

Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930

Maricela Gonzalez Moya[*]

María Soledad Zárate Campos[**]

[*] Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones,
Universidad Santo Tomás — Santiago — Chile.
E-mail: mgonzalez@santotomas.cl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7025-7077>

[**] Departamento de Historia Universidad
Alberto Hurtado — Santiago — Chile.
E-mail: mzarate@uahurtado.cl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9537-822X>

Resumen: El artículo busca documentar históricamente el proceso de construcción del Estado Asistencial chileno, explorando el rol que jugaron las enfermeras y visitadoras sociales, como ejecutoras directas de las nuevas políticas sociales de protección a los obreros, madres y niños. Gracias a los atributos que se les confería a su feminidad, se convirtieron en agentes estatales eficaces, pues acercaron la acción estatal a las personas, atrajeron familias al sistema de relaciones capitalista y proporcionaron información útil a los médicos, a fin de que los tratamientos curativos y preventivos resultasen efectivos. Estas profesionales fueron herederas de las prácticas de visita de las damas caritativas de origen aristocrático, pero tuvieron un nuevo perfil, pues formaron parte de un grupo muy reducido de mujeres de clase media que poseían un nivel educacional superior y que aspiraban a desarrollar una carrera independiente, secularizada y científica.

Palabras claves: Estado asistencial; profesiones sanitarias; Chile.

Profissionais, modernas e carismáticas: enfermeiras e assistentes sociais na construção do Estado de bem-estar no Chile, 1900-1930

Resumo: Este artigo procura documentar historicamente o processo de construção do Estado assistencial chileno, explorando o papel desempenhado pelas enfermeiras e assistentes sociais como executoras diretas das novas políticas sociais para proteger os trabalhadores, as mães e as crianças. Graças aos atributos conferidos à sua feminilidade, tornaram-se agentes estatais eficazes, aproximando a ação estatal das pessoas, atraindo famílias para o sistema das relações capitalistas e proporcionando informações úteis aos médicos para que os tratamentos curativos e preventivos fossem eficazes. Essas profissionais eram herdeiras das práticas de visita das senhoras caridosas de origem aristocrática, mas tinham um novo perfil, porque fizeram parte de um número muito pequeno de mulheres de classe média que tinham um nível de escolaridade superior e que aspiravam a desenvolver uma carreira independente, leiga e científica.

Palavras-chave: Estado assistencial; profissionais de saúde; Chile.

Introducción

El Estado asistencial-benefactor chileno se forjó paulatinamente desde fines del siglo XIX y adquirió una forma más definida a mediados de la década de 1920, con la dictación de la Constitución de 1925, que le dio al aparato estatal el deber de velar por la salud y la educación de la población, y con la proclamación de un conjunto de leyes sociales-laborales que ofrecieron resguardo público a los riesgos de enfermar, envejecer y morir para los trabajadores como población prioritaria.

Para echar a andar este nuevo aparataje se requirieron por lo menos tres procesos concurrentes: condiciones políticas favorables, impulsadas por una clase dirigente que consensuó cambios en algunas estructuras tradicionales que se habían tornado obsoletas para responder a los múltiples problemas que enfrentaban los sectores populares; la creación de una institucionalidad pública que se ocupó de los nuevos roles que asumía el Estado; y un conjunto de líderes intelectuales, profesionales y técnicos que estaban convencidos de tener un papel que cumplir en la reforma social y que, al profesionalizarse, se dotaron también de los conocimientos técnicos e instrumentales para ejercer funciones diversas en la implementación de las políticas sociales y laborales recientemente creadas.

Como ha mostrado la literatura sociológica y politológica (Lipsky, 1980; Elmore, 2002), la efectividad de las políticas públicas no depende exclusivamente de quienes tienen la tarea de idear programas de cambio coherentes y realistas, ni tampoco de las alianzas fecundas que dichos expertos efectúan con la clase política para sacarlos adelante. Las políticas son también deudoras de los implementadores que ejecutan acciones concretas en contacto directo con el público beneficiario y que desempeñan, en esa interacción, un rol estratégico en tanto depende de su alto nivel de discrecionalidad la instalación de los cambios y la legitimidad que logran tener en los beneficiarios, amén de posibilitar sus buenos resultados o, por el contrario, significar su fracaso (Lipsky, 1980, p. 1).

En el caso chileno, y específicamente para el periodo estudiado, la historiografía no ha desconocido la importancia que tuvieron los médicos en la instalación, desarrollo y consolidación del Estado Asistencial. María Angélica Illanes ha hablado de una verdadera *intelligentsia* médica, que luchó palmo a palmo para idear y proyectar un nuevo modelo estatal (Illanes, 1993) y María Soledad Zárate ha mostrado cómo la historiografía de la salud pública chilena ha privilegiado las voces de los médicos, no sólo como protagonistas de dicha historia, sino también como constructores y narradores unívocos de su relato (Zárate, 2014).

Sin embargo, otros actores de este proceso hicieron su propio camino de tecnificación y se prepararon por más de tres décadas desde inicios del siglo XX para cumplir, posteriormente, ese rol de implementadores directos de las nuevas políticas sociales, abriendo una puerta para conectar la acción estatal con las familias pobres, hacer llegar los beneficios a la población

beneficiaria y, al mismo tiempo, dar legitimidad al nuevo Estado entre los asistidos. Ese ejército de ejecutores directos de las políticas asistenciales y sanitarias fueron mujeres profesionales, representantes de oficios creados precisamente en este periodo, que aportaron elementos novedosos respecto de los médicos.

El presente artículo describe algunos aspectos del proceso de conformación de este cuerpo de profesionales, analizando su ideario y tareas en el marco de los orígenes de las nuevas instituciones y prácticas asistenciales. A diferencia de otras hipótesis historiográficas, que conectan directamente este trabajo femenino con las labores de las damas de caridad aristocráticas, se sostiene que algunos rasgos del trabajo que realizaban aquéllas se perpetuaron en las nuevas profesionales —visita al terreno, explotación de atributos personales puestos al servicio de los otros, promoción del cuidado—, pero que el proceso de profesionalización que experimentaron el oficio de enfermera y de visitadora social las convirtió en gestoras directas del naciente Estado asistencial, ocupando dentro de él un rol activo y productivo de nuevos saberes y prácticas.

Subordinadas al trabajo médico y vinculadas de forma permanente a las formas de caridad laica y cristiana, en poco tiempo fueron capaces de perfeccionar su oficio y aportar a los equipos médicos un conocimiento sobre las personas y un modo de actuar con ellas que tuvo su propia fisonomía e identidad. Nuestra tesis es que dicha particularidad es propia de su quehacer asistencial y fue el cimiento sobre el cual se afirmó y levantó la institucionalidad sanitaria chilena que tanto prestigio ha tenido hasta la actualidad.

Esta investigación se inscribe en la historiografía que examina la historia de las mujeres y del maternalismo político en el marco de su estratégico papel en la construcción del Estado Benefactor en sociedades europeas. Diversos estudios han destacado cómo los valores del cuidado y de la moralidad —culturalmente atribuidos a la función maternal— han permeado la actividad política de las mujeres, sus proyectos educativos y las políticas estatales dirigidas a su protección y la de sus familias (Koven y Michel, 1990; Scokpol, 1992). A su vez, los estudios referidos a las modalidades de asistencia estatal han prestado atención al papel de las profesiones feminizadas en el campo educativo, social y sanitario, y a la relación virtuosa entre sus procesos de profesionalización y el diseño de políticas sociales más eficientes y extensivas (Lewis, 1996; Orloff, 1996).

En Latinoamérica existen investigaciones que describen y comparan el papel de las mujeres organizadas y del feminismo en la puesta en marcha de reformas sociales, legislativas y sanitarias en países como Argentina, Chile y Uruguay en la primera mitad del siglo XX (Lavrin, 2005; Guy, 2011; Biernat, Cerdá y Ramacciotti, 2015). En el caso chileno, se cuenta con estudios sobre el papel de las religiosas en el trabajo hospitalario (Serrano, 2000), de la aristocracia femenina en la caridad organizada (Vicuña, 2001) y los orígenes del voluntariado femenino católico moderno (Yeager, 1999). Para las profesiones socio-sanitarias femeninas se cuenta con algunos estudios sobre enfermeras y matronas (Flores, 1965; Uribe, 2008;

Zárate, 2007 y 2013), y visitadoras sociales (Illanes, 2007; Moyano, 2016; González, 2010 y 2014), pero la vinculación de sus prácticas con la construcción del Estado Asistencial sigue constituyendo un campo por explorar.

Chile pobre y descontento. Cuestión social a fines del siglo XIX

Luego de su independencia, Chile se insertó de lleno en el sistema comercial internacional, inaugurando un ciclo de desarrollo “hacia afuera” (Cariola y Sunkel, 1983, p. 25). Siguió siendo un país pobre, bastante aislado y poco dinámico en términos productivos, pero su estabilidad política y lo pujante de la economía internacional favorecieron que hacia la medianía del siglo se produjera un paulatino despegue modernizador. La activación de la producción triguera, la explotación de yacimientos mineros, el incremento de las importaciones, las innovaciones en la conectividad por medio del ferrocarril y el desarrollo de los puertos fueron los primeros signos de esa modernización y del fortalecimiento de nuevas élites republicanas (Bauer, 1970, p. 146-149; Ortega, 1991-1992, p. 216). A su vez, la incorporación de grandes riquezas al país (particularmente con el salitre del Norte) favoreció el crecimiento del mercado interno y la formación de nuevos oficios y estructuras administrativas estatales.

La estructura social chilena se transformó al compás de todos estos cambios. Junto a las nuevas élites, se fue conformando una incipiente clase media y se constituyó un proletariado ligado a la minería, los puertos y la manufactura, armándose una clase obrera fuerte y organizada. La vida en la ciudad se hizo difícil para los pobres, pues una importante masa de peones migrantes desde el campo se instaló en los suburbios que rodeaban al centro cívico con muy malas condiciones de vida (Romero, 2007, p. 16). Se multiplicaron las enfermedades y la mortandad y el trabajo que hacían hospitales, dispensarios y lazaretos se vio sobrepasado (Sater, 2003, p. 515-516).

En la segunda mitad del siglo XIX la miseria urbana se transformó “en un fenómeno omnipresente, con el que se tenía que convivir y que inquietaba a las autoridades y, por cierto, a la elite” (Silva, 2007, p. 212). Sin embargo, lo que verdaderamente puso en alerta a las autoridades y propició las primeras medidas de salud pública fueron las epidemias, principalmente el cólera y la viruela. La primera de ellas se convirtió en epidemia entre 1886 y 1888, cuando entró al país desde Argentina y se propagó por oleadas sucesivas. Entre esos años se contagiaron poco más de 57.000 personas, con casi 30.000 muertos (Zúñiga y Gassibe, 1992, p. 25), sin que las autoridades logaran detener el contagio. La viruela, por el contrario, fue una enfermedad crónica, que se presentaba cada tres o cinco años sin seguir un patrón establecido. El médico Ricardo Dávila Boza señalaba que la viruela debía ser considerada “como nuestra plaga nacional, como nuestra enfermedad propia, característica” (citado en Cabrera, 2008, p. 41) y probablemente por esa misma razón el azote de 1872 fue un detonante

para la decisión de girar algunas decisiones en materia de política pública, sustentadas en la discusión sobre la necesidad, pertinencia y legitimidad de una vacunación obligatoria.

El ideario liberal de las elites rechazaba tajantemente la intervención estatal, pero cuando el cólera entró a territorio chileno en 1886, el Presidente Balmaceda logró aprobar la ley de policía sanitaria, que lo facultaba para tomar decisiones en materia de policía sanitaria. Al mismo tiempo, en 1887 se decretó la vacunación obligatoria para los recién nacidos y se nombró una Comisión de Higiene Pública que pudo dictar, entre otras medidas, la Ley de Salubridad Interior e Internacional, que permitió cerrar puertos, crear cordones sanitarios, declarar estado infeccioso y, en general, otorgó al Estado, por primera vez, de amplias facultades para el control epidemiológico (Góngora, 1995, p. 125).

También en las últimas décadas del siglo XIX se reorganizó el sistema de Juntas de Beneficencia, dotándolas en 1886 de un reglamento orgánico que las uniformó en atribuciones y funciones y permitió la entrada de los médicos, que pudieron controlar los aspectos técnicos de la atención, dejando en manos de los filántropos la administración financiera. De forma paralela y complementaria, los facultativos se consolidaron también en esta época como un cuerpo profesional reconocido y apoyado por el Estado y dotado de un creciente poder académico y político (Serrano, 1994, p. 185-197). Y aunque prestaban servicios principalmente a quienes podían pagar la atención privada, su creciente actividad gremial en la Sociedad Médica, la publicación de la *Revista Médica de Chile* como órgano de difusión de su saber especializado y su paulatina vinculación con la elite política los fue consolidando en prestigio e influencia (Ponce de León, 2011, p. 76-85).

Los médicos mostraron empatía y preocupación por lo que ocurría en Chile en términos de problemas sociales y sanitarios. Pusieron la voz de alerta y publicaron una serie de trabajos en los que se abordaban temas sanitarios, médicos y sociales. Augusto Orrego Luco denunció, el año 1884, la llamada “cuestión social”, señalando que era “amenazadora y peligrosa” pues descansaba en dos fenómenos perniciosos para la sociedad: primero, la migración campo-ciudad por efecto del debilitamiento del sistema de inquilinaje y la transformación del trabajador agrícola en un peón forastero, “nómade, sin familia, sin hogar propio, sin lazo social” (Orrego Luco, 1884, p. 43); y segundo, las elevadas tasas de mortalidad infantil, que dañaban al pueblo y dividían a la sociedad en dos grupos, unas “clases bajas que se ahogan en la miseria” y unas clases altas “que nadan en la opulencia” (Orrego Luco, 1884, p. 49).

La llegada del siglo XX no hizo sino empeorar la situación y el descontento se canalizó también a través de movimientos sociales de diversa naturaleza y fuerza. Hacia 1910 la mortalidad llegó a tasas del 32 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil alcanzó a los 343 por 1.000 en 1900, mientras la esperanza de vida era de 26 años en hombres y de 27 años en mujeres (INE, 2010, p. 4). Junto con la viruela y el cólera, que azotaban mediante brotes epidémicos, otras enfermedades diezmaron a la población de manera permanente: entre 1905 y 1910 el sarampión mató a cerca de 10.000 personas, el coqueluche casi a 14.000,

2.000 la difteria y 18.000 la gripe; en su conjunto, un 7% de la mortalidad general se debía a estas razones. La tuberculosis mataba a otro 8%, con más de 50.000 decesos al año, mientras que otras enfermedades respiratorias reportaron, entre 1915 y 1920, un promedio de 33.000 muertes al año (Vial, 1996, p. 508-510).

Asimismo, en los primeros años del siglo XX el descontento popular se canalizó a través de movimientos sociales de diversa naturaleza y fuerza que demandaban cambios en pos de mejoras salariales y condiciones laborales, que inspiraron, en buena medida, la emergencia de una incipiente legislación social. La elite, reacia a aceptarla, fue abriéndose de a poco a la posibilidad de que el Estado protegiera a la población más pobre o desprovista a través de un conjunto de leyes promulgadas entre 1906 y 1917 —entre ellas, la Ley de Habitaciones Obreras, la Ley de Descanso Dominical, la Ley de la Silla, la Ley de Protección a la Infancia Desvalida y la Ley de Sala Cuna— y aunque hubo poco consenso sobre la compatibilidad de estas leyes con la libertad individual, fueron buenos ensayos que abrieron la puerta para las reformas de 1924 (Yáñez, 1999 y 2003).

La modernización de la asistencia, el rol de los médicos y la creación de escuelas de enfermeras y visitadoras sociales

El carácter y rol del Estado cambiaron en Chile al dictarse una nueva Constitución Política y un conjunto de leyes laborales destinadas a dar protección a los trabajadores en las contingencias vitales de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Se estableció, por primera vez en el país, un “seguro” que protegía a los obreros y a otros trabajadores asalariados de manera obligatoria y universal y establecía que era deber del Estado “velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país” (Constitución Política de 1925, Artículo 10°). Las llamadas “leyes sociales” propuestas por Arturo Alessandri Palma —líder carismático que canalizó el descontento popular proponiendo reformas al sistema político y social— fueron retardadas por el Parlamento, que se oponía al gobierno, pero terminaron por decretarse ante la amenaza de un grupo de oficiales del Ejército que, golpeando sus sables contra el suelo, exigieron la aprobación inmediata del cuerpo legislativo (Donoso, 1952; Valdivia, 1999).

Pero aunque fueron los militares los actores políticos que precipitaron los hechos, en realidad la legislación social era ya del convencimiento de todos los sectores políticos de manera transversal,¹ y prueba de ello es que fue defendida con ahínco por los conservadores y en particular por el médico Exequiel González Cortés, que se había convencido de que

¹ El consenso era más bien transversal a la élite política chilena, pero las leyes del seguro fueron rechazadas tajantemente por el movimiento popular obrero, por los anarquistas y comunistas. Se consideró que la legislación no era representativa de la clase obrera y que incluso le restaba autonomía, debiendo los trabajadores transar su libertad a costa de ser incluidos en el sistema de protección estatal (Yáñez, 1999; DeShazo, 1983; Arecheta, 2006).

en Chile era conveniente crear un sistema de seguros como el de Alemania “para resolver un problema en que se ventilan los más sagrados intereses de la Patria” (González Cortés, citado en Romero, 1977, p. 55-56). Dicho sistema, basado en el ahorro y en la contribución tripartita entre obreros, patronos y Estado, actuaría como una política de salvación para un pueblo que agonizaba y un sistema de protección, básicamente dependiente de la caridad privada, que no era capaz de cubrir los múltiples problemas sociales de la sociedad basada en el trabajo obrero.

Exequiel González era médico y, en calidad de tal, pertenecía a esa tradición de intelectuales y profesionales que desde fines del siglo XIX denunciaron las condiciones de vida de los sectores populares, levantando una protesta que era a la vez política y académica, pues los había involucrado con el quehacer social y los había llevado a construir conocimiento sobre las enfermedades de mayor prevalencia y las condiciones sanitarias urbanas. Estos mismos médicos quisieron tener un rol protagónico en los cambios que se gestaron. Inmediatamente producido el levantamiento de los militares, la Sociedad Médica declaró la necesidad de que se considerase su papel “desde un punto de vista exclusivamente técnico y social” y manifestó el deseo de “ocupar el puesto que nos corresponde, es decir, organizar [...] la asistencia social” (Citado en Illanes, 1993, p. 204). Amparados en doctrinas higienistas, vieron “lo social” como un campo de intervención que se podía mejorar gracias a la acción científica y planificada, utilizando el conocimiento disponible y aplicando los principios sanitarios a la totalidad del orden social y político. La medicina debía ocuparse ahora de la vida, para producir niños más fuertes que levantarán “la raza”, que se transformarán en futuros trabajadores productivos, amparados por la legislación laboral y aislados de vicios y enfermedades (Pérez, 2012; Durán, 2012).

El rol protagónico de los médicos posibilitó la modernización de las estructuras asistenciales del país. Cambiaron la composición de la beneficencia hasta tecnificarla, modernizaron los recintos hospitalarios y transformaron de modo definitivo la organización de los servicios médicos. Alejandro Del Río, médico de ideas progresistas y decidido impulsor de la renovación completa del sistema asistencial chileno, trabajó con ahínco para mejorar las técnicas de trabajo, racionalizar los objetivos de las instituciones médicas y perfeccionar el rol de las profesiones y oficios sanitarios. Del Río criticaba a los hospitales, describiéndolos como organizaciones regidas por “un criterio un tanto familiar, casero casi”, que hacían caso omiso de “los preceptos de la técnica hospitalaria moderna”. El hospital chileno se dividía en salas dispuestas inorgánicamente, con un médico para cada servicio; los cargos eran vitalicios y se desconocía el reclutamiento por “elección de los más aptos” (Del Río, 1918, p. 381). Cada servicio actuaba de forma separada, con estadísticas escasas y parciales, con falta de información de conjunto y privada de eficiencia técnica y administrativa.

¿Qué proponía Del Río? En primer lugar, había que reemplazar a los tradicionales médicos de sala o “médicos de dispensario” por grupos de trabajo que estuvieran comandados por

un “jefe de sección”. Los recintos debían ser dirigidos por un médico que contara con cursos de perfeccionamiento como requisito para ocupar los cargos superiores de los hospitales (Del Río, 1920, p. 186-189) y debía asistir a un entrenamiento especial de higiene, técnica y administración hospitalaria, dictado por la propia Beneficencia y con un “carácter esencialmente práctico y de tendencia demostrativa”. A su vez, una entidad superior a cargo de los hospitales tendría que formar una biblioteca especializada disponible para el personal directivo, celebrar reuniones anuales con las jefaturas “para intercambiar conocimientos y experiencias sobre puntos y cuestiones prácticas del ramo”, dar a conocer, de manera sistemática, los “progresos hospitalarios” y, finalmente, visitar establecimientos modelos del país y el extranjero a fin de emprender “el estudio prolijo y detallado de sus diversos servicios” (Del Río, 1923, p. 225-233).

Pero, además, se hacía necesario contar con un estrato profesional distinto, que no fuese el médico directivo ni el facultativo tratante. Tampoco se requería de los auxiliares paramédicos, descritos por Alejandro de Río como “personas de baja extracción social [...] 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” (Del Río, 1923, p. 225-233). Se demandaba, en realidad, de un cuerpo de profesionales que apoyaran el trabajo del médico y lo ayudaran a “completar la misión” que le era propia (Del Río, 1918, p. 384-385). Un personal que cumpliera varias funciones al mismo tiempo: por una parte, que estuviese dotado de conocimientos especializados en la atención sanitaria y social de las personas; segundo, que apoyase la tarea médica, saliendo de las fronteras de los recintos asistenciales hasta llegar a la vida de los pacientes, a su hogares, a las costumbres y los hábitos que producían enfermedades, las agravaban o impedían su sanación; tercero, que acercasen el nuevo Estado asistencial a las personas, a fin de que éste cumpliera adecuadamente su función de integración social y las políticas sociales quedasen legitimadas por la masa popular. Enfermeras y visitadoras sociales fueron las llamadas a cumplir ese rol.

El oficio de enfermera se inició en Chile en el año 1902, con la creación de un primer curso en el Hospital San Francisco de Borja que dio lugar, cuatro años más tarde, a la Escuela de Enfermeras del Estado, radicada en el Hospital San Vicente de Paul (Muñoz, Isla y Alarcón, 1999, p. 45-51). La idea germinal fue del médico Eduardo Moore, quien habiendo visitado algunos hospitales en Inglaterra durante el año 1900, había percibido la utilidad que prestaban un conjunto de mujeres que, adscritas al “sistema Nightingale”, servían a los médicos de una manera diferente y con excelentes resultados. En este primer curso se graduaron 28 participantes y en los años siguientes se incrementó el número de inscritas; recibían una formación de tres años, con materias referidas a anatomía, fisiología, medicina interna, obstetricia, entre otras (Flores, 1965, p. 36-37). Como expuso Moisés Amaral en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano realizado en Buenos Aires, las nuevas

prácticas antisépticas y el progreso en áreas como la bacteriología y la anatomía, establecían exigencias a la labor de los médicos que hacían necesario contar con “auxiliares” preparados idóneamente (Amaral, 1904). Amaral afirmaba que la mujer era la llamada a ejercer este oficio en virtud de su “caridad inagotable”, estableciendo una de las cualidades modernas de esta profesión: su definición femenina (Amaral, 1904, p. 7). Las candidatas eran escogidas por sus cualidades morales, espíritu de sacrificio y vocación (atributos que recuerdan a los de sus predecesoras, las monjas) y el propio Dr. Moore describía su elección como una vida de inmolación, largas horas de trabajo y bajos salarios, aunque moralmente superior al de las obreras que trabajaban en las fábricas (Uribe, 2008, p. 24).

La primera Escuela estatal de Enfermería fue fundada en 1906 y quedó adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El profesor Francisco Navarro dirigió los cursos hasta 1910 y fue reemplazado luego por el médico Eugenio Díaz, quien imprimió un sello similar al de sus predecesores: fuerte formación valórica, concepción del oficio como un auxilio para el trabajo médico sin autonomía disciplinaria y conducción de la enseñanza por parte de hombres que no las veían como colegas sino como sus asistentes (Uribe, 2008).

En el año 1926 se creó la Escuela de Enfermeras Sanitarias dependiente de la Junta de Beneficencia. Para su organización se propuso a Sara Adams, enfermera norteamericana que había participado en promoción de programas de salud pública en México y Panamá, trabajando junto a las doctoras Cora Mayers y Eleanira González. Para su funcionamiento se habilitó un edificio, se lo equipó adecuadamente y al año siguiente se dictó un primer curso, del que se graduaron 27 enfermeras. Las palabras de Adams fueron optimistas en el transcurso de esta primera generación: “El trabajo es nuevo, pero el interés que ha despertado y el apoyo administrativo que ha recibido, auguran un buen futuro” (Adams, 1927, p. 1030). En el año 1929 se fusionó con la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile y el grado de Sanitaria se transformó en una especialidad superior que se cursaba en un año adicional de estudios, exigiéndose a las postulantes poseer el título de Bachiller en Humanidades (Escuela de Enfermeras, 1942, p. 17).

Pero a este nuevo rol de las enfermeras se sumó otro tipo de profesionales que no existían hasta ese momento en el país y que vendrían a transformar la cara del Estado Asistencial chileno: las visitadoras sociales. En efecto, desde la realización del Primer Congreso de la Beneficencia en 1917, había empezado a rondar entre los médicos la idea de que los recintos sanitarios necesitaban contar con agentes sociales dedicadas específicamente a la tarea de investigar las “causas” de los problemas y que eso podría beneficiar los tratamientos que se practicaban y ensayar diagnósticos más certeros sobre los factores que influían en el fracaso de la profilaxis. Germán Greve, influido por el libro de Lucía Catlin *El hospital como agente social en la comunidad*, se había apropiado de la idea de que era necesario desarrollar una rama nueva de la atención hospitalaria que se denominaba “servicio social” y que era liderada por una “obrero social” que actuaba como “consultante y diagnosticadora”

de la realidad de los enfermos (Catlin, 1919, p. 198). Esta obrera era capaz de examinar “las miserias de la humanidad doliente”, pero su trabajo buscaba subsanar la brecha que se producía “entre el hospital, el dispensario y el médico por una parte y el hogar por la otra” (Catlin, 1919, p. 198).

En la misma línea de estos planteamientos, 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 que tenía por objetivo general preocuparse de los problemas relativos a padres hospitalizados, legalización de familias y dificultades para las hospitalizaciones urgentes, y que debía “ser puesto a cargo de una mujer de especiales condiciones de carácter y de inteligencia” (Del Río, 1921, p. 116). El proyecto fue aprobado por el Directorio de la Junta y el mismo Alejandro del Río, a la sazón 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 concretas de apoyo interno y externo a los hospitalizados (Cienfuegos, 1924, p. 114).

Estos intentos previos condujeron a la decisión de fundar propiamente una Escuela de Servicio Social que formara visitadoras sociales para “salvar en cada caso el triste cuadro de la miseria humana” (Valdés, 1924, p. 105). El hecho precipitante parece haber sido el viaje que Alejandro de Río hizo a Bélgica y el 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 sus ideas a Ismael Valdés, Gregorio Amunátegui, Eugenio Cienfuegos y Eugenio Díaz, de la Beneficencia, y a otros profesores de la Universidad de Chile.

En el Segundo Congreso de la Beneficencia realizado en 1922 se sentenció el tema decidiéndose la creación de una Escuela de Servicio Social que impartiría formación en dos años de estudios, a fin de educar visitadoras sociales especializadas, a cargo de una Directora extranjera que tuviera el bagaje adecuado a este fin (Valdés, 1924, p. 107). Se nombró una comisión encargada de elaborar el programa de trabajo, el plan de estudios y el presupuesto de la Escuela y se gestionó la contratación en Bélgica de la futura Directora —Leo Cordemans— a través de la mediación de René Sand en ese país (La futura Escuela, 1924, p. 438).

De esta manera, al alero de la Junta de Beneficencia se fundó, en el año 1925, la primera Escuela de Servicio Social chilena, que fue también la primera en Latinoamérica. Se matricularon 42 alumnas, las que debieron someterse, junto a otras postulantes, a un riguroso proceso de admisión que implicaba el estudio de sus antecedentes familiares y educacionales (Monografía, 1929, p. 23). El plan de estudios duraba dos años y contemplaba ramos de Instrucción Cívica, Psicología, Higiene y Deontología, Atención de Enfermos, Estadística, Técnicas de Oficina, Legislación, Higiene y Beneficencia, Puericultura, Organización de la Beneficencia Pública, Contabilidad, entre otros. Al final de cada año lectivo las alumnas asistían a los “semestres de verano” (octubre a diciembre) en los cuales

se realizaban prácticas en instituciones públicas y privadas. Al término de la carrera se realizaba una memoria y se rendía un examen de título.

Una segunda escuela fue creada el año 1929 y se anexó a la Universidad Católica, recibiendo el nombre de Escuela Elvira Matte de Cruchaga, con una fuerte inspiración cristiana. La fundación de esta escuela ofreció una alternativa a la “neutralidad laica” de la anterior y tuvo por fin “preparar y titular Visitadoras Sociales, que podrían servir en las instituciones públicas y privadas. Su formación sería sobre la base de la Doctrina Católica y de las ciencias necesarias para la formación técnica” (Izquierdo, 1932, p. 32). Se aceptaba a 30 postulantes, de las que quedaban 20 luego de someterse a un trimestre de prueba. El ingreso implicaba el pago de una fianza, tener entre 20 y 35 años, haber cursado los seis años de humanidades con buen rendimiento, demostrar nociones de manejo del hogar y de economía doméstica y tener la recomendación de un cura. Inicialmente, la formación contemplaba dos años de estudios, pero éstos fueron ampliados a tres con un año final de práctica y tesis.

Nuevas mujeres para un nuevo Estado. Visitadoras, carismáticas y modernas

Las mujeres profesionales que se encargaron de implementar el trabajo directo con la población en el contexto de las políticas sanitarias modernas y, por ende, de dar fisonomía al Estado Asistencial, se construyeron como sujetos históricos no sólo a partir de la fundación de las nuevas escuelas sino también de lo que heredaron de otras mujeres: las damas visitadoras, las religiosas y las primeras enfermeras.

En la segunda mitad del siglo XIX, los hospitales y otras obras asistenciales contaban con un escaso número de médicos y con un puñado de trabajadores hospitalarios, mayoritariamente hombres, conocidos como “practicantes”, que cumplían principalmente funciones de aseo, limpieza de pisos, mantención de camas y cuidados corporales de los enfermos. Para otorgar servicios más especializados estaban las monjas y particularmente las pertenecientes a algunas órdenes religiosas llegadas a Chile durante el siglo XIX (Yaeger, 1999, p. 441-442; Puga Borne, 1895), aunque en estricto rigor las religiosas no recibían ningún tipo de entrenamiento experto y eran valoradas más bien por su disciplina, orden y manejo estricto de las normas hospitalarias (Uribe, 2008, p. 15), considerándose que su presencia moral beneficiaba a los pobres.

Las enfermeras que asistieron y se graduaron en el primer curso de enfermería dictado a comienzos de siglo mostraban ya un perfil diferente al de sus predecesores practicantes, pues las funciones mismas de los hospitales habían cambiado, habían dejado de ser recintos “para ir a morir” y se habían empezado a ocupar específicamente de pacientes enfermos que buscaban su recuperación (Mac Clure, 2012). Las enfermeras modernas pertenecían

a la clase media y eran poseedoras de un mayor nivel educacional no sólo respecto de los antiguos empíricos, sino también en relación con la mayor parte de las mujeres del país (Uribe, 2008, p. 22), pues aunque para matricularse sólo necesitaban “saber leer y escribir y poseer algunas nociones de aritmética y de sistema métrico” (Uribe, 2008, p. 18), era éste un requisito que cumplía un escaso 40% de la población (Censo, 1907). Estas mujeres pueden ser consideradas también con justicia como osadas pioneras en tanto el trabajo femenino en su generalidad era entendido, en la época, como impropio del género y deshonoroso para quien lo desempeñaba. La mujer debía salir del hogar exclusivamente cuando los apremios económicos de la familia así lo obligasen, o cuando quisiera asistir a tareas de caridad, no remuneradas. Sólo un puñado de oficios eran apropiados para las mujeres como las que hemos descrito —vendedoras, telefonistas, profesoras— y debían desempeñarse exclusivamente para solventar problemas económicos temporales (Hutchison, 206, p.183) y, por tanto, hacerlo como enfermeras, en un oficio novedoso, expuestas a riegos para la salud y subordinadas a una autoridad masculina eventualmente seductora, sólo podía justificarse desde el punto de vista de la honorabilidad implicada en el desempeño (Uribe, 2008).

Con todo, la enfermería se consolidó en los años siguientes pues vino a satisfacer la necesidad de contar con un “cuerpo científico de enfermeras para atender a los pacientes en los hospitales” (Flores, 1965, p. 47-48). El traspaso del primer curso a la Universidad de Chile fue también un espaldarazo para el nuevo oficio, entre otras cosas porque garantizaba la supervisión médica más sistemática a las aspirantes, visibilizó la oferta formativa y el mercado asistencial al que estaba dirigida y lo dotó de atributos simbólicos que otorgaron identidad a las estudiantes: un uniforme oficial, un estandarte, un himno y una insignia. Una década después, en 1914, parecían haberse consolidado ya las bases profesionales de un trabajo moderno: las alumnas podían apreciar con justicia que el desempeño les auguraba un buen “porvenir”, pues la imagen de la “simple cuidadora” había sido reemplazada por la noción de “carrera” y, por ende, las aspirantes debían saber que se les presentaban “muchas oportunidades [...] para trabajar en una rama de la actividad que constituye ya en nuestro país una anhelada profesión” (Prospecto, 1914, p. 3-4).

Sin embargo, el Censo de 1920 registraba muy pocas mujeres profesionales en el país (menos de un 1% de la población femenina) y menos todavía en el ámbito sanitario. De estas últimas, se contaban en ese momento 34 doctoras, 66 dentistas, 182 farmacéuticas y 1.643 matronas.² De las enfermeras propiamente tales no sabemos el número exacto, puesto que se consignan 991 pero se trata de una cifra claramente abultada probablemente por incluir en ella a todos los cuidadores de enfermos de los hospitales (Censo 1920, p. 407).

² La matronería fue el más antiguo oficio profesional sanitario femenino. Se introdujo la formación en 1833 y tempranamente quedó incorporado a la Universidad de Chile, cuando ésta se fundó en 1842 (Zárate, 2007).

No es raro entonces que Alejandro del Río hubiese puesto tanto énfasis en la escasez de personal y que tanto él como otros médicos de la Beneficencia hubiesen insistido, a contar de 1919, en la necesidad de formar enfermeras sanitarias que elevaran la calidad del oficio y se capacitasen para desempeñar tareas de administración. Habiendo asumido Estados Unidos el dominio de la promoción de la salud pública a nivel internacional, tomando el control de la Oficina Sanitaria Panamericana y apoyando la labor salubrista de la Fundación Rockefeller, se fue introduciendo en diferentes países latinoamericanos la idea de formar enfermeras sanitarias que cambiaran el rol estrictamente curativo de las anteriores, por un contacto más directo con las familias en terreno y la apropiación de tareas administrativas (La formación de las enfermeras, 1923, p. 415-419). En ese marco, la presencia de John Long en Chile —miembro de la Fundación y asesor del gobierno para la implementación del Código Sanitario de 1925— fue fundamental (Escuela de Enfermeras, 1942, p. 9) y terminó convenciendo al Director de Sanidad y a los Directores de la Beneficencia de que era una buena idea ampliar el campo de desempeño tradicional de la profesión, pues las enfermeras visitadoras servirían “para secundar al médico en el dispensario mismo y para vigilar y dirigir, según las instrucciones recibidas, las prescripciones médicas” (Del Río, 1923b, p. 395).

Otro paso dado en la misma senda fue crear, en 1921, un Proyecto de Reglamento para Escuelas de Enfermeras que permitiera uniformar programas, requisitos y prácticas (Flores, 1965, p. 55) y a fines de 1924 se creó el Consejo Superior del Servicio de Enfermeras conformado por los directores de las Escuelas de Enfermería, el decano de la Facultad de Medicina y dos funcionarios de la Dirección General de Sanidad, destinado a “estimular su perfeccionamiento, para procurar su acceso a los puestos superiores a que puedan y deban aspirar, para ponerlas en contacto con el público que solicite sus servicios” y otras tareas de progreso gremial (Del Río, 1925, p. 402).

Asunto aparte era el tema de las condiciones que deberían tener las postulantes, pues una orientación moderna en la instrucción necesitaba un perfil más refinado. Según Del Río, se requería contar con estudiantes que tuvieran “vocación para dedicarse al cuidado científico de los enfermos” a fin de conformar un cuerpo de “enfermeras de verdad”. Había que elevar el nivel de las postulantes exigiendo “un grado de instrucción suficiente, cultura, aptitudes, vocación, buena salud y un elevando *standard* moral” (Del Río, 1925, p. 401).

Los requisitos así estipulados comenzaron a regir con la creación de la Escuela de Enfermeras Sanitarias y la Escuela de Servicio Social. Para esta última se exigió el tercer año de Humanidades³ y para las enfermeras sanitarias el título de Bachiller en Humanidades. Al mismo tiempo, se les impuso a las visitadoras el conocimiento de un “idioma extranjero”, que les permitiera “poder leer el inglés o el francés, para ponerse al corriente de las experiencias y de los adelantos realizados en otros países” (Monografía, 1929, p. 17). Lo mismo ocurrió

³ En la práctica el nivel de instrucción fue incluso superior, teniendo la mayoría el grado de bachilleres (Monografía, 1919, p. 17).

con las enfermeras sanitarias; Sara Adams, organizadora de la Escuela en sus primeros años, relataba haber seleccionado a las postulantes de la primera generación entre las mejores graduadas de las escuelas estatales de enfermería, que habían sido elegidas después de un riguroso examen físico, mental y profesional (Adams, 1927, p. 1029) y como la mayor parte de la literatura especializada estaba escrita en idioma inglés, las estudiantes debían suplir el déficit con lecturas personales, asistencia a conferencias y trabajo por cuenta propia (Adams, 1927, p. 1030).

Otras aptitudes personales continuaron siendo requeridas, pero fueron condiciones que estuvieron puestas cada vez más al servicio del cumplimiento de un deber profesional más que a un deber femenino. Buena salud, fortaleza física y equilibrio intelectual “para llevar a cabo una tarea a veces bien pesada” (Monografía, 1929, p. 17) se comprobaban a través de un examen médico (Tobar y Godoy, 1942, p. 135), mientras que la rectitud ética de las visitadoras se certificaba mediante dos cartas “de personas conocidas que acrediten su *vita e mores*” (Monografía, 1929, p. 17).

A diferencia de sus predecesoras, estas mujeres formaron parte de un grupo selecto de la clase media que poseía estudios superiores, que deseaba seguir una carrera profesional independiente y que experimentaba un sentido del deber profesional independizado, por lo menos parcialmente, del justo proceder religioso o de la rectitud moral. Su camino se regía entonces por la verdad de la ciencia y explícitamente afirmaban que deseaban transitar desde la caridad a la asistencia: “la asistencia ha evolucionado de la *caridad*, que es la dádiva inmediata, sin preocuparse del mañana, calmando el grito del hambre, del frío, del dolor, a la *filantropía* que supone una organización y un fin definido y, en fin, a la *asistencia social* cuyo fin es la adaptación lo más perfecta posible del individuo a su medio” (Cordemans, 1927, p. 7).

Se consideraba que las nuevas profesionales deberían ser capaces de desenvolverse eficazmente en la procura de cuidados para los enfermos, la anticipación de sus necesidades, pero también debían acudir al “terreno” hasta ser “divulgadoras ilustradas de las prácticas elementales de la higiene individual y familiar y de las reglas de la profilaxis” (Del Río, 1925, p. 406). Y para llevar a cabo esta función, debían realizar otra práctica arraigada en la intervención social femenina: la visita al domicilio.

Cuando se discutió en el Segundo Congreso de la Beneficencia acerca de la pertinencia de crear una Escuela de Servicio Social, se invitó a María Concepción Valdés y Raquel Isaza, señoras vinculadas al Patronato Nacional de la Infancia,⁴ para que expusieran su opinión sobre la propuesta, dado su “conocimiento de lo que es la enfermedad en la casa de un pobre”. A su juicio, 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

⁴ El Patronato fue la institución regente de las Gotas de Leche. Brindó asistencia social y sanitaria a madres pobres y sus hijos.

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” (Valdés e Isaza, 1923, p. 249 y 254).

La propuesta de estas mujeres descansaba en un conocimiento y entrenamiento que se había acumulado históricamente gracias al trabajo femenino caritativo decimonónico. Pero con el cambio de siglo, las señoras del Patronato se concentraron en realizar trabajo voluntario con mujeres obreras y niños pobres, sin duda los más golpeados por la llamada “cuestión social”, que aportó un conocimiento más específico y “en terreno”, en virtud de la práctica de la visita domiciliaria. El binomio madre-hijo fue foco de atención prioritaria por varias razones: primero, porque aunque a comienzos de siglo casi un tercio de la fuerza laboral chilena lo conformaba el empleo femenino, sus condiciones laborales eran, a todas luces, inferiores a las de los hombres en términos de remuneraciones, derechos y capacidad asociativa (Vicuña, 2010, p. 226). Segundo, porque el trabajo de las mujeres seguía siendo despreciado y visto como un último recurso en caso de extrema necesidad; la mujer encontraba su sitio natural en el hogar, a cargo del cuidado de la familia, confinada al espacio doméstico (Vicuña, 2010, p. 226). Tercero, porque se las consideraba como preservadoras intrínsecas del capital humano nacional y, por ende, si las paupérrimas condiciones de vida las golpeaban con fuerza, en realidad era la sociedad en su totalidad la que se afectaba. De allí que las primeras políticas eugenésicas modernas dirigiesen su atención hacia ellas y sus hijos de manera prioritaria. La maternidad, en ese sentido, se convirtió de pronto en un asunto de interés público (Zárate, 1999, p. 165-166).

La alarmante mortalidad infantil y la atribuida ignorancia de las madres populares para criar adecuadamente a sus hijos pasaron a ser objeto de estudio e intervención científica, primero con la difusión de artículos académicos que muy tempranamente dieron tribuna a la denuncia del problema y la propuesta de solución, y luego con la creación del Instituto de Puericultura y Los Congresos de Protección a la Infancia y Gotas de Leche, donde se discutieron temas obstétricos, pediátricos y sociales de amplio espectro.

En general, la clase dirigente chilena responsabilizó al propio pueblo de sus problemas y atribuyó también la culpa al relajamiento de las costumbres —los obreros ya no amaban su trabajo como antaño y se rebelaban contra sus patrones— y a la introducción de ideas socialistas y anarquistas, causantes del descontento popular, la movilización y la secularización desbordada. Sin embargo, un sector de la élite pensó que la cuestión social provenía de sus propias falencias: el rico se había olvidado de su deber con el pobre, se había quebrado el orden patronal y al verse el obrero desamparado, sin protección, había sucumbido a la desorganización y la protesta. La aristocracia debía restaurar la tradición y, con un vigor moral renovado, comprometerse con los más pobres y, de modo particular, con las mujeres y los niños populares (Vicuña, 2010, p. 227).

Lo mismo que en otros países de Latinoamérica, la avanzada en este camino la realizaron algunas mujeres de la élite. No era la primera vez que se involucraban en tareas sociales, tal como lo ha demostrado Gertrude Yeager (Yeager, 1999, p. 448-455), pero sí fue pionero su trabajo *con* las mujeres pobres *en* el territorio de los pobres.

Consolidada como práctica a partir de la transformación de la caridad católica, la visita fue entendida como una intervención que dejó de recluir a los pobres en instituciones de custodia material y moral y se acercó ellos a través de la caridad extra-muros (Ponce de León, 2011). La visita fue practicada intensivamente por las señoras católicas albergadas en instituciones filantrópicas como el propio Patronato o el Instituto de Puericultura fue retomada en el trabajo profesional de las visitadoras sociales y las enfermeras sanitarias que emprendieron una intervención científica de la pobreza. Así, variando levemente su sentido, la visita se mantuvo como una forma de acción propiamente femenina, estuviese o no revestida de un objetivo religioso, o funcionase como estrategia de moralización o de empoderamiento social.

Visitadoras y enfermeras fueron fiduciarias, por ende, de una práctica con sello femenino y que siguió un patrón común. Primero, visitar era involucrarse íntimamente en la vida de las personas y penetrar en la privacidad de las familias para conocerlas y perfeccionarlas. Como lo señalara Leo Cordemans: no es la visitadora aquella “extraña que desde la puerta dé opiniones, consejos generales, vagos y optimistas y predica la moral”, sino “la buena vecina, [...] la que quiere ver progresar a la familia y no escatimará ningún esfuerzo para lograr su propósito [...] Porque no conviene considerar el caso social como una entidad abstracta o al asistido como a un ser aislado en una isla desierta” (Cordemas, 1928, p. 6-7).

Segundo, el conocimiento de la vida de los pobres permitía un doble movimiento: diagnosticar adecuadamente las condiciones de vida, las “causas de la miseria” y, por ende, los elementos que podían favorecer o entorpecer un tratamiento; por el otro lado, vincular el orden institucional con los beneficiarios, restaurando ese orden social perdido a partir de un nuevo tipo de vínculo social, basado en la confianza de los ciudadanos en el Estado. La visitación era “la unión entre el asistido y la obra concebida para venir en ayuda de infortunios” (Cordemas, 1928, p. 7) y, por tanto, la presencia de la visitadora o de la enfermera en el hogar constituía “un lazo espiritual utilísimo entre el Estado y la familia proletaria” (Cienfuegos, 1927, p. 162).

Por último, la entrada en la intimidad, el levantamiento de información y la construcción de una adecuada recepción de las nuevas políticas de protección necesitaban de un agente femenino cuyas cualidades especiales —ternura, cercanía, dulzura— ofrecieran lo que el médico no podía: convencimiento, aceptación, adhesión al nuevo orden. Mujeres carismáticas, firmes pero dulces, maternas pero amigas, debían explorarlo todo y señalar el camino con seguridad. Como pastores que guían a sus siervos, como madres que conducen a sus hijos.

Referencias bibliográficas

- ADAMS, Sara. A School for nurses in Chile. *The American Journal of Nursing*, v. 27, n. 12, p. 1029-1030, 1927.
- AMARAL, Moisés. *La profesión de enfermera*. Santiago: Imprenta y Encuadernación El Globo, 1904.
- ARECHETA, Ghislaine. *El movimiento de oposición a la Ley 4.054: el discurso obrero frente a la nueva legislación de salud*. Tesis (Licenciatura en Historia), Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 2006.
- BAUER, Arnold. Expansión económica en una sociedad tradicional: Chile central en el siglo XIX, *Historia*, v. 9, p. 137-235, 1970.
- BIERNAT, Carolina; CERDÁ, Juan Manuel; RAMACCIOTTI, Karina (Dir.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2015.
- CABRERA, María Josefina. ¿Obligar a vivir o resignarse a morir? Viruela y vacuna: el debate sobre una enfermedad y su prevención a comienzos del siglo XX en Chile. En: ZÁRATE, María Soledad (Comp.). *Por la salud del cuerpo: historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado, 2008. p. 37-80.
- CARIOLA, Carmen; SUNKEL, Osvaldo. *Un siglo de historia económica de Chile 1830-1930: dos ensayos y una bibliografía*. Madrid: Cultura Hispánica, 1983.
- CATLIN, Lucía Cornelia. El hospital como agente social en la comunidad. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. III, n. 2, p. 196-209, jun. 1919.
- CENSO de Población de la República de Chile 1920. Santiago: Sociedad Imprenta y Litografía Universo, 1925.
- CENSO Jeneral de la República de Chile 1907. Santiago: La Oficina, 1908.
- CIENFUEGOS, Eugenio. Asistencia social. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. VIII, n. 2, p. 106-116, jun. 1924.
- _____. El servicio social en la protección del escolar. *Servicio Social*, Santiago, v. I, n. 3-4, p. 158-163, 1927.
- CONSTITUCIÓN Política de la República de Chile. Santiago: Ministerio del Interior, 1925.
- CORDEMANS, Leo. Algunas características del servicio social. *Servicio Social*, Santiago, v. II, n. 1, p. 1-9, mar. 1928.
- _____. De la caridad la servicio social. *Servicio Social*, Santiago, v. I, n. 1-2, p. 3-7, mar./jun. 1927.
- DEL RÍO, Alejandro. Beneficencia e higiene rural. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. VII, n. 3, p. 388-414, sep. 1923b.
- _____. Consideraciones sobre el personal auxiliar del médico, de la sanidad y del servicio social. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. IX, n. 3, p. 396-411, jun. 1925.
- _____. ¿Corresponde a nuestro grado de cultura el actual régimen hospitalario?. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. IV, n. 3, p. 186-189, sep. 1920.
- _____. Preparación y perfeccionamiento del personal directivo de los hospitales. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. VII, n. 1, p. 225-233, mar. 1923a.
- _____. Proyecto de bases para la preparación de los reglamentos internos de los hospitales de la Junta de Beneficencia de Santiago. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. V, n. 2, p. 104-118, jun. 1921.
- _____. Reformas urgentes en nuestros hospitales. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. II, n. 4, p. 381-387, dic. 1918.
- DESHAZO, Peter. *Urban workers and labor unions in Chile, 1902-1927*. Madison-Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 1983.
- DONOSO, Ricardo. *Alessandri, agitador y demolidor: cincuenta años de historia política de Chile*. México: F.C.E., 1952.
- DURÁN, Manuel. *Medicalización, higienismo y desarrollo social en Chile y Argentina, 1860-1918*. Tesis (Doctorado en Estudios Americanos), USACH, Santiago, 2012.
- ELMORE, Richard. Organizational models of social program implementation. En: OSBORNE, Stephen (Ed.). *Public management, critical perspectives: policy making, ethics and accountability in public management*. Londres: Routledge, 2002. t. V.
- ESCUELA de Enfermeras. *Reseña histórica y programa*. Santiago: Universidad de Chile, 1942.
- FLORES, Rosalba. *Historia de la enfermería en Chile: síntesis de su evolución educacional*. Santiago: [s.n.], 1965.
- GÓNGORA, Álvaro. La epidemia de cólera en Santiago, 1886-1888. *Dimensión Histórica de Chile*, n. 10, p. 108-134, 1995.

- GONZÁLEZ, Maricela. *Inside home: la visita domiciliar de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia*. Chile, 1925-1940. *Ammantu: Bolettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo*, n. 4, p. 241-243, 2014.
- _____. La visita de las moscas azules: el concepto de “visitación” como eje articulador de la formación de asistentes sociales en las primeras escuelas chilenas, 1925-1935. En: _____. (Ed.). *Historias del trabajo social en Chile, 1925-2008: contribución para nuevos relatos*. Santiago: Técnicas de Educación Superior, 2010. p. 23-51.
- GREZ, Sergio. Transición en las formas de lucha: motines peonales y huelgas obreras en Chile (1891-1907). *Historia*, v. 33, p. 141-225, 2000.
- GUY, Donna. *Las mujeres y la construcción del Estado de bienestar: caridad y creación de derechos en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2011.
- HUTCHISON, Elizabeth. *Labores propias de su sexo: género, políticas y trabajo en Chile urbano 1900-1930*. Santiago: LOM.
- ILLANES, María Angélica. *Cuerpo y sangre de la política: la construcción histórica de las visitadoras sociales en Chile, 1887-1940*. Santiago: LOM, 2007.
- _____. “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.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). *Estadísticas del Bicentenario. Evolución de la población de Chile en los últimos 200 años*. Santiago, 2010.
- IZQUIERDO, Rebeca. *Fundación y desarrollo de la Escuela de Servicio Social “Elvira Matte de Cruchaga”*. Memoria (Servicio Social), Escuela Elvira Matte de Cruchaga, Santiago, 1932.
- KOVEN, Seth; MICHEL, Sonya. Womanly duties: maternalist politics and the origins of welfare States in France, Germany, Great Britain, and the United States, 1880-1920. *The American Historical Review*, v. 95, n. 4, p. 1076-1108, 1990.
- LA FORMACIÓN de las enfermeras. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. VII, n. 3, p. 415-419, sep. 1923.
- LA FUTURA Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. VIII, n. 3, p. 438-441, sep. 1924.
- LAVRIN, Asunción. *Mujeres, feminismo y cambio social, Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*. Santiago: Dibam/ Centro Investigaciones Barros Arana, 2005.
- LEWIS, Jane. Modelos de igualdad para la mujer: el caso de las ayuda estatal para la infancia en la Gran Bretaña del siglo XX. En: BOCK, Gisela; THANE, Patricia. *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid: Cátedra, 1996. p. 137-170.
- LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucrats: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation, 1980.
- MAC CLURE, Óscar. *En los orígenes de las políticas sociales en Chile 1850-1879*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado, 2012.
- MONOGRAFÍA de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago. Santiago: Imprenta Universitaria, 1929.
- MOYANO, Cristina. La visitadora social industrial en Chile: tradición y modernidad en la gestión del bienestar, 1920-1950. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 7 jul. 2016. Disponible en: <<http://nuevomundo.revues.org/69328>>. Acceso el: 15 jul. 2016.
- MUÑOZ, Carmen Luz; ISLA, Ximena; ALARCÓN, Silvia. Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. *Cultura de Cuidados*, v. III, n. 5, p. 45-51, 1999.
- ORLOFF, Anne. Gender and the welfare State. *Annual Review of Sociology*, v. 22, p. 51-78, 1996.
- ORREGO LUCO, Augusto. La cuestión social en Chile. *La Patria*, Valparaíso, 1884.
- ORTEGA, Luis. El proceso de industrialización en Chile 1850-1930. *Historia*, v. 26, p. 213-246, 1991-1992.
- PÉREZ, Matías. Hacia una historia de la higiene pública: el concepto de higiene como mecanismo de control social en Santiago (1870-1930). En: GRUPO DE ESTUDIOS EN HISTORIA DE LAS CIENCIAS (GEHC) (Ed.). *Control social y objetivación: escrituras y tránsitos de las ciencias en Chile*. Santiago: El Grupo, 2012.
- PONCE DE LEÓN, Macarena. *Gobernar la pobreza: prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890*. Santiago: Dibam, 2011.
- PROSPECTO Escuela de Enfermeras. Santiago: Imprenta Barcelona, 1914.

- PUGA BORNE, Federico. *La administración sanitaria en Chile*. Santiago: Imprenta Cervantes, 1895.
- ROMERO, Hernán. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. En: JIMÉNEZ, Jorge (Ed.). *Medicina social en Chile*. Santiago: Aconcagua, 1977.
- ROMERO, Luis Alberto. ¿Qué hacer con los pobres? Élités y sectores populares en Santiago de Chile 1840-1895. Santiago: Ariadna, 2007.
- SATER, William. The politics of public health: smallpox in Chile. *Journal of Latin American Studies*, v. 35, n. 3, p. 513-543, 2003.
- SCOKPOL, Theda. *Protecting soldiers and mothers: the political origins of social policy in United States*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
- SERRANO, Sol. *Universidad y nación*. Santiago: Editorial Universitaria, 1994.
- _____. *Virgenes viajeras: diarios de religiosas francesas en su ruta a Chile, 1837-1874*. Santiago: Universidad Católica de Chile, 2000.
- SILVA, Fernando. El Chile liberal y los pobres (1871-1920). *Anales del Instituto de Chile, la pobreza en Chile I*, v. XXVI, p. 207-255, 2007.
- TOBAR, Iris; GODOY, María. Aporte al estudio comparativo de las escuelas de enfermeras. En: PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA. *Anales...* Santiago: Universidad de Chile, 1942.
- URIBE, Jeannine. Nurses, philanthropies and governments: the public mission of chilean nursing 1990-1945. Dissertation in Nursing (Doctor of Philosophy), University of Pennsylvania, Pennsylvania, 2008.
- VALDÉS, Ismael. La visitadora social. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. VIII, n. 2, p. 103-107, jun. 1924.
- VALDÉS, María Concepción; ISAZA, Raquel. La acción social de los hospitales. *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, v. VII, n. 1, p. 249-254, mar. 1923.
- VALDIVIA, Verónica. Yo, el León de Tarapacá. Arturo Alessandri Palma, 1915-1932. *Historia*, n. 32, p. 485-551, 1999.
- VIAL, Gonzalo. *Historia de Chile (1891-1973): la sociedad chilena en el cambio de siglo*. Santiago: Zig-Zag, 1996. t. II.
- VICUÑA, Manuel. *La belle époque chilena: alta sociedad y mujeres de élite*. Santiago: Catalonia, 2010.
- YÁÑEZ, Juan Carlos. Antecedentes y evolución histórica de la legislación social de Chile entre 1906 y 1924. *Revista de Estudios Histórico-Jurídicos* [on line], 1999. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-5455199900210001&ing=es&nr=m=iso>. Acceso el: 23 feb. 2015.
- _____. *Estado, consenso y crisis social: el espacio público en Chile 1900-1920*. Santiago: Centro de Investigaciones Barros Arana, 2003.
- YEAGER, Gertrude. Apostolates and modernization in mid-nineteenth century Chile. *The Americas*, v. 55, n. 3, p. 425-458, 1999.
- _____. In the absence of priests: young women as apostles to the poor, Chile 1922-1932. *The Americas*, v. 64, n. 2, p. 207-242, 2007.
- ZÁRATE, María Soledad. Al cuidado femenino: mujeres y profesiones sanitarias, 1889-1950. En: STUVEN, Ana María; FERMANDOIS, Joaquín (Ed.). *Historia de las mujeres en Chile*. Santiago: Taurus, 2013. t. II, p. 119-155.
- _____. *Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la "ciencia hembra" a la ciencia obstétrica*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado, 2007.
- _____. Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920. *Nomadías*, Serie Monográfica, n. 1, p. 163-182, 1999.
- _____; CAMPO, Andrea del. Curar, prevenir y asistir: medicina y salud en la historia chilena. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 10 jun. 2014. Disponible en: <<https://nuevomundo.revues.org/66805>>. Acceso el: 2 dic. 2014.
- ZÚÑIGA, Manuel; GASSIBE, Patricia. Antecedentes históricos del cólera. En: JIMÉNEZ, Jorge (Comp.). *El cólera en Chile*. Santiago: Ministerio de Salud, 1992. p. 20-29.