crear su propia escuela en 1906 que se llamó Escuela de Enfermeras del Estado. Quedó bajo la tutela académica de la UCH, realizándose las clases y prácticas en el Hospital San Vicente de Paul. En 1921 se estableció por primera vez el régimen de internado, es decir, las estudiantes debían residir en el hospital durante el periodo de estudios.

Alejandro del Río, quien fundó la primera Escuela de Servicio Social, fue también un reconocido impulsor de la formación de enfermeras profesionales en Chile. Sostenía que para brindar una curación efectiva en los hospitales los médicos necesitaban personal competente que los secundara. En su opinión, las cuidadoras tradicionales eran mujeres con “escasas aptitudes para el trabajo técnico”, lo cual se relacionaba con su “bajo extracto social”. En 1924 creó el Consejo Superior del Servicio de Enfermeras, organismo que supervisaba el funcionamiento de las escuelas y procuraba su cooperación, y la distribución de las graduadas en servicios de salud.

▼ **Enfermeras egresadas en 1911**, autor desconocido. En esta fotografía se observa egresadas de la Escuela de Enfermeras del Estado, 1911. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,6 x 16,5 cm; 20,1x 25,9 cm. MD0000313





▲ **Desfile de uniformes de enfermeras a lo largo de la primera mitad del s.XX**, autor desconocido. Las celebraciones por el 50 aniversario de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile se extendieron por tres días. Una de las actividades fue desfilando con los uniformes para mostrar su evolución desde 1906, 1956. Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,5 x 17 cm. MD0004124

▼ **Traslado de prematuros**, autor desconocido. La enfermera Gisela Schmolh acompañada de la Sra. Rosenda Soto trasladando a un prematuro al Hospital Luis Calvo Mackenna, ca. 1956. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 16,7 x 12 cm. MD0004166

La Beneficencia fundó otras escuelas anexas a hospitales, la idea era que sus alumnas al graduarse se emplearan en esa institución. En Santiago se crearon escuelas anexas al Hospital Manuel Arriarán en 1919 y la otra al hospital de niños Roberto del Río, ambas escuelas se fusionaron en 1935. En Valparaíso la Beneficencia creó una escuela anexa al Hospital San Agustín, y otra escuela nació por iniciativa particular del médico Jean Thierry en el hospital de niños. En 1935 la Beneficencia asumió la dirección de la escuela Carlos Van Buren levantada con fondos particulares, con grandes elogios por sus instalaciones, y fundó una Escuela en Concepción en 1948. En 1948 las escuelas de enfermeras eran cuatro en Chile. Una dependía de la UCH, y tres de la Junta de Beneficencia: la fusionada de Santiago, la Carlos Van Buren en Valparaíso y la de Concepción. Entre 1906 y 1950 el total de tituladas de todas las escuelas era de 1.521.

En 1928, la Escuela de Enfermeras del Estado pasó a la administración de la UCH, llevando desde entonces por nombre Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile. Esta nueva escuela se fusionó con la Escuela de Enfermeras Sanitarias creada por la DGS en 1926. Al integrarse a la UCH, el plan de estudios de enfermería sanitaria se convirtió en un programa de especialización de un año, que se cursaba después de completar la carrera de enfermería que duraba tres años. De las 1.521 enfermeras que existían en Chile en 1950, las enfermeras sanitarias ascendían a 349.





◀ **Sala Santa Clara del Hospital San Francisco de Borja**, autor desconocido, ca. 1900. Santiago, Chile. Colotipo, 15,5 x 24,5 cm. MD0001399

◀ **Escuela de Enfermeras Carlos van Buren**, autor desconocido. En la imagen se observan a alumnas posando a la salida de la Escuela, en la escalera de acceso. Sobre el descanso se distinguen al Dr. Gustavo Fricke y a la Enf. Blanca Bonilla (los dos se encuentran juntos, él es calvo y ella tiene una melena. Ambos visten formalmente), ca.1948. Valparaíso, Chile. Gelatina de plata sobre papel 11,8 x 17,4 cm. MD0006730

▶ **Personal del Hospital La Providencia de Mulchén**, autor desconocido. Esta fotografía nos muestra al personal del hospital posando ordenados según su jerarquía, en la entrada del recinto. Al centro y en primera fila, las religiosas; hacia ambos costados, las enfermeras; en los extremos, auxiliares; y detrás, las religiosas y el sacerdote. En la fila de atrás posa el personal médico, ca. 1930. Mulchen, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,8 x 17,4 cm. MD0000192

▶ **Estudiantes de enfermería en descanso**, Foto H. Torrente C. Estudiantes del internado de enfermería en un descanso, 1944. Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 5,8 x 8,8 cm. MD0002360



Más adelante veremos en detalle la formación y ejercicio profesional de estas últimas.

El reemplazo de religiosas por enfermeras profesionales fue un proceso gradual y asincrónico entre los recintos hospitalarios del país. Fue parte de una transición mayor en la administración de la asistencia médica de la población que se desarrolló en las primeras décadas del siglo XX, en la que los médicos tomaron dirección de los hospitales desplazando a religiosos y laicos filántropos sin formación médica. Como en otros países de América Latina, su liderazgo también se manifestó en las decisiones técnicas de las políticas de salud por medio de su integración a reparticiones estatales y asesorías profesionales. Aunque el desempeño de religiosas y practicantes era evaluado críticamente, se valoraba su espíritu de servicio y, sobre todo, su trabajo era crucial para el cuidado de los enfermos cuando el número de enfermeras graduadas seguía siendo insuficiente. Por lo tanto, su retiro fue gradual.

Siguiendo la corriente internacional, a principios del siglo XX los médicos abogaban por una enfermería profesional como una profesión femenina. Las enfermeras se proyectaban como personal hospitalario, inspirándose en el modelo señero de la enfermera inglesa Florence Nightingale. Hasta avanzado el siglo XX, médicos de ambos sexos y enfermeras consideraban que las mujeres contaban con atributos naturales de servicio, paciencia y compasión que las hacían particularmente idóneas para la profesión. En segundo lugar, se buscó que ingresaran a la carrera estudiantes con nivel de educación escolar superior al que tenían sus predecesoras. Las enfermeras eran un personal moderno, con educación científica y formal, condición que las distinguía de la cuidadora tradicional, quien por su escasa preparación era asociada al servicio doméstico.



Críticas y reformas a la formación de enfermeras

En la década de 1930, aparte de la escasez de enfermeras, el diagnóstico sobre el devenir de la profesión fue sombrío. Un artículo titulado “Cómo dignificar el oficio de enfermera” de Sara Adams y Leo Cordemans, las directoras de la Escuela de Enfermeras y la de Visitadoras Sociales de la Beneficencia, respectivamente, reflexionaba en 1933 sobre las dificultades que experimentaban las enfermeras para consolidarse en una profesión científica y asistencial respetable. A más de dos décadas de la fundación de la primera escuela estatal de enfermería, la calidad técnica era cuestionada duramente.

Algunos problemas y desafíos que enfrentaba la enfermería fueron discutidos en eventos como el Tercer Congreso de Asistencia Social en 1932 y la Primera Conferencia Nacional de Enfermería en 1934, ambos realizados en Santiago. En ellos participaron médicos, médicas, enfermeras y también visitadoras sociales, entre las últimas destacaban Adams y Cordemans. En los debates de ambas reuniones se escucharon opiniones descarnadas, como, por ejemplo, que la mayoría de las profesionales formadas durante estos años eran ignorantes e incompetentes, y que carecían de compromiso con su trabajo y vocación. Era compartido el diagnóstico de que la educación de las enfermeras no estaba dando los resultados esperados. La propia Cora Mayers unos años antes había criticado la selección del alumnado de enfermería, señalando que “hoy cualquiera puede ser enfermera”.

▲ **Enfermeras tituladas**, autor desconocido. Posando en un patio de la Escuela de Enfermeras Sanitarias, observamos a un grupo de enfermeras tituladas con su directora, la enfermera norteamericana Sara Adams. Entre las tituladas observamos a Hilda Lozier (sentada sobre la alfombra, la segunda de izq. a der.), 1931. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 17,1 x 23 cm. MD0000075

Quienes debatían sobre la enfermería en el periodo, concluían que el proceso de profesionalización de la enfermería nacional suponía distinguir claramente a las enfermeras del personal que brindaba cuidados sin poseer estudios formales. Esto dependía, entre otros factores, de la correcta selección del estudiantado, de incrementar los contenidos curriculares de alto nivel y del reconocimiento profesional de los médicos hacia las enfermeras. Respecto a la calidad académica de las estudiantes de enfermería, estas contaban con un nivel de instrucción superior a las cuidadoras, pero su escolarización tampoco era completa y no se les exigía concluir el bachillerato para postular a la carrera. Esta situación cambió en la década de 1930 al exigirse el título de Bachiller para ingresar a la carrera. Asimismo, una estrategia para mejorar el nivel académico de las postulantes fue reclutar gradualmente a estudiantes de familias de mejor situación económica, y que por consiguiente tuvieran antecedentes educacionales y culturales más exigentes. Adams y Cordemans recomendaron que además de elevar los requisitos académicos, debía mejorar la selección de aquellas candidatas que realmente poseían el carácter y vocación que se esperaba de una enfermera.

Otra recomendación fue refaccionar las escuelas de enfermería, por ejemplo, las residencias donde vivían y estudiaban las estudiantes, lo que tendría como consecuencia



▲ **Estudiante de 1er año**, autor desconocido. Esta fotografía nos muestra a una estudiante de enfermería de la Universidad de Chile realizando un tratamiento de fototerapia con una lámpara de luz Solux a una paciente, ca. 1938. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 13,7 x 8,7 cm. MD0000226

◀ **Estudiante de 1er y 3er año**, autor desconocido. En esta imagen podemos observar a dos estudiantes de enfermería de la Universidad de Chile manipulando gasa esterilizada para una curación, 1938. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 17,9 x 13 cm. MD0000227

▶ **Estudiantes de enfermería atendiendo**, Juan Steiner, ca. 1940. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,3 x 17,3 cm. MD0000309



mejorar las condiciones de su formación y atraer a mejores candidatas a la escuela. La Escuela Carlos Van Buren era la excepción, y se convirtió en un ejemplo en términos de su moderno edificio, y la comodidad que ofrecía a sus estudiantes.

Las enfermeras también discutieron sobre el trato despectivo de los médicos hacia ellas, hecho que también denunciaron los médicos asistentes en el Congreso de 1932. Por ejemplo, la enfermera Sara Adams enfatizó que los médicos malentendían la función de auxiliar médico de las enfermeras, y apeló directamente a ellos indicándoles que las enfermeras no estaban para sostenerles el abrigo o ser sus asistentes personales. El tema del trato a las enfermeras mereció un lugar en las conclusiones, donde se estableció que era un deber de los médicos “y respetar socialmente a la enfermera”.

Si bien las reuniones identificadas destacaron un diagnóstico negativo sobre la situación de la enfermería nacional, también posibilitaron la discusión de problemas relevantes para el desarrollo y reconocimiento profesional, y la

identificación de los principales escollos que entorpecían el desarrollo de la enfermería de alto estándar y se gestaron directrices para superarlos.

La reflexión crítica por parte de las enfermeras líderes de esta época, demuestran la motivación de aquellas por consolidar el oficio en Chile y avizoran el trabajo que emprendieron para propulsar el perfeccionamiento y reconocimiento social de la profesión, y la formación de una identidad profesional que, a su vez, fue un componente central en el proceso y alcance de la profesionalización de este oficio en la década de 1940.

Como explicamos en las próximas páginas, gracias a la influencia de la enfermería norteamericana y el trabajo de las políticas sanitarias, el oficio obtuvo un mayor reconocimiento público. En la década de 1940, las enfermeras delinearon la posición del gremio con respecto a temas como el currículo y la organización de servicios clínicos, cimentando un camino hacia la autonomía profesional que dio frutos visibles en la década de 1950.



Las Enfermeras Sanitarias

Las escuelas de enfermeras creadas al principio del siglo XX formaban personal de enfermería con la expectativa de ocuparse en hospitales u otros centros clínicos de menor complejidad; en lo esencial, se les preparaba para una labor de cuidado que podía definirse como curativa. La Escuela de Enfermeras Sanitarias, fundada en 1926, introdujo una formación centrada en la medicina social y preventiva, y el vínculo con la comunidad local. Para recibir el título de Enfermera Sanitaria se requería un año de especialización después de haber recibido el título de enfermera. En oposición a una medicina concentrada únicamente en la observación clínica y anatómo-patológica, la medicina social postulaba que los factores socioambientales podían ser tan o más determinantes que los de tipo hereditario o congénito como causal de una patología.

La medicina social fue crucial para entender cómo la pobreza en sus diversas expresiones condicionaba la aparición de enfermedades, y para planificar intervenciones en la población que atenuaran o previnieran la incidencia de ciertas patologías como, por ejemplo, las campañas de vacunación, la educación preventiva del contagio de una enfermedad específica, la difusión de nociones de higiene o de una dieta saludable, entre muchas otras. Las enfermeras sanitarias estaban entrenadas para llevar a cabo campañas

▲ **Escuela de Enfermeras Sanitarias con sus profesores el día del examen**, autor desconocido. En esta imagen se observa a la primera generación del curso de enfermería sanitaria posando en la Escuela. Se puede distinguir en la segunda fila, de izq. a der. a: Dra. Eleanira González D., Dra. Cora Mayers G., Dr. Javier Castro Oliveira, Enf. Sara Adams, Dr. Gustavo Jirón L., Sra. Gabriela Mandujano C., y a la Dra. Luisa Pfau. En la fila superior, la primera desde la izq., es la enfermera Sofía Pincheira, a su lado el Dr. Nacienceno Romero, 18 de diciembre de 1927. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,9 x 17,9 cm. MD0000073

como éstas, no solo por su conocimiento científico sino también porque el trabajo comunitario era un sello de su perfil profesional. Estaban formadas para desenvolverse en la comunidad, ser educadoras en salud y extender hacia el hogar la asistencia sanitaria a través de vistas domiciliarias, razón por la cual también fueron conocidas como enfermeras visitadoras.

La Escuela de Enfermeras Sanitarias fue organizada por las médicas Cora Mayers y Eleanira González, y la enfermera norteamericana Sara Adams. Como no existían enfermeras sanitarias en Chile, el Ministerio de Higiene contrató a Adams, que viajó a Chile como asesora. La Escuela fue auspiciada y supervisada por la DGS. Mayers como Jefa del Departamento de Educación Sanitaria tuvo como misión crear la Escuela, para lo cual contrató a González. Fue un proyecto independiente de las escuelas de enfermería de la Beneficencia. Las prácticas las hacían en el Servicio Madre y Niño del Hospital San Borja, atendían a recién nacidos en



▲ **Enfermeras sanitarias en sesión**, autor desconocido.

En esta imagen se ven enfermeras sanitarias en capacitación, ca. 1960. Valparaíso, Chile. Gelatina de plata sobre papel 10,9 x 17,6 cm. MD0000095

► **Estudiante de enfermería**, autor desconocido. La imagen nos muestra a la estudiante de enfermería de 3er año, Sonia Jurias, realizando su práctica en Salud Pública, ca. 1956. Lugar desconocido, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,9 x 16,8 cm. MD0004171



domicilio y supervisaban la salud de las púerperas. A fines de la década la institución se transfirió a la UCH, donde se convirtió en un programa de posgrado.

Inicialmente las enfermeras sanitarias fueron profesionales que trabajaban solo para la DGS, pero después se integraron a otras reparticiones estatales de salud, como, por ejemplo, la CSO, los hospitales de la Beneficencia, el Ejército y la Armada. Luisa Inostroza, presidenta de la Asociación de Enfermeras en 1942, señalaba que las enfermeras sanitarias se empleaban en diversos servicios, como Madre y Niño, Inmunología, Higiene Social, Tisiología, Policlínica de Reposo, Servicios de Nutrición y Dietética, Gotas de Leche, Servicio Médico Escolar, [y] en industrias”. El sector privado también las contrataba, por ejemplo, la Compañía Carbonífera Lota Schwager empleó a dos graduadas de la primera generación.

Una labor típica de la enfermera sanitaria en Chile fue acercarse a madres de hogares pobres para enseñarles hábitos de higiene del hogar y del cuidado de los hijos. Cómo preparar alimentos saludables para los infantes o cómo bañarlos y mudarlos, eran materias que ellas enseñaban a madres por medio de sus visitas individuales o charlas ofrecidas a grupos de madres reunidas en algún centro de

salud. Esta tarea de las enfermeras sanitarias continuaba el trabajo de educación en puericultura que se promovía desde fines del siglo XIX, pues persistía el diagnóstico de que en la ignorancia materna sobre prácticas de higiene descansaban los elevados índices de enfermedad y mortalidad infantil. Asimismo, su labor fue muy importante en el campo de la salud preventiva de los trabajadores industriales y adultos en general, y en la protección contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

De las enfermeras también dependió la implementación de una de las políticas sanitarias más relevantes de los años treinta. Se trató del programa de Medicina Preventiva, cuyo objetivo era detectar ciertas enfermedades que tenían carácter epidémico en el país, entre ellas la tuberculosis y la sífilis, con el fin de prestar curación antes de que evolucionaran a un cuadro más grave. La Ley de Medicina Preventiva, dictada en 1938 durante el gobierno de Arturo Alessandri, introdujo este programa de gran envergadura, que significó la toma anual masiva de exámenes de salud a trabajadores y empleados con previsión social. La CSO y otras Cajas —instituciones de previsión— se encargaban de estos exámenes.

La influencia norteamericana en la enfermería nacional

El desarrollo de la enfermería sanitaria en Chile fue resultado de la influencia norteamericana en el ámbito de la salud pública, al igual que sucedía en América Latina en su conjunto. Desde las primeras décadas del siglo XX instituciones como la Fundación Rockefeller (FR en adelante) o la Oficina Sanitaria Panamericana, liderada por los Estados Unidos, financiaron y constituyeron misiones de expertos para implementar programas de formación de profesionales, de investigación y de políticas sanitarias en América Latina, destinados a erradicar enfermedades que afectaban la actividad productiva y el comercio internacional.

Estas instituciones promovieron la formación de enfermeras sanitarias en Latinoamérica y las estadías académicas de profesionales en los Estados Unidos. En el caso chileno, médicos y enfermeras enfilaron hacia el norte a cursar posgrados y estadías en salud pública en la década de 1930, algunos de ellos becados por organizaciones internacionales. La experiencia de médicos y enfermeras en sus visitas a Norteamérica se plasmó a su regreso en labores de docencia, investigación médico-social, organización de servicios médicos, formulación de políticas públicas y el diseño de estrategias para su implementación. La formación en salud pública en Chile se afianzó con la creación de la Escuela de Salubridad de la UCH en 1943. Esta Escuela fue financiada por el Servicio Nacional de Salubridad con el aporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS en adelante), el Instituto de Asuntos Interamericanos de Washington y la FR.

Por otro lado, el gobierno había contratado a principios de la década de 1920 al médico John Long para asesorar en la redacción de un nuevo código sanitario. Long recomendó formar enfermeras sanitarias para la operación del sistema de salud pública, como en Estados Unidos. Aunque el Código Long, promulgado en 1925, no logró implementarse, su recomendación de formar enfermeras sanitarias se concretó unos años después.

En los años treinta, una de las pioneras en recibir formación extranjera fue Sofía Pincheira, quien estudió becada por la American Association of University Women en la University of Yale. A su regreso Pincheira dirigió la Escuela en 1933 por un breve periodo, enfrentando dos demandas académicas: mejorar la selección de candidatas a la carrera y aumentar el número de enfermeras graduadas ante un sistema médico-asistencial en expansión.

Durante la década de 1940, una cohorte de enfermeras sanitarias viajó a Estados Unidos y Canadá a continuar su especialización, fortaleciendo la colaboración de la FR con el Estado chileno y la UCH para desarrollar la enfermería sanitaria chilena y transferir el modelo de asistencia de salud comunitaria norteamericana. El convenio se transó en 1941 con la visita de dos médicos salubristas y una enfermera sanitaria en representación de la FR, quienes viajaron a Chile y examinaron las condiciones de escuelas



▲ **Curso de enfermeras sanitarias**, autor desconocido.

Posan para la fotografía enfermeras tituladas del curso de enfermera sanitaria. Entre otras reconocemos a la futura profesora de enfermería. Entre otras, reconocemos a la futura profesora de enfermería Elena Campos (en la primera fila la segunda de der. a izq.), 1942. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 18,2 x 24 cm. MD0003810

▼ **Enfermera sanitaria en el hogar**, autor desconocido.

Esta imagen nos muestra a una enfermera sanitaria realizando una instrucción en el cuidado de un recién nacido, ca. 1945. Valparaíso, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 10,3 x 12,7 cm. MD0000101

de enfermería y los servicios de enfermería en hospitales. Resultado de estos lazos fueron las becas de la FR a varias enfermeras chilenas para ir al extranjero a estudiar, viajes que se realizaron a partir de 1942. Entre las beneficiadas estuvieron Inés Byrt, Gladys Peake, Rosalba Flores, Eugenia Gaete, Hilda Lozier, Amanda Parada, entre otras. La FR no fue la única institución internacional que patrocinó programas sanitarios en Chile en la época. Entre las instituciones que contribuyeron se incluyeron la OMS, OPS, Kellogg Foundation y el Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad.

Entre estas becadas uno de los programas más estudiados fue el de educación para la enfermería. No es coincidencia que un nuevo currículo de estudios fuera diseñado por un grupo de estas becarias, y que entre ellas varias se transformaran en directoras de escuelas de enfermeras, por ejemplo, Flores en la UCH, Gaete en la Escuela de Enfer-



▲ **Enfermera sanitaria Sofía Pincheira O.**, autor desconocido. La enfermera sanitaria Sofía Pincheira y dos colegas más, antes de realizar una ronda, 1928. Rancagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 13,8 x 8,9 cm. Imagen facilitada por la Sra. Heidi Ehrenberg Pincheira.

◀ **Enfermeras en curso de capacitación**, autor desconocido. Esta imagen registra un curso de capacitación realizado por la enfermera norteamericana Irene Beland. Entre las alumnas reconocemos a las enfermeras Rosalba Flores, Isidora Simón, Elena Campos y Clara Ebensperger, entre otras no identificadas, 1951. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 17 x 12 cm. MD0000139



▲ **Estudiantes de enfermería sanitaria en práctica**, autor desconocido. Estudiantes de enfermería organizan a las madres en la espera de la consulta. 1946. San Miguel, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,7 x 17 cm. MD0000119

meras de la Beneficencia de Valparaíso, Lozier en la Escuela de Enfermeras Carlos Van Buren, y Peake en la Escuela de Enfermeras de la Beneficencia de Concepción.

La instalación de unidades sanitarias en Chile fue otra modalidad en que se afianzó la enfermería norteamericana en Chile. Las unidades sanitarias eran centros de salud locales que ofrecían asistencia ambulatoria y una amplia cobertura asistencial en el área materno-infantil. Estos centros fueron un lugar de entrenamiento muy valorado para las alumnas de enfermería. Alrededor de ocho unidades sanitarias fueron construidas en Chile en la década de 1940 en distintas comunas del país. En 1943 el Servicio Nacional de Salubridad inauguró la primera de ellas en la comuna de Quinta Normal, donde residía población obrera. Esta primera unidad se estableció con el apoyo financiero y técnico de la FR, mientras otras cinco recibieron apoyo del Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad. Como la unidad de Quinta Normal, estas otras también se emplazaron en zonas de población trabajadora, bajos recursos económicos o aisladas de asistencia sanitaria, incluidas zonas rurales.



Enfermeras en la década de 1940

La vertiente de enfermería sanitaria lideró el proceso de perfeccionamiento de la profesión en la década de 1940. El trabajo emprendido en docencia, publicaciones, redes internacionales y actualización de estrategias de educación sanitaria contribuyeron a cambiar la percepción que se tenía de las enfermeras, ahora como un personal altamente cualificado.

El trabajo de las enfermeras sanitarias en instituciones asistenciales también realizó su función social. Por su especialización en medicina preventiva y salud materno-infantil, y el trabajo con la comunidad, eran altamente valoradas. Su trabajo en la CSO, institución extendida y clave en la política social, donde ellas se ocupaban en ambas áreas, alzaron el prestigio de las enfermeras. Similar ocurrió con su desempeño en las unidades sanitarias, donde ocupaban un papel central en su administración y lideraban la atención materno-infantil. Como aseguraba la directora de la Escuela de Enfermeras de la UCH, Rosalba Flores, a la enfermería nacional le cambió el rostro con las pasantías y el ejercicio en instituciones modernas como las unidades sanitarias.

Para las enfermeras la vestimenta fue un aspecto de gran cuidado que meritaba reflexión. En el Primer Congreso Nacional de Enfermeras realizado en Concepción en 1948, unas delegadas afirmaban que: “Las enfermeras han estado siempre conscientes de las proyecciones... del uniforme... que ha determinado un impulso valioso en el proceso de definición de la Enfermera como profesional de calidad superior”. Para las expositoras, el cuidado aspecto de la enfermera, desde el uniforme a su maquillaje, pasando por el arreglo del cabello, era un sello del gremio. El uni-

forme tenía una función práctica, mantener la higiene, y una función simbólica. Como sostenían las delegadas, la elegancia y orden típico de la presentación de una enfermera, requerían dedicación y disciplina, valores que deseaban proyectar a la comunidad. Para ellas, el uniforme a través de los años había propiciado la “respetabilidad” de la profesional enfermera para relacionarse con la comunidad y las autoridades con las que debían negociar.

Las enfermeras vestían distintos uniformes según su pertenencia institucional y la labor que ejercían. Como muestran las imágenes, enfermeras sanitarias y hospitalarias se distinguían claramente por su vestimenta, e igualmente había marcada diferencia entre los uniformes de estudiantes y graduadas. En algunos periodos también el uniforme de las enfermeras universitarias se distinguió del que vestían las graduadas de las escuelas de enfermería del Estado (sostenidas por la Beneficencia). Asimismo, el uniforme diferenciaba a las estudiantes y profesionales de enfermería de las auxiliares de enfermería.

Según la enfermera Flores, existían 1.217 enfermeras hospitalarias y 271 enfermeras sanitarias en 1948. Y esto, declaraba, era insuficiente para el país. Al menos se requerían 10.000 enfermeras hospitalarias y 1.000 de las sanitarias.

La distinción entre enfermeras hospitalarias y sanitarias vivió su ocaso a fines de la década. Las enfermeras consideraron que era una diferenciación “artificial” y que no se ajustaba a las necesidades sanitarias. Los médicos concordaban con ellas. Dada la alta demanda de enfermeras para cumplir labores preventivas y educativas, era imperioso incluir cursos en la formación de pregrado que instruyeran a

▲ **Enfermera Elena Campos**, autor desconocido. Esta imagen nos da cuenta de la atención brindada por la enfermera sanitaria Elena Campos. En su reverso, esta fotografía contiene un saludo de fin de año de esta alumna a su exprofesora, la Dra. Eleanira González, 1945. Antofagasta, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 9 x 14,1 cm. MD0003768



▲ **Ceremonia de graduación**, autor desconocido. Una nueva generación de enfermeras sanitarias (sentadas) y enfermeras hospitalarias (de pie) recibirá su diploma de título de la Escuela de Enfermeras de la U. de Chile. En la ceremonia, se dirige a la audiencia el decano de la Facultad, doctor Armando Larraguibel, 1948. Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,9 x 18,1 cm. MD0006724

◀ **Ceremonia de graduación**, autor desconocido. Enfermeras hospitalarias recibiendo la toca que les confiere simbólicamente el título de enfermera, 1948. Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 11,8 x 18,3 cm. MD0000131

▶ **Enfermeras enseñando**, autor desconocido. Las enfermeras Gisella Schmohl y Grace Thompson realizando una demostración práctica en el Servicio de prematuros del Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna, 1956. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 10 x 7 cm. MD0004169

▶ **Charla sobre puericultura**, autor desconocido. Una enfermera sanitaria realiza una charla sobre cuidado infantil a madres primerizas en un consultorio del Seguro Obrero Obligatorio, ca. 1945. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 8,6 x 14 cm. MD0000100



las graduadas sobre la condición sanitaria del país, las instituciones y programas de salud pública, y estrategias para educar al público en salud preventiva. La malla curricular no contenía cursos de salud pública, en contraste con la asistencia médica estatal que estaba imbuida del enfoque de medicina social. La Beneficencia también solicitaba que las enfermeras hospitalarias estuvieran preparadas para la educación sanitaria, y el manejo de enfermedades como la tuberculosis y la sífilis.

Un nuevo currículo educacional fue discutido en el Primer Congreso Nacional de Enfermería en 1948. En este programa, en marcha desde 1951, toda enfermera aprendía nociones de higiene y medicina preventiva específicas a distintos grupos poblacionales y ámbitos, desde la limpieza del hogar y la ventilación de los espacios, a la higiene materno-infantil, la conservación y dotación de alimentos o a la prevención de accidentes y crisis sanitarias. En el entrenamiento de toda estudiante se incluía el manejo técnico de enfermedades infecciosas, como la tuberculosis,

las enfermedades venéreas, y aquellas infecciosas de carácter agudo. Estos contenidos se complementaban con los de educación sanitaria y de organización y administración de la salud pública. En 1956, cuando se celebró el cincuentenario de la escuela de enfermería, las estudiantes ya cursaban asignaturas de salud pública en el tercer año de la carrera. En la década de 1940 las enfermeras mostraron ser un grupo pujante en el objetivo de la profesionalización de su carrera, que alcanzó plenitud en la siguiente década. Eran un gremio activo y comprometido con la formación de su identidad profesional, con el auto reconocimiento de su valor social y la autonomía respecto de la tutela médica. La consolidación de una voz gremial se puede apreciar, por ejemplo, en el Primer Congreso Panamericano de 1942 celebrado en Santiago y el Primer Congreso Nacional de Enfermería de 1948, ya mencionado. Estas instancias contribuyeron al proceso de profesionalización al cubrir aspectos técnicos y trabajar en la definición de sus funciones laborales y planes de estudio, en relación con la salud pública y las políticas sanitarias.



- ▲ **Enfermera sanitaria en terreno**, autor desconocido. Enfermera sanitaria realizando control infantil en terreno, ca. 1950. Lugar desconocido, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 9 x 6 cm. MD0000142
- ▼ **Estudiantes de enfermería instruyendo a pacientes**, autor desconocido, ca. 1964. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 8,7 x 11,5 cm. MD0000169

El Congreso de 1942 fue el primer gran evento organizado por la Asociación Nacional de Enfermeras y se insertó en el marco de actividades de celebración del centenario de la Universidad de Chile. Se extendieron lazos con la enfermería de otros países latinoamericanos, y se confirmó la influencia rectora de la enfermería norteamericana en Chile en la asesoría ofrecida para organizar el evento. Según Rosalba Flores, este congreso marcó un hito para el inicio de viajes sucesivos de especialización a Canadá y a Estados Unidos.

En la década de 1940, en comparación a décadas previas, las enfermeras tomaron distancia de la idea de que eran auxiliares de los médicos, y más importante aún, se desligaron de la asociación de su trabajo con el trabajo doméstico. Si en 1925 Alejandro del Río definía a la enfermería como una profesión que completaba la labor del médico, en el Congreso de 1948 se relevaba su papel de enlace entre las instituciones asistenciales y la comunidad, y se entendía que su ocupación central era la supervisión del paciente y su familia. Sí colaboraba y podía complementar la labor de un médico, pero eso no definía ni restringía su perfil profesional. La tensión con la comunidad médica persistió en el tiempo, pero esto no impidió que también se establecieran fuertes lazos colaborativos, como ya existían desde la década de 1920. Por ejemplo, en 1948 las enfermeras expresaron sentidos agradecimientos a Eleanira González, Enrique Laval, René García, Ignacio González Genouves, Nacienciano Romero y Hernán Romero por su apoyo al desarrollo de la enfermería chilena.

La formación de la Asociación Nacional de Enfermeras en 1938 fue parte del camino hacia la autonomía profesional, que se expresó frecuentemente, por ejemplo, en la aspiración de que fueran ellas las que debían dirigir las escuelas de enfermería, al comienzo en manos de médicos o médicas. A fines de la década de 1940, la mayor parte de las escuelas del país eran encabezadas por enfermeras. Otra actividad que marca la autonomía de la profesión en Chile fue la elaboración del programa de estudios que se presentó en 1948, y la designación del comité de educación que lo redactó, que se formó con carácter permanente.

En la década de 1950, los encuentros panamericanos continuaron y se intensificaron gracias al soporte de la OPS. Estos congresos y seminarios internacionales propiciaron la colaboración académica, la circulación de conocimiento y el fortalecimiento de la identidad profesional. La enfermería chilena se involucró activamente en ellos.

- ▲ **1er. Directorio de la Asociación Enfermeras Universitarias**, autor desconocido. En esta imagen institucional podemos distinguir a la presidenta del directorio, la Dra. Eleanira González (al centro) y a la enfermera Hilda Lozier (segunda desde la der.), además de las enfermeras M. Fonseca C., tesorera suplente y Luisa Inostroza, vicepresidenta, 1939. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 17,2 x 23,9 cm. MD0000316
- ▼ **Curso Sanitario 1948**, autor desconocido. Las egresadas del curso sanitario posan con su uniforme en la Escuela. Se observa (sentadas de der. a izq.) a las enfermeras Clara Ebensperger y Rosalba Flores y a la Dra. Eleanira González, entre otras no identificadas, 1948. Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,8 x 17 cm. MD0000092





Las Visitadoras Sociales

En la primera mitad del siglo XX a las trabajadoras sociales se les conoció como visitadoras sociales. Al igual que las enfermeras, la carrera de visitadora social nació en Chile por iniciativa de algunos médicos que hicieron notar la necesidad de contar con personal especializado para apoyar la atención hospitalaria². La visitadora social cumplía las funciones de investigar las causas del entorno social que influían en la enfermedad y actuar como intermediario entre el centro de salud y los pacientes. El Primer Congreso de Beneficencia en 1917 sirvió de plataforma para proponer que se formaran profesionales con este perfil, como existía en Bélgica. El médico Germán Greve se refirió a un modelo de hospital en que existía una sección llamada “servicio social”, donde se desempeñaba una profesional dedicada a hacer un diagnóstico de la realidad de los enfermos. Unos años más tarde, el médico Alejandro del Río emprendió una serie de acciones que terminaron creando la primera escuela de visitadoras en 1925, la primera de Latinoamérica. Fue la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia, que luego fue conocida como Escuela Alejandro del Río.

Inspirándose en las ideas del médico belga René Sand, del Río promovió entre sus colegas y autoridades estatales la creación de visitadoras sociales. Del Río enfatizó la función de la visitadora en el aspecto “legal” de la curación del paciente, puesto que el “problema social” no se subsanaba solo con la intervención médica o higiénica. Del Río primero elaboró un reglamento para que los hospitales de la

▲ **Alumnas tituladas de la Escuela de Servicio Social**, autor desconocido. En esta fotografía se observan a la primera generación de tituladas de la carrera de servicio social posando en la escuela. Las acompañan el Dr. Alejandro del Río, el Dr. Eugenio Díaz Lira y otros profesores, ca. 1927. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel. Copyright© Colección Museo Histórico Nacional. Fd-000079

Junta de Beneficencia crearan un Departamento General de Acción Social, que se ocupara de asuntos como padres hospitalizados, legalizar la unión de parejas y la tramitación de hospitalizaciones. El departamento debía dirigirlo una mujer, y él puntualizaba el perfil de la profesional: carácter e inteligencia. El proyecto de del Río fue puesto en práctica primero en 1923 en la Asistencia Pública que él dirigía.

El gobierno contrató a la belga Jenny Bernier para que dirigiera la Escuela, y la segunda directora fue la también belga Leo Cordemans. La carrera duraba dos años, contaba con cursos como psicología, puericultura, estadísticas, higiene, legislación, entre otros, se realizaba una práctica, y finalizaba con una tesis de grado y un examen para titularse. La primera generación contó con 42 alumnas. En 1929 se creó la segunda escuela con el nombre Escuela Elvira Matte de Cruchaga, asociada a la Universidad Católica. También se creó bajo la influencia del modelo belga y contó con profesionales de esa nacionalidad para dirigirla. Esta iniciativa inspirada en la doctrina católica era una alternativa a la Escuela de la Beneficencia, entidad laica.

En 1942 se creó la Escuela Lucio Córdova, a cargo del Ministerio de Educación Pública. Diferente a la escuela de la Beneficencia y a la Elvira Matte Cruchaga, esta se inspiró en el modelo de la asistencia social norteamericana.



▲ **Oculista y enfermera durante una intervención**, autor desconocido. Registro del interior de un consultorio de la Caja de Seguro Obligatorio. El oftalmólogo, Dr. Escauriaza, realiza una intervención menor asistido por una enfermera. Mientras tanto, en el escritorio, una asistente social redacta un informe, ca. 1935. Aconcagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,1 x 18,2 cm. MD0000204

▼ **Equipo de medicina interna**, autor desconocido. Dos internistas de un consultorio de la Caja de Seguro Obligatorio atienden a una paciente, una asistente social toma nota, ca. 1935. Aconcagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12 x 18,1 cm. MD0000203

▲ **Centro Regional Broncopulmonar oficina del Servicio Social**, autor desconocido. Vista general del interior de la oficina donde se brindaba la atención a los pacientes. Esta imagen nos permite ver como realizaban su trabajo recabando información de los pacientes o de sus familiares, ca. 1940. Valparaíso, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12,9 x 18,3 cm.

Contempló tres años de estudios. Antes de fundarse, visitadoras sociales chilenas habían viajado a Estados Unidos, auspiciadas por el gobierno chileno y becadas por instituciones norteamericanas para aprender sobre el sistema. Durante la década de 1940 se crearon más escuelas a cargo del Ministerio de Educación en otras ciudades del país. Las escuelas ministeriales fueron las primeras en otorgar estatus universitario a la carrera en 1948, al quedar bajo la tutela académica y administrativa de la UCH.

Las visitadoras sociales eran herederas de la tradición de asistencia al pobre que desarrollaban mujeres de la aristo-

² Los estudios históricos de la asistente social e historiadora Maricela González son importantes en esta sección.



cracia en el siglo XIX y principios del siglo XX. La caridad cristiana movilizaba a mujeres de familias con riqueza a colaborar en instituciones como las Gotas de Leche, el Patronato de la Infancia y otras obras de caridad en que se visitaba hogares. Las visitadoras sociales, en cambio, ejercían una labor remunerada y técnica. Ellas tenían educación universitaria para ejercer su trabajo, y lo que definía mejor la diferencia con sus predecesoras de la alta sociedad, era el carácter científico de su carrera.

La categoría de científico que describía su quehacer se debía a que su trabajo asistencial se basaba en conocimiento teórico y métodos de intervención racional. Como demuestran sus tesis de grado, las visitadoras sociales eran entrenadas para hacer diagnósticos sociales y diseñar un plan de intervención que a continuación ejecutaban. Se las capacitaba para elaborar encuestas, estadísticas, observar, sistematizar la información que recolectaban y conocían de literatura nacional e internacional para los temas que estudiaban. Su preparación también incluía un vasto conocimiento de los servicios y beneficios disponibles en los sectores público y privado, y conocer las leyes laborales y de protección social.

En el contexto en que el Estado va construyendo un sistema de seguridad social, por medio de servicios como, por ejemplo, la CSO, las visitadoras sociales se hicieron indispensables al ser canalizadoras de los beneficios que el Estado asignaba a las familias como un derecho social, actuando como un vínculo integrador entre los individuos más desposeídos y el Estado. En otras palabras, eran el rostro del Estado.

La visita a domicilio era central en el quehacer de la visi-

tadora social, de ahí su nombre. En la intimidad del hogar observaban los problemas de la familia, los priorizaban e intentaban solucionarlos. Como personal sanitario, las visitadoras sociales realizaban una intervención holística, no sólo con relación al seguimiento de un tratamiento, las dificultades en torno a la hospitalización o la asistencia al médico. Ellas también indagaban y establecían las circunstancias sociales y ambientales que favorecían la enfermedad y la eventual muerte. La miseria del hogar, la escasa educación, la alimentación pobre, y fenómenos como la cesantía, la violencia, el alcoholismo, y el abandono, estimulaban un círculo vicioso de pobreza y enfermedad del que ellas daban cuenta e intentaban resolver caso a caso.

Por ejemplo, los registros de sus tesis de grado dan cuenta de su búsqueda de soluciones para problemas familiares que abordaban uno por uno; los que aquejaba al padre, al hijo adolescente, al niño, a la madre embarazada, circulando por distintas instituciones para lograr un objetivo. Los relatos de la asistencia a madres solteras abandonadas muestran el periplo por la ciudad y uso de redes profesionales y asistenciales para encontrar recursos que acogieran a la madre y su retoño. Ellas iban en busca del padre del hijo para que estableciera una relación formal con la madre y reconociera al hijo, buscaba un trabajo para la madre, un hogar que la acogiera, ropa para darle abrigo a ella y al infante, y una maternidad para proveer un parto hospitalario.

Aunque la preocupación de las visitadoras sociales se extendía a toda la familia, tendían a centrarse en el binomio madre-hijo. Tal como las enfermeras sanitarias, educaban a madres en nociones de higiene y puericultura, y establecían lazos de confianza con ellas para lograr la mejor acogida a



▲ **Visitadora social Guillermina Gronemeyer**, autor desconocido. La visitadora social (asistente social) de la Refinería de azúcar de Viña del Mar, ca. 1933. Viña del Mar, Chile. Gelatina de Plata sobre papel, 12,6 x 17,3 cm. MD0000271

◀ **Equipo médico cardio-renales**, autor desconocido. Dos médicos de la Caja de Seguro Obligatorio durante la examinación a una paciente en una consulta. Se puede observar también a una asistente social trabajando en un escritorio, ca. 1935. Aconcagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12 x 18,2 cm. MD0000207

▼ **Casa de Socorro de Puente Alto**, autor desconocido. Posan en el acceso principal del edificio: el personal médico, las enfermeras, asistentes sociales y los auxiliares, ca. 1940. Puente Alto, Chile. Negativo en gelatina de plata sobre vidrio, 18 x 24 cm. MD005874

sus consejos. Esa confianza también facilitaba que les confidencien las dificultades y conflictos por las que atravesaba la familia. La similitud de estas funciones entre estas dos profesionales produjo debates acerca de la limitación de las atribuciones de profesión y qué tipo de profesional le convenía al Estado formar y contratar.

Las visitadoras también asistían a hombres en, por ejemplo, tratamientos médicos, internación en hospitales o sanatorios, invalidez por accidentes, apoyo para buscar empleo y lidiaban con ellos para reprenderlos por la violencia ejercida hacia sus parejas o por el alcoholismo. En ambientes de predominio masculino, como industrias o mineras, eran la autoridad en las oficinas de bienestar, a las que les tocaba fundar y muchas veces ser las únicas funcionarias. En estos servicios las visitadoras podían asumir roles de cuidado sanitario diferentes, como era la prevención de accidentes del trabajo mediante charlas a los trabajadores y la elaboración de estadísticas relativas a riesgos y accidentes en la empresa. Si el trabajador se accidentaba, en sus manos quedaba la tramitación de reposos, asistencia médica, pensiones, entre otros.

Con la información que recogían, las visitadoras sociales produjeron conocimiento valioso sobre las necesidades de la población pobre y trabajadora. Sus observaciones detalladas de las condiciones de vida de los beneficiarios, de sus problemas y hábitos, fueron importantes para las instituciones sanitarias. Esos reportes servían de guía tanto al médico de un consultorio como para impulsores de políticas sanitarias, porque apoyaban la toma de decisiones y ayudaban a conocer y evaluar sus resultados.





▲ **El Dr. Carlos Mönckeberg B., Director de la maternidad, posa con el equipo médico y de matronas,** Maternidad del Hospital Clínico San Vicente de Paul, autor desconocido. ca.1926, Santiago, Chile. Negativo en gelatina de plata sobre vidrio, 18 x 24 cm. MD00005837

▲ **Matronas,** autor desconocido. La matrona Irma Urquieta (primera desde la izq.) y colegas. ca. 1957, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 12 x 16 cm.

◀ **Estudiantes de obstetricia,** autor desconocido. Estudiantes de 3er año de la carrera de obstetricia posan en un patio de la escuela ubicada en el hospital San Francisco de Borja. Entre otras personas no identificadas distinguimos a la estudiante Irma Urquieta (la primera sentada desde la izq.), 1954, Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 7,5 x 10, 5 cm. MD0007889

Las Matronas

La atención médica del parto por una matrona o médico era un desembolso difícil de costear para una familia pobre. Por eso el acceso garantizado al parto profesional que el Estado dio a las trabajadoras a mediados de la década de 1920, marcó un hito que contribuyó a que su práctica se extendiera.

El parto profesional que aseguraban la Ley del Seguro Obrero (1924) y el Código Laboral de 1931 fue parte de la protección al binomio madre-hijo que el Estado promovió en la primera mitad del siglo XX como medida estratégica para el progreso nacional, buscando construir una población de trabajadores sanos, fuertes e industriosos. El parto médico era clave para controlar la mortalidad infantil y materna. En 1920, por mil nacidos fallecían 263 en Chile, en Santiago la cifra aumentaba a 334 por cada mil. Alrededor del 36% de los fallecimientos eran de niños antes de cumplir un mes de vida.

El Estado requirió aumentar la dotación de matronas para satisfacer, por ejemplo, el Servicio de Atención Domiciliaria de Partos que implementó la CSO en la década de 1930. En el mismo periodo el Estado también brindó atención materno-infantil en consultorios de la DGS para la población excluida de los beneficios de la CSO. De esta manera el Estado absorbió buena parte de la oferta de matronas disponibles en Chile. Solo en la CSO, en 1935 trabajaban 71 matronas contratadas y en 1945 figuraban 214. Un importante desafío de la CSO fue extender el parto profesional hacia las zonas rurales, lo que se llevó a cabo trasladando a matronas a residir en esos lugares.

A mediados de la década de 1940, cerca de la cuarta parte de los nacimientos del país estaban controlados técnicamente por la CSO. Se extendió el parto profesional sobre todo cuando la CSO en 1937 incluyó a las esposas de los asegurados y sus hijos entre sus beneficiarios. (Ley madre y Niño). Antes la asistencia era solo para la trabajadora asegurada y sus hijos, no para las esposas de los trabajadores. Así, si en 1938 la CSO había atendido 22 mil partos y en 1939 la cifra marcó 25 mil. De estos últimos, ocho mil correspondían a partos atendidos en maternidades.

La CSO también financiaba el parto hospitalario y con ello promovió que las mujeres lentamente comenzaran a parir en hospitales en vez del domicilio. Las matronas también se encargaban de los partos normales hospitalarios. El parto en hospital tenía el beneficio de reducir la mortalidad materno-infantil, más aún al finalizar la década de 1930 al introducirse las sulfadrogas y antibióticos. No fue abrupto el cambio, en un principio partos en el hospital se restringían a complicaciones médicas. Circunstancias sociales comenzaron a ameritar que las visitadoras sociales buscaran internar a parturientas, por ejemplo, en casos de madres solteras. La apertura de nuevas maternidades en las primeras décadas del siglo XX también ayudó a que se incrementara el parto hospitalario, y no solo con relación a las beneficiarias de la CSO. A mitad de siglo, el 60% de los nacidos vivos de la capital nacían en hospitales. Aun así, en 1950 todavía la mayoría de los partos en Chile continuaban ocurriendo en hogares. Algunas matronas abrieron sus propias maternidades. Para regular el ejercicio profesional el Estado promulgó el

Reglamento de Maternidades Particulares en 1938, con una revisión en 1940. El Estado buscaba principalmente controlar el aborto ilegal, que se derivara a médicos el manejo de casos clínicos complejos y que operaran en condiciones higiénicas apropiadas.

En Chile la atención del parto fue un terreno profesional indiscutiblemente restringido a las matronas. Pero otras ocupaciones que en un principio eran solo de su jurisdicción, como atención al recién nacido, enseñanza de puericultura y el incipiente control del embarazo en los años treinta, comenzaron a ser también desarrolladas por enfermeras sanitarias en unidades sanitarias y algunos consultorios de la CSO. Esta superposición de funciones no se experimentó en forma masiva, de modo que matronas continuaron realizando estas ocupaciones en hospitales, consultorios y áreas rurales.

Las matronas tardaron más en profesionalizar la carrera que las otras carreras que se representan en este libro, pese a su antigüedad y la importancia para la política sanitaria y demográfica. En la carrera hubo cambios curriculares hacia el siglo XX y en las primeras décadas del siglo. A partir de 1913 la escuela se fusionó con el Instituto de Puericultura y se formó la Escuela de Obstetricia y Puericultura. En la década de 1930 los estudios se prolongaron a tres años, se incorporaron nuevas asignaturas y la inclusión de un internado. Sin embargo, ingresar a la carrera implicó notoria menor exigencia que otras carreras de salud, y solo se requirió el examen de bachiller en 1952. En ese año alcanzaron el rango de carrera universitaria. Pese a contar con más de una asociación en las primeras décadas del siglo XX, las matronas no tuvieron fuerza gremial, líderes o apoyo externo para impulsar el perfeccionamiento científico de la carrera y su reconocimiento social sino hasta pasada la mitad de siglo.

Según Felicitas Klimpel, en 1940 existían 1.168 matronas y en 1962, el número se incrementaba a 1500. De estas últimas, 600 matronas trabajaban en el SNS. En opinión de Klimpel, la carrera de matrona no atraía suficientes postulantes. Ciertamente la escasez de matronas fue un problema de largo aliento. Las reflexiones de matronas en el Primer Congreso Científico de Matronas en 1951 dan luces sobre las razones tras la opinión de Klimpel. Las matronas se sentían poco valoradas socialmente, sus remuneraciones eran bajas, estaban sobrecargadas en los servicios estatales, no se les había reconocido como universitaria la carrera y tenían pocas oportunidades para el perfeccionamiento profesional. Este Congreso fue un hito porque permitió por primera vez dar mayor visibilidad a las demandas del gremio.

► **Estudiantes de dietética**, autor desconocido.

Estudiantes frente al edificio que ocupó la Escuela de Nutrición y Dietética en el pabellón San Andrés del Hospital Susana Palma, ca. 1958. Santiago, Chile. Imagen digital.



Las Dietistas

Las dietistas son las antecesoras de quienes hoy se gradúan de la carrera de nutrición y dietética, es decir, los nutricionistas. En el pasado esta era una carrera solo para mujeres. El programa se creó en 1939 por iniciativa de la Junta Central de Beneficencia y se dictó primero en el Hospital Arriarán, trasladándose al poco tiempo al Hospital del Salvador. Solo en 1967 la carrera de dietista adquirió rango universitario y las profesionales se conocieron como nutricionistas. En 1970 la tutela de la Escuela se transfirió desde el SNS a la Universidad de Chile.

Un precedente de las dietistas fueron las mujeres que se dedicaron a la carrera de Economía Doméstica, que se dictaba desde 1906 en el Instituto de Educación Física y Técnica. Sus graduadas se recibían como profesoras de Estado, y ejercían preferentemente en liceos y escuelas superiores femeninas. Además de instruir sobre administración eficiente del hogar y manualidades, un contenido importante era la preparación de alimentación nutritiva.

La creación de la carrera de dietista en la década de 1930 se inserta en un periodo en que médicos comenzaban a desarrollar una productiva investigación científica en aspectos alimentarios. Por ejemplo, estudios relativos a la fisiología digestiva, a los componentes nutricionales de los alimentos o la salud nutricional de la población. En paralelo y basándose en estos estudios, la comunidad médica nacional se involucró en actividades sociales y políticas dirigidas a mitigar los problemas de carestía de alimentos y la desnutrición que aquejaba a la población chilena. Por ejemplo, organizaron eventos como el Primer Consejo de Alimentación Popular en 1931 y crearon el Departamento de Nutrición e Higiene en la UCH.

Sin embargo, la creación de dietistas en Chile no fue impulsada por la medicina social ni las políticas para paliar la desnutrición. En el contexto en que surgían estudios sobre alimentación, los estudios aplicados en hospitales evidenciaron que el servicio de cocina y la calidad nutricional de las raciones eran deficientes y ponían en riesgo la recuperación de los pacientes. Médicos como Julio Santa María y Jorge Mardones, abogaron por la reorganización del sistema de alimentación hospitalaria. El impulso de los médicos condujo a que la Junta Central de Beneficencia mejorara la administración de cocinas hospitalarias y reformulara los menús con un criterio médico. La formación de dietistas constituyó

parte del plan estatal de modernización del servicio de alimentación hospitalaria. El papel de la dietista fue organizar y administrar estos servicios, actuando como intermediaria entre el médico y el personal de cocina que ella dirigía.

La Junta de Beneficencia contrató a Esteban Kemeny para que viniera desde Budapest, capital húngara, para organizar la primera escuela de dietistas. El programa de estudios se basó en el modelo de dietista europeo en el cual estas profesionales se formaban para satisfacer específicamente las necesidades hospitalarias. Se privilegió este modelo por sobre el anglosajón que tenía un campo laboral más allá del ámbito hospitalario y que, teniendo más asignaturas en la formación, lograba mayor autonomía con respecto a la supervisión de médicos para resolver problemas nutricionales. En común, los dos modelos creaban un personal técnico especializado, que asumía una responsabilidad que estaba difusamente a cargo de cocineros y enfermeras.

Para el primer curso se reclutaron egresadas del Instituto de Educación Física y funcionarias de hospitales, incluidas algunas religiosas. Los profesores fueron Santa María, Kemeny y la profesora de economía doméstica Lidia Contreras. A mediados de la década de 1940 el curso se transformó en la Escuela de Dietistas, ofreciendo en 1946 un currículo renovado con nuevos cursos y docentes. En 1948 ya se habían titulado 107 dietistas.

En 1948 se creó la Asociación de Dietistas. Uno de sus objetivos más importantes fue alcanzar el reconocimiento profesional. En primer lugar, esto significaba obtener el estatus universitario. Por otro lado, estaban en desventaja en relación con otras profesiones sanitarias femeninas. En la escala de empleados fiscales se adscribían a un grado menor que matronas, visitadoras sociales y enfermeras, lo que disminuía el monto de sus remuneraciones. En el camino hacia la autonomía profesional, un hito fue el Primer Congreso Nacional de Dietética en 1950 en Concepción, organizado por la Asociación, donde se discutió sobre diversos problemas de alimentación popular, la función profesional que las dietistas cumplían, y la relación que establecían con médicos, otras profesionales sanitarias y la industria de alimentos.

³ Los estudios históricos de Juan Carlos Yáñez son muy importantes en el desarrollo de esta sección.



▲ 3er año del curso de técnicos laborantes, autor desconocido, 1951. Imagen digital facilitada por el Colegio de Tecnólogas médicas

Las Técnico-Laborantes

La actual carrera de tecnología médica nació en Chile en 1948 como un oficio exclusivamente femenino, denominado en la época técnico laborante. La Beneficencia fundó esta carrera al crear la Escuela de Técnica y Administración Hospitalaria para formar al personal dedicado a la toma de exámenes clínicos y su análisis en el sistema hospitalario estatal. Su organizador y director fue el médico Osvaldo Quijada, quien se dedicaba a la organización e inspección hospitalaria. Los cursos que se dictaban conducían directamente a las siguientes especialidades: Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Radiología y Física Médica, y Anatomía Patológica. El oficio se extendía por dos años y medio y las clases se dictaron en el Hospital San Francisco de Borja. En 1950, antes que egresara la primera generación de técnico-laborantes, la Beneficencia asignó a estas profesionales el mismo estatus y beneficios que asistentes sociales, enfermeras y matronas. Al desaparecer la Beneficencia en 1952, la Escuela quedó bajo la responsabilidad del SNS.

Al fundarse la Escuela se buscó reclutar como estudiantes a mujeres que formaran parte del personal hospitalario y de laboratorio. En sus memorias, Osvaldo Quijada se refirió a la decisión de feminizar el oficio: “Quería aprovechar lo mucho positivo [sic] de la femineidad para elevar el nivel de orden y de trabajo regular. Exigimos a las postulantes modales y moral que les diera ascendiente hasta sobre los médicos y las capacitamos para efectuar las variadas técnicas de laboratorio.” En 1960 se autorizó el acceso de varones a la carrera.

La primera generación se graduó en 1951, con nueve alumnas. Ellas se convirtieron en las instructoras de las siguientes generaciones. Entre ellas estaba Lila Wolnizky, quien en 1952 se convirtió en subdirectora de la Escuela. En 1960, la Escuela se traspasó del SNS a la UCH, creándose la Escuela de Tecnología Médica. Desde entonces la carrera adquirió rango universitario, siendo Guacolda Ubilla la primera en titularse también en 1960. Las/los profesionales pasaron a denominarse tecnólogos/a médicos/a. Ubilla sucedió a Wolnizky como subdirectora en 1962, asumiendo en 1967 la dirección de la Escuela. En 1967 se consignaban 506 de estos profesionales, más 20 técnicos laborantes que no habían revalidado el título (por ello conservaban la antigua denominación).



▲ **Laboratorio del Hospital Sanatorio Valparaíso, J.**
Salinas, ca. 1940. Valparaíso, Chile. Gelatina de plata
sobre papel, 8,7 x 3,8 cm. MD0002174

▼ **Dr. Osvaldo Quijada y la TM.** Lila Wolnitzky entregando
títulos a las profesionales, ca. 1959. imagen digital
facilitada por el Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile.





▲ **Enfermeras sanitarias**, autor desconocido. Un grupo de enfermeras sanitarias de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal posando con el Dr. John H. Janney, representante de la Fundación Rockefeller en Chile. Al costado derecho del Dr. Janney se reconoce a la enfermera Sofía Pincheira, 1947. Santiago, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 17 x 23 cm. MD0003821

Conclusión

La colección de imágenes seleccionadas para este cuadernillo, relativas a carreras sanitarias como la matronería, enfermería y servicio social, dan cuenta de un temprano acceso femenino al campo de la asistencia sanitaria en Chile. Las imágenes referidas a médicas, farmacéuticas y mujeres dentistas, dan cuenta del creciente acceso femenino a profesiones pensadas para ambos sexos durante la primera mitad del siglo XX. En ambos grupos, su historia ha estado ligada a la creencia de que el ejercicio profesional desempeñado por mujeres traía consigo un beneficio social particular, idóneo para el ámbito sanitario, y que era atribuible a la naturaleza femenina. Esta convicción facilitó el acceso de mujeres a la universidad, estimuló la aceptación y apreciación del trabajo que ellas podían realizar, y reforzó la configuración de nuevas identidades profesionales femeninas.

En estas imágenes se evidencia un elemento esencial que es preciso relevar en la conclusión. Es el vínculo del oficio con la educación formal, metódica y científica. Las imágenes de estudiantes, de graduadas en continua formación, de profesionales ejerciendo acorde a un modelo de trabajo específico, de mujeres docentes y en posiciones influyentes ilustran dos procesos fundamentales en la historia de las mujeres chilenas del siglo XX. Primero, la gradual participación de las mujeres en distintos campos de desarrollo educativo y laboral, y segundo, confirman que, pasada las

primeras décadas del siglo XX, las mujeres fueron incrementando su formación y diversificando sus campos de acción. Si bien la condición femenina continuaba siendo enaltecida, haciéndola un requisito para el ingreso universitario a ciertas carreras sanitarias, la gradual necesidad de contar con profesionales con una mayor formación técnica y científica fue adquiriendo más importancia que las atribuciones idealizadas asociadas al género femenino hacia la primera mitad del siglo XX.

Estas imágenes representan un periodo emblemático de la modernización asistencial sanitaria en Chile y las profesiones descritas aquí son reflejo de esa modernidad. La asistencia médica y social a la población enferma, y particularmente la más pobre, se profesionalizaron y se convirtieron en un derecho social. La buena voluntad y la caridad fueron perdiendo protagonismo, dando espacio al Estado, sus políticas públicas, y a una práctica asistencial basada en la ciencia. Estas imágenes nos recuerdan que del Estado provino el mandato de crear y profesionalizar estas carreras, y que la formación profesional se forjó mayoritariamente en instituciones estatales, en el marco de políticas de salud pública tan estratégicas como, por ejemplo, las de protección materno-infantil o de campañas de vacunación.



▲ **Profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile posando en el Club de la Unión,** Autor desconocido. En esta imagen puede verse a la académica

Dra. Eleanira González Donoso, posando con colegas al interior de un salón del Club de la Unión, un espacio eminentemente conservador y masculino, al que normalmente no acceden mujeres.

Ella se encuentra sentada entre los catedráticos, Emilio Croizet C. y Luis Vargas Salcedo. Al centro de la imagen se encuentra el ex rector y decano de medicina Prof. Dr. Armando Larraguibel M., le siguen Carlos Monckeberg Bravo y Juan Noé Crevani. Su ubicación en esta imagen revela la jerarquía de su posición al interior del cuerpo de profesores en la Facultad de Medicina. Un ejemplo de esto, es que en el año 1947 asumirá como directora de la Escuela de Enfermeras, labor que compartió con su trabajo como médica, ca. 1946, Santiago, Chile. Gelatina de Plata sobre papel, 11,5 x 18, 4 cms. MD000800083

Aquellas instituciones estatales les ofrecieron a estas profesionales una significativa fuente de empleo, que les brindó una alternativa de independencia económica. No podemos olvidar que estas profesionales también ejercieron en el mundo privado durante la primera mitad del siglo XX, no obstante, el registro documental de esta actividad es menos abundante tanto en fuentes escritas como iconográficas.

Este cuadernillo contribuye a confirmar el papel preponderante de las mujeres en la historia sanitaria chilena como lo está consignando la historiografía local más reciente, fortaleciendo así un relato más integral de nuestra historia republicana. Asimismo, refrenda el enorme valor que tiene la preservación de fuentes primarias iconográficas y su estratégica importancia al reforzar la visibilidad y la memoria del pasado femenino nacional.

Seguramente, futuros y especializados estudios históricos de esta colección de imágenes ofrecerán nuevas preguntas y lecturas de la trayectoria de estos oficios sanitarios en la historia chilena del siglo XX.



▲ **Enfermera en visita rural**, autor desconocido. Enfermera Sanitaria durante una visita a una madre con su hijo, ca. 1950. Aconcagua, Chile. Gelatina de plata sobre papel, 8,9 x 11,9 cm. MD0000243

Bibliografía

Fuentes Primarias

- Amaral, Moisés. La profesión de enfermera. Necesidad de difundir su enseñanza. Santiago: Imprenta y Encuadernación El Globo, 1904.
- Adams, Sara y Cordemans de Bray, Leo. “Cómo dignificar la profesión de enfermera”, *Revista de Asistencia Social*, Año 2, n° 1, 1933, pp. 76–85.
- Asociación de Enfermeras Universitarias de Chile. Memoria del Primer Congreso Nacional de Enfermería de 1948. Concepción: 1948.
- del Río, Alejandro. “Consideraciones sobre el personal auxiliar del médico, de la sanidad y del servicio social”, *Revista de Beneficencia Pública*, vol. IX, n° 3, 1925, pp. 396–411.
- Frakia, Elma. “La enfermería y los servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Chile”, *Revista de Asistencia Social*, Año 11, n° 4, diciembre 1942, pp. 203–253.
- Frakia, Elma. “El Centro de Salud y la Enfermería”, *Revista de Asistencia Social*, Año XII, n° 1, 1943, pp. 27–129.
- Guerin de Elgueta, Sara (Ed.). *Actividades Femeninas en Chile*. Santiago: Impr. y Litogr. La Ilustración, 1928.
- Klimpel, Felicitas. *La mujer chilena. El aporte femenino al progreso de Chile (1910–1960)*. Santiago: Andrés Bello, 1962.
- Pincheira, Sofía. *La enfermera sanitaria en los servicios de Salud Pública*. Santiago: Talleres Gráficos Casa Nacional del Niño, 1944.
- Primer Congreso Panamericano de Enfermería de 1942. Santiago: El Imparcial, 1944.
- Eva, “Profesiones femeninas: la enfermera”, Año 7, n° 194, dic. 1948, pp. 38–39, 63.
- Eva, “Nuevas profesiones femeninas: la laboratorista”, Año 6, n° 168, jun. 1948, p. 39.
- Eva, “Nuevas profesiones para la mujer: la enfermera”, Año 6, n° 163, abril 1948, p. 37.
- Urzúa, H., Armijo, R., Taborga, A. (et. al). “Objetivos y rendimiento de las unidades sanitarias”, en: *Actas de las Primeras Jornadas Chilenas de Salubridad organizadas por la Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública*. Santiago: Talleres de la Casa Nacional del Niño, 1952, pp. 11–25.

**Estas fuentes primarias están disponibles en www.memoriachilena.cl

Fuentes Secundarias

- Boj, Teresa, Rebolledo, Annabella y Vásquez, Mónica. De la dietista al nutricionista: 50 años de una profesión. Santiago: Colegio de Nutricionistas de Chile A. G., 1989.
- Jiménez de la Jara, Jorge. “Política y organizaciones de salud en Chile. Reflexiones históricas”, *Ars Médica*, v.3, n°5, 2001.
- Dussaillant, Jacqueline. “Turnos, títulos e ‘intrusos’: los dolores de cabeza de los boticarios (Santiago, 1846–1943)”, *Historia*, vol. 48, n°1, 2015, pp. 99–118.
- González, Maricela. “‘La obvia inferioridad de nuestras escuelas...’ Las primeras influencias norteamericanas en el Trabajo Social chileno a inicios de la década de 1940”, *Revista Trabajo Social*, n°82, agosto 2012.
- González, Maricela y Zárate, María Soledad. “Trabajo, miserias y recompensas: asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX”, *Salud Colectiva*, n°15, 2019.
- González, Maricela y Zárate, María Soledad. “Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900–1930”, *Tempo*, Niterói 24, n°2, mayo/ago. 2018, pp. 376–377.
- Illanes, María Angélica. “En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia (...): Historia Social de la Salud Pública, Chile, 1880–1973. Hacia una historia social del siglo XX. Santiago: Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- Flores, Rosalba. Historia de la enfermería en Chile: síntesis de su evolución educacional. Santiago: [s.n.], 1965.
- Lavrín, Asunción. “Puericultura, salud pública y maternidad” en *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890–1940*. Santiago: DIBAM, 2005, pp. 131–164.
- Molina, Carlos. Institucionalidad sanitaria chilena, 1889–1989. Santiago: LOM, 2010.
- Muñoz, Carlos. 75 Años. Facultad de Farmacia (1919–1994). Concepción: Universidad de Concepción, 1995.
- Ponce de León, Macarena. *Gobernar la pobreza: prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830–1890*. Santiago: Dibam, 2011.
- Rengifo, Francisca. “Familia y escuela. Una historia social del proceso de escolarización nacional. Chile, 1860–1930”, *Historia*, n°45, vol. 1, enero–junio 2012, pp. 123–170.
- Salinas, René. “Salud, ideología y desarrollo social en Chile 1830–1950”, *Cuadernos de Historia*, n°3, 1983, pp. 99–126.
- Sánchez, Karin. “El ingreso de la mujer chilena a la universidad y los cambios en la costumbre por medio de la ley 1872–1877”, *Historia*, vol. 39, n°2, 2006, pp. 497–529.
- Serrano, Sol. *Universidad y nación*. Santiago: Editorial Universitaria, 1994.
- Yañez, Juan Carlos. *La intervención social en Chile*. Santiago: RIL, 2008.
- Yañez, Juan Carlos. “El desarrollo histórico de las dietistas en Chile: 1939–1950. Del primer curso de dietistas al Primer Congreso Nacional de Dietética”, *Historia* 396, vol. 10, 2020.
- Zárate, María Soledad y González, Maricela. “¿Qué hacemos las enfermeras? Profesionalización, autonomía y asociatividad de la enfermería chilena, 1940–1960”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2019.
- Zárate, María Soledad. “‘Formar enfermeras, no empleadas domésticas’. Profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930–1950”, *Dynamis*, vol. 37, n°2, 2017, pp. 317–343.
- Zárate, María Soledad. “Al cuidado femenino: mujeres y profesiones sanitarias, 1889–1959”, en: Ana María Stiven y Joaquín Fermandois (Eds). *Historia de las mujeres en Chile*, t. II. Santiago: Taurus, 2013, pp. 119–155.
- Zárate, María Soledad. “Alimentación y previsión biológica: la política médico–asistencial de Eduardo Cruz–Coke”, en: Cruz–Coke, Eduardo. *Medicina Preventiva y Medicina Dirigida* [Rafael Sagredo, ed.]. Santiago: Cámara Chilena de la Construcción, PUC, DIBAM, 2012, pp. IX–LXV.
- Zárate, María Soledad. “Parto, crianza y pobreza en Chile contemporáneo”, en: Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri (Eds). *Historia de la vida privada en Chile*, t. III. Santiago: Taurus, 2005, pp. 11–47.
- Zárate, María Soledad. *Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la ‘ciencia de hembra’ a la ciencia obstétrica*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado, 2007.

Sobre la historia de la carrera de tecnología médica:

- <https://www.colegiodetecnologosmedicos.cl/index.php/nosotros/historia.html>
- <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Recopilaciones/Biografia-Osvaldo-A-Quijada.pdf>
- <http://morfocitologia.blogspot.com/2009/09/historia-tecnologia-medica-en-chile-por.html>
- <https://www.timetoast.com/timelines/historia-de-la-tecnologo>
- <https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/visita-expandida/2659/>

Selección de unidades temáticas de Memoria Chilena (www.memoriachilena.cl):

- Mujeres y profesiones universitarias (1900–1950); La familia obrera. Constitución e intervención en la vida familia popular (1910–1950); La salud pública en Chile (1910–1950); La asistencia médica del parto en Chile (1834–1940); Enfermeras: profesionalización y cuidado sanitario (1906–1950); Profesionalización de la medicina en Chile (1750–1930); Higiene y salud pública en Chile (1870–1910)

Museo Nacional de Medicina
Facultad de Medicina
de la Universidad de Chile
5to piso, edificio de la Biblioteca Central
Av. Independencia 1027
Independencia, Santiago, Chile
(56 2) 29786638 – (56 2) 29786373
museo@med.uchile.cl
@museomedicina
www.museomedicina.cl

