

En Stuvan, Ana María y Fernandois, Joaquín, *Historia de las mujeres en Chile, Tomo II*. Santiago (Chile): Taurus.

“Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones sanitarias, 1889-1950”.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2013). *“Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones sanitarias, 1889-1950”*. En Stuvan, Ana María y Fernandois, Joaquín *Historia de las mujeres en Chile, Tomo II*. Santiago (Chile): Taurus.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/34>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/R8p>



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

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

AL CUIDADO FEMENINO. MUJERES Y PROFESIONES SANITARIAS, CHILE, 1889-1950

María Soledad Zárate Campos

Cora Mayers miró más lejos y más claro. Se dio cuenta de que el cuidado prolijo de los enfermos, de que la salvación de muchas vidas humanas en la mesa de operaciones en que se batalla entre la vida y la muerte, tenían que depender de la ciencia y el sentido de responsabilidad de la mujer que se quedara vigilante en la cabecera.

AMANDA LABARCA, *Feminismo contemporáneo*, 1947

Introducción

En el homenaje a la médica Cora Mayers, brutalmente asesinada a inicios de la década de 1930, Amanda Labarca se concentraba en una de las importantes cruzadas de Mayers: la profesionalización del oficio de la enfermería y su convicción de que debía ser ejercido exclusivamente por mujeres. La cruzada de Mayers era tributaria de un proceso internacional que había comenzado en el siglo XIX. En Europa y en Estados Unidos, los oficios de enfermeras y de parteras y/o matronas fueron objeto de importantes regulaciones que formalizaron su estudio y ejercicio, dada la creciente importancia que adquieren en el campo de las profesiones sanitarias y de las políticas de salud pública. Hasta mediados del siglo XIX, el cuidado de los enfermos en recintos hospitalarios era brindado tanto por hombres y mujeres, como también religiosos de ambos sexos¹.

¹ Elianne Riska y Katarina Wegar: *Gender, Work and Medicine. Women and The Medical Division of Labour*, Londres, Sage, 1993. Josep Bernabeu Mestre y María Encarnación Gascón Pérez: *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Universidad de Alicante, 1999. Soledad Sánchez Puñales: *Historia de la enfermería en Uruguay*. Uruguay, Ediciones Trilce, 2002.

Posteriormente, la profesión de enfermera comenzó a experimentar una creciente feminización.

En Chile, el ingreso de las mujeres a la carrera de Medicina y la exclusiva composición femenina de oficios como el de matrona y enfermería fue materia de discusión desde fines del siglo XIX en adelante. Algunas noticias de estos procesos son recogidas en estudios sobre historia de la educación femenina e historia del feminismo chileno². Este artículo identifica y describe algunos aspectos históricos relativos a la presencia femenina en la profesión médica y en ciertas especialidades, respecto al origen del primer quehacer sanitario femenino de matrona y a la feminización del oficio de enfermería a inicios del siglo XX. A través de datos biográficos y de las trayectorias profesionales, desarrolladas al alero de la Universidad de Chile, de instituciones sanitarias estatales y de la beneficencia, y recurriendo a testimonios vertidos en monografías, principalmente médicas, se revisan algunas tendencias y el sentido que caracterizó al crecimiento del componente femenino en las profesiones sanitarias de la primera mitad del siglo XX chileno.

La revisión de la trayectoria de algunas destacadas médicas da cuenta de la aspiración de alcanzar el acceso igualitario al conocimiento, visibiliza su aporte a la consolidación de la comunidad médica y su papel en la institucionalidad sanitaria. También emergen algunas preocupaciones, intereses y contenidos simbólicos que acompañaron la decisión de estudiar un oficio sanitario asociado al cuidado de otros, pero que no podía descansar exclusivamente en las cualidades que naturalmente eran asociadas con lo femenino. El servicio a otros, especialmente el sanitario, requería de formación e instrucción científica que las mujeres debían adquirir por la vía del estudio y el entrenamiento.

Para entender el alcance que tuvo el arribo femenino a las profesiones sanitarias en Chile revisamos brevemente los

² Por ejemplo, Asunción Lavrin: *Mujeres, feminismo y cambio social*. Santiago, Dibam, 2005.

inicios de la formación de las primeras mujeres que recibieron instrucción sanitaria formal y que precedieron a las primeras médicas en Chile: las matronas.

Mujeres e instrucción sanitaria en Chile: las matronas

Se sostiene insistentemente que el desarrollo de las profesiones sanitarias comenzó con la institucionalización de la carrera de Medicina en la Universidad de Chile a mediados del siglo XIX. Para muchos, el inicio de ese proceso estuvo en el primer curso de Medicina realizado en 1833. No obstante, también por esos años se dio comienzo a una formación clave en el campo de la asistencia sanitaria, con la fundación de la primera Escuela de Matronas en 1834. Estrictamente, el primer grupo de mujeres instruidas formalmente en un oficio sanitario no fueron las primeras médicas de la década de 1880, sino las primeras matronas «examinadas» en la Casa de Maternidad de Santiago³. Pese al carácter interrumpido de esta formación y a la persistente precariedad material que rodeó a este proyecto educativo, las matronas «examinadas» se convirtieron en las primeras mujeres en recibir un entrenamiento formal, reconocido y valorado en el pequeño circuito de la asistencia «médico-profesional» de los partos, que recién comenzaba en el Chile decimonónico. Fuertemente apoyada por las primeras generaciones médicas, la instrucción en este oficio se consideraba uno de los factores que contribuían al descenso de las altas tasas de mortalidad materno-infantil de esos años. La «formación científica» de estas mujeres se reconocía como necesaria y sancionaba una práctica que ya ejercían milenariamente «parteras» o «empíricas».

A diferencia de lo que sucede con la historia de médicas y enfermeras, la reconstrucción de la historia de las matronas,

³ María Soledad Zárate: *Dar a luz en Chile: De la ciencia de hembra a la ciencia obstetricia*. Santiago, Dibam-UAH, 2006.



Matronas, 1938. (Museo Histórico Nacional).

prácticamente, casi no cuenta con testimonios directos de las propias protagonistas hasta bien avanzado el siglo XX. Existen noticias dispersas de la existencia de la Unión de Matronas de Chile en los primeros años del siglo XX, y más tarde de un Sindicato de Matronas y un Frente Nacional de Matronas, que confrontaron posiciones respecto de la delimitación de las funciones entre ellas y médicos, y que inspiraron un reglamento de maternidades particulares a fines de la década de 1930⁴.

⁴ María Soledad Zárate: «Parto, crianza y pobreza en Chile contemporáneo», en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri: *Historia de la vida privada en Chile*, tomo 3. Santiago, Taurus, pp. 14-47.

Cora Mayers fue una de las médicas que defendía la valiosa función de las matronas en la instrucción de las madres en ámbitos como la puericultura, y en 1927, como jefa del Departamento de Educación Sanitaria del Estado, impulsó cursos de perfeccionamiento con la colaboración de la Unión de Matronas de Chile. Según Mayers, aquella agrupación de carácter gremial tenía una alta convocatoria en provincias: «Ha sido para nosotras motivo de gran satisfacción recibir cartas de estas mismas matronas en que nos dan a conocer cómo han tratado de poner en práctica nuestras enseñanzas en el pueblo donde actúan. Por falta de personal, no se ha dado comienzo todavía al curso de puericultura por correspondencia para matronas, de las que ya hay un centenar de inscritas»⁵.

Durante la primera mitad del siglo XX, el oficio de matrona comenzaba a valorizarse y a ser crecientemente demandado por la Caja de Seguro Obligatorio (en adelante CSO), institución que las empleó significativamente al inaugurar el Servicio de Atención Domiciliaria de Partos. En 1935, a once años de la fundación de la CSO, la institución contabilizaba 71 matronas funcionarias, y en 1945, 208 matronas pertenecían a la planta permanente⁶.

La impronta de las primeras médicas

Distinto fue el proceso que precedió a la graduación de las dos primeras mujeres médicos en la Universidad de Chile en la década de 1880. Al calor de la discusión sobre la expansión de la educación femenina al bachillerato, y la eventual opción de ingreso de mujeres a la universidad, distintas voces hicieron público tanto su apoyo como su rechazo a que la población femenina pudiera acceder a un derrotero similar al

⁵ Cora Mayers: «La educación sanitaria del país». *Boletín Sanitario*, año I, N° 7, julio de 1927, p. 404.

⁶ Alfredo Biondi: «Discurso del Director de los Servicios Médicos». Año XII, N° 134, diciembre de 1945, pp. VIII y XIV.

que hacían los hombres en el campo del conocimiento. Fue el Decreto Amunátegui el que finalmente zanjó las posibilidades de continuar estudios secundarios y, por tanto, rendir pruebas que permitieran a las mujeres ingresar a la universidad. Distintos artículos y textos han revisado el ingreso femenino a esta carrera a fines del siglo XIX⁷. El ejemplo de Eloísa Díaz y de Ernestina Pérez, que obtuvieron sus títulos de médico en 1887, inspiró solo a tres mujeres durante la última década del siglo XIX, reafirmando la composición masculina de la práctica médica local: Eva Quezada Acharán, en 1894; Ema Cossio Pérez, en 1898, y Elvira Higuera Castillo, en 1899⁸.

Algunas opciones académicas y profesionales de las tres primeras tituladas marcaron la trayectoria de las futuras graduadas. Eloísa Díaz, Ernestina Pérez y Eva Quezada Acharán tuvieron una destacada participación en el reducido círculo médico de fines del siglo XIX gracias a intervenciones académicas en congresos y publicaciones, a su compromiso en cargos públicos y a su contribución al proceso de internacionalización de la medicina chilena al viajar a Europa en una época en que las mujeres –que podían hacerlo– prácticamente solo salían del país para acompañar a sus familias. Recordemos que las estadías de médicos chilenos en el extranjero habían comenzado, modestamente, solo en la década de 1870.

En diciembre de 1886, Eloísa Díaz hacía pública tanto su admiración por el oficio de médico como sus temores de ejercerlo, cuando escribía en el prólogo de su tesis:

¿Qué cosa hai mas noble y grande que aliviar a la humanidad doliente y salvar la vida del deudo querido? [...] Al pretender obtener el título de médico-cirujano, he pensado maduramente acerca de la grave carga sobre mis

⁷ Karin Sánchez: «El ingreso de la mujer chilena a la universidad y los cambios en la costumbre por medio de la ley 1872-1877». En *Historia*. Santiago, vol. 39, N° 2, 2006, pp. 497-529.

⁸ Claudio Costa-Casaretto: «Dra. Eloísa Díaz. Centenario del ingreso de la mujer chilena al estudio de las profesiones universitarias». En *Revista Médica de Chile* (RMCH), 109, 1981, p. 365.



Srta. Ernestina
Pérez B.



Srta. Eva
Quezada Acharán



Srta. Eloísa
Díaz Inzunza

débiles fuerzas de mujer; rudo es el trabajo, lata la ciencia, difícil la misión [...] pero ¿es superior a la energía, a las dotes de observación i a la inteligencia de las de nuestro sexo? No lo sé, pero siento aquí en lo interior de mi ser que no me arrepiento hoy en el comienzo de mi juventud, de la jornada que emprendí cuando aún era una niña tierna i que me prometo seguir en medio de los afanes i vicisitudes de la vida⁹.

Díaz tenía dudas sobre las dificultades que suponía para una mujer estudiar Medicina; no obstante, recién graduada ejerció como médico inspector de escuelas de Santiago, cargo que le permitió tomar contacto directo con la población escolarizada. La pobreza de aquellos niños la instó a plantear que el estado de «miseria fisiológica» en que se encontraban, difícilmente les permitiría rendir y cumplir con mínimas exigencias intelectuales. A través del concepto de «miseria fisiológica», ampliamente desarrollado en su presentación en el Primer Congreso Médico Latinoamericano, celebrado en Santiago en 1901, Díaz justificaba su propuesta de entregar raciones alimenticias escolares que contribuyeran al fortalecimiento corporal de la

⁹ Eloísa Díaz: *Breves observaciones sobre la aparición de la pubertad*. Santiago, Imprenta Nacional, 1887, p. 5.

infancia desvalida y, de paso, estimularan a los padres a enviar a sus hijos a la escuela.

La tesis de Pérez de 1887, *Elementos de higiene popular*, ofrecía una síntesis de las principales nociones de higiene, incluía recomendaciones relativas a la alimentación de los niños desde la lactancia hasta el destete, respecto de los perjuicios del tabaco y del cuidado de las embarazadas y de los enfermos, especialmente los tísicos, y finalmente promovía la vacuna contra la viruela¹⁰. Pérez también tuvo una destacada labor en la contención del cólera durante la epidemia que azotó el centro del país entre 1887 y 1888. Luego de esta experiencia ganó una beca para estudiar en Alemania, convirtiéndose en la primera médica que realizaba estudios fuera del país. Fruto de esta experiencia, en 1910 publica en Berlín su libro *Lecciones de ginecología*, prologado por Leopold Landau, profesor de Medicina y ginecólogo de la familia real prusiana. Su inclinación por el campo de la ginecología y la tocología, que estudia en París, respaldaron su dedicación a ambos campos profesionales a su regreso a Chile. Ejemplo de esto último fue su trabajo, desde la década de 1890, en el grupo de facultativos que certificaba la instrucción de las aspirantes a matronas, formadas en la Casa de Maternidad de Santiago. Igualmente importante fue el trabajo en su consulta privada, dedicada a la atención de «enfermedades femeninas»¹¹.

Pérez también incursionó en el mundo de los congresos académicos. En el Segundo Congreso Médico Latinoamericano, realizado en Buenos Aires en 1904, presentó trabajos como *Distocia glucosúrica e Higiene del corsé*, este último de importante divulgación. Ciertamente lo que destaca en la formación y desempeño profesional de Pérez fue su dedicación a la salud femenina, como lo ejemplifica el texto sobre el corsé, y su interés por la puericultura, que promovió por medio de conferencias y de la elaboración de folletos como el *Manual de consejos*

¹⁰ Ernestina Pérez: *Elementos de higiene popular*. Tesis inédita, 1886.

¹¹ Soledad Zarate: *Dar a luz...*, op. cit.

higiénicos aplicados especialmente a la infancia. Su texto *Manual de la enfermera en el hogar*, dedicado a la «mujer chilena [...] sobre todo a la madre»¹², se inscribió en la prolífica veta de los folletos que promovían la puericultura, pero que avanzaban en la necesaria distinción entre las cuestiones higiénicas que podían y debían ser responsabilidad de las mujeres y dueñas de casa, y aquellas que debían ser lideradas por quienes contaban con conocimiento acreditado. Su activa participación en diversas organizaciones sociales y femeninas, como por ejemplo el Círculo de Lectura, el Club de Señoras, la Cruz Roja Chilena y la Asociación de Mujeres Universitarias de Chile, de la que cual fue su primera presidenta, le valió un importante reconocimiento hacia el final de su vida.

La tercera médica que se gradúa en el siglo XIX fue Eva Quezada Acharán. Especialmente prolífica, Quezada también se concentra en la difusión de la higiene y la puericultura, particularmente en el ámbito escolar. Publicado en 1902, edita un pequeño manual para las clases de puericultura del Liceo N° 1 de Niñas, inspirado en el clásico texto del médico Federico Puga Borne¹³. Años después vuelve al tema al escribir para las escuelas de la Sociedad de Instrucción Primaria¹⁴. Comisionada por el Estado chileno para cruzar el Atlántico y estudiar de cerca la organización de los centros de atención infantil y la enseñanza de la higiene en escuelas europeas, Quezada sintetiza la experiencia en un texto de 1906 que revela la influencia del reconocido médico francés Pierre Budin, que tempranamente escribió sobre la responsabilidad de los médicos en la promoción del lazo afectivo entre madres y recién nacidos¹⁵.

¹² Ernestina Pérez: *Manual de la enfermera en el hogar*. Santiago, Imprenta Universitaria, 1918.

¹³ Eva Quezada Acharán: *Apuntes de higiene: para las clases del ramo en el Liceo N° 1 de Niñas*. Santiago, Imprenta de La Ilustración Militar, 1902.

¹⁴ Eva Quezada Acharán: *Nociones elementales de puericultura para las clases del ramo en las escuelas de la Sociedad de Instrucción Primaria*. Santiago, Imprenta i Casa Editorial de Ponce Hnos., 1908.

¹⁵ Eva Quezada Acharán: *Instituciones de beneficencia contra la mortalidad infantil en París i en Berlín*. Santiago, Imprenta Cervantes, 1906.

Durante ese viaje, Quezada asistió a un Congreso Internacional de Mujeres desarrollado en Berlín en 1904, paso que dejó huellas como lo atestigua la nota que recibió el editorial de *The British Journal of Nursing* décadas más tarde. La nota, escrita por Lina Mollet en 1934, valoraba las reflexiones de Quezada sobre la civilización moderna, su admiración por la formación de las enfermeras inglesas, quienes la habían invitado a este congreso, y su entusiasta compromiso con la formación de estas profesionales¹⁶.

Mujeres y profesiones médicas en la primera mitad del siglo XX

A inicios del siglo XX, la presencia femenina en oficios sanitarios con instrucción reconocida y/o instrucción universitaria, si bien no era significativa, sí constituía una tendencia creciente. Según el registro censal, en 1895 se consignaban 814 matronas, las que evidentemente no eran todas «examinadas», pues no más de 300 mujeres se graduaron en la Escuela de Matronas en la segunda mitad del siglo XIX. El excedente correspondía a mujeres que declaraban dicho oficio, pero que en estricto rigor eran parteras. El mismo censo registraba 12 mujeres médicas, cifra extrañamente abultada, pues las graduadas en el siglo XIX eran solo las 5 médicas reseñadas.

Según Felicitas Klimpel¹⁷, 464 mujeres se titularon de médico en la Universidad de Chile entre 1910 y 1960. Junto a ellas se consignaba la existencia de 781 enfermeras (no se entregan cifras respecto del número de matronas). Sobre el ingreso de mujeres a la carrera de Medicina, Klimpel sostenía que este no podía exceder el 10% del número total de vacantes, lo que, a su juicio, era una evidente contradicción dado

¹⁶ <http://rcnarchive.rcn.org.uk/data/VOLUME082-1934/page166-volume82-june1934.pdf> [visitado 28 agosto 2011].

¹⁷ Felicitas Klimpel: *La mujer chilena. El aporte femenino al progreso de Chile (1910-1960)*. Santiago, Andrés Bello, 1962.

su convencimiento de que, en muchos casos, las mujeres eran preferidas a los médicos varones dada «su sensibilidad para comprender al enfermo»¹⁸.

En la primera década del siglo XX, la voluntad de crear el oficio de enfermera amplió las posibilidades de instrucción femenina en el campo sanitario, proyecto que recibió un sólido apoyo de destacadas médicas, responsables directas de la creación de la carrera de enfermería y su posterior profesionalización, como veremos a continuación.

1. *Orígenes de la profesión de enfermera*

El proyecto de formar científicamente a quienes asistían a los enfermos en sus domicilios como a quienes lo hacían en los recintos de la beneficencia fue una preocupación que el médico chileno Moisés Amaral Martínez presentó en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano, realizado en Buenos Aires en 1904¹⁹. Para Amaral, la primera y rudimentaria escuela de enfermería fundada por el médico Eduardo Moore en las dependencias del Hospital San Borja en 1902 era un esfuerzo valioso pero insuficiente.

Lo cierto es que la enfermería era un oficio que, informalmente, ya existía en Chile, como lo prueban las cifras consignadas por el Censo de 1907. De los 1.619 individuos registrados, 628 eran hombres y 991 mujeres, números que confirman la tendencia a la feminización del oficio, que en esos años estaba más cercano al ejercicio de labores de naturaleza doméstica que científica.

En 1906, la iniciativa impulsada por Moore fue replicada por el gobierno al apoyar la creación de la primera Escuela de Enfermería del Estado, supervisada por la Universidad de Chile y que entrenaba a las postulantes en el Hospital San Vicente

¹⁸ *Ibidem*, p. 158.

¹⁹ Moisés Amaral Martínez: *La profesión de enfermera. Necesidad de difundir su enseñanza*. Santiago, Imprenta y Encuadernación El Globo, 1904.

de Paul. En 1922 se estableció un régimen de internado para las alumnas a iniciativa del médico Alejandro del Río, quien además fue uno de los pioneros del debate público relativo a la relación que debía establecerse entre monjas y enfermeras al interior de los hospitales²⁰. Las motivaciones de este nuevo proyecto sanitario eran claras: se requería reclutar e instruir científicamente a un contingente femenino laico que atendiera las crecientes necesidades asistenciales de los recintos de la beneficencia, absorbidas hasta entonces por religiosos y religiosas que, cumpliendo sus labores con reconocido espíritu de servicio, eran paulatinamente mal evaluados en su desempeño.

En 1926 se fundó la Escuela de Enfermeras Sanitarias, proyecto educativo dirigido por las médicas Cora Mayers y Eleanira González²¹ y por la enfermera norteamericana Sara Adams, contratada por el gobierno²². Este proyecto tenía como objetivo principal convertirlas en profesionales que extendieran su labor más allá de los recintos hospitalarios, concretamente a los hogares de quienes las necesitaban. Inspirada en la promoción de la medicina preventiva norteamericana, la principal labor de estas enfermeras, también conocidas como enfermeras visitadoras, estaba en la divulgación de las normas de higiene entre la población.

El éxito y valoración social de esta profesional fue una de las razones para que, por orden gubernamental, se procediera a la fusión de esta escuela con la ya existente Escuela de Enfermería del Estado, dando origen a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile en 1928, que inauguraba una malla curricular que incluía la específica formación de la enfermera en materias de medicina preventiva como parte de

²⁰ Alejandro del Río: «Consideraciones sobre el personal auxiliar del médico, de la sanidad y del servicio social». En *Revista Beneficencia Pública*, Santiago, tomo IX, N° 3, 1925.

²¹ González fue ayudante de la cátedra de Clínica Quirúrgica de Lucas Sierra y jefa de Clínica Quirúrgica, reconocimiento clave en una de las especialidades más competitivas de la carrera.

²² Sara Adams y Leo de Bray: *Cómo dignificar la profesión de enfermera*. Santiago, Imprenta Universitaria, 1933.

una especialización de posgrado que las graduaba de enfermeras sanitarias.

2. *Médicas pioneras: Cora, María, Juana y Luisa*

En la primera mitad del siglo XX, la medicina chilena experimentó procesos fundamentales como la consolidación de especialidades, la creciente influencia de la comunidad médica en los principales problemas sanitarios del país y la transición de una medicina principalmente curativa a una de carácter preventivo-social. A aquello se sumaba la construcción de una institucionalidad sanitaria compleja, resultado de leyes médico-sociales y de la acción de hospitales, consultorios e instituciones como la CSO, y oficinas y programas estatales que terminaron fusionados en el Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS) en 1952. Parte del quehacer de estas instituciones y de las transformaciones de la medicina social chilena de este periodo pueden ser examinadas a través de algunos aspectos biográficos de cuatro médicas que revisamos a continuación.

Cora Mayers: una médica entre la puericultura y la enfermería

Mayers es una de las médicas que destaca por su contribución a la medicina social, a la protección materno-infantil y a la profesionalización de las enfermeras. Las tareas a las que se dedicó en su corta vida dan cuenta de múltiples intereses, de una gran capacidad de trabajo y de una convicción militante del trabajo médico, que se tradujo en una constante presencia en el debate público y académico que, hasta entonces, no había sido liderado por ninguna mujer de la manera en que ella lo hizo entre la década de 1920 e inicios de la siguiente.

Mayers nació en 1895, se tituló a los 22 años y su tesis dedicada a la puericultura antenatal de 1917 fue editada en 1933,



Retrato de Cora Mayers, 1920.
(Museo Histórico Nacional).

bajo el nombre de *La puericultura al alcance de todos*²³. Ayudante de cirugía de los médicos Lucas Sierra y Vargas Salcedo, trabajó en las Gotas de Leche y dirigió la sección de lactancia en el Hospital San Borja. Según el estudio de Nelson Vargas Catalán, fue la primera médica que se formó en salud pública y pediatría simultáneamente²⁴. Esta última especialidad, y gracias al apoyo financiero del gobierno de Chile, la realizó en la Universidad de La Sorbona en París, perfeccionamiento que continuó en Londres y Berlín. En su calidad de delegada del gobierno representó al país en los Congresos Panamericanos del Niño realizados en Río de Janeiro (1922) y en Chile (1924),

²³ Cora Mayers: *La puericultura al alcance de todos*. Santiago, Prensas de la Universidad de Chile, 1933.

²⁴ Nelson Vargas Catalán: *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago, Universitaria, 2002.

entre otras actividades de carácter internacional. Estuvo entre las precursoras de la Sociedad Chilena de Pediatría y la Escuela de Enfermeras Sanitarias en 1926. Como primera directora y profesora de higiene en esa escuela tuvo la oportunidad de acompañar de cerca a las primeras graduadas de la Escuela de Enfermeras Sanitarias. Su impronta en aquella generación fue bellamente retratada en el apartado que Amanda Labarca, amiga cercana de Mayers, le dedicó en su obra *Feminismo contemporáneo*.

Su influencia también fue determinante en la fundación de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, de la cual fue directora administrativa en 1930. Un año antes, Mayers insistía en que uno de los mayores problemas que tenían los servicios de atención y prevención de las enfermedades en Chile era el escaso número de enfermeras. Junto a ello, la falta de calidad en la formación que recibían y la poca significación social de que gozaban completaban un cuadro desalentador: «Estamos todavía en la época de la improvisación. Cualquiera mujer de buena voluntad se transforma en enfermera y, en la mayoría de nuestros hospitales, un gran número de enfermos, abandonados por la suerte y por los hombres, se han improvisado como enfermeros o practicantes, rentados de un salario ínfimo»²⁵.

Su resuelta defensa del ejercicio estrictamente femenino de la enfermería la impulsó a promover, de manera categórica, el progresivo retiro de los varones que realizaban estas tareas en recintos hospitalarios:

Una arcaica y absurda costumbre hospitalaria: el cuidado de enfermos de ambos sexos en todos los países civilizados está en manos de enfermeras y no de practicantes varones. Por instinto, la mujer sabe cuidar mejor a los enfermos. Posee la mano leve, la paciencia y puntualidad

²⁵ Cora Mayers: «Valor social de la enfermera», en *Beneficencia* I, (8), septiembre de 1929, p. 425.

en el desempeño de sus obligaciones junto al enfermo, como no lo alcanzan a tener la mayoría de los hombres. Quien ha tenido una madre, una esposa o una hermana, comprenderá el valor de ser atendido por una mujer en el curso de una enfermedad. El reemplazo gradual de enfermeros por enfermeras es indispensable y tendremos que hacerlo tarde o temprano, bajo pena de retrasar el progreso de nuestros servicios hospitalarios. Y la enfermera no debe ser el producto de nuestra improvisación. Se necesitan enfermeras que sean una ayuda y no un lastre para el médico que atiende un paciente. Y esta misión debe confiarse a mujeres de espíritu y corazón y no a una mercenaria; a mujeres sólidamente preparadas y no mujeres de buena voluntad únicamente²⁶.

La visita a hogares pobres y su especialización tanto en el cuidado de los enfermos como en la prevención de las enfermedades eran objetivos del trabajo de la enfermera sanitaria que para Mayers contribuían a la propagación de los ideales de una medicina preventiva y social más activa en la década de 1920: para asegurar el éxito, dicha tarea debía estar solo en manos de mujeres.

María Figueroa: la puericultura antenatal

Junto a Mayers, la ginecóloga María Figueroa Ponce tuvo un importante papel en las pioneras conferencias radiales que difundían información sobre salud pública y puericultura en la década de 1930. En 1936, la Dirección General de Sanidad publicó un ciclo de conferencias ofrecidas por la radiodifusora Chilena, que incluía el texto de la conferencia radial de María Figueroa dedicada a la difusión de la «puericultura antenatal y posnatal», tema recurrente en su producción científica, par-

²⁶ *Ibidem*, p. 426.

ticularmente en lo referido al apoyo sanitario y social a las madres solteras²⁷. Figueroa identificaba a la pobreza económica como el factor fundamental de las deplorables condiciones de vida de la población femenina más postergada, en la crítica década de 1930: «Aumentando los salarios del hombre y la mujer que trabajan en igualdad de condiciones, y fijando el salario mínimo, se habrá conseguido lo más importante para el mejoramiento del hogar, porque todos sabemos que es la familia obrera y parte de la clase media las que se muestran en más difícil situación para hacer frente a la aguda crisis actual»²⁸. Junto a su preocupación por la igualdad salarial entre hombres y mujeres, Figueroa planteaba que la educación femenina era una tarea pendiente y un instrumento que podía medir el grado de civilización de un pueblo, y si se compartía su tesis de que la «mujer chilena va al matrimonio con una pobre dote psicológica», dicha civilización era una meta aún muy lejana.

Entre los cuidados higiénicos más citados por Figueroa estaban la vigilancia de la alimentación, el distanciamiento de los excesos emocionales, el abandono del corsé, el examen físico permanente de las embarazadas, examen que se enmarcaba en la importante pero aún tímida campaña por el incremento del control prenatal que promovía la comunidad médica ligada a instituciones sanitarias estatales. Figueroa no escatimaba esfuerzos en promover el trabajo que realizaban los centros preventivos de la Dirección General de Sanidad, dependientes del Departamento de Bienestar de la Madre y el Niño, que se distribuían en distintos barrios de Santiago, donde junto a una revisión obstétrica y ginecológica, las mujeres eran sometidas a exámenes odontológicos y serológicos.

Figueroa ejerció preferentemente en hospitales y fue colaboradora de la Asociación de Mujeres Universitarias, de la

²⁷ Dirección General de Sanidad: *Ciclo de conferencias dictadas por radio por los Sres. médicos del Departamento de la Madre y del Niño*. Santiago, Imprenta Gutenberg, 1936. María Figueroa: «Protección prenatal y a la madre», en VV.AA.: «La asistencia privada en Chile», en *Servicio Social*, año VI, 1932, N° 2-3, pp. 225-231.

²⁸ *Ibidem*, p. 9.

Federación de Instituciones Femeninas, del Centro de Lucha contra el Cáncer y de la Agrupación Médica Femenina, instituciones donde alcanzó cargos directivos, por los que fue especialmente recordada al momento de su muerte²⁹.

Juana Díaz Muñoz: la Agrupación Médica Femenina de Chile

Juana Díaz Muñoz fue una de las profesionales que se comprometió decididamente con la figuración pública de las mujeres en la profesión y el apoyo sanitario a madres e hijos, al fundar la Agrupación Médica Femenina de Chile en 1938, que entre sus logros materiales más visibles estuvo la creación del primer Consultorio del Diagnóstico Precoz del Cáncer en 1950, que ofrecía atención gratuita y contaba con análisis de laboratorios financiados por la Universidad de Chile. Díaz también dirigió la Escuela de Puericultura y Hogar del Niño entre 1940 y 1948, y fue parte del equipo médico fundador del Departamento Materno-Infantil del SNS hasta 1957. Dada su carrera de proyección internacional, fue elegida vicepresidenta de la Alianza Panamericana de Mujeres, con sede en Washington, y en 1961 reconocida como la mujer del año de Chile³⁰.

Según los estatutos, el principal objetivo de la agrupación era crear un espacio de acercamiento entre «mujeres médicas y estudiantes de Medicina» con el fin de ayudarse solidariamente; por lo tanto, se trataba de una institución de protección mutua, que debía prestar «ayuda moral y material en caso de enfermedad o de necesidad calificada». Asimismo, la agrupación tenía como segundo gran objetivo contribuir a la difusión de la puericultura en liceos y escuelas normales como el apoyar «todo movimiento o campaña» que se propusiera el apoyo social de madres y niños, especialmente de origen proletario³¹.

²⁹ RMCH, vol. 87, N° 8, agosto de 1959, p. 666. «Homenaje póstumo a la Dra. María Figueroa», RMCH, vol. 87, N° 10, octubre de 1959, pp. 835-836.

³⁰ RMCH, vol. 103, N° 8, agosto de 1975, p. 586.

³¹ *Estatutos de la Agrupación Médica Femenina de Chile*. Santiago, Casa Nacional de Niño, 1940.

Si bien la agrupación reunía a médicas de distintas especialidades, privilegiaba la difusión de su temática preferida: el cuidado de la maternidad y de la infancia³². Buena parte del trabajo de esta agrupación se concentró en la organización de campañas, conferencias y charlas radiales sobre temas como la higiene y la alimentación. Por ejemplo, en 1942 se establecieron contactos con el Ministerio de Educación con el fin de proponer modificaciones a los programas de biología, higiene y puericultura que eran impartidos en las escuelas.

En 1949, la Comisión de Reforma de la Educación para la Mujer en Chile, nombrada por el gobierno, solicitó a la agrupación un informe de los cuatro años de labor educacional que impartía la Escuela Universitaria de Educación para el Hogar, fundada por Fresia Rosas de Behm y auspiciada por la Universidad de Chile. El informe debía evaluar la calidad de cursos, que duraban aproximadamente cuatro meses y que ofrecían capacitación cívica y conocimientos médicos prácticos en materias de higiene, eugenesia, puericultura pre y posnatal, psicología del niño y del adolescente, primeros auxilios, alimentación y educación para el matrimonio. Pese al éxito de matrícula que registraban estos cursos, la subvención que recibía la agrupación para financiar la escuela era insuficiente.

La agrupación también apoyaba labores de perfeccionamiento clínico para las socias a través de la presentación de temas o trabajos científicos periódicos que reunían a destacadas médicas, como Ida Thierry y Paula Peláez, entre otras.

Luisa Pfau: del cuidado materno-infantil al control de la natalidad

En el campo de la pediatría, la trayectoria de Luisa Pfau como jefa del Departamento de Educación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad en 1930 y jefa del Departamento del Niño (Protinfa) en 1942 es una de las más descollantes durante la primera mitad del siglo XX.

³² RMCH, año LXXVIII, agosto, N° 8, 1949, pp. 549-550.

En la década de 1940, periodo de consolidación del trabajo que realizaba la CSO en relación a la protección materno-infantil, Pfau sostenía que la tarea profesional de médicos, matronas, enfermeras y visitadoras sociales en los consultorios de la institución y en las maternidades no debía restringirse únicamente al registro y tratamiento sanitario, sino a la educación permanente de la población femenina, especialmente de las madres³³. Ejemplo de esta convicción fue su participación en el texto editado por la Sección Educación Sanitaria de la CSO en 1944 dedicado a sistematizar el conocimiento científico sobre obstetricia y puericultura disponible en esos años y que era necesario difundir entre la comunidad de matronas³⁴. La iniciativa encontró amplio apoyo entre las matronas y, a través de su sindicato profesional, logró comprometer la participación de un «numeroso contingente de alumnas que concurren con puntualidad y con plausible afán de estudio a llenar el aula»³⁵.

En 1951, Pfau es becada por la OMS para estudiar salud e higiene materno-infantil en Estados Unidos³⁶, y a su retorno asume la jefatura de la Sección Materno-Infantil y del Departamento de Fomento de la Salud del SNS hasta 1964, periodo en que lideró la cruzada por el control de las diarreas, grave problema sanitario infantil en la época³⁷. No obstante, su papel en esa jefatura también le permitió ser parte de otro proceso clave de la historia sanitaria chilena: los inicios de la planificación familiar.

³³ Luisa Pfau: «Labor médico social del Departamento del Niño de la Dirección General de Protección a la Infancia y adolescencia», BMCSO, N° 128-130, año XII, 1944, pp. 317-322.

³⁴ Caja de Seguro Obligatorio, Sección Educación Sanitaria: *Doce lecciones de obstetricia y puericultura*. Santiago, Imprenta Lathrop, 1941.

³⁵ *Ibidem*, p. 3.

³⁶ Fondo Ministerio de Salud, 11 de julio, vol. 1095, N° 1513, 1951.

³⁷ Luisa Pfau: *Ideas para la formación de un plan de control de diarreas infantiles*. Trabajo presentado a la 48ª reunión de consejo directivo de la OPS, celebrada en septiembre de 1963 en Washington, SNS, Dirección General, Santiago, 1963.

El aporte de Pfau en materia de planificación familiar contaba con antecedentes: las contribuciones de Amalia Ernst³⁸ y Tegualda Ponce³⁹ dedicadas a especialidades como la ginecología y la obstetricia, respectivamente. Ernst es frecuentemente consignada como una de las pioneras en la difusión de métodos anticonceptivos, pues recomendaba y colocaba diafragmas vaginales en la Clínica Universitaria de Ginecología desde 1938 «a clientas cuidadosamente seleccionadas». A dicho proyecto se sumaron programas de educación sexual⁴⁰ y la participación de la médica María Figueroa. Por su parte, Tegualda Ponce, graduada en 1932, fue una de las mujeres que realizó su pasantía en hospitales norteamericanos a fines de la década de 1930 y que luego destacó por su trabajo en el Servicio de Maternidad de la CSO y como una de las obstetras de mayor proyección internacional, alcanzando la vicepresidencia de la Asociación Panamericana de Mujeres Médicos⁴¹.

A inicios de la década de 1960, Pfau lideró la formación del Comité Chileno de Protección de la Familia que asesoraba al gobierno de Jorge Alessandri en materias de prevención del aborto provocado. Este objetivo se combinó con un proceso sustantivo de la época: la discusión de las primeras políticas sobre planificación familiar, fuertemente influenciadas por organismos internacionales como la Federación Internacional de Paternidad Responsable (IPFF). En 1964, el comité se convierte en la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa) que promueve la educación sexual, la instalación de consultorios dedicados a la planificación familiar, el entrenamiento de personal sanitario y la inyección de recursos financieros para estas tareas. Desde esta plataforma, Pfau fue una de las profesionales que se integró al grupo científico que trabajó

³⁸ <http://www.genealog.cl/Alemanes/E.html>

³⁹ «Cooperación médico sanitaria de las Américas. Hablan los becados de la OSP». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 22, N° 12, diciembre de 1943, p. 1080.

⁴⁰ Nelson Vargas Catalán: *Historia de la pediatría...*, op. cit., p. 494.

⁴¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13117703>. «Women Doctors of Chile», *Journal of the American Medical Women's Association* 7, N° 10, octubre 1952, p. 389.

tempranamente en el diseño e implementación de las primeras políticas de control de la natalidad en Chile, que no solo se proponían reducir las tasas de aborto provocado, sino también las tasas de natalidad y las tasas de mortalidad materno-infantil. Un producto clave de este trabajo fue la aprobación de una «política de regulación de la natalidad» en 1965, que dotó de una estrategia específica y uniforme en esta materia al Departamento de Atención Materno-Infantil del SNS.

Pfau obtuvo la presidencia de la Federación Internacional de Planificación Familiar para el hemisferio occidental en la década de 1960. Esta trayectoria ejemplifica la ampliación de los intereses médico-sociales entre las mujeres dedicadas a la medicina: de la histórica inclinación por el cuidado de la maternidad y del recién nacido, a la incipiente preocupación por el diseño de una política de planificación familiar⁴².

3. *Salud femenina, maternidad y trabajo fabril*

Desde la década de 1920, la comunidad médica impulsó un mayor compromiso estatal con políticas sanitarias más extensivas y preventivas, especialmente a través del trabajo realizado por la CSO. Numerosos artículos publicados en la época reflejan ese proceso, al presentar estudios que relacionaban los múltiples efectos que tenía el entorno laboral y las condiciones socioambientales en la salud de la población, preocupaciones que respaldaban una de las principales orientaciones científicas de esos años: la medicina social.

No se trataba de una mera coincidencia. Las consecuencias de la crisis de 1929, trágicamente visibles en el Chile de la década siguiente, acentuaron los índices de empobrecimiento urbano y el deterioro vital de las clases desfavorecidas, afectadas por

⁴² Paralelamente a estas actividades desarrolló una vasta labor en la cátedra de Pediatría en la Escuela de Enfermeras y en la de Obstetricia como profesora de puericultura. Fue delegada oficial en numerosos congresos extranjeros. RMCH, vol. 105, N° 2, 1977, p. 154.

la falta de empleo y la carestía. Estas consecuencias sociales también impactaron a la población femenina en general y a la asalariada en particular. Si desde principios del siglo XX la creciente participación femenina en el trabajo fabril había generado importantes controversias por su impacto negativo en el cuidado del hogar y de los hijos, no era menos cierto que el trabajo femenino asalariado era una estrategia de sobrevivencia común entre un número importante de familias urbanas y pobres.

Precisamente, el trabajo de algunas médicas en la institución más emblemática de la medicina social chilena, la CSO, fue un estímulo para estudios que combinaban trabajo clínico en terreno e información estadística respecto de indicadores médico-sociales relacionados con la población femenina. Si bien el trabajo femenino remunerando y la maternidad eran una preocupación transversal para la comunidad médica en su conjunto, los artículos de las médicas que referimos en adelante aportan algunos juicios y énfasis originales.

Entre aquellos artículos están los de Mariam Crane, que identificaba los componentes de la dieta más beneficiosa para los infantes menores de un año, y el estudio sobre la descalcificación de embarazadas y niños de la cirujano dentista Elisa Lacoste Navarro, ambos publicados en la década de 1930⁴³. Este último estudio, de 1939, fruto de sus once años de trabajo en el Servicio Dental de la CSO de Viña del Mar, planteaba reconsiderar la escasa importancia de este servicio en comparación con las campañas contra la TBC y la sífilis que realizaba periódicamente la institución y así «dejar en la mente de mis posibles lectores y, en especial, de mis jefes de la Caja del Seguro Obrero, un recuerdo de este problema». Lacoste sostenía que en su trayectoria de más de una década registraba un alto porcentaje –porcentaje que no precisa– de mujeres que

⁴³ Mariam Crane: «Requisitos nutritivos y métodos de alimentación durante el primer año de vida», *Boletín Médico de la CSO*, N° 56 y 57, enero-febrero, año VI, 1939, p. 10-14. Elisa Lacoste Navarro: «La descalcificación de las embarazadas y de los niños», *Boletín Médico de la CSO*, N° 56 y 57, enero-febrero, año VI, 1939, p. 55-59.

perdían sus piezas dentarias cuando tenían a su tercer o cuarto hijo. Después de identificar distintos factores que posibilitaban la descalcificación como la aparición de patologías infecciosas –sífilis y TBC–, la ingesta de alcohol, la alimentación deficiente, los factores hormonales, o el bajo consumo de alimentos ricos en vitaminas, era necesario que las mujeres se sometieran tempranamente a un «tratamiento concienzudo». Sin ello no era posible asegurar la vida saludable del hijo que estaba por nacer, porque no se podía pedir al organismo femenino «dar lo que no tiene».

Entre los estudios relativos a trabajo femenino y maternidad, destacan los de Victoria García Carpanetti⁴⁴ y María Guajardo de Atria, en 1938, que abordan, desde la perspectiva de la medicina social, las causas del trabajo obrero femenino y su impacto en la vida familiar y en la salud materno-infantil a través de la aplicación de encuestas en establecimientos fabriles capitalinos.

García Carpanetti fue la primera mujer que alcanzó la posición de profesora extraordinaria de la Facultad de Medicina de la UCH. Su trayectoria se concentró en la salud femenina, especialmente de las más pobres. Realizó estudios de educación sanitaria en la Escuela de Salud de la Universidad de Berkeley, California (EE.UU.), y desempeñó el cargo de profesora extraordinaria de la cátedra de Educación para la Salud en la Facultad de Medicina de la UCH, siendo la primera médica y académica de una universidad chilena que realizó cursos de especialización en Estados Unidos⁴⁵.

El estudio de García Carpanetti analizaba la relación entre trabajo femenino urbano, medicina social y disposiciones médico-legales, a partir de la aplicación de una encuesta a un

⁴⁴ Victoria García Carpanetti: «Algunas consideraciones sobre medicina social en la mujer obrera chilena», *Boletín Médico de la CSO*, N° 44 y 45, año IV, 1938, pp. 15-25.

⁴⁵ Fue una de las fundadoras del Centro del Diagnóstico Precoz del Cáncer y de la Escuela de Educadoras para el Hogar, y galardonada como Mujer de las Américas en 1976, RMCH, vol. 95, N° 4, abril de 1967; RMCH, vol. 105, N° 11, 1977, pp. 237-238.

grupo de 900 trabajadoras examinadas por los Servicios de Medicina Preventiva, repartidas en distintos establecimientos⁴⁶. Preocupada de los límites que contenían las conclusiones de esta muestra, García Carpanetti sostenía que el panorama del trabajo obrero femenino era «desalentador»; los bajos salarios, las condiciones laborales, el trabajo nocturno, el funcionamiento deficiente de las salas cuna, la elevada morbilidad materna y la alta mortalidad infantil respaldaban su posición. Se sabía que las tempranas disposiciones que reglamentaron el trabajo femenino en la reunión de Washington de 1919, ratificadas por la Conferencia del Trabajo de los Estados de América celebrada en Santiago en 1936, eran cumplidas parcialmente en el país.

Según esta médica, la deficiente implementación de las salas cuna no se debía solo a una falta de voluntad de los empleadores, sino también a las dificultades y restricciones que las propias mujeres planteaban respecto de esta disposición. La identificación de este factor por García Carpanetti llama poderosamente la atención por la amplitud de juicio que aportaba a la comprensión de los problemas que suponía el trabajo remunerado femenino, al incluir la visión de las propias madres, y por la constatación de los límites que imponían las soluciones propuestas en esos años:

Las obreras se resisten a transportar a sus guaguas del hogar a la fábrica a horas tempranas de la madrugada, especialmente en invierno, por el temor a enfermarlas, ya que no siempre disponen del suficiente abrigo para ellas y porque con frecuencia su domicilio se encuentra muy distante de la fábrica. Además, las malas condiciones de los vehículos de transporte, siempre repletos de pasajeros, su escaso número (especialmente el servicio de góndolas), hace más difícil el traslado⁴⁷.

⁴⁶ Algunos de los establecimientos en los que trabajaban las mujeres eran Yarur Hermanos (textiles), Zócimo Alcalde (frutos del país), Antonio Salas (tintorería) y Girardi y Cía. (sombrreros).

⁴⁷ García Carpanetti: «Algunas consideraciones...», op. cit., p. 18.

Estos problemas, sumados a la desaparición temprana de la leche materna en algunas mujeres y al temor de las madres solteras a ser «víctimas de los prejuicios» respecto de su condición al interior de la fábrica –lo que incluía el desprecio de sus propias compañeras de trabajo–, eran desincentivos importantes para el amamantamiento de los hijos que asistían a las salas cuna. Y en caso contrario, cuando las mujeres decidían no llevarlos a la sala cuna, el tiempo reglamentario concedido para la lactancia se consumía totalmente en el traslado de las mujeres hasta su hogar. Esta situación facilitaba que, en definitiva, el amamantamiento concluyera precozmente, con el consecuente perjuicio para los hijos, que eran alimentados tempranamente con leche artificial y cuidados, en ocasiones, por «personas incompetentes».

Respecto del trabajo nocturno, García Carpanetti sostenía que este era más perjudicial para las mujeres. De todo el personal examinado en una de las grandes fábricas capitalinas, un total de 420 obreras, 412 mujeres trabajaban alternadamente una semana de día y otra de noche. Ignorando si existía una autorización para este tipo de jornada laboral, García sostenía que las enfermedades respiratorias, especialmente en la época de invierno, habían aumentado de manera importante en el grupo: «Muchas nos solicitaron eximirnos del trabajo nocturno, pues se quejaban de astenia marcada, fatiga y enflaquecimiento de dos a tres kilos al término de la semana del trabajo nocturno, sin estar propiamente enfermas. Interrogándolas si dormían el tiempo suficiente durante el día, nos contestaban que las obligaciones de su hogar y el bullicio en el conventillo en que habitaban les impedían en absoluto conciliar el sueño necesario, tanto que muchas en la jornada siguiente se dormían sobre su labor»⁴⁸.

Finalmente, García era categórica respecto del salario que recibían las mujeres, siempre inferior al de los hombres, y de la diversidad de labores que ellas ejercían, asociadas preferen-

⁴⁸ García Carpanetti: «Algunas consideraciones...», op. cit., p. 19.

temente a «trabajos más sencillos o minuciosos» (tejedoras, bobinadoras, planchadoras, lavanderas) y mal pagados. La mayoría trabajaba a trato, lo que significaba que si su rendimiento disminuía, su salario asimismo lo hacía proporcionalmente.

El número de hijos también podía ser un problema, pues de ese número dependía el monto de subsidio familiar que debía pagarles el empleador, lo que podía ser un eventual factor de despido. García afirmaba que muchas mujeres le habían pedido, al momento de contestar la encuesta, que mantuviera en secreto su identidad. Pese a estas dificultades y a que la recurrida Conferencia del Trabajo de 1936 recomendaba extender un salario mínimo para las mujeres, García era consciente de que la mujer era «menos defendida por agrupaciones sindicales o gremiales», conclusión similar a la que establecen los estudios historiográficos sobre trabajo femenino en la época⁴⁹.

El análisis de García Carpenetti es notable porque recogió el testimonio directo de las obreras, que aludían a los costos sutiles pero determinantes que traía consigo el trabajo fabril femenino, como eran el traslado de los hijos pequeños, la permanencia en las salas cuna, los prejuicios que afectaban a las madres trabajadoras, y que no solo provenían de sus empleadores, y los efectos médico-sociales de todo ese ambiente en la crianza de los hijos.

Si las condiciones en las fábricas eran desalentadoras, la vida de las mujeres trabajadoras en sus hogares y los indicadores sanitarios que las rodeaban no eran mucho mejores. Según García, al tomar aleatoriamente las fichas de 50 obreras, todas madres de uno o varios hijos y con edades entre los 20 y 40 años, se podía concluir que solo el 46% eran madres casadas, casi la mitad vivía en habitaciones que eran consideradas una «mala vivienda», 20 habían sufrido un aborto antes de comenzar a trabajar, y solo 28 mujeres, que sumaban un total

⁴⁹ Elizabeth Hutchison: *Labores propias de su sexo. Género, política y trabajo en Chile urbano, 1900-1930*. Santiago, Lom, 2006. Thelma Gálvez y Rosa Bravo: Siete décadas de registro del trabajo femenino, 1854-1920», en *Estadística y Economía*, 5, Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago, 1992, pp. 1-52.

de 88 embarazos, habían tenido un embarazo de término con un niño vivo. El análisis de las fichas registraba el nacimiento de 124 hijos vivos y 90 hijos fallecidos. De las 50 obreras, solo 8 habían amamantado «normalmente a sus hijos» (no se precisaba el periodo de tiempo que se consideraba normal), 19 alcanzaron a hacerlo entre dos y tres meses y 23 no amantaron a sus hijos. Respecto de la atención de los hijos, la encuesta registraba que 10 eran cuidados por un familiar cercano, 12 por «vecinas de buena voluntad» y 5 por personas extrañas que eran asalariadas, con un sueldo medio de 40 pesos mensuales. Los 23 hijos restantes eran «abandonados» en su hogar. Y de los 45 niños en edad escolar, solo 33 asistían a la escuela.

García Carpanetti ofrecía algunas conclusiones sobre las causas y consecuencias del trabajo femenino fuera del hogar. Entre las posibles causas que explicaban el trabajo remunerado femenino estaban el insuficiente salario masculino, o que el proveedor gastaba su sueldo «fuera del hogar» o que estaba desempleado. Entre las consecuencias del ingreso femenino a las fábricas estaban la resistencia a una nueva maternidad y el consecuente incremento de la tasa de abortos, el progresivo abandono del cuidado del hogar y de los hijos, con repercusiones muy amplias tanto para la salud de los hijos pequeños como la educación de los más grandes.

En otro estudio de 1938, la médica María Guajardo Atria (de quien no hemos encontrado datos biográficos) se propuso distinguir las causas del trabajo obrero femenino en el país, proceso que encontraba antecedentes importantes en el maquinismo de la Europa decimonónica⁵⁰. Reconociendo que el trabajo femenino doméstico era más antiguo que el del hombre, Guajardo afirmaba que durante la Primera Guerra Mundial las mujeres europeas se vieron impelidas a salir de sus hogares para ingresar a diversos sectores de la economía productiva, proceso que no tenía marcha atrás y que tempranamente comenzaba a tener resonancias en nuestro país. Recu-

⁵⁰ María Guajardo de Atria: «Causas del trabajo obrero femenino en Chile», *Boletín Médico de la CSO*, N° 44 y 45, enero y febrero, año IV, 1938, pp. 9-14.

riendo a cifras levantadas por el Servicio de Medicina Social de la CSO, extraídas de una encuesta aplicada a 424 trabajadoras de la fábrica Yarur Hermanos, Guajardo concluía que el trabajo femenino era «supletorio del masculino». De aquellas trabajadoras, 138, o sea el 32,5%, destinaban todo su sueldo al mantenimiento del hogar, solo 114, o sea el 24,5%, retenían parte de su salario, y de los 126 casos restantes no se consignaba información. En cuanto a las razones declaradas por las mujeres para salir a trabajar, 180 afirmaban que lo hacían a causa de la ausencia del padre o marido, 128 porque el salario que aquellos recibían eran insuficiente, 46 por «aspiración a la independencia económica», 5 para «mejorar el estándar de vida», 9 por «vicios del padre o marido» y 56 aparecían sin datos.

Guajardo sugería mejorar el levantamiento de datos estadísticos que permitieran estudiar de manera más amplia y estandarizada el «problema social» del trabajo femenino, considerando la inclusión de encuestas domiciliarias que aportaran «constataciones más precisas» y afinar más las investigaciones referidas a las causas individuales y sociales que explicaban el abandono del hogar y la muerte prematura de padres y maridos, considerados jefes del hogar⁵¹.

Si bien las temáticas reseñadas ya eran parte de los estudios médico-sociales que se publicaban desde principios de siglo, los artículos de estas médicas eran reveladores y originales por el nivel de análisis, por la inclusión de variables menos frecuentes, como los testimonios de las madres, y por la mayor comprensión de los singulares costos asociados al trabajo fabril femenino.

⁵¹ *Ibíd.*, p. 14.

Matronas y enfermeras a mediados del siglo XX: consolidación femenina en profesiones paramédicas

1. *La voz de las matronas*

Prácticamente, las matronas no tuvieron una voz propia y pública en las primeras décadas del siglo XX, lo que se explicaría por la baja exigencia educativa en los requisitos de ingreso a la Escuela de Matronas y la rudimentaria instrucción que recibieron hasta mediados del siglo XX. Por ejemplo, sabemos que la exigencia de contar con el quinto año de humanidades fue impuesta solo en 1934, y recién desde 1948 fue necesario rendir las pruebas de bachillerato en Biología, convirtiendo el oficio de matrona en una profesión universitaria.

Un factor que permitió la visibilidad de este quehacer fue la realización del Primer Congreso Científico Nacional de Matronas, realizado en 1951, reunión que ofreció una tribuna pública a la presidenta de la Asociación Nacional de Matronas, Elsa Salinas; a la presidenta del congreso, Iris Mardones, y a algunas relatoras que presentaron temas relacionados con el trabajo de estas profesionales en los campos chilenos, con la asistencia prenatal que brindaban en las unidades sanitarias y con la aplicación de nuevas técnicas clínicas y debates sobre aspectos éticos del oficio.

Ilustrativas de la negativa autopercepción que las matronas tenían sobre su posición en el campo sanitario son las palabras que Salinas pronunció en el discurso inaugural del congreso: «El abandono y menosprecio que ha existido frente a nuestra profesión, ya ha comenzado a disiparse, gracias, debemos reconocerlo con profunda satisfacción, a los méritos, esfuerzo y abnegación del profesor Gazitúa, que ha desempeñado con indiscutido acierto la dirección de la Escuela de Obstetricia y Puericultura. Anteriormente, impregnada por su estímulo, las matronas de los servicios de beneficencia formaron su asociación encaminadas a obtener mejores condiciones y perspecti-

vas de progreso, siendo este torneo científico que hoy inauguramos una cristalización de sus deseos y esperanzas»⁵².

Si bien la reunión tenía carácter científico, también se buscaba posicionar reivindicaciones de tipo gremial. El artículo de Alicia Osoreo reforzaba estos propósitos al advertir que las variables que condicionaban negativamente el trabajo de las matronas eran las malas remuneraciones, la falta de camas en las maternidades de Santiago, el trabajo excesivo en los servicios asistenciales y el escaso control del ejercicio ilegal de la profesión⁵³.

Al año siguiente del congreso, la creación del SNS contribuyó decididamente a una mayor visibilidad y demanda de los servicios de las matronas, pues el incremento de la atención profesional del parto –domiciliario y hospitalario– fue uno de los objetivos estratégicos del Departamento de Salud Materno-Infantil del nuevo servicio. Dicha política motivó la aparición de artículos escritos por matronas, como por ejemplo el importante estudio de Pilar Galván, Marina Huerta, matronas del SNS, y de Mabel Zapenas, consultora de la OMS, quienes a través de un estudio de caso sostenían que era necesario intervenir en dos procesos para mejorar la calidad del servicio profesional que ellas prestaban. El primero era estimular la formación de un número mayor de matronas ante las crecientes demandas asistenciales de madres y niños. Y el segundo era propender a una cuidadosa y racional delimitación de las tareas que se les asignaban a las matronas que, a juicio del estudio empírico, se concentraba peligrosamente en funciones técnicas-administrativas que las alejaban de su quehacer principal: la atención obstétrica de madres y la atención del recién nacido⁵⁴. Entre las propuestas de solución para este segundo desafío, las autoras

⁵² *Primer Congreso Científico Nacional de Matronas*. Santiago, Imprenta Casa Nacional el Niño, 1951, p. 23.

⁵³ Alicia Osoreo: «Posición científica y social de la matrona en Chile». *Primer Congreso Científico...*, op. cit.

⁵⁴ Pilar Galván, Marina Huerta, matronas del SNS, Mabel Zapenas: «Estudio de las actividades en la atención de la madre y del recién nacido», BSNS, vol. 6, N° 1 al 6, enero-diciembre de 1960, pp. 30-60.

del estudio recomendaban que se aumentara la dotación de enfermeras para que ellas absorbieran las labores administrativas que distraían a las matronas de su tarea principal.

2. *Enfermeras chilenas y su proyección internacional*

La década de 1930 fue escenario de importantes debates y cuestionamientos respecto del tipo de servicio que debían ofrecer las enfermeras, el exiguo número de graduadas y la delimitación precisa de su campo ocupacional. La novedad de ese debate fue que comenzaba a ser liderado por las propias enfermeras, al que se sumaría un grupo de graduadas que realizaron estudios de perfeccionamiento en los Estados Unidos en la década siguiente. Entre los nombres destacados estaban el de Sofía Pincheira y de Hilda Lozier, ambas asesoras en labores de enfermería en la Oficina Sanitaria Panamericana⁵⁵; Gladys Peake, una de las fundadoras de la Escuela de Enfermería de Concepción y presidenta del Colegio de Enfermeras; Rosalba Flores, directora de la Escuela de la Universidad de Chile y autora de una crónica de la enfermería editada en 1965⁵⁶.

Pincheira fue becada por la American Association of University Women para hacer estudios de higiene pública y actividades de enfermería en las universidades de Yale y Columbia entre 1929 y 1931, y a su retorno dio a conocer en artículos y conferencias las importantes diferencias de cobertura entre Chile y Estados Unidos. Otro ejemplo de la influencia norteamericana en el campo sanitario local fue el trabajo de la enfermera Amanda Parada. Fruto de sus observaciones del servicio de enfermería de la CSO y de su estadía en Estados Unidos, Parada elaboró un diagnóstico y una propuesta de reorganización de este servicio que, sin incurrir en mayores gastos, propendiera a más prestaciones. En 1946, Parada estaba preocu-

⁵⁵ Véase <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v33n6p645.pdf>

⁵⁶ Rosalba Flores: Historia de la enfermería en Chile. Síntesis de su evolución educacional, 1965.



Grupo de las primeras tituladas enfermeras sanitarias.

pada por la dispersión de tareas que realizaban las enfermeras en la CSO y sugería que aquellas se concentraran en el grupo familiar, y no solo en los individuos; no era posible que en un mismo hogar donde había un lactante, un tuberculoso y un cardiópata concurrieran tres enfermeras sanitarias correspondientes a cada especialidad. El objetivo era superar la falta de coordinación que generaba la triplicación del trabajo en un mismo grupo familiar que, en ocasiones, era inspeccionado también por las visitadoras sociales⁵⁷. La propuesta de Parada era implantar un sistema centralizado de enfermería, en donde cada profesional atendiera en forma «integral» a un determinado grupo familiar, inspirado en una «doctrina única de acción sanitaria», que promovía la optimización de las tareas y evitaba la duplicidad asistencial.

A mediados de siglo y en estrecha relación con este modelo asistencial, la distinción entre enfermeras hospitalarias y

⁵⁷ Amanda Parada: «Servicio de Enfermería en la Caja de Seguro Obligatorio», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, año XIII, N° 140, 1946, p. 213.

visitadoras comenzaba a desaparecer porque, finalmente, en todo centro sanitario las enfermeras desarrollaban actividades curativas, preventivas y de asistencia social, entrenamiento estimulado en la enseñanza universitaria de pre y posgrado, y replicado por otras escuelas latinoamericanas. Asentado este nuevo modelo asistencial y su proyección latinoamericana, el oficio experimentó nuevos desafíos en el marco de la creación del SNS, el que fomentó decididamente el aumento del número de enfermeras para el logro de diversas metas asistenciales.

Según Klimpel, el Colegio de Enfermeras contabilizaba que entre 1906 hasta diciembre de 1960 se registraron 1.796 enfermeras provenientes de las cinco escuelas existentes en Chile. Esta carrera, «femenina por excelencia», no atraía un número suficiente de personas, dada las bajas remuneraciones que recibían, característica que compartían con las matronas. Pero la búsqueda de mejores oportunidades en el extranjero, incluidas las que tomaron cursos en los Estados Unidos, tuvo un efecto positivo en el nivel de sus rentas desde mediados de la década de 1950⁵⁸.

* * *

El acceso a estudios formales de medicina supuso derribar una barrera social y mental para la sociedad chilena de fines del siglo XIX, en la que no se concebía que las mujeres se dedicaran a este tipo de formación. Era más aceptable que las mujeres ejercieran oficios ligados a la salud y a la medicina en el campo de la matronería y la enfermería, acordes a la inclinación natural por el cuidado de otros, con los que se ha asociado transversalmente a las mujeres en distintas sociedades y épocas.

El ingreso de mujeres a profesiones como medicina, enfermería y matrona, hasta la primera mitad del siglo XX, da cuenta de la historia de una generación femenina escasamente

⁵⁸ Felicitas Klimpel: *La mujer chilena...*, op. cit., pp. 164-165.

estudiada en Chile. A diferencia de las mujeres pobres y de las que pertenecían a la elite urbana –grupos ampliamente investigados para el periodo entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX–, las mujeres que siguieron estas profesiones fueron parte del sector femenino que conformó a la incipiente clase media e ilustrada y que aún está a la espera de una caracterización específica y rigurosa.

Lo que fue común para médicas, matronas y enfermeras es que durante la primera mitad del siglo XX, la mayoría se concentró en la protección materno-infantil, en la difusión de la nueva ciencia de inicios del siglo XX, la puericultura, y en la práctica de la ginecología. Particularmente desde fines de la década de 1930, el aporte de estas mujeres fue su apoyo a la especialización sanitaria, al análisis de las causas y soluciones de la mortalidad materno-infantil, a la necesidad de optimizar los recursos profesionales y al estudio médico-social de las relaciones entre maternidad, trabajo y salud femenina, que incluían, crecientemente, la visión de las propias mujeres. Desde la década de 1960 se sumarían las tareas relativas a la planificación familiar. También un número creciente de médicas y enfermeras accedieron a estudios de perfeccionamiento en el extranjero, principalmente en Estados Unidos –coherente con la importante influencia de ese país en la comunidad médica chilena–, lo que las vinculó a organizaciones internacionales como la OPS y la Fundación Rockefeller⁵⁹. No es menos importante que varias de las mujeres consignadas en este artículo participaron activamente en organizaciones femeninas, como asociaciones universitarias, y también feministas como por ejemplo el Movimiento de Emancipación de Mujeres de Chile (MEMCH)⁶⁰.

Específicamente, la profesionalización de matronas y enfermeras se vio estimulada por el incremento de políticas estatales que requerían de sus servicios en consultorios y hospitales.

⁵⁹ María Soledad Zárate: «L'assistance clinique et sanitaire de l'accouchement: Trajectoire nationale et influences internationales, Santiago du Chili, 1900-1950», *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 25, N° 1, 2008, pp. 193-224.

⁶⁰ Asunción Lavrin: *Mujeres, feminismo...*, op. cit.

Por tanto, una porción significativa del quehacer del Estado chileno en el área de la asistencia médica y social fue ejercido por mujeres, lo que se explica por diversos factores: la histórica inclinación de las mujeres por ese campo de acción, que contaba con el grueso antecedente de la participación femenina en labores caritativas y filantrópicas, y la explícita restricción, al momento de crear estas profesiones, de que las postulantes fueran solo mujeres.

Para muchos, la principal virtud de la creciente participación femenina en el campo sanitario, incluida la medicina, fue la especial orientación al servicio y apoyo de la población afectada por condiciones de precariedad material y emocional. A primera vista, esta tendencia era un ejemplo más de que la inclinación «natural» de las mujeres por las labores de cuidado de otros podía ser socialmente beneficiosa al extenderla al mundo público. La profesión sanitaria potenciaría aquellas valiosas cualidades del género femenino. No obstante, el estudio de los orígenes de la enfermería, un oficio que hasta el siglo XIX era ejercido también por hombres, pone en cuestionamiento la histórica asociación de este oficio con las mujeres. Y la cruzada de Cora Mayers permite desnaturalizar esta asociación, al aportar evidencias de que la definición de la enfermería como un oficio estrictamente femenino fue construida históricamente.

Lo interesante es que hace 50 años, si bien algunas mujeres creían que el ejercicio de la medicina constituía una especie de servicio social «especial», un específico servicio a la humanidad, apreciación extensiva al oficio de enfermera y matrona, también reconocían que esta labor no podía descansar únicamente en la garantía que ofrecían las cualidades naturales femeninas. Una evidencia interesante, pero no concluyente de esta hipótesis, son las palabras de la médica Juana Díaz, quien en 1953 sostenía, en el marco de un homenaje a la médica Ernestina Pérez, que las primeras médicas chilenas habían conformado un «nuevo campo de acción para las mujeres, LA MEDICINA, y es así que todas las mujeres tenemos una deuda de

gratitud hacia esta mujer, que abre **este nuevo horizonte a las mujeres que sienten el imperativo de servir en forma responsable, es decir, con conocimientos**»⁶¹. El imperativo del servicio a los otros, tradicionalmente asociado a las mujeres en el ámbito del cuidado, para el caso de una profesión científica debía estar ligado a un servicio basado en el conocimiento, el que no necesariamente era connatural a las mujeres.

Díaz recalca que la Agrupación Médica Femenina cumplió con uno de los anhelos de la doctora Pérez, al inaugurar el consultorio de diagnóstico precoz del cáncer en la mujer, el cual llevaba su nombre. También insistía en que su ejemplo era valioso porque «demostraba la capacidad de las mujeres que en otrora solo se dedicaban al hogar y que en nuestros días luchan junto al hombre con espíritu desinteresado y con sentido de responsabilidad»⁶².

⁶¹ *Homenaje a la doctora Ernestina Pérez Barahona*. Unión Chilena de Mujeres, 1953, p. 3. La negrilla es nuestra.

⁶² *Ibidem*, p. 5.