

«Formar enfermeras, no empleadas domésticas». Profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950

María Soledad Zárate (*)

(*) orcid.org/0000-0002-9537-822X. Departamento de Historia, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile. mzarate@uahurtado.cl

Dynamis
[0211-9536] 2017; 37 (2): 317-343
<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362017000200004>

Fecha de recepción: 13 de noviembre de 2016
Fecha de aceptación: 7 de abril de 2017

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Orígenes y antecedentes formativos y laborales. 3.—Formar enfermeras y no empleadas domésticas. 4.—El modelo norteamericano en la formación de las enfermeras chilenas. 5.—Enfermeras y políticas materno-infantiles. 6.—Enfermeras y Unidades Sanitarias (Health Centers). 7.—Conclusiones.

RESUMEN: Este artículo identifica y describe una serie de procesos históricos que contribuyeron, junto a la formación académica, a la profesionalización de la enfermería entre las décadas de 1930 y 1950 en Chile, alejando gradualmente la asociación de este oficio con el ejercicio por el servicio doméstico. A través de la revisión de fuentes documentales como monografías y publicaciones periódicas de naturaleza médico-asistencial, el artículo examina los debates públicos respecto de los vínculos que las enfermeras establecieron con la comunidad médica y otros oficios paramédicos; el impacto de la formación fuertemente influenciada por la experiencia norteamericana; su gradual especialización sanitaria y su papel en las políticas materno-infantiles. En el marco de la profesionalización de oficios sanitarios ejercidos casi exclusivamente por la población femenina, sustentada en las clásicas atribuciones a dicho género, el artículo explora algunos efectos de estos procesos en la formación de las enfermeras que posibilitaron la conformación de una identidad profesional que progresivamente experimentaba el reconocimiento de la comunidad médica, y que alcanzaba mayores niveles de autonomía en el ejercicio de sus tareas específicas hacia mediados del siglo XX chileno.

PALABRAS CLAVE: enfermeras, profesionalización, Chile, política de salud.

KEYWORDS: nurses, professionalization, Chile, health policy.

1. Introducción (*)

«Aquí quisiera pedir a los médicos como miembros de la profesión y como individuos, que se interesen por comprender el papel de la enfermera para que sepan exigir de ellas el cumplimiento de sus deberes, tomándolas como profesionales y no como empleadas domésticas que les encienden sus cigarrillos o que los ayudan a colocarse el abrigo»¹

Con estas palabras, la enfermera norteamericana Sara Adams y la visitadora social belga Leo de Bray solicitaban a la comunidad médica un mayor reconocimiento del trabajo que hacían las enfermeras y la necesidad de diferenciarlo del realizado por el servicio doméstico en el Chile de la década de 1930. Como veremos, dicha asociación puede explicarse porque los directos antepasados de la enfermería estaban en la servidumbre doméstica que trabajaba en los recintos de la Beneficencia como también por la escasa valoración de los aspectos formativos del oficio, que hacían de la enfermería un oficio homologable al cuidado doméstico. Lo cierto es que la asociación entre enfermería y domesticidad es un componente histórico importante de la profesionalización de la enfermería de la primera mitad del siglo XX chileno pues su aceptación suponía la tutela y mando de los médicos respecto de las enfermeras.

Si bien en Chile, la historia de la salud y de la medicina exhibe un desarrollo auspicioso desde hace dos décadas, esta se ha concentrado casi exclusivamente en el quehacer médico, desatendiendo el registro de la trayectoria laboral de los oficios paramédicos y su contribución en la implementación de políticas sanitarias². En Chile, se cuenta con escasas investigaciones históricas sobre las enfermeras en contraste a la importante producción que se registra en Argentina referida, por ejemplo, a los orígenes de la enfermería

(*) Esta publicación es resultado del proyecto FONDECYT N.º 1100997 «Salud, mujeres y Estado. Transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno-infantil. Chile 1952-1973», en colaboración con Lorena Godoy. Centro de Estudios de la Mujer, 2010-2013.

1. Adams, Sara; de Bray, Leo. Cómo dignificar la profesión de enfermera. *Revista de Asistencia Social*. 1933; 2 (1): 83.
2. Zárate, María Soledad; Del Campo Andrea. Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [artículo en internet]. 2014 [citado julio 2015]; 1-21. Disponible en <https://nuevomundo.revues.org/66805>

y su trayectoria durante el periodo peronista como lo enseña el artículo de Ramacciotti y Valobra incluido en este dossier³.

Este artículo presenta algunos antecedentes respecto de los orígenes de la profesión y, luego, la revisión de una serie de procesos que, junto a la formalización de las escuelas, promovieron la profesionalización de la enfermería entre las décadas de 1930 y 1950. Dichos procesos son: los debates públicos respecto de la profesión que emergieron en el Tercer Congreso de Asistencia Social en la década de 1930. Segundo, el inicio de estadías académicas extranjeras de un puñado de enfermeras, experiencia encabezada particularmente por la enfermera Sofía Pincheira, quien valoraba positivamente la influencia de los Estados Unidos en la formación del oficio en la misma década. Tercero, el imperativo llamado a la especialización que encarnó la figura de la enfermera sanitaria en la década de 1940, consecuencia de la influencia de la Fundación Rockefeller. Y cuarto, la disputa entre matronas y enfermeras sanitarias respecto de su papel en las políticas de protección materno-infantil implementadas por la Caja del Seguro Obligatorio y por las *Unidades Sanitarias* (Health Centers) fundadas también en la década de 1940, disputa que dio cuenta de los límites entre las competencias y funciones asignadas a ambas profesionales, evidenciando las diferencias entre la tradición europea y norteamericana que influenció a sus respectivas formaciones. Para documentar dicho procesos se revisaron monografías, tesis y artículos en publicaciones periódicas fundamentalmente médicas.

Estos procesos, que forjaron la identidad profesional de las enfermeras, descansan en la virtuosa relación entre las atribuciones de género asignada a las mujeres, la necesidad de organizar racionalmente este oficio paramédico centrado en el cuidado, y la valorización pública y académica que este oficio debía recibir de los profesionales médicos para el adecuado cumplimiento de su misión. Dichas temáticas cuentan con discusiones a nivel internacio-

3. Wainerman, Catalina; Binstock, Georgina. Género y ocupación en el sector de Enfermería. Estudios del Trabajo [artículo en Internet]. 1994; 7: 44-65. Disponible en: <http://www.aset.org.ar/docs/Wairnenman%20Y%20Binstock.pdf>; Ramacciotti. Karina; Valobra Adriana. Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista. En: Barry, Carolina; Karina Ramacciotti; Adriana Valobra eds. La Fundación Eva Perón y las mujeres en Buenos Aires: entre la provocación y la inclusión. Buenos Aires: Biblos; 2008; Martín, Ana Laura. Mujeres y enfermería: Una asociación temprana y estable, 1886-1940. En: Biernat, Carolina; Cerdá, Juan Manuel; Ramacciotti, Karina dirs. La salud pública y la enfermería en la Argentina. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2015, p. 257-286.

nal, que relevan la singularidad de las profesiones sanitarias feminizadas⁴; la compleja relación entre el aporte del trabajo clínico de los médicos y el cuidado clínico y emocional brindado por las profesiones sanitarias femeninas⁵; la división entre profesiones y los procesos de exclusión, clausura y discriminación por razones de género⁶.

2. Orígenes y antecedentes formativos y laborales

La profesionalización del oficio de enfermera en Chile es consecuencia de la formalización de los sistemas de enseñanza de tres profesiones sanitarias fuertemente orientadas al servicio y al cuidado: matronas⁷, enfermeras y visitadoras sociales. El desarrollo de estos oficios, que por definición solo eran ejercidos por mujeres, se convirtió en una importante oportunidad de inserción laboral femenina y en un proceso que contribuyó a modernizar el sistema sanitario estatal en instituciones claves como la Caja del Seguro Obligatorio desde 1924 y el Servicio Nacional de Salud desde 1952⁸.

-
4. Ortiz Gómez, Teresa. La práctica sanitaria en la historia, ¿una cuestión femenina? Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud. 2007; 23: 61-65; Agostini, Claudia. Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de 1920. Estudios de historia moderna y contemporánea de México. 2007; 37: 89-120; Riska, Elianne. Toward gender balance: but will women physicians have an impact on medicine. Social Science and Medicine. 2001; 52: 179-187.
 5. Davies, Celia. The sociology of professions and the profession of gender. Sociology. 1996; 30 (4): 661-678.
 6. Blättel-Mink, Birgit; Kuhlmann, Ellen. Health professions, gender and society: introduction and outlook. The International Journal of Sociology and Social Policy. 2003; 23 (4/5): 1-21; Tanner, Julian; Cockerill, Rhonda. Ideology and the middle class: the influence of work and gender in the health care professions. 2000; 27 (4): 481-504.
 7. La primera escuela de matronas se fundó en 1834 y, en rigor, constituye el primer proyecto de educación sanitaria formal en Chile decimonónico, Zárate, María Soledad. Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la 'ciencia de hembra' a la ciencia obstétrica. Santiago: Dibam-UAH; 2007.
 8. Sobre asistentes sociales, Illanes, María Angélica. Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940). Santiago: Lom Ediciones; 2006; González, Maricela. «La obvia inferioridad de nuestras escuelas...». Las primeras influencias norteamericanas en el trabajo social chileno a inicios de la década de los 40. Revista Trabajo Social. 2012; 82: 33-54; sobre matronas en la Caja del Seguro, Zárate, María Soledad. Parto, crianza y pobreza en Chile. En: Sagredo, Rafael; Gazmuri, Cristian, eds. Historia de la vida privada en Chile. Tomo 3. Santiago: Taurus Ediciones; 2007, p. 13-47. Sobre matronas y enfermeras, Zárate, María Soledad. L'assistance clinique et sanitaire de l'accouchement: Trajectoire nationale et influences internationales, Santiago du Chili, 1900-1950. Canadian Bulletin of Medical History. 2008; 25 (1): 193-224; Zárate, María Soledad. Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones

Un factor determinante de los orígenes de esta profesión fue la convicción que tenían los médicos a principios del XX respecto de la necesidad de visibilizar y formalizar la educación de la enfermería en Chile. La formación científica fue una preocupación presentada tempranamente por el médico Moisés Amaral Martínez en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano realizado en Buenos Aires en 1904⁹. Durante el siglo XIX, el cuidado de los enfermos en los recintos de la beneficencia estuvo, mayoritariamente, en manos de enfermeros, religiosos de diversas órdenes y, especialmente, en manos de las religiosas de la Caridad. Previo a la definitiva institucionalización de la Escuela de Enfermeras de la Beneficencia y de la Universidad de Chile, la formación de las enfermeras descansaba significativamente en iniciativas personales como, por ejemplo, el curso organizado en el hospital San Francisco de Borja, dirigido por el médico Eduardo Moore en 1902¹⁰.

Recurriendo a la experiencia de Moore, se fundó la primera Escuela de Enfermeras del Estado en 1906, supervisada por la Universidad de Chile. Este nuevo y laico proyecto sanitario se propuso reclutar e instruir científicamente a un grupo de mujeres para asumir la asistencia paramédica en los recintos de la beneficencia que dirigían religiosos y religiosas. Alejandro Del Río, médico que impulsó la regulación del trabajo que realizaban enfermeras y religiosas al interior de los hospitales¹¹, estableció un régimen de internado para esta escuela en 1922 (las postulantes se entrenaban en el Hospital San Vicente de Paul). Esta iniciativa institucional ampliaba el campo de acción de las enfermeras a los recintos de la Beneficencia que, hasta entonces, ofrecían sus servicios preferentemente en el hogar.

Paralelo a esta formalización de los estudios de enfermería, el emergente debate referido a la pobreza urbana o la cuestión social alentó la demanda de la comunidad médica local por contar con una mayor intervención estatal en

sanitarias, 1889-1950. En: Stuvan, Ana María; Fermandois, Joaquín, editores. Historia de las mujeres en Chile. Tomo II. Santiago: Editorial Taurus; 2013, p. 119-155. Sobre matronas en el Servicio Nacional de Salud, Godoy, Lorena; Zárate, María Soledad. Trabajo y compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile, 1952-1973. Revista Ciencias de la Salud. 2015; 13 (3): 411-430.

9. Amaral Martínez, Moisés. La profesión de enfermera. Necesidad de difundir su enseñanza. Santiago: Impr. y Enc. El Globo; 1904.
10. El médico Jean Thierry dirigió en Valparaíso, junto a profesionales danesas, la escuela de enfermeras fundada en 1919. Flores, Rosalba. Historia de la enfermería en Chile. Síntesis de su evolución educacional. Santiago; 1965, p. 52.
11. Del Río, Alejandro. Consideraciones sobre el personal auxiliar del médico, de la sanidad y del servicio social. Revista Beneficencia Pública. 1925; 9 (3): 396-411.

materias médico-asistenciales y la discusión respecto del fortalecimiento de los profesionales sanitarios¹². Formar oficios «complementarios» al médico, vinculados al cuidado sanitario y social de los enfermos y sus familias, renovó la discusión local sobre la profesionalización de la salud pública y la organización de un servicio médico-asistencial acorde a estándares internacionales. Según Del Río, para dirigir y administrar los recintos asistenciales los médicos debían entrenarse en nuevas competencias, y el personal auxiliar —como la enfermera, la enfermera sanitaria y la visitadora social que, en rigor, eran solo mujeres— debía «completar la misión del médico», pues su trabajo era fundamental para las tareas de la Sanidad y el Servicio Social.¹³ Pero la formación de este personal auxiliar no solo suponía entrenamiento sino también un proceso de renovación: como sostenía Alejandro del Río, la «baja extracción social» de quienes atendían los recintos asistenciales era una condición que explicaba las escasas aptitudes para el cuidado técnico de los enfermos y la percepción social de que su trabajo, en rigor, no se diferenciaba mayormente del realizado por el servicio doméstico.

Para Del Río, el trabajo del personal auxiliar, que debía ser ejercido por mujeres, representaba ventajas para la profesionalización de la asistencia médica y social pero también una oportunidad para ampliar los horizontes intelectuales y laborales de la población femenina que se reconocían muy limitados en la época: «las mujeres inteligentes e instruidas que quieran servir a sus semejantes y al país y se sientan liberadas, ya de los rancios prejuicios coloniales, tendrán en estas carreras muy nobles y muy dignas, un nuevo campo para labrarse una situación propia y al mismo tiempo colaborar al bien común»¹⁴.

La creación de la escuela de 1906 no trajo consigo un reconocimiento formal y público significativo de la carrera de enfermera ni tampoco una delimitación clara respecto de sus funciones y la de otros oficios paramédicos. Pero sí reforzó, gradualmente, la idea de que ciertas tareas «paramédicas» debían estar en manos femeninas, premisa instalada por Amaral y de Del Río, y reiterada en adelante por médicos y enfermeras, casi sin

12. Illanes, María Angélica. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Santiago: Colectivo de Atención Primaria; 1993; Yáñez Andrade, Juan Carlos. La intervención social en Chile, 1907-1932. Santiago: Ril Editores; 2008.

13. Del Río, Alejandro. Reformas urgentes en nuestros hospitales. Revista Beneficencia Pública. 1918; 2 (4): 384-385.

14. Del Río, n. 11, p. 411.

excepción, hasta la década de 1960. Por ejemplo, en una cartilla editada en 1918, época que ya contaba con egresadas, explícitamente se reconocía que el «personal médico auxiliar» se componía de practicantes mayores, practicantes, enfermera jefe, enfermeros y enfermeras. Cabe señalar que la labor de los practicantes estaba ligada al aseo del servicio maternal, al transporte de los pacientes y al manejo de las ambulancias¹⁵. La distinción que hacía la cartilla evidenciaba la naciente jerarquía entre quienes contaban con una formación acreditada y los que se habían formado solo a partir de la experiencia, al establecer que ninguno de los practicantes podía hacer curaciones en los locales de Asistencia Pública, tarea reservada solo a las enfermeras. También en 1918, Ernestina Pérez, una de las primeras médicas en el país, publicó un manual de cuidados sanitarios dedicado a la «mujer chilena (...) sobretodo a la madre»¹⁶, texto que se inscribía en la prolífica producción dedicada a la difusión de la puericultura. Pérez proponía una distinción entre cuestiones higiénicas que podían y debían ser responsabilidad de las mujeres y dueñas de casa, de aquellas reservadas a mujeres que contaban con conocimientos acreditados. Por su parte, el médico Jean Thierry publicó el currículum de la Escuela de Enfermeras del Hospital de Valparaíso con el objetivo de revertir la escasez de manuales sobre el oficio en 1921. Pese a no contar con grabados que facilitarían la descripción de tratamientos, el texto presentaba rudimentarios conocimientos de anatomía, y la descripción de algunas enfermedades, sus causas y posibles tratamientos¹⁷. Thierry reforzaba la certeza de que las labores de enfermería debían ser confiadas a mujeres «con cultura general» y «técnica superior» y que exhibieran virtudes como «veracidad, maternidad, caridad, limpieza, observación, puntualidad y discreción».

En 1924, la creación de la Caja del Seguro Obligatorio (CSO), y la organización de su Departamento Médico constituyó un hito fundacional de una serie de políticas estatales dirigidas a la protección sanitaria de la población¹⁸. La importante cobertura asistencial de enfermedades laborales

15. Cartilla del Practicante de la Asistencia Pública. Santiago; 1914.

16. Pérez, Ernestina. Manual de la enfermera en el Hogar. Santiago: Imprenta Universitaria; 1918.

17. Thierry, Jean. Memoranda para la enseñanza de alumnas de enfermeras del Hospital de Valparaíso de Niños. Valparaíso; 1921. Reeditado en 1930.

18. Acompañaron a esta ley, el establecimiento del Ministerio de Higiene, Trabajo y Seguridad Social, que centralizó las agencias estatales en 1924, las reformas al Código Sanitario de 1918 en 1925 y 1931, y la creación de la Dirección General de Sanidad que asumió las atribuciones sanitarias que hasta entonces supervisaban las municipalidades. Jiménez de la Jara, Jorge, ed.

y epidémicas como la sífilis y la tuberculosis, y de políticas de asistencia materno-infantil fueron programas que requirieron de una significativa inversión para emplear profesionales médicos y paramédicos. A mediados de la década de 1930, en distintas jornadas reflexivas, los médicos definieron algunas de las tareas centrales de las enfermeras empleadas por la institución: educación sanitaria en materia de higiene y alimentación; procesos de supervisión de constitución familiar como, por ejemplo, promoción del matrimonio y reconocimiento de los hijos; y entrega de subsidios alimenticios¹⁹. Para todas ellas se requería contar con un grupo de enfermeras con una sólida formación académica.

A dos años de la fundación de la CSO, en 1926, se fundó la Escuela de Enfermeras Sanitarias, proyecto educativo dirigido por las médicas Cora Mayers y Eleanira González, y por la enfermera norteamericana Sara Adams, contratada por el gobierno²⁰. El objetivo principal de esta escuela era entrenar a las enfermeras sanitarias —también conocidas como enfermeras visitadoras— en destrezas que les permitieran extender su labor más allá de los recintos hospitalarios, concretamente en los hogares de quienes las necesitaban. Su principal labor, inspirada en la promoción de la medicina preventiva norteamericana, era la divulgación de normas higiénicas entre la población. Por orden gubernamental, y en virtud de la buena evaluación de esta profesional, esta escuela se fusionó con la ya existente Escuela de Enfermería del Estado, dando origen a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile en 1928. La malla curricular del nuevo proyecto incluía contenidos de medicina preventiva como parte de una especialización de postgrado, que las graduaba de enfermeras sanitarias.

Esta reestructuración trajo consigo el incremento de los requisitos de ingreso, lo que suponía candidatas con mayores niveles educativos²¹. La misión era formar enfermeras hospitalarias en el plazo de tres años, y graduarlas como enfermeras sanitarias después de rendir un curso de un año

Medicina social en Chile. Santiago: Aconcagua; 1977; Livingsstone, Mario; Raczyński, Dagmar, eds. Salud pública y bienestar social. Santiago: CIEPLAN; 1976.

19. Maldonado Boggiano, Carlos. Centros de medicina rural. Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio. 1934-1935; 1 (12): 5-7; Reuniones sobre Temas de Organización Interna de las Jornadas Médicas. Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio. 1939; 6 (58): 176-180.

20. Flores, n. 10, p. 60-61.

21. Desde 1935, las aspirantes a la especialización sanitaria debían aprobar el bachiller de Humanidades. Enfermería. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943; 22 (4): 358-361.

de duración²². Este cambio contó con el respaldo de la comunidad médica pero también con críticas; se temía que al prolongar el número de años de la formación la disponibilidad del número de graduadas fuera más lenta.

En la década de 1930, el oficio de enfermera se estaba convirtiendo en una alternativa que, junto a los de preceptoras, matronas y médicas, ensanchaba el estrecho mercado del empleo femenino que, hasta entonces, se concentraba en la industria textil y de confecciones —tanto fabril como domiciliaria— y en el servicio doméstico²³. El incremento del volumen de las enfermeras se enmarcó en el proceso de diversificación de profesiones como, por ejemplo, el de las visitadoras sociales, y de oficios administrativos como el de secretarías y contadoras a los que pudo acceder la población femenina en la época²⁴. Esta diversificación, concentrada en actividades de servicio, respondía en gran parte a la necesidad del Estado chileno de contar con profesionales que asumieran las crecientes responsabilidades asistenciales que, respaldadas en una nueva institucionalidad político-legislativa y en el aumento del gasto social contribuían al crecimiento del Estado Benefactor chileno²⁵.

Según un estudio de 1952, basado en el registro de los archivos de la Universidad de Chile, entre 1906 y 1950 el número de enfermeras tituladas en las diversas escuelas ascendía a 1.521 enfermeras, dividida entre 349 sanitarias y 1.172 hospitalarias, correspondientes al 22.9% y 77.11% del total respectivamente²⁶.

22. Flores, n. 10, p. 70.

23. El trabajo fabril remunerado alimentó variadas discusiones legislativas y políticas respecto de la regulación salarial y de las exigencias que estos trabajos demandaban, respecto de las dificultades que suponía para las mujeres conciliar el ejercicio de la maternidad con el cumplimiento de tareas remuneradas, y respecto de los efectos sociales y culturales negativos del trabajo femenino para el cuidado de la familia y la vida doméstica. Godoy, Lorena; Mauro Amalia; Díaz Ximena. Imágenes sobre el trabajo femenino en Chile, 1880-2000. Revista *Universum*. 2009; 24 (2), 74-93; Hutchison, Elizabeth. *Labores propias de su sexo. Género, políticas y trabajo en Chile urbano 1900-19 30*. Santiago: LOM Ediciones; 2006.

24. Godoy; Mauro; Díaz, n. 23.

25. Yáñez Andrade, Juan Carlos. *La intervención social en Chile, 1907-1932*. Santiago: Ril Editores; 2008.

26. Ugarte, José Manuel. Balance de las necesidades y disponibilidades de enfermeras en Chile. *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. 1952; 14 (1): 53-56.

3. Formar enfermeras y no empleadas domésticas

Pese a los avances en materia de *curriculum* y reglamentación que impulsó la Escuela de Enfermeras de la U. de Chile, y al debate público sobre la necesidad de perfeccionar su instrucción, el oficio de enfermera aún estaba lejos de ser una profesión moderna y respetada por la comunidad médica en la década de 1930. Una de las evidencias de esta aseveración son las discusiones que tuvieron lugar en el Tercer Congreso de Asistencia Social realizado en Santiago en 1932 que, junto con visibilizar la preocupación de las propias enfermeras respecto de la instrucción y el trato que recibían de los médicos, valoraron significativamente las funciones de enfermeras sanitarias y la necesidad de diferenciarlas de las ejercidas por las visitadoras sociales²⁷. Sobre este último aspecto, quienes intervinieron en esta reunión sancionaron que la enfermera sanitaria debía concentrarse en el reconocimiento de enfermedades —no en su diagnóstico— y la visitadora debía ocuparse de la activación de los mecanismos asistencialistas²⁸.

Las discusiones en este Congreso fueron lideradas por los médicos Julio Schwarzenberg. Subdirector del Hospital de Niños Manuel Arriarán de Santiago, Rudecindo de la Fuente, Director de la Escuela de Enfermeras del Hospital Van Buren de Valparaíso, la enfermera Sara Adams, Directora de la Escuela Universitaria de Enfermeras y Leo Cordemans de Bray, Directora de la Escuela de Servicio Social. Julio Schwarzenberg, también influyente miembro de la Junta Central de Beneficencia, tenía un juicio negativo de la personalidad y formación que recibían las enfermeras:

«Todos los médicos vemos a diario, tanto en la práctica privada como en el hospital, que nuestros tratamientos adolecen de graves deficiencias, porque la persona encargada de ejecutar nuestras prescripciones no tiene la conciencia de la responsabilidad que la asiste, carece de cultura y de la personalidad necesaria para inspirarle confianza al enfermo»²⁹.

Sostenía que las enfermeras de los servicios de la asistencia social eran las más perjudicadas porque el ambiente que las rodeaba «contribuye a

27. Lea Plaza, Hugo; Cienfuegos, Eugenio. Interrelaciones morales entre el enfermo y el Hospital. *Revista Asistencia Social*. 1933; 2 (1): 173-184.

28. Como sostiene el artículo de Maricela González incluido en este dossier, Alejandro del Río avanzó en la delimitación del quehacer de ambos oficios en 1925, no obstante las confusiones aun persistían en la década de 1950. Del Río, n.11.

29. Schwarzenberg, Julio. Escuelas de Enfermeras. *Revista Asistencia Social*. 1933; 2 (1): 39.

deprimirla y rutinizarla», a excepción de aquellas que se desempeñaban como «enfermeras de pabellón», en los «servicios de cirugía o enfermeras de oftalmología» donde recibían instrucciones directas del médico jefe respectivo. La formalización y fusión de las escuelas de enfermería en la década de 1920 no eran suficientes para modificar la negativa percepción que Schwarzenberg tenía de la «antigua cuidadora» que no era muy distinta de la enfermera titulada. Cabe señalar que esta comparación tiene sentido al recordar el negativo juicio que Del Río hacía del profesional paramédico a principios de siglo.

Dada su sistemática observación del «estado psicológico de las alumnas de varias escuelas», Schwarzenberg concluía «que casi la totalidad [de ellas] carece en absoluto de educación ética y moral», no incorporaban a sus vidas los principios higiénicos y su «vocación» era muy excepcional³⁰. En una frontal descalificación del trabajo realizado por las escuelas de enfermería, Schwarzenberg aseguraba que las graduadas se dividían en dos grupos: las «señoritas» con amplia bagaje teórico pero que no cuentan con «entrenamiento práctico ético y práctico» por tanto «fracasan» ante las duras exigencias profesionales, y las «cuidadoras», mujeres «tan incultas» e «ineptas» que apenas saben leer y escribir y que no asimilaban el programa teórico. Y dado la escasez de enfermeras respecto de las necesidades del país, la estudiante no se esmeraba especialmente en recibir calificaciones sobresalientes. No obstante el tono fatalista de Schwarzenberg y su desconfianza en las cualidades de las candidatas y graduadas de este oficio, sugería mecanismos para atraer mejores postulantes como, por ejemplo, el mejoramiento de las condiciones de alojamiento de las estudiantes en los establecimientos de la beneficencia. En la mayoría de ellos las habitaciones, distracciones y «aliciente espiritual» eran escasamente «superiores a las de cualquier sirviente que sobresalga del término medio»³¹.

Distante de la línea argumentativa anterior, Rudecindo de la Fuente, proponía en el mismo Congreso de Asistencia Social acordar algunos aspectos formales relativos a la formación de las enfermeras: privilegiar candidatas entre 20 y 30 años, que habían rendido el 4to año de humanidades y, con preferencia, el bachillerato pero «no al extremo de exigirse como en las pro-

30. Schwarzenberg, n. 29, p. 42-43.

31. Schwarzenberg, n. 29, p. 46

fesiones universitarias»³². Para De la Fuente, la escuela de enfermeras debía cumplir no solo un papel docente sino social: educar a la población respecto del valor de una profesional titulada y su papel de colaboradora del médico. Asimismo, era perentorio que las escuelas reforzaran las claras diferencias entre las enfermeras y quienes ejercían labores sanitarias pero no contaban con la acreditación idónea, eliminando progresivamente la asociación de las enfermeras a de «empleados domésticos», tan propia del pasado reciente³³.

Sara Adams y Leo Cordemans de Bray se interrogaban respecto de que hacer para «dignificar la profesión de enfermera». Sus planteamientos corroboraban una preocupación común respecto de quienes prestaban «servicios auxiliares» sanitarios: la optimización de los mecanismos de selección de las candidatas, el perfeccionamiento de la formación que recibían en las escuelas, y el mejoramiento de la relación laboral entre ellas y los médicos³⁴. Junto a las clásicas tareas relativas al cuidado, higiene y conservación de la salud hospitalaria y domiciliaria, las enfermeras debían exhibir una estratégica combinación entre dominio de principios científicos, destrezas técnicas³⁵ y habilidades personales pero, sin duda, «la formación del carácter, los ideales y las aptitudes de las alumnas»³⁶ era una cuestión central. Entre estas últimas se identificaban la tolerancia, personalidad atrayente, paciencia inagotable, entendimiento humano, generosidad, valentía, compasión, integridad, lealtad. Pero la más importante era el compromiso con su misión educativa y de cuidadora, independientemente de la retribución comprometida y de quienes eran sus destinatarios: «trabajaré siempre por levantar a los desafortunados y por mejorar individualmente las condiciones de sus semejantes, sin mezclarse en política. No le corresponde hacer distinción entre diferentes razas, credos, clases sociales»³⁷. No debían hacer diferencias al tener contacto con «hombres, mujeres, niños de todas las razas, religiones, clases y condiciones sociales» y tampoco demostrar dificultades para vincularse con personas de distinta condición sanitaria física o psíquica.

32. Rudecindo de la Fuente, «Escuelas de Enfermeras», p. 71. La aprobación del bachillerato será una condición que operó desde 1937.

33. Rudecindo de la Fuente, «Escuelas de Enfermeras», p. 72.

34. Adams; De Bray, n.1, p. 76-85.

35. Entre aquellas tareas se aludía al uso prudente de materiales de curación, a la preparación de alimentos sencillos, la administración medicamentos, de desinfectante, la aplicación calor y frío, aplicación de baños, duchas, fricciones y masajes.

36. Adams; De Bray, n.1, p. 77.

37. Adams; De Bray, n. 1, p. 79.

Adams y De Bray apostaban que el perfeccionamiento de los mecanismos de selección de postulantes debía comenzar en la educación secundaria escolar o liceo, redundando en una mayor rigurosidad al momento de aceptar o rechazar a las postulantes a enfermería: «La compasión no debe influir en la aceptación. Mantener como alumna a una niña porque no encuentra otro modo de vida mientras estudia, sin que tenga aptitudes especiales, es una injusticia que se le hace a ella misma, a sus futuros pacientes y a la profesión entera. Por lo demás, no debe considerarse como un estigma el ser rechazada de una escuela de enfermeras, porque no hay equivocación más grande que la creencia de que toda mujer tiene cualidades innatas de enfermera»³⁸. Sin desconocer las ventajas de que la enfermería estuviera reservada a la población femenina, ambas directoras plantearon que ser mujer no necesariamente era garantía de una exitosa práctica del oficio; a su juicio, las cualidades personales e intelectuales que se requerían no estaban necesariamente aseguradas, premisa que tomó fuerza más adelante.

Para Adams y De Bray, la actitud de los médicos y jefes hospitalarios era determinante para el buen desempeño de las enfermeras, al grado de coincidir con el médico De la Fuente respecto de la relación entre servicio doméstico y enfermería, que parecía desconocer que aun cuando ambos eran ejercidos por mujeres, las enfermeras recibían una formación que las hacía merecedoras de un trato respetuoso, cordial y acorde con el papel de colaboradora.

El Congreso contempló un espacio para las discusiones que reveló el notorio malestar, inclusive entre algunos médicos/as, con las posiciones más descalificadoras del perfil profesional de las enfermeras. Por ejemplo, la médica Araya³⁹ retomó la discusión sobre la responsabilidad que los propios médicos tenían en el trato que recibía la enfermera quien, a su juicio, tenía «un rango muy superior sobre la antigua «cuidadora» y toca al mérito del médico hacerla considerar en lo que merece por su cultura intelectual y su eficiencia práctica», premisa que arrancó aplausos entre el público asistente del congreso⁴⁰. Por su parte, el médico Castro Toro, proveniente de la ciudad nortina de Antofagasta sostenía: «No falta quien trata en mala forma a la

38. Adams, Sara; de Bray, Leo. Cómo dignificar la profesión de enfermera. *Revista de Asistencia Social*. 1933; 2 (1): 81.

39. No se incluyen otros datos de identificación.

40. Primera Sesión Ordinaria, 29 diciembre 1932. Discusión. *Revista Asistencia Social*. 1933; 2 (1): 218.

enfermera y, en el norte se las trataría bien, si las hubiera. Lo que habría que hacer es descentralizar y así se podría fijarles metas equitativas para poder tenerlas tituladas y eficientes, y a la vez se haría justicia a las provincias»⁴¹.

La cobertura a la formación y ejercicio de la enfermería en el Tercer Congreso de Asistencia Social motivó recomendaciones dirigidas a reforzar ambas dimensiones, entre ellas, la creación de escuelas fuera de la capital; la reglamentación del régimen de instrucción y la supervisión de un «régimen de vida y de hogar confortable» que garantizara el interés por atraer a candidatas de condiciones socio-económicas superiores; el fomento de «buenos hábitos», del «concepto ético profesional y de la personalidad de las educandas». La comprensión de que las tareas de las enfermeras eran una prolongación de las habilidades domésticas femeninas al ámbito hospitalario o domiciliario fue parte de una discusión sustantiva que, obviamente, este congreso no zanjó. Finalmente, se hacía «un caluroso llamado al cuerpo médico en general» para que tomara con un «deber ético de la mayor trascendencia social en respetar y considerar socialmente a la enfermera, pues, de lo contrario, echa sobre sus hombros responsabilidades que menguan grandemente ante la conciencia de los hombres cultos, tanto su prestigio personal como también el de su altruista profesión»⁴².

El tenor de los planteamientos que médicos y enfermeras hicieron en el Tercer Congreso de Asistencia Social no eran aislados; la inquietud que provocaba la asociación entre enfermería y servidumbre doméstica no era una relación antojadiza sino más bien una percepción social extendida en la época. Por ejemplo, Rafael Lorca, médico inspector de zona de la Dirección General de la Asistencia Social, sostenía en 1935 que el oficio tenía «sus orígenes en la civilización misma». A su juicio, las enfermeras habían vivido un proceso análogo al de la transición del barbero al médico o la del boticario al farmacéutico, con la excepción de que a aquellas les había costado más llegar a su actual dignificación: «aun hoy en día seguimos luchando para descorrer una serie de prejuicios que hacían de la enfermera una simple empleada del hospital (...) La antigua cuidadora aficionada debe dar paso a la profesional técnica y preparada, ayudante directa e imprescindible del médico moderno»⁴³.

41. Primera Sesión Ordinaria, n. 40, p. 219.

42. Conclusiones del Tercer Congreso Chileno de Asistencia Social. Revista de Asistencia Social. 1933; 2 (1): 5-7.

43. Lorca O., Rafael. La enfermera moderna. Santiago: Ed. Universitaria; 1936, p. 4.

La pregunta respecto de la profesión de enfermera había instalado una preocupación que no era estrictamente curricular sino política: el reconocimiento y el enaltecimiento de la labor que realizaban las enfermeras era condición previa de la optimización de los servicios que aquellas prestaban y dependía, en buena proporción, del cambio en el trato que recibían de los médicos que seguían viendo en ellas a las «antiguas cuidadoras», mujeres sin formación y de escasas aptitudes para el cuidado sanitario.

4. El modelo norteamericano en la formación de las enfermeras chilenas

Las repercusiones del debate que promovió el Congreso de Asistencia Social y el severo análisis de Alejandro del Río en la Primera Conferencia Nacional de Enfermería realizado en 1934 impulsaron medidas ligadas al perfeccionamiento de las escuelas. Para del Río, importante gestor de dicha conferencia, la profesión de enfermera aún estaba en «su infancia», por tanto, la crisis que arrastraba la Escuela de Enfermeras de la Beneficencia tanto en la selección de las postulantes como en sus planes de enseñanza suponía la implementación de reformas categóricas como, por ejemplo, la decisión de la Dirección General de Asistencia Social de tutelar estas escuelas a través de su Departamento Médico⁴⁴.

El perfeccionamiento de la carrera de enfermería se benefició de la gradual influencia norteamericana desde la década de 1930⁴⁵, inscrita en un proceso mayor: el creciente predominio de agencias estadounidenses que financiaban políticas de erradicación de enfermedades epidémicas en Colombia, Perú, Brasil y México, y programas de entrenamiento de profesionales médicos y paramédicos⁴⁶.

En Chile, el predominio norteamericano en el ámbito de la especialización sanitaria y la medicina preventiva fue posible gracias a la asesoría de especialistas y estadias de médicos en universidades norteamericanas, entre

44. Del Río, Alejandro. Perfeccionamiento de las Escuelas de Enfermeras de Chile. *Revista de Asistencia Social*. 1934; 3 (2): 117-119.

45. Similar influencia en el caso de las visitadoras sociales, González, n. 8.

46. Cueto, Marcos. Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940. En: Cueto, Marcos, ed. *Salud, cultura y sociedad en América Latina: Nuevas Perspectivas Históricas*. Lima: IEP Editores y OPS; 1996, p. 179-201.

ellas, la de Johns Hopkins⁴⁷. El aporte de estos primeros becados hacia fines de la década de 1930 se orientaba al apoyo de la especialización sanitaria, al estudio de las causas de la mortalidad materno-infantil y a la necesidad de optimizar los recursos profesionales⁴⁸. Los primeros médicos becados en salud pública en Estados Unidos y la visita de observadores extranjeros como Lewis Hackett, Director Regional de Asuntos Andinos de la Fundación Rockefeller, fortalecieron los lazos intelectuales entre la medicina norteamericana y la chilena⁴⁹. La formación de las enfermeras, una de las preocupaciones de Hackett, recibió en estos años un importante estímulo de la Rockefeller al formalizar la entrega de las primeras becas para estudiar en los Estados Unidos⁵⁰. Como lo explica Rosalba Flores, enfermera beneficiada por aquellas becas en la década de 1940 —y que publicó en 1965 uno de los escasos estudios históricos de la profesión con que se cuenta hasta hoy— las visitas extranjeras a las escuelas de enfermeras como la de Lewis Hackett coincidieron en el mismo diagnóstico: la imperiosa necesidad de que las estudiantes recibieran entrenamiento internacional. El seguimiento detallado de las enfermeras chilenas becadas en los Estados Unidos entre 1930 y 1945, otorgadas tanto por la Fundación Rockefeller da cuenta de una formación rigurosa en administración sanitaria, y entrenamiento en trabajo comunitario⁵¹.

Sofía Pincheira, graduada en la primera generación de enfermeras sanitarias de 1927, fue quien cumplió un papel señero respecto de la influencia norteamericana en la formación de las enfermeras chilenas⁵². Becada por la

47. Algunos médicos becados son Armando Larraguibel en la década de 1910 y en la siguiente, Alfredo de María, Atilio Macchiavello y Hernán Romero, todos doctorados en Salud Pública.

48. La médico Tegualda Ponce obtuvo una beca que financió su pasantía en hospitales norteamericanos a fines de la década de 1930. Cooperación Médico Sanitaria de las Américas. Hablan los becados de la OSP. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943; (22): 1080. Destacó por su trabajo en el Servicio de Maternidad de la CSO y por su labor como Vicepresidente de la Asociación Panamericana de Mujeres Médicos ver, Klimpel Felicitas. La mujer chilena. El aporte femenino al progreso de Chile (1910-1960). Santiago de Chile: Editorial, Andrés Bello; 1962, p. 160.

49. Hackett, Lewis. Orientaciones modernas de la salubridad. Santiago: Imprenta Universo; 1942.

50. Flores, n.10.

51. Uribe, Jeannine. Nurses, philanthropies and governments: the public mission of Chilean nursing, 1900-1945. Tesis Doctoral, Universidad de Pennsylvania; 2008.

52. Pincheira fue la primera presidenta del Colegio de Enfermeras en 1953. Su paso por la Universidad de Yale es registrado en Yale University School of Nursing. Yale School of Nursing Alumnae News 1933 (1933). Yale School of Nursing Alumni Newsletters and Magazines. Book 5. http://elischolar.library.yale.edu/ysn_alumninews/5 (citada 17 noviembre 2015)

American Association of University Women para hacer estudios de higiene pública y actividades de enfermería en las Universidades de Yale y Columbia entre 1929 y 1931, dio a conocer su experiencia en varios artículos que reconocían las diferencias entre la organización de la enfermería entre Chile y Estados Unidos, particularmente la importante autonomía laboral que aquellas enfermeras gozaban en su quehacer y el respeto que recibían de la comunidad médica.

El reforzamiento a la organización, administración y programas de estudios que realizó Pincheira a su regreso a Chile se plasmaron en su trabajo, primero como Enfermera-Jefe del Servicio de Enfermeras Sanitarias de la Dirección General de Sanidad en 1932 y, luego como subdirectora de la Escuela entre 1933 y 1934, casi en el mismo periodo en que se realizaba el Tercer Congreso de Asistencia Social como se aprecia en varias de sus publicaciones⁵³. Pese a lo breve de su gestión, el legado de Pincheira fue el perfeccionamiento de la selección de las candidatas y el incremento del número de graduadas. Asimismo, al difundir el modelo norteamericano, Pincheira reforzó la preocupación por la calidad de la instrucción y la transformación gradual de las relaciones laborales que mantenían con los médicos que hasta entonces las perfilaba como una mera asistente del médico, semejante a la *empleada doméstica* antes aludida. El trabajo de Pincheira estaba dirigido precisamente a mejorar la imagen, el desempeño de este oficio y las relaciones con los médicos. Dado que en el caso norteamericano se las apreciaba como una profesional con quehacer específico, el aprendizaje de las becadas chilenas podía contribuir a fomentar mayores grados de autonomía.

Pincheira valoraba especialmente los requisitos que se exigían a las postulantes norteamericanas: contar con estudios secundarios completos, y en los casos de las universidades más prestigiosas, ser egresadas de *colleges*, es decir, contar con cuatro años más de estudios superiores. Asimismo, el ingreso de candidatas entre los 18 y 20 años favorecía que «los problemas disciplinarios se presentaran con menos frecuencia»⁵⁴. Respecto al personal docente y administrativo, Pincheira destacaba la alta preparación que este

53. Pincheira, Sofía. Contribuciones al estudio de la Organización de Enfermeras de Chile. Revista de Asistencia Social. 1934; 3 (1): 1-46; Pincheira, Sofía. La profesión de enfermera y su desarrollo en Norteamérica. Revista de Asistencia Social. 1933; 2 (2): 253-271; Pincheira, Sofía. Especialización de las enfermeras. Revista de Asistencia Social. 1934; 3 (2): 132-139.

54. Pincheira, Contribuciones, n. 53, p. 15-16.

poseía y que se resumía en que la directora de una escuela, o supervisoras, instructoras o jefas de sala de recintos sanitarios, debían ser enfermeras graduadas, realidad aún lejana a la experiencia chilena.

Entre los deberes y responsabilidades que se les exigían a las enfermeras, sobresalían aquellos relacionados con los pacientes y sus familias, con el médico, con el hospital y la escuela; con el hogar del enfermo y sus familiares; con la colectividad y las diversas instituciones sanitarias; con su profesión de enfermera y, finalmente, aquellas relacionadas «con el beneficio a sí misma». Entre las responsabilidades que les eran más específicas estaban el observar y registrar condiciones clínicas y sociales del paciente; preparar y ayudarlos durante los exámenes; y «mantener las relaciones entre los enfermos y médicos creando una atmósfera de confianza en la habilidad del médico y desvaneciendo supersticiones y charlatanerías»⁵⁵.

Según Pincheira, el plan de estudios que se aplicaba en Estados Unidos contemplaba 961 hrs. que se concentraba en materias como anatomía y fisiología (105 hrs.), enfermería general y especial (121), patología médica y especialidades (70), y obstetricia y puericultura (70). En el caso chileno, las materias sumaban en total 1.190 horas, y entre las más demandantes también estaban anatomía y fisiología (140 hrs.), enfermería general y especial (121), patología médica y especialidades (70) a las que se agregaban dietética (210 hrs. que contrastaban con las 54 hrs. vigentes en Estados Unidos) y obstetricia y puericultura (105). Pese a que el currículum local era más abultado, Pincheira criticaba que este no contara con materias como psiquiatría, ginecología o «problemas profesionales en relación con la profesión de enfermera» que presentes en el plan de estudios norteamericano, ampliaban el campo de acción de las futuras graduadas⁵⁶.

A la luz de la experiencia norteamericana, Pincheira reforzaba la conveniencia de que el cuidado sanitario estuviera en manos femeninas, pues estaba convencida de que las mujeres estaban dotadas, naturalmente, de ventajas superiores para dicha tarea, a diferencia de las posiciones de Sara Adams y Leo de Bray quienes cuestionaban que las virtudes de una buena enfermera estuvieran necesariamente aseguradas solo por el hecho de ser mujer:

55. Pincheira, Contribuciones, n. 53, p. 27

56. Pincheira, Contribuciones, n. 53, p. 37.

«No hay en todos los países que he visitado, donde la profesión de enfermera ha alcanzado el más amplio desarrollo, actividad alguna de esta naturaleza que sea encomendada al sexo masculino. Parece primar en todas partes, excepto China y las Islas Filipinas, el criterio que el cuidado de los enfermos es función que la naturaleza y la ciencia encomiendan a la mujer. En el primero de estos países que podemos contar con la excepción, priman las razones de tradición; y, en el segundo, las condiciones geográficas han impedido que la mujer ocupe un lugar preferente en esas actividades. Sin embargo, en este último, una avanzada de civilización y de clara comprensión de los beneficios que la atención femenina reporta al enfermo, van desterrando paulatinamente los atavismos que las condiciones primitivas impusieran; modernización a que no es ajena, por cierto, la influencia norteamericana que impone allí sus métodos y sistemas a grandes pasos»⁵⁷.

En síntesis, Pincheira valoraba a las escuelas de enfermeras norteamericanas porque exhibían ventajas y virtudes que fomentaban a la autonomía de su trabajo respecto de los médicos y eran entrenadas para asumir un importante protagonismo en campañas sociales y políticas de salud comunitaria.

Pese a la importancia de la estadía extranjera de Pincheira, su experiencia fue excepcional pues el número de profesionales sanitarios becados en los Estados Unidos era aún muy reducido, lo que estimuló la fundación de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile en 1943, gracias al apoyo del Servicio Nacional de Salubridad y de la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto de Asuntos Inter-Americanos de Washington y la Fundación Rockefeller. Sus profesores, en su mayoría formados en Estados Unidos y particularmente en la Universidad de Johns Hopkins, fueron responsables de la consagración de la salud pública como disciplina académica y de la instrucción de médicos y enfermeras que pasaron por ese programa de estudios⁵⁸. La formación dirigida a entrenarlos en gestión y administración financiera de hospitales y consultorios, en el estudio de la influencia y combate de los factores medio-ambientales de importantes patologías y en la medición estadística de fenómenos médico-sociales —entre otras materias— constituye un significativo antecedente de la consolidación práctica

57. Pincheira, Contribuciones, n. 53, p. 46.

58. Díaz, Salvador. La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile (ensayo crítico). Santiago: Imprenta Cultura, 1957; Horwitz Campos, Nina; Bedregal G., Paula; Padilla R., Claudia. Salud y Estado en Chile: organización social de la salud pública, período del Servicio Nacional de Salud. Santiago: Serie Publicaciones Científicas OPS Chile; 1995.

de la medicina social en la década de 1950 que sustentó el quehacer del Servicio Nacional de Salud.

5. Enfermeras y políticas materno-infantiles

Si en la década de 1930, el debate respecto de la formación que recibían las enfermeras, del trato que recibían de la comunidad médica y el envío de graduadas como Sofia Pincheira al extranjero fueron materias importantes para el proceso de profesionalización de este oficio, en la década siguiente lo fueron el incremento del número de graduadas, la consolidación de su papel en la medicina preventiva y la creciente especialización de la enfermera sanitaria, todos procesos bajo influencia norteamericana. La asociación de las enfermeras con el servicio doméstico comenzaba a disolverse, al menos en términos públicos, para ser reemplazada en la década de 1940 por la visión de un oficio importante para la implementación de políticas sanitarias de mayor alcance, cuestión que no necesariamente se tradujo en un reconocimiento a la autonomía, formación profesional y valor social al que aspiraban las enfermeras más organizadas⁵⁹.

En el marco de la prevención, la enfermera sanitaria adquirió un papel creciente en políticas específicas como la de salud materno-infantil de la CSO y también en la implementación de la Ley de Medicina Preventiva de 1938 que estipuló la realización de un examen obligatorio nacional para la población trabajadora en que también su participación era requerida⁶⁰.

Pasados 20 años de la creación de la CSO, la asistencia de carácter curativo y preventivo que dicha agencia brindaba era reconocida y movilizaba importantes recursos materiales y humanos. El Dpto. Madre y Niño era uno de las más demandantes de la institución y consignaba el trabajo de 127 pediatras, 50 tocólogos, 120 enfermeras⁶¹, 250 matronas funcionarias, 75 matronas domiciliarias y 98 visitadoras sociales⁶². El conjunto de

59. Lo que toda enfermera debe saber acerca del Consejo Internacional de Enfermeras. Santiago: Impr. Universo; 1946.

60. Cruz-Coke, Eduardo. Medicina preventiva y medicina dirigida. Santiago: Editorial Nascimento; 1938.

61. Respecto a la inserción de las enfermeras en la Caja del Seguro Obligatorio, véase Boletín oficial. Sindicato Profesional de Practicantes y Enfermeras de la Caja de Seguro Obligatorio. Santiago: Imprenta Renovación; 1943-1945.

62. Ferrero Matte de Luna, María. El problema materno-infantil ante la ley. Santiago: Biblioteca Jurídica Universidad Católica; 1946, p. 89.

estos profesionales brindaba una serie de servicios ligados a la asistencia médico-social de la embarazada, a la asistencia clínica del parto y las madres y niños hasta, al menos, los dos años de vida. Sin embargo eran las matronas quienes concentraban mayores tareas en dicha asistencia. Su mayor volumen se explicaba por el progresivo incremento del número de partos hospitalarios y domiciliarios —atención que en rigor les era exclusiva— que la institución absorbía durante la década de 1940.

Los modestos resultados de las políticas implementadas por la CSO en la década de 1940 justificaron un intenso debate sobre la responsabilidad de los profesionales en general que alimentó, por ejemplo, la gradual comparación del papel que cumplían matronas y enfermeras sanitarias en aquellas políticas. Las diferencias que suponía la influencia de la tradición europea y la norteamericana en la profesionalización de matronas y enfermeras respectivamente, adquirió complejos ribetes en el marco de las políticas de protección de madres y niños de la CSO. En la tradición europea, las matronas eran las asistentes clínicas del «tocólogo» y dicha tradición fue la que inspiró su formación desde mediados del siglo XIX en Chile y sustentó los importantes progresos de la obstetricia local⁶³. Por el contrario, en la norteamericana, prácticamente no existían y las asistentes del «tocólogo» eran las enfermeras.

En Chile, aunque el protagonismo retórico descansaba en el médico, eran las matronas quienes en consonancia con la delimitación obstétrica europea asumían la asistencia del parto sin complicaciones patológicas. No obstante, las escasas políticas de perfeccionamiento dirigidas a ellas las puso en desventaja respecto de otras profesionales como, por ejemplo, las enfermeras sanitarias que desde la década anterior eran particularmente valoradas como educadoras de las madres. Por ejemplo, en la Jornada de Médicos de la CSO de 1938 se planteó con especial energía que la instrucción maternal en nociones rudimentarias de puericultura, y la distribución de los subsidios maternales debían ser confiadas a las enfermeras, juicio que parecía desconocer el arraigo que tenían las matronas entre la población femenina y su significativa presencia entre los profesionales de la CSO⁶⁴.

63. Zárata, María Soledad. *Dar a luz en Chile: De la ciencia de hembra a la ciencia obstetricia*. Santiago: DIBAM-UAH, 2007.

64. *Jornadas Médicas de 1938*. Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio. 1939; VI (58): 176-180.

Cabe señalar que si bien la tradición europea estaba particularmente presente en la obstetricia chilena, la influencia norteamericana ganaba terreno como se aprecia al revisar las impresiones del tocólogo Onofre Avendaño sobre su estadía en hospitales norteamericanos a inicios de la década de 1940. A su juicio, la exclusiva responsabilidad del médico en la asistencia prenatal, parto y puerperio de las madres, la inexistencia de matronas con título universitario y la instrucción obstétrica que recibían las enfermeras sanitarias en el país del norte eran características de la asistencia materno infantil que marcaban diferencias virtuosas respecto de la experiencia chilena⁶⁵.

Desafortunadamente, la ausencia de documentos producidos por matronas en esta época —a diferencia del caso de las enfermeras— nos impide incluir su juicio sobre el reconocimiento a las distintas influencias que recibían ellas y las enfermeras, y sus efectos en las disputas respecto de sus competencias en la atención materno-infantil⁶⁶.

En el campo de la educación sanitaria, el mismo Avendaño, y médicos como Raúl Ortega y Luisa Pfau declaraban una creciente confianza en que las enfermeras lideraban esa labor en el Departamento Médico de la CSO y en algunas maternidades⁶⁷. La preferencia por contar con enfermeras para la cobertura asistencial del parto tampoco era una idea peregrina para la enfermera de la CSO, Amanda Parada que, influida por su viaje a Estados Unidos, proponía mayor participación de aquellas en el «control de la evolución del embarazo» y «la enseñanza de puericultura pre y post natal» en 1946⁶⁸. La gradual autoridad de las enfermeras se basaba en las ventajas de su formación. Estaban mejor habilitadas para difundir normas higiénicas en ambientes rurales y suburbanos —dominados por una significativa población de parteras o «empíricas»— y para actuar como «enlace

65. Avendaño, Onofre. Asistencia obstétrica en EEUU de Norte América. Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio. 1945; 12 (128-130): 355-361; Panorama de la Obstetricia en los EEUU (I parte). Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1945; 10 (7): 307-315; Panorama de la Obstetricia en los EEUU (II parte). Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1945; X (8-9): 356-370.

66. Sobre el juicio del trabajo que realizaban matronas y enfermeras desde el punto de vista de las primeras en el Servicio Nacional de Salud, véase, Godoy; Zárate, n. 8.

67. Pfau, Luisa. Labor médico social del Departamento del Niño de la Dirección General de Protección a la Infancia y adolescencia. Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio. 1945; 12 (128-130): 317-322.

68. Parada, Amanda. Servicio de Enfermería en la Caja de Seguro Obligatorio. Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio. 1946; 13 (140): 213.

humano» entre madres y médicos. Cabe señalar que el desequilibrio entre enfermeras y matronas a favor de estas últimas en la CSO, no era extensiva fuera de este servicio. Según el Censo de 1940, en Santiago se contabilizaba 2.584 enfermeras cifra que —pese a no distinguir estrictamente entre enfermeras tituladas y no tituladas— era muy superior a las 512 matronas consignadas⁶⁹.

La particular preferencia por las enfermeras sanitarias en la CSO, es decir, que contaban con un pos-título o post-grados en los Estados Unidos o en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, se explicaba por la alta valoración a la formación en medicina preventiva que recibían⁷⁰. Las evaluaciones institucionales que hacía la CSO consignaban la importancia de reforzar las políticas asistenciales y médico-educativas que tenían por eje central la prevención. En contraste, el entrenamiento rudimentario y, en ocasiones, decimonónico que recibían las matronas aun en la década de 1960, era a juicio de Raúl García Valenzuela —médico a cargo de las prácticas de este oficio en la Universidad de Chile— una barrera considerable al momento de otorgarles funciones y autonomía, carencia que comenzó a revertirse con la formación en salubridad que recibieron desde 1955⁷¹.

6. Enfermeras y Unidades Sanitarias (Health centers)

Junto a la creciente valoración de las enfermeras sanitarias en la CSO, ellas adquirieron un papel más protagónico en el control prenatal y la educación maternal en las *unidades sanitarias* fundadas en la década de 1940. Simultáneamente a la inauguración de la Escuela de Salubridad, el Servicio Nacional de Salubridad creó en 1943, con el aporte financiero y técnico de la Fundación Rockefeller, la primera Unidad Sanitaria (US), en una comuna

69. XI Censo de Población de 1940, Santiago: INE-CELADE, 1940.

70. Enfermería. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943; 22 (4): 358-361; Godoy, María; Ortiz, Yolanda; Fardella, Nora. Desarrollo y perspectiva de la enfermería sanitaria en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1951; 30 (2): 158-64.

71. García Valenzuela, Raúl. Importancia de la matrona en Chile. Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1966; 21(1): 136. García Valenzuela fue uno de los primeros médicos comisionados por la Universidad de Chile para estudiar la organización de una escuela de matronas fuera del país, gestión que este realizó en la Universidad de Buenos Aires en 1935. Valenzuela, Raúl García. Homenaje a los viejos amigos gineco-obstetras de Latinoamérica. Revista Chilena de Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1991; 56 (5): 384.

obrero de la zona poniente de la capital, Quinta Normal. Simultáneamente se fundó otra unidad sanitaria en la ciudad de Antofagasta, que acogía población minera y, más tarde, gracias al Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad, se contaba con cinco unidades sanitarias o centros de salud a fines de la década de 1950 en Chile⁷². Situada en zonas urbanas marginales y zonas rurales, estos centros contaban con moderna infraestructura y equipos sanitarios, realizaban un trabajo preventivo y curativo, fuertemente involucrado con las necesidades de la población en que estaban emplazados, y ofrecían alternativas de prácticas para los profesionales que se formaban en la Escuela de Salubridad.

En su informe presentado a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Caracas, Venezuela en 1947, Hernán Urzúa, médico-director de la Unidad Sanitaria N.º 1 de Quinta Normal, sostenía que el principal trabajo de estas unidades era la difusión de la educación sanitaria y de la medicina preventiva, la identificación de los problemas reales de la población en que se emplazaba la unidad sanitaria y el uso de recursos propios para su solución, desechando métodos y procedimientos «estandarizados» o establecidos a priori a «base de impresiones»⁷³. La tarea, proteger la salud individual y colectiva, se concentraba en «la familia» entendida como «un conglomerado de personas que conviven constantemente en la misma vivienda y en igual ambiente»⁷⁴. En este contexto asistencial, las enfermeras sanitarias tenían un papel estratégico.

La contribución de la enfermería en los servicios existentes y la implementación del nuevo concepto de asistencia médica que traían consigo las US, entendidas como «centros de salud», fue materia de estudio de Elma Frakia, enfermera inspectora de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social⁷⁵. Al listar las tareas relativas al cuidado de madres e hijos, Frakie no escatimaba en otorgar amplias facultades a las enfermeras

72. Urzúa Merino, Hernán. Unidades Sanitarias en Chile. Su ubicación en el desarrollo de la salubridad chilena. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1947; 26 (5): 428-436; Salomón Rex, Carlos. Organización y funcionamiento de una unidad sanitaria. Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva. 1946; 8 (3): 137-198; Romero, Hernán; Ortega, Nacienceno. Unidades Sanitarias de Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1952; 31(1): 11-17.

73. Urzúa Merino, n. 72, p. 430.

74. Urzúa Merino, n. 72, p. 431.

75. Frakia, Elma. La enfermería y los servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Chile. Revista de Asistencia Social. 1942; 11 (4): 203-253; El Centro de Salud y la Enfermería. Revista de Asistencia Social. 1943; 12 (1): 27-129

en las tareas del «control maternal» realizado en consultorios prenatales o policlínicos obstétricos desde la instauración de la CSO el que, si bien contaba con una creciente adhesión, no alcanzaba la cobertura ideal⁷⁶. La emergencia de las US fueron una oportunidad para evaluar el trabajo y la relación establecida entre los servicios asistenciales estatales y las madres que, a veinte años de fundada la CSO, no estaba exento de importantes críticas particularmente porque las tasas de mortalidad materno-infantil aún eran altas. El trabajo de las US también contribuyó a fortalecer el vínculo entre madres y profesionales sanitarios, particularmente con las enfermeras cuando, por ejemplo, se incrementaron el número de encuentros con la población femenina con el fin de difundir normas de puericultura, pese al analfabetismo y/o escasa escolaridad de este segmento social. Asimismo, las campañas educativas maternas lideradas por enfermeras sanitarias y que —a excepción del momento del parto— no incluyeron la participación de matronas estaban en el límite de las competencias propias de estas y de las visitadoras sociales, renovando antiguas disputas laborales⁷⁷.

Según una publicación de 1951, el trabajo realizado en la US de Quinta Normal dio un «empuje inusitado» a la profesión de enfermera al estimular «la organización del trabajo integral» y «la labor disciplinada». La positiva evaluación profesional era consecuencia, entre otros factores, de la asesoría que enfermeras sanitarias norteamericanas brindaban a las profesionales locales y del trabajo de las que habían recibido adiestramiento con ese sello⁷⁸. La fundación de las cinco nuevas unidades sanitarias entre 1943 a 1948 facilitó nuevos espacios de entrenamiento en virtud del incremento del número de visitas domiciliarias y casos controlados particularmente de embarazadas, puérperas, recién nacidos, lactantes, preescolares y tuberculosos. Más aun, el carácter experimental de algunos procedimientos seguidos por las enfermeras contaron con el apoyo de las beneficiarias como, por ejemplo, el programa de vacunación contra la tuberculosis, en donde a las

76. Entre las principales tareas estaban la realización del «examen prenupcial», el examen sistemático de la embarazada, el examen obstétrico y general de todas las mujeres que lo soliciten, la atención del parto; difusión de puericultura prenatal y protección jurídica y social de la madre.

77. Sobre las competencias entre enfermeras y visitadoras, y las alianzas que establecían unas y otras con los médicos, Illanes, María Angélica. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...). Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973. Santiago: Editorial Colectivo de Atención Primaria; 1993, p. 377-345.

78. Godoy; Ortiz; Fardella, n. 70.

mujeres del sector 10ª de la comuna se les entregó la «total responsabilidad de las citaciones de niños a postas en que el tisiólogo y la enfermera solo acudirían a vacunar. La selección de estas citadoras estaba condicionada por la buena disposición de ánimo que estas demostraran para colaborar en programas de salud»⁷⁹. A juicio de las enfermeras, la entusiasta colaboración femenina en esta campaña de vacunación era un ejemplo a seguir por otros centros asistenciales y se debía, en buena parte, a la sólida relación que las profesionales habían construido con las beneficiarias. De alguna manera, las unidades sanitarias eran efectivas en promover «el enlace humano» entre enfermeras y madres, al que años atrás aludía la enfermera Amanda Parada.

El trabajo de las enfermeras potenció las virtudes asistenciales de las unidades sanitarias. El médico Carlos K. Ribbeck —quien dirigía la US del barrio de Estación Central, uno de los más populosos de la zona poniente de Santiago a inicios de la década de 1950— sugería que en pos de una práctica obstétrica más preventiva, las US debían contar con más médicos «salubristas» para que apoyados por la labor educativa que realizaban las enfermeras sanitarias se favoreciera la participación de población, particularmente de las mujeres⁸⁰. Siguiendo con la tendencia, reservaba a las enfermeras el protagonismo de las acciones de las US; la antigua pugna por delimitar las competencias específicas entre enfermeras y asistentes sociales, se resolvía aquí a favor de un mayor poder de las primeras, ciertamente en virtud de la formación técnica que detentaban y del interés por modernizar el antiguo espíritu hospitalario «marcado por tintes coloniales y de caridad» asociado, en frecuentes ocasiones, a la tarea de las visitadoras sociales.

Convencido de los límites de una medicina centrada en la tarea curativa, de la formación individualista del médico y de la negativa atomización de los servicios sanitarios estatales, Ribbeck anticipaba en 1951 la estratégica importancia de los profesionales paramédicos, particularmente de las enfermeras y de su entrenamiento en medicina social, contenidos claves de los ejes médico-doctrinarios del Servicio Nacional de Salud que se fundó solo un año después.

79. Godoy; Ortiz; Fardella, n. 70, p. 163.

80. Según Ribbeck, la comunidad médica debía «ir a la conquista de las mentes y del espíritu de los pobladores, que hoy constituyen una masa pasiva y a menudo negativa frente sus propios problemas y obtener su colaboración activa en nuestros esfuerzos a favor de la Salud Pública», Ribbeck Hornickel, Carlos. La Obstetricia actual y la salud pública. Hospital Maternidad 'Unidad Sanitaria. Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1951; 16 (3): 78.

7. Conclusiones

Uno de los desafíos centrales del proceso de profesionalización de las enfermeras chilenas en la primera mitad del siglo XX supuso superar la asociación de este oficio con el de «empleadas domésticas» al servicio de los médicos. Este proceso fue paralelo a la preocupación por formalizar sus planes de estudio y por brindar mayores oportunidades de perfeccionamiento a las graduadas, particularmente al promover la figura de la enfermera sanitaria de creciente protagonismo en el campo de las políticas materno-infantiles, y en instituciones como la Caja del Seguro Obligatorio y las Unidades Sanitarias en donde la autonomía de su trabajo fue altamente valorada. Ciertamente la influencia norteamericana fue decisiva en la formación y en el perfeccionamiento de la enfermera sanitaria. Su gradual pero significativo y consolidado papel en la medicina preventiva de la década de 1950 las dotó de una autoridad en el sistema de salud pública estatal que era impensable en la década de 1930.

Ciertamente, el sello internacional de la formación universitaria y centrada en la medicina preventiva que recibieron las enfermeras chilenas en esta época que, por ejemplo, no experimentó la matrona hasta la década de 1960, fue decisiva. Desde la década de 1940, se puede percibir que las enfermeras graduadas tomaron distancia del carácter «auxiliar» que tenían en los primeros años del siglo XX, donde sus labores eran mayormente despreciadas. La creciente necesidad de prolongar la labor del médico hasta el hogar de los individuos, como rezaban la mayoría de los tratados de medicina preventiva, sustentaba el «nuevo» sentido del entrenamiento de enfermeras sanitarias. ■