

Asistentes sociales y salud pública en Chile: Identidad profesional y lucha gremial, 1925-1973

Maricela González Moya (*)

(*) orcid.org/0000-0002-7025-7077. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Universidad Santo Tomás, Santiago de Chile. mgonzalez@santotomas.cl

Dynamis

[0211-9536] 2017; 37 (2): 345-365

<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362017000200005>

Fecha de recepción: 14 de noviembre de 2016

Fecha de aceptación: 3 de abril de 2017

SUMARIO: 1.—Introducción. **2.**—«Con mano de médico»: la fundación de las primeras escuelas de Servicio Social y su impronta sanitaria. **3.**—Tres décadas de profesionalización: el camino de la identidad y el avance disciplinario. **4.**—El trabajo sanitario de las asistentes sociales en el SNS y su aporte profesional desde «el terreno».

RESUMEN: El artículo plantea un recorrido histórico por el proceso de profesionalización del servicio social chileno, iniciado con la fundación de la primera Escuela en el año 1925. Dicho recorrido, indisolublemente ligado al desenvolvimiento de la salud pública chilena, transcurre al alero de la institucionalidad sanitaria y está marcado por hitos como el desarrollo académico y universitario de la profesión, la consolidación de las aspiraciones gremiales de las asistentes sociales y la búsqueda de su identificación disciplinaria, construida permanentemente en relación con otras ocupaciones. La impronta sanitaria, que marcó el origen de la profesión, se mantuvo como un sello identitario en sus primeros cincuenta años de vida y el sector salud se convirtió tanto en el principal campo de trabajo de las asistentes como en un espacio que brindó estabilidad laboral, posibilidades de perfeccionamiento y mejoramiento salarial. En el contexto del proceso de profesionalización de las ocupaciones sanitarias en Chile, las asistentes sociales fueron las únicas profesionales que no tuvieron una formación estrictamente médica y, tal vez por la misma razón, contribuyeron a que la política sanitaria chilena cubriera también necesidades asistenciales y llegara con efectividad a las familias pobres, pues las asistentes ingresaron a los hogares de los asistidos y se insertaron de lleno en las comunidades, expandiendo los beneficios del Servicio Nacional de Salud y, a la vez, legitimándolo en la población. Para la documentación historiográfica del proceso, se ha trabajado con fuentes documentales que abarcan publicaciones periódicas, tesis y memorias universitarias, documentos del archivo del Colegio de Asistentes Sociales y monografías históricas.

PALABRAS CLAVE: servicio social, profesionalización, Chile, política de salud, Servicio Nacional de Salud.

KEYWORDS: Social work, professionalization, Chile, health policy, National Health Service.

1. Introducción

Aun no siendo un oficio estrictamente sanitario, el Servicio Social surgió en Chile y en Latinoamérica como una profesión pensada, impulsada y requerida por los médicos. En ese sentido, en los cincuenta años que van desde la creación de la primera Escuela, en 1925, hasta el Golpe Militar de 1973, las asistentes sociales fueron formadas con una impronta sanitaria y el campo de la salud pública se convirtió en su principal fuente laboral, con más de un 30% de ellas trabajando en el Servicio Nacional de Salud (SNS) durante la década de 1960.

La profesionalización del Servicio Social chileno, que aconteció también en este medio siglo, coincidió con la inserción de las asistentes en los hospitales y consultorios y una parte importante de su identidad profesional se forjó en un proceso de reconocimiento y, a la vez de diferenciación, respecto de otros integrantes de los equipos sanitarios. Al mismo tiempo, ciertos elementos de su quehacer —particularmente su trabajo «en terreno»— constituyeron uno de los pilares fundamentales de la expansión de las prácticas asistenciales del Estado Benefactor. De esta manera, la construcción identitaria se forjó al alero de la consolidación estatal, en recíproca relación.

El presente artículo busca documentar historiográficamente este proceso de profesionalización, haciendo un recorrido desde el origen de la profesión en Chile, pasando por sus primeros años de adelanto académico y laboral, su constitución gremial y sus intentos por delimitar sus funciones y responsabilidades dentro de la burocracia estatal. Este recorrido se lleva a cabo poniéndolo en diálogo con el desarrollo de la institucionalidad sanitaria en Chile pues ambos desenvolvimientos fueron complementarios. Se trata de aportar a la historiografía del trabajo social chileno, buscando diferenciarse de una corriente más positivista, basada en el relato de acontecimientos ordenados en etapas ascendentes y, a la vez, evitar la consideración de las asistentes sociales como meras ejecutoras alienadas de un Estado disciplinador. Se asume, como perspectiva teórica, un enfoque centrado en la noción de «prácticas», entendidas éstas como un «modo de hacer las cosas» que se sitúa en conexión con los discursos prescriptivos, a la vez que se vincula con los sentidos individuales y colectivos de la acción social¹. Al ser las asistentes sociales ejecutoras de la política sanitaria, dispusieron de un

1. PNUD. Informe de Desarrollo Humano, 2009. La manera de hacer las cosas. Santiago: PNUD; 2009, p. 50-55.

amplio margen de discrecionalidad en sus intervenciones² y, en esa medida, se ha pretendido iluminar el aporte generativo que ellas entregaron a un Estado en construcción, aporte en el que confluyó su formación e impronta sanitarias, su trabajo vinculado a las necesidades y demandas de las personas, y los valores gremiales y disciplinarios que se gestaron en el tiempo.

Se ha trabajado con material de archivo del SNS, el Consejo de Salud y el Colegio de Asistentes Sociales de Chile. Se han examinado publicaciones periódicas como las Revistas *Servicio Social*, *Revista de Beneficencia Pública* y números aislados de otras publicaciones. Muchos testimonios de intervenciones sociales en el periodo fueron extraídos de las memorias de titulación de asistentes sociales de la Escuela Alejandro del Río (ex Beneficencia) y Universidad de Chile; en ellas se ha «hecho hablar» a las protagonistas del trabajo asistencial. A todo lo anterior se le suma el trabajo con monografías históricas y fuentes secundarias.

2. «Con mano de médico»: la fundación de las primeras escuelas de Servicio Social y su impronta sanitaria

En el año 1925 se constituyó la primera Escuela de Servicio Social en Chile y Latinoamérica. Dependió de la Junta de Beneficencia y Asistencia Social, entidad filantrópica que, con patrocinio y tutela estatal, tenía a su cargo todos los hospitales y obras asistenciales del país. Cuatro años después se creó la Escuela Elvira Matte de Cruchaga, anexa a la Universidad Católica de Chile e inspirada en valores cristianos³, y en 1940 se fundó una tercera Escuela, que dependió del Ministerio de Educación y tuvo sedes en Santiago, Temuco y Concepción.

El origen común de todas estas escuelas estuvo en el proceso de modernización de la sanidad —entendida ésta en un amplio sentido que abarcaba la salud pública y todo tipo de obras sociales— que habían emprendido

2. El alto nivel de discrecionalidad de los profesionales que se sitúan en la implementación de las políticas públicas ha sido trabajado desde la perspectiva de Michael Lipsky. Puede verse en Lipsky, Michael. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980, p. 3.

3. Estas dos escuelas, de distinta orientación ideológica y valórica, compartieron sin embargo el espíritu modernizador del Estado asistencial chileno, procurando realizar una purga científica de la miseria que se diferenciara de la caridad y la filantropía. Cordemans, Leo. De la caridad al Servicio Social. *Servicio Social*. 1927; 1 (1-2): 3-7.

los médicos durante la segunda década del siglo XX. Alejandro del Río, Ismael Valdés, Gregorio Amunátegui y otros facultativos consideraron que, si realmente se deseaba resolver los graves problemas sanitarios y sociales del país, las prestaciones médico-asistenciales debían realizarse en el marco de instituciones racionalmente pensadas, organizadas de acuerdo a los más altos estándares del desarrollo internacional y lideradas por profesionales que tuvieran la preparación y la visión adecuadas para un nuevo tipo de gestión científica, técnicamente dirigida y con financiamiento estable⁴.

El Primer Congreso de la Beneficencia Pública, llevado a cabo en la ciudad de Santiago en 1917, convocó a los médicos en torno a este diagnóstico y los llevó a denunciar los problemas económicos de los hospitales y acordar que la caridad tuviese un fundamento racional. Ismael Valdés anunció la ineficacia de una benevolencia aislada y sentimental y propició su remplazo por una «Beneficencia Pública», es decir, la unión entre caridad y ciencia, un punto intermedio «entre la caridad sentimental y la caridad oficial», dirigida por médicos y filántropos y vigilada «con la participación y la fiscalización eficaz del Gobierno»⁵.

En este desarrollo, la modernización de los hospitales fue un foco central de discusión. El hospital «moderno», se argumentaba, «ya no es un asilo donde se recibe al enfermo indigente [...] sino el establecimiento construido [...] conforme a los dictados de la higiene y de la técnica hospitalaria, dotado de las instalaciones científicas indispensables para auxiliar en forma efectiva el diagnóstico y de una sólida organización del servicio médico capaz de asegurar el máximo de eficiencia técnica»⁶. Era, pues, «un establecimiento público de gran trascendencia social» y, por ende, sus medios curativos debían ser «rápidos y certeros para devolver, en el menor tiempo posible y en la forma más perfecta que sea dada, la salud perdida o simplemente perturbada»⁷.

Y es que más que el déficit de hospitales, a la mayor parte de los miembros de la Junta les preocupaban otros inconvenientes: las malas condiciones

4. Primer Congreso de la Beneficencia Pública. Revista de Beneficencia Pública (RBP). 1917; 1 (2): 102.

5. Valdés, Ismael. Estudio de la organización definitiva de la beneficencia pública. RBP. 1917; 1 (1): 5.

6. Nota aclaratoria presentada por Ventura Blanco Viel, Presidente del Consejo Superior de Beneficencia, el 24 de agosto de 1918, a la Ley de Construcciones Hospitalarias. Publicada en la RBP. 1920; 4 (2): 111.

7. Blanco Viel, n. 6, p. 112.

de los edificios, las construcciones inorgánicas producidas por falta de decisiones centralizadas, la escasez de recursos que obligaba al cierre de recintos⁸. Las edificaciones existentes, se decía, «tienen un marcado tinte colonial», siendo necesario dotarlas de «una sólida y severa organización» para obtener de ellos «el máximo de rendimiento»⁹.

Dentro de este nuevo ordenamiento, los médicos debían adquirir competencias para dirigir y administrar, y los otros técnicos para «completar la misión del médico». La complejidad de las dificultades ameritaba una tecnificación de los oficios y exigía una renovación de las personas que ejercían en los servicios de salud, descritos por Alejandro del Río como «personas de baja extracción social», apenas diferenciados de los enfermos por su rol, «mal pagados, sin uniforme ni espíritu de cuerpo, sin conciencia de las funciones que tan malamente desempeñan, alojados en la misma sala de los enfermos [...] o en habitaciones con frecuencia antihigiénicas»¹⁰.

Entre 1917 y 1925, es decir, entre la realización del Primer Congreso de la Beneficencia y la creación de la primera Escuela de Servicio Social en Chile, se gestó también entre la intelectualidad médica el convencimiento de que se tornaba obligatorio contar con un tipo particular de profesionales, que serían el foco para comprender las «causas» de los problemas médicos y actuar sobre ellas más allá de las fronteras del recinto hospitalario. Germán Greve tradujo, en el año 1919, una parte del libro de Lucía Cornelia Catlin, *El hospital como agente social en la comunidad*, donde se sostenía que el servicio social constituía una rama de la atención hospitalaria, surgida para el tratamiento eficaz de los enfermos. La «obrero social», como la llamaba Lucía Catlin, era una «especialista en el terreno de la obra social», [una] «consultante, diagnosticadora, recetadora en problemas sociales, y su opinión [era] considerada como la suprema en su esfera de actividad»¹¹.

-
8. No obstante, en las sesiones de las Juntas se debatía la incapacidad de los hospitales para atender las necesidades de la población, particularmente en los casos de las enfermedades crónicas y la demencia. Es probable que con los recursos ya insuficientes con que contaba la Beneficencia para actuar, la demanda para construir nuevos recintos quedara supeditada a la propuesta para mejorar los ya existentes.
 9. Discurso del Secretario General del Congreso Dr. Alejandro del Río con motivo del cierre del Primer Congreso de la Beneficencia. Primer Congreso de la Beneficencia Pública. RBP. 1917; 1 (2): 199-200.
 10. Del Río, Alejandro. Reformas urgentes en nuestros hospitales. RBP. 1918; 2 (4): 381, 384-385.
 11. Catlin, Lucía Cornelia. El hospital como agente social en la comunidad. Revista Extranjera en RBP. 1919; 3 (2): 198.

El médico presenciaba, a diario, «las miserias de la humanidad doliente», pero tomaba conciencia, impotente, de que los pacientes «no recibían todo lo que les hacía falta» y que se abría un abismo «entre el hospital, el dispensario y el médico por un parte y el hogar por la otra»¹².

«Las obreras sociales del hospital tienen oportunidades de servir que no se le presentan a otras: primero, porque la enfermedad incapacita al individuo dejándolo desamparado y dependiente; segundo, porque su impotencia lo hace más susceptible a las buenas influencias; tercero, porque su estadía en el hospital lo pone bajo observación y cuidados directos; cuarto, porque de la enfermedad se desarrollan a menudo problemas sociales de los más complejos que exigen trabajo intensivo»¹³.

Alejandro del Río presentó, en 1921, un proyecto para elaborar el Reglamento Interno de los Hospitales de la Junta; el documento incluía el diseño de un Departamento General de Acción Social cuyo objetivo era preocuparse de los padres internados, la legalización de familias y las dificultades para las hospitalizaciones urgentes, y que debía «ser puesto a cargo de una mujer de especiales condiciones de carácter y de inteligencia»¹⁴. El proyecto fue aprobado por el Directorio de la Junta y el mismo Alejandro del Río, Director de la Asistencia Pública, implementó en esa institución «el ensayo de un servicio de asistencia social» en 1923, incluyendo una pequeña partida en el presupuesto para efectuar medidas de apoyo interno y externo a los internados¹⁵.

Pero lo que parece haber persuadido a los médicos de la necesidad de fundar propiamente una Escuela de Servicio Social que formara visitadoras sociales para «salvar en cada caso el triste cuadro de la miseria humana»¹⁶, fue el viaje que Alejandro de Río hizo a Bélgica y el hecho de haber conocido en ese país a René Sand, médico cultor de la salud pública y miembro del Consejo Administrativo de la Escuela de Servicio Social de Bruselas. El contacto con Sand entusiasmó al médico chileno y, a su vuelta, transmitió

12. Catlin, n. 11, p. 198.

13. Catlin, Lucía Cornelia. El hospital como agente social en la comunidad (segunda parte). Revista Extranjera en RBP. 1919; 3 (3): 282.

14. Del Río, Alejandro. Proyecto de bases para la preparación de los reglamentos internos de los hospitales de la Junta de Beneficencia de Santiago. RBP. 1921; 5 (2): 116.

15. Cienfuegos, Eugenio. Asistencia Social. RBP. 1924; 8 (2): 114.

16. Valdés, Ismael. La visitadora social. RBP. 1924; 8 (2): 105.

sus ideas a algunos médicos de la Beneficencia y a varios profesores de la Universidad de Chile.

En el contexto del Segundo Congreso de Beneficencia Pública (1922) se les pidió a dos señoras voluntarias del Patronato de la Infancia que presentaran su práctica en el tema, dado su «conocimiento de lo que es la enfermedad en la casa de un pobre». Ellas plantearon: que se imponía a los hospitales la creación de departamentos de acción social destinados a «extender las ventajas de sus servicios a las familias de los enfermos hospitalizados y a los mismos enfermos que se presentan a sus dispensarios siguiéndolos hasta en su hogar»; que las visitadoras sociales debían tener conocimientos técnicos y sociales para atender las necesidades de los enfermos hospitalizados, «con el objeto de asegurar el éxito de su tratamiento, velando por su familia y su convalecencia»; y que dichas visitadoras debían influir «en el sentido de la buena organización del hogar»¹⁷.

Este Segundo Congreso fue la instancia donde catalizaron este conjunto de ideas y entre sus conclusiones se planteó la decisión de crear una Escuela de Servicio Social que impartiera formación en dos años, a fin de educar visitadoras sociales especializadas, a cargo de una Directora extranjera que tuviera el bagaje adecuado a este fin¹⁸. Se nombró una comisión formada por miembros de la Junta que quedaron encargados de elaborar el programa de trabajo, el plan de estudios y el presupuesto de la Escuela; la misma comisión gestionó la contratación en Bélgica de la futura Directora, a través de la mediación de René Sand en ese país¹⁹.

Una fuerte impronta sanitaria tiñó entonces desde sus orígenes a las primeras visitadoras, formadas para nutrir de profesionales a los nuevos hospitales. Este sello formativo tuvo efectos inmediatos en los espacios laborales y en estos primeros años de vida profesional las visitadoras sociales se insertaron mayoritariamente en los servicios de salud. Entre 1926 y 1932, por ejemplo, el porcentaje de visitadoras que trabajaba en el ámbito sanitario alcanzó a casi el 65% de ellas y no fue nunca menor al 40%²⁰. Por otro lado, a partir de enero de 1927 todos los Hospitales pasaron a contar

17. Valdés, María Concepción; Isaza, Raquel. La «acción social» de los hospitales. RBP. 1923; 7 (1): 249 y 254.

18. Valdés, n. 16, p. 107.

19. La futura Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago. RBP. 1924; 8 (3): 438.

20. De Bray, Leo. El desarrollo del Servicio Social en Chile. Servicio Social. 1932; 6 (2-3): 195-206.

con una Oficina de Servicio Social, a cargo de una visitadora, a fin de que se ocupase «en forma amistosa y benévola del bienestar y tranquilidad moral del enfermo», cooperando de manera directa con la labor del médico a través de la elaboración de una encuesta social y, de manera indirecta, procurando la reinserción de los enfermos recuperados a la vida laboral, reportando situaciones de insalubridad diagnosticadas en los domicilios, facilitando la hospitalización, haciendo seguimiento de los egresados y, en general, apoyando a las familias de los internados y los dados de alta²¹. Juana Mac-Quade lo resumía de esta manera:

«Tarea más que difícil sería querer relatar en pocas palabras el trabajo de la Visitadora Social en el Hospital y que, volviendo incesantemente sobre el tema, consiste en ayudar al enfermo, material y moralmente, en todas sus necesidades, alejando de su espíritu todas las preocupaciones que lo obsesionan y entran su mejoría, o resolviendo para él los problemas que se le presentan: tratar con los patrones, cobrar sus indemnizaciones, enseñarles las leyes, estar en contacto con las diferentes obras que lo puedan ayudar y, sobre todo, ser siempre el lazo de unión entre su hogar y el Hospital y seguirlo más tarde en su convalecencia hasta que haya tornado a su vida normal»²².

3. Tres décadas de profesionalización: el camino de la identidad y el avance disciplinario

Siguiendo la definición convencional de «profesionalización» expuesta por Wilensky²³, el Servicio Social chileno emprendió una trayectoria bastante similar a la de otras ocupaciones modernas y transitó hacia la adquisición de un estatus universitario, la diferenciación respecto de otros oficios similares, el fortalecimiento gremial y la consolidación disciplinaria.

A partir de 1950 las Escuelas del Ministerio de Educación fueron traspasadas a la Universidad de Chile, donde las alumnas dejaron de recibir el título de «visitadoras» y pasaron a llamarse «asistentes sociales»²⁴. Con este cambio se incorporaron una serie de reformas curriculares que

21. Reglamento del Servicio Social en los Hospitales de Santiago. Servicio Social. 1927; 1(1-2): 36.

22. Mac-Quade, Juana. El Servicio Social en el Hospital. Dos casos en que la intervención de la Visitadora Social era indispensable. Servicio Social. 1928; 2 (2): 121.

23. Wilensky, Harold L. The professionalization of everyone? American Journal of Sociology. 1964. 70: 137-158.

24. Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile. Años 1944-1972.

ampliaron la formación a cuatro años, se puso como exigencia la posesión del Bachillerato para ingresar a la carrera y se agregó a la formación un quinto año para la realización de la Memoria de Prueba y la obtención del título de Asistente Social²⁵. La Universidad de Chile se hizo cargo también de custodiar la formación que recibían las asistentes sociales de la Escuela Dr. Alejandro del Río (ex Escuela de la Beneficencia) y que había pasado a ser administrada por el SNS desde 1952.

En 1965 el Consejo Universitario aprobó la categoría de «universitaria» para las escuelas de servicio social —la de Santiago y sus redes regionales— y elevó a la condición de «cátedras» las asignaturas, siendo el título profesional sancionado por el Rector de la Universidad. Este nuevo estatus vino a confirmar las reformas que se habían producido en las escuelas de la Universidad de Chile en los años previos, todas ellas encaminadas a perfeccionar el sistema de enseñanza de la profesión. Por una parte, se habían revisado los programas de curso y se había tomado la decisión de reducir el número de asignaturas, descomprimir el horario de clases y generar mayor coordinación entre materias afines, todo lo cual se orientaba a «establecer un sistema más universitario en el desarrollo de las clases y simplificar el sistema docente»²⁶. De esta manera, en el primer año se impartían los conocimientos de carácter general y en los años siguientes se introducían progresivamente las asignaturas profesionales, con un total de cuatro años de formación, un promedio de siete asignaturas al año y un sistema de ayudantías universitarias²⁷. Finalmente, se crearon dos organismos de funcionamiento del régimen docente: el Consejo de Profesores y la Comisión de Docencia²⁸, quienes pudieron introducir todas estas reformas y se abocaron a tareas como el reordenamiento del sistema de prácticas y la modificación del Reglamento de las escuelas. En el año 1965, cuando las escuelas adquirieron propiamente el carácter universitario, se suprimió la Dirección General de ellas, pues pasaron a tener representación en la Facultad. Adicionalmente, se incorporó el Instituto Superior de Servicio Social, destinado a tareas de investigación y docencia superior y que ase-

25. Historia de la Escuela de Servicio Social «Dr. Lucio Córdova» de la Universidad de Chile. Revista de la Escuela de Servicio Social de Santiago, Universidad de Chile. 1966; 4: 7.

26. Memoria Escuelas de Servicio Social. Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. 1958 [citado 19 Dic 2012]; 2 (2).

Disponible en: <http://www.analesderecho.uchile.cl/index.php/ACJYS/article/viewArticle/5987/5854>

27. Memoria Escuelas de Servicio Social, n. 26.

28. Memoria Escuelas de Servicio Social, n. 26.

orado por expertos internacionales de acuerdo al convenio firmado entre la Universidad de Chile y la Universidad de California²⁹.

La formación universitaria corrió de forma paralela a la del gremio. En el año 1955 se fundó el Colegio de Asistentes Sociales, lo que vino a coronar iniciativas asociacionistas previas de carácter parcial. Tuvo por fin «velar por el progreso, prestigio y prerrogativas de la profesión de asistente social y por su regular y correcto ejercicio», a fin de «mantener sus redes regionales la disciplina profesional y prestar protección a los asistentes sociales», tratando de «estimular las investigaciones científicas de problemas de interés social y propender al perfeccionamiento de la legislación vigente»³⁰. En términos efectivos, el Colegio trabajó en tres líneas diferentes: en primer lugar, protegió la situación laboral de las asistentes sociales, en particular las remuneraciones, las condiciones de trabajo y las huelgas; en segundo lugar, brindó apoyo al mejoramiento de las competencias profesionales de los colegiados y mantuvo una relación estrecha con las escuelas, donde participó en la conformación de los planes de estudio; por último, el Colegio trabajó para el posicionamiento público de la profesión, promoviendo leyes de impacto social (como la ley que obligaba a las empresas a tener una oficina de servicio social o la ley que creó jardines infantiles para la protección del párvulo) y participando en emergencias sociales como la suscitada por el terremoto de Valdivia en 1960³¹.

Entre 1925 y 1973 aumentó considerablemente el número de asistentes sociales en el país. Se debió, en primer lugar, a la apertura de seis escuelas en regiones como sedes de la Universidad de Chile, la Escuela de la Universidad de Concepción y la de la Universidad Católica de Valparaíso³², además de las ya existentes. En segundo lugar, la Universidad de Chile amplió sus vacantes al doble en la década de 1960, a pesar de lo cual

29. En el año 1965 se firmó entre la Universidad de Chile y la Universidad de California, como parte del llamado «Plan Chile-California», un convenio de cooperación para el desarrollo, que permitió el apoyo a Chile en áreas como la agricultura, la educación, los transportes. Específicamente, el convenio permitió el intercambio académico entre profesores de ambas universidades y fue financiado por la Fundación Ford.

30. Ley número 11.934, artículo 2.

31. Farah, Jorge. La consolidación de un espíritu gremial. Nacimiento y primeros pasos del Colegio de Asistentes Sociales (1955-1965). En: Maricela González, ed. *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos*. Santiago: Ediciones Técnicas de Educación Superior; 2010, p. 73-107.

32. Gómez, Lucy. *Génesis y Evolución de los 70 años del Trabajo Social en Chile*. Santiago: UTEM; 1995, p. 22-24.

siguió dejando a muchas aspirantes sin cupo. El mercado y las condiciones de trabajo deben haber sido propicias también para el desempeño laboral, pues la gran mayoría de las asistentes sociales que se titulaban ejercían la profesión por muchos años, como es el caso de las tituladas entre 1949 y 1968, con un 85% de ellas como trabajadoras activas³³.

El camino de profesionalización fue también para las asistentes sociales un doble proceso de construcción de identidad y de diferenciación respecto de otras ocupaciones³⁴. En 1925, Alejandro del Río se había extendido sobre las distinciones al interior del personal auxiliar³⁵ y un año después el Consejo de Higiene, junto con las respectivas escuelas de enfermería sanitaria y servicio social, acordaron delimitar con precisión las fronteras de cada profesión, estableciendo que las «enfermeras» correspondían a las personas que se dedicaban «a la atención de los enfermos bajo la dirección médica», las «enfermeras sanitarias» a las que se habían «especializado en el servicio sanitario», y las «visitadoras», que cumplían «su misión de carácter social económico sin invadir el campo propio y bien determinado de las enfermeras»³⁶. El documento dejaba en claro, no obstante, que se trataba de una apreciación generalista que permitía demarcar en líneas gruesas los tres oficios, pero cuando se llegaba «a los detalles, la delimitación de funciones no era tan fácil» y con frecuencia se confundían³⁷.

Más allá de los campos de acción, que a todas luces eran distintos, durante la década de 1930 se puso en evidencia que subyacían también discusiones ideológicas y políticas de trasfondo. Los socialistas, que consideraban a las visitadoras como instrumentos al servicio del orden establecido, eran partidarios de suprimir la formación profesional pues consideraban que las enfermeras sanitarias tenían ya la tarea de «visitar los hogares pobres con el objeto más específico de la educación higiénica y preventivo-sanitaria entre las capas populares, auxiliando así la labor médica de tratamiento

33. Recursos Humanos de Salud en Chile. Santiago: Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional Consultivo de Salud; 1970, p. 297.

34. Abbott, Andrew. *The system of professions*. Chicago: The Chicago University Press; 1988.

35. Del Río, Alejandro. Consideraciones sobre el personal auxiliar del médico, de la sanidad y del servicio social. RBP. 1925; 9 (3): 396-411.

36. Monografía de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago de Chile. Santiago: Imprenta Universitaria; 1929, p. 27.

37. Monografía, n. 36, p. 27.

hospitalario»³⁸, y como su formación paramédica dependía de la Universidad de Chile, se las suponía vinculadas «con las preocupaciones de la ciencia y la técnica en materia de salud»³⁹. En el lado opuesto, los conservadores, y sobre todo los radicales, que eran firmes partidarios de la formación y fortalecimiento del Estado Benefactor, sostenían que no sólo había que defender la existencia de las visitadoras, sino que había que crear nuevas escuelas, esta vez con tutela estatal.

Estos últimos ganaron la disputa y el médico conservador Lucio Córdova, Presidente de la Asociación Chilena de Asistencia Social, impuso su idea de que era necesario «laicizar la asistencia popular» y convertirla en una función estatal, tratando de prolongar y ampliar la labor del Estado Benefactor; trataba de interpretar así al radicalismo y particularmente al propio Presidente de la República, Pedro Aguirre Cerda, quien, a juicio de Lucio Córdova, había comprendido «todo el provecho que, para la cultura y el mejoramiento de las clases populares, se podía obtener de la acción filantrópica, altruista y educativa de Visitadoras Sociales bien orientadas hacia la noble tarea de Servir y Educar»⁴⁰. Y como Aguirre Cerda, a su vez, había sido miembro del Consejo Directivo de la Escuela de la Beneficencia, estaba también convencido de que la enseñanza pública del servicio social debía significar una contribución a la superación de los problemas individuales y colectivos de la Nación⁴¹.

Al interior de las escuelas existentes el debate social no tomó tribuna y simplemente se hicieron alusiones indirectas para que la «opinión pública» tomara conciencia de que la profesión de visitadoras sociales tenía «una importancia básica en la constitución de la sociedad moderna»⁴². Graciela Lacoste, fundadora de la Unión Femenina, defensora de los derechos de las mujeres y firme partidaria de la existencia de visitadoras profesionales, escribía —también en un tono conciliador— sobre la necesidad de establecer las diferencias entre las enfermeras y las visitadoras. La especialización, señalaba, es sinónimo de «progreso» e «indispensable para evitar rozamientos y

38. Illanes, María Angélica. «En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia...». Historia Social de la Salud Pública, Chile, 1880-1973. Santiago: Colectivo de Atención Primaria; 1993, p. 339.

39. Illanes, n. 38, p. 339.

40. Córdova, Lucio. Las nuevas escuelas de Servicio Social de Chile. Folleto de Divulgación de la Asociación Chilena de Asistencia Social, Santiago, número 115, p. 4.

41. Citado en Historia de la Escuela de Servicio Social, n. 26, p. 7.

42. Memoria de la Asociación de Visitadoras Sociales correspondiente al periodo de julio de 1938 a mayo de 1939. Servicio Social. 1939; 13 (2): 165.

extralimitación de atribuciones» y concluía que entre visitadora y enfermera existía una diferencia mayor que entre cualquier otra de las especialidades médicas entre sí, pues si todas éstas actuaban frente a los individuos enfermos, «las visitadoras trabajan con la masa asalariada en general, sean sanos o enfermos»⁴³.

La batalla terminó consagrando finalmente la formación pública del servicio social y en la década de 1940 se crearon las escuelas del Ministerio de Educación que no fueron sino una plataforma para ingresar al espectro universitario. En el año 1945 se realizó en Santiago el I Congreso Panamericano de Servicio Social y, a raíz del trabajo de sus diferentes comisiones, se formó al año siguiente la Asociación Chilena de Escuelas de Servicio Social «con el objeto de propender al mejoramiento de la enseñanza del Servicio Social y estimular el intercambio de opiniones y experiencias al respecto»⁴⁴.

Sin embargo, este fortalecimiento de la formación académica de la profesión y la institucionalización de las aspiraciones gremiales no eliminaron por completo la ambigüedad respecto del rol y la especificidad técnica de las asistentes dentro de los equipos sanitarios. Un estudio realizado por Orieta Álvarez en el año 1966, en el marco de la Escuela de Salubridad, recogió experiencias y testimonios de asistentes sociales del SNS que se lamentaban del «desconocimiento del rol»⁴⁵ que había al interior de la institución y también de parte de los usuarios. Conocedoras de la formación que habían recibido y conscientes de las herramientas técnicas con que contaban, sentían que el SNS las constreñía a un papel muy rutinario, dedicado a la atención de casos y, peor aún, a reubicar enfermos «que habían perdido el interés clínico»⁴⁶. Los departamentos de servicio social de la institución mostraban a un grupo cohesionado, fuertemente identificado con el oficio y unidas en sus demandas, pero al mismo tiempo se quejaban de sus jefaturas administrativas porque la labor de «colaboración médica», que medio siglo antes les había satisfecho sus aspiraciones y proyecciones, en los '60 la percibían como distanciada de sus fines y formación. Esto llevaba a la conclusión de que «a 40 años de la creación del Servicio Social en Chile,

43. Lacoste, Graciela. Visitadoras sociales o enfermeras. *Servicio Social*. 1940; 14 (2): 134-136.

44. Aylwin, Nidia. Discurso de apertura del Primer Congreso Nacional de Escuelas de Servicio Social. *Servicio Social*. 1967; 41 (3): 43.

45. Álvarez, Orieta *et al.* Trayectoria y proyecciones del Servicio Social en el Servicio Nacional de Salud, Escuela de Salubridad. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1966, p. 19.

46. Recursos Humanos de Salud en Chile, n. 33, p. 295.

pese a todos los esfuerzos realizados tendientes a una preocupación profesional, los asistentes sociales del SNS aún no son utilizados plenamente, y se desconoce su valer profesional, en un gran porcentaje»⁴⁷.

4. El trabajo sanitario de las asistentes sociales en el SNS y su aporte profesional desde «el terreno»

El Servicio Nacional de Salud fue creado por Ley de la República en agosto de 1952 y entró en vigencia ocho meses después, unificando a diversos organismos que, con diferentes áreas de competencia y atribuciones, se habían hecho cargo de la salud pública chilena en los últimos veinticinco años. El objetivo básico del SNS fue «proteger la salud de los ciudadanos por medio de acciones sanitarias y de asistencia social, además de brindar atenciones médicas preventivas y curativas»⁴⁸ y suscribió el ideario de la medicina social, haciéndose parte de los postulados de la OMS, que veía a la salud en un sentido integral y relacionaba el estado sanitario de una población con las circunstancias sociales⁴⁹.

Cuando el SNS comenzó a funcionar, incorporó a 549 asistentes sociales provenientes de los organismos que éste había agrupado⁵⁰. Básicamente, se integraron para ocuparse de la ejecución de la política sanitaria, en lo que se denominó el «área operacional» del Servicio. Se insertaron principalmente en los hospitales, pero también estuvieron presentes en consultorios, postas, centros materno-infantiles y en el área de bienestar del personal.

En cuanto al trabajo hospitalario, la asistente social intervenía en varios frentes de acción: colaboraba con el médico, «proporcionándole a éste valiosos antecedentes del enfermo» para orientar «el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad»⁵¹. Con el paciente ayudaba

47. Álvarez, n. 45, p. 34.

48. Horwitz, Nina et al. Salud y Estado en Chile. Organización social de la salud pública. Periodo del Servicio Nacional de Salud. Santiago de Chile: OPS; 1995, p. 40.

49. Valenzuela, Guillermo; Juricic, Bogoslav; Horwitz, Abraham. Doctrina del Servicio Nacional de Salud. Revista del Servicio Nacional de Salud. 1956; 1 (2): 5-17.

50. El resto de asistentes sociales que trabajaban en el sector salud se desempeñaban en SERMENA, en los departamentos de Sanidad de las Fuerzas Armadas, en Ferrocarriles del Estado y en los hospitales clínicos de las Universidades de Chile y Católica, entre otros. Recursos Humanos de Salud en Chile, n. 33, p. 295.

51. Corona, Mercedes. Distrofia como problema médico-social. Memoria de prueba no publicada para optar al título de Asistente Social de la Universidad de Chile, Escuela de Servicio Social.

«en la solución de las dificultades» que se le presentaban y, a fin de que se generase «un ambiente propicio y cordial al enfermo»⁵², se le informaba de los beneficios con los que contaba en términos previsionales y se le instaba a que aprovechase los recursos disponibles a su favor. También se vinculaba con la familia, acudiendo hasta el domicilio para remediar «las dificultades planteadas por la enfermedad» y educar «sobre los más variados aspectos de la vida del hogar», preparando al grupo para el regreso del enfermo, supliendo las necesidades en el caso de tratarse del jefe del hogar⁵³ y atendiendo todos los problemas que se hubiesen generado por su ausencia. Un aspecto de especial importancia lo tenía la preocupación «en forma amistosa y benévola del bienestar y tranquilidad moral del enfermo», que comprendía el trabajo de convencimiento para que la rehabilitación fuese eficaz y el apoyo a la familia, cuya suerte podía ser muy desfavorable por causa de un pariente hospitalizado. La asistente social elaboraba además la denominada «Encuesta Social», instrumento que servía para documentar los antecedentes que complementaban el tratamiento médico y que eventualmente podían servir para entender su desarrollo y los obstáculos que se presentaban⁵⁴.

Algunas experiencias hospitalarias salieron del margen descrito y valiéndose de la orientación preventiva del SNS privilegiaron la atención en los policlínicos. Fue el caso del Hospital de Niños Roberto del Río, que desarrolló un amplio plan con desnutridos, que involucró la investigación de «las causas sociales» del problema y un trabajo con las familias para «evitar la evolución de la enfermedad con la consiguiente hospitalización». La asistente social, Inés Navas, organizó también a la comunidad circundante del Hospital pues estimó que el trabajo educativo implicaba «un mínimo de condiciones económico-sociales para obtener resultados positivos» y dio inicio al programa de coordinación de los recursos existentes, que implicó la solicitud de auxilios a industrias localizadas en el sector, la adquisición de

Valparaíso; 1953, p. 120.

52. Wiegand, Gabriela; Ramírez, Elvira. Evolución del hospital en Chile y servicio social de colaboración médica en un hospital general. Memoria de prueba no publicada para optar al título de Asistente Social de la Universidad de Chile, Escuela de Servicio Social. Santiago; 1954, p. 69.

53. Corona, n. 51, p. 120.

54. Hidalgo, Yolanda. Experiencias sobre trabajo social en el Servicio Psiquiátrico de Concepción. Memoria de prueba no publicada para optar al título de Asistente Social de la Universidad de Chile, Escuela de Servicio Social. Concepción; 1952, p. 29.

leche para proveer alimentación a los niños y la intervención con organizaciones, donde se educó a la comunidad en manejo de labores domésticas, puericultura, dietética, presupuesto familiar, entre otros⁵⁵.

Una labor parecida desarrollaron las unidades sanitarias, que se habían creado en algunas comunas de Santiago a mediados de la década de 1940 y que constituyeron experiencias pioneras de coordinación comunitaria de servicios sanitarios y asistenciales. Las unidades, al preocuparse del medio ambiente en el que vivían las personas dentro de un barrio determinado, fueron experiencias fundadoras del trabajo comunitario en salud⁵⁶, el que fue seguido luego por el SNS mediante campañas de vacunación, saneamiento, higiene general y trabajo preventivo con madres y niños. Adicionalmente, el Servicio se dio cuenta de que las condiciones sanitarias y la deteriorada calidad de vida de las familias impedían que los programas de salud fuesen todo lo exitosos y efectivos que se requería y que faltaban los escenarios propicios para que un cierto «piso sanitario mínimo» favoreciera la disminución de enfermedades y patologías recurrentes y persistentes.

En este último sentido, las asistentes sociales fueron quienes llevaron el SNS al «terreno» en una doble dinámica de acercar la institucionalidad a las personas para atender mejor sus necesidades⁵⁷ y, por otro lado, ganando el Servicio legitimidad en la población con el objetivo de que su programa de salud fuese aceptado y seguido⁵⁸. Dentro de sus funciones, una de las más importantes fue la de mediar entre los problemas sentidos por la población y los recursos existentes tanto a nivel estatal como particular, como lo fue en el caso de la Unidad Sanitaria Dr. Alejandro del Río, en Puente Alto, donde el servicio social sirvió de puente entre los beneficiarios de la Policlínica Rosa M. de Ojeda y otras organizaciones del distrito, incluyendo la Fábrica Victoria, la posta infantil, el municipio y asociaciones diversas de pobladores, los que conformaron comités de adelanto y trabajaron para la solución de problemáticas como la carencia de agua potable, la elimi-

55. Navas, Inés. Porvenir de la distrofia pluricarencial. Memoria de prueba no publicada para optar al título de Asistente Social de la Escuela de Servicio Social Alejandro del Río. Santiago; 1954, p. 79-80.

56. Con respecto a las unidades sanitarias, se puede profundizar en: Urzúa, Hernán. Unidades Sanitarias en Chile. Boletín de la OSP. 1947; 26 (5): 428-436. Urzúa, Hernán. Unidades Sanitarias de Chile. 1952; 33 (1): 11-17.

57. Carrasco, Rosa et al. El desarrollo de la comunidad rural y urbana. Servicio Social. 1963; 36 (3): 34.

58. Carrasco, n. 57, p. 35.

nación de excretas y basura, la falta de vigilancia policial, la protección y la prevención de enfermedades, especialmente en la población escolar⁵⁹.

Las asistentes sociales fueron también asesoras de grupos de pobladores, a quienes ayudaron a enfrentar problemas de carácter técnico y financiero, trascendiendo la situación sanitaria. Yolanda Campos, del Centro de Salud N.º 4, apoyó a un Comité de Vecinos aledaño que se había formado con el expreso propósito de «encontrar una solución que les permitiera salir cuanto antes de las miserables condiciones en que vivían», pues aunque tenían un interés común bien definido, carecían de herramientas para organizarse, obtener financiamiento y distribuir responsabilidades. La asistente social los capacitó en aptitudes directivas, educación cooperativa y gestionó la participación de otras instituciones como la Cámara Chilena de la Construcción y el Departamento de Higiene Ambiental del SNS. A su vez, auxilió al grupo directamente, o pidió la ayuda de otros expertos, para resolver dudas y adelantar trabajo respecto de títulos de dominio de las viviendas, condiciones del terreno y disposiciones legales para la autoconstrucción⁶⁰.

Fue frecuente que las asistentes sociales oficiasen de tesoreras en los comités de pobladores y fuesen educadoras en diversos temas; participaban de las reuniones de los vecinos y acompañaban a las comunidades a negociar con las autoridades comunales. Se preocuparon preferentemente de los niños y sus madres e intervinieron en temas de alimentación, presupuesto familiar, rendimiento escolar, trabajo infantil o dificultades conductuales⁶¹. Se anticiparon, además, al trabajo con grupos preescolares, con experiencias precursoras como el Jardín Infantil instalado al alero del Consultorio N.º 1 en la comuna de Santiago⁶² y otros similares en Maipú, Lo Valledor, el Consultorio N.º 10 y el Hospital San Francisco de Borja. De esta manera, las asistentes diversificaron su campo de acción. No se trató de una «evolución», sino de una amplificación y profundización de sus funciones, algunas de las cuales fueron sintonizando con nuevos temas y articularon necesidades y demandas de las personas, pasando desde una

59. Riquelme, Graciela; Oñate, Laura. Ensayo de organización de la comunidad bajo los auspicios de la Unidad Sanitaria Dr. Alejandro del Río. *Servicio Social*. 1953; 27 (3): 9 y siguientes.

60. Campos, Yolanda. Experiencias de un programa de vivienda en el Centro de Salud N.º 4. *Servicio Social*. 1959; 33 (1): 25-31.

61. Atlagic Esther; Soto, Eliana. Programa de Servicio Social en Población Recreo. *Servicio Social*. 1953; 27 (2): 35.

62. Pizarro, Sylvia. Experiencia sobre jardines infantiles financiados por la comunidad, trabajados por Servicio Social del Área Central. *Servicio Social*. 1963; 36 (1-2): 12-13.

atención centrada en el individuo-familia a un enfoque comunitario, sin desconocer la intervención asistencial de las primeras visitadoras.

Agrupando estos distintos roles, el SNS cobijó también el proceso de especialización y perfeccionamiento profesional de las asistentes sociales, al igual que lo hizo con otras ocupaciones médicas y paramédicas, pues dado que la institución era la proveedora casi exclusiva de la atención en salud en la medianía del siglo XX —absorbía el 90% del presupuesto del sector salud, brindaba atenciones curativas a más de un 70% de la población y cubría un 86% de las hospitalizaciones—, fue también el principal empleador de las profesiones y oficios sanitarios. Esta suerte de «monopolio» no parece haber disgustado a las diversas disciplinas, pues además de ofrecer estabilidad laboral, el Servicio promovió la creación y consolidación de los colegios profesionales y ayudó en su progreso académico y ocupacional, otorgando becas de estudio y pasantías y actuando como patrocinador de eventos académicos y corporativos.

Respecto del servicio social, el SNS fue un verdadero trampolín. Proporcionó un marco institucional que brindó empleo estable llegando a ser, durante la década de 1960, contratante de casi un 30% de las asistentes, porcentaje que se mantuvo más o menos fijo hasta 1975⁶³.

Pese a no tener una formación estrictamente médica, las asistentes sociales llegaron a constituir un 7% de los profesionales que integraban el equipo sanitario del Servicio, ratificando su tradicional presencia en la salud pública. De hecho, el SNS fue un centro de formación que las preparó para los requerimientos sanitarios, sociales y asistenciales del país, haciéndose cargo de la antigua Escuela de la Beneficencia e impartiendo para ellas formación de post grado en convenio con la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

Entre 1952 y 1973 la Universidad y el SNS trabajaron también en conjunto para integrar la Escuela de Servicio Social al espectro universitario, dando cumplimiento paulatino a requerimientos académicos y formales como la reformulación de los planes de estudio, la ampliación de plantas de instructores, el perfeccionamiento del proceso de titulación, entre otras⁶⁴.

63. Recursos Humanos de Salud en Chile, n. 33, 297.

64. Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. 1964 [citado 19 Dic 2012]; 4 (4).

Disponible en: <http://www.analesderecho.uchile.cl/index.php/ACJYS/article/viewArticle/4109/4003>

El propio Servicio dictó, en el año 1957, un reglamento para la Escuela⁶⁵, normando a través de él el plan curricular, las estadías prácticas, los requisitos de ingreso de las alumnas, la conformación del cuerpo de profesores y otros temas de diversa índole. A su vez, al comenzar la década de 1960 la Escuela de Servicio Social del SNS creó el Instituto Superior de Servicio Social, entidad destinada a «capacitar a los asistentes sociales para asumir funciones directivas y participar a un nivel más alto en el planeamiento de programas de desarrollo social»⁶⁶.

Los distintos grupos profesionales que formaban parte de la planta funcionaria del SNS fueron generando un cuerpo de reglamentaciones, estableciendo derechos, deberes, funciones y prerrogativas de su desempeño ocupacional. Después de médicos y dentistas, las asistentes sociales parecen haber sido quienes tuvieron a su disposición las regulaciones más claras para su ejercicio y en las *Normas para el Servicio Social* se definían sus objetivos al interior del SNS, las funciones de los principales cargos ocupados y las proyecciones en los ámbitos del trabajo con casos, grupos y comunidades en el contexto de los principales problemas sociales y sanitarios del país⁶⁷.

El Colegio de Asistentes Sociales tuvo también una estrecha relación con el SNS, pues como el organismo era su principal empleador y constituía en muchos sentidos el paradigma de trabajo funcionario, las autoridades sanitarias fueron los principales interlocutores del Colegio cuando éste levantó demandas como la igualación de sueldos con otros profesionales (con las enfermeras del SNS, por ejemplo) y también cuando se consiguió que las asistentes sociales tuvieran una jornada de trabajo de 33 horas semanales, uniformándose a la de los otros profesionales regidos por el Estatuto Administrativo⁶⁸.

Es necesario destacar la conexión que existía entre la tríada Colegio-Escuelas-SNS, esto es, entre las aspiraciones gremiales, las académicas y las funcionarias, cuya máxima expresión fue la observación acuciosa y la opinión interviniente que hacía cada una de estas instancias sobre la otra y las oportunidades que se gestaron para realizar un trabajo en conjunto. A ese respecto, un tema que atravesó casi veinte años de acción y gestión

65. H. Consejo de Salud. Aprueba Reglamento para la Escuela de Servicio Social Dr. Alejandro del Río, Acuerdo número 654, Sesión número 339, 6 noviembre 1957.

66. Crónica. Servicio Social. 1960; 34 (2): 36.

67. Normas para el Servicio Social. Boletín del SNS. 1956; 2 (3): 358-369.

68. Farah, n. 31, p. 92-95.

fue la lucha por conseguir que las asistentes tuvieran derecho a recibir asignación profesional⁶⁹, lo que requería planes de estudio universitarios que contemplaran cinco años de formación sin considerar las tesis o memorias. La Mesa Directiva del Colegio desarrolló un amplio *lobby* al respecto, que incluyó una audiencia con el propio Presidente de República, Carlos Ibáñez del Campo, donde se le expuso que las asistentes sociales cumplieran con tres de los cuatro requisitos que exigía el artículo 75 del Estatuto Administrativo para que un profesional recibiera una asignación profesional: se trataba de una carrera avalada por universidades estatales o reconocida por el Estado; se exigía el Bachillerato o la Licencia de Humanidades para cursarla y contemplaba la realización de cursos regulares universitarios. Respecto del cuarto requisito, se argumentaba que «si bien es cierto que literalmente no se puede dar por cumplido, no lo es menos que concurren circunstancias equivalentes [...] El título de Asistente Social sólo se obtiene después de haber pasado con éxito cursos regulares [...] de acuerdo con programas y planes de estudio determinados, durante cuatro años [...] Para optar al título de asistente social finalmente, previo el cumplimiento de los cuatro años de cursos regulares con las debidas aprobaciones de cada uno de ellos, debe el aspirante presentar una Memoria (tesis de prueba) y rendir un examen oral sobre la totalidad del conocimiento teórico y las experiencias prácticas»⁷⁰.

Las gestiones contemplaron también una solicitud de entrevista con el Ministro del Interior, el año 1958, para pedirle el apoyo del Ejecutivo⁷¹; con el Ministro de Justicia y nuevamente con la cartera de Interior en 1959⁷²; y el nombramiento de una comisión inter escuelas para estudiar todos los currículos de servicio social del país a fin de solicitar un pronunciamiento de la Contraloría General de la República el año 1971⁷³. Finalmente, este último organismo, mediante el Dictamen N.º 70.906 del 6 de octubre de

69. Beneficio de monto fijo que se otorga a los funcionarios públicos por el hecho de poseer un título profesional otorgado por una Universidad y de acuerdo a ciertos requisitos: número de semestres de la carrera, horas de clases, jornada de trabajo, entre otros.

70. Colegio de Asistentes Sociales de Chile. Carta del Colegio de Asistentes Sociales al Ministro de Salud y Previsión Social, 30 Jul 1957. Archivo del Colegio de Asistentes Sociales, Santiago de Chile.

71. Colegio de Asistentes Sociales de Chile, Consejo General. Actas Generales, año 1959. Archivo del Colegio de Asistentes Sociales, Santiago de Chile, p. 11

72. Colegio de Asistentes Sociales de Chile, año 1959, n. 71, p. 156.

73. Colegio de Asistentes Sociales de Chile, 5 Agosto 1971, n. 71, p. 3.

1971⁷⁴ reconoció que el título de Asistente Social tenía el carácter de profesional universitario y que éste era válido para la asignación de título en todas aquellas instituciones y servicios que tenían dicho reconocimiento dentro de su escala de remuneraciones⁷⁵, derecho que se mantiene hasta la actualidad.

En síntesis, el servicio social y la política sanitaria chilena caminaron *estrechamente de la mano* durante cincuenta años del desarrollo nacional. Es probable que esa sintonía esté vinculada con la esperanza que animó, por una parte, a la salud pública de mediados de siglo, hermanada con la aspiración utópica de la OMS al entender la salud como «completo estado de bienestar», y también con el propio ideal del servicio social que, como han dicho Nelson Reid y Gary Lowe, es una profesión que expresa el optimismo acerca de la condición humana, manifestación también de una moral secular que descansa en la certeza de la capacidad de las personas de asumir sus vidas en favor de sí mismas⁷⁶. Por ello, al ponerse la salud pública chilena cada vez más al lado de las necesidades sanitarias de la población, fue un espacio que facilitó el tratamiento profesional de los problemas sociales y, por ende, pavimentó el camino de la profesionalización del servicio social en Chile. ■

74. Colegio de Asistentes Sociales de Chile, 21 Oct 1971, n. 71, p. 1.

75. Colegio de Asistentes Sociales de Chile, 6 Abril 1972, n. 71, p. 4.

76. Reid, Nelson; Lowe, Gary, eds. *The professionalization of poverty. Social work and the poor in the Twentieth Century*. New York: Aldine de Gruyter; 1999.