

HISTORIA 396
ISSN 0719-0719
E-ISSN 0719-7969
NÚMERO ESPECIAL
SPECIAL ISSUE
VOL 10 - 2020
[97-128]

Historia 396
Instituto de Historia PUCV Chile
10 años

DE “PRECIOSA AUXILIAR” A “MODERNA ASISTENTE”: LA RELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y VISITADORAS SOCIALES EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA. SANTIAGO DE CHILE, 1925-1940*

*FROM “LOVELY HELPER” TO “MODERN ASSISTANT”:
THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIANS AND SOCIAL VISITORS IN PUBLIC HEALTH. SANTIAGO, CHILE, 1925-1940*

Dra. Maricela González Moya

Pontificia Universidad Católica de Chile
Escuela de Trabajo Social
mgonzamo@uc.cl

Dra.(c) Carla Flores Figueroa

Universidad Santo Tomás, Chile
Facultad de Salud
carlaflores@santotomas.cl

Resumen

El artículo busca caracterizar y analizar la presencia de las visitadoras sociales en los hospitales de la Junta de Beneficencia chilena, entre los años 1925 y 1940, periodo que media entre la creación de la primera Escuela de Servicio Social y la apertura de escuelas públicas de servicio social dependientes del Ministerio de Educación. Nacidas para auxiliar al personal médico, a través de visitas domiciliarias que informaban sobre las condiciones sociales y habitacionales de los enfermos y transmitían a estos las prescripciones de la medicina, las visitadoras forjaron también en estos años una identidad profesional que se propagó más allá de las fronteras de la higiene. Dicha identidad, mezcla de elementos heterogéneos, trató de buscar una síntesis entre los deseos heterónomos que se les impusieron desde los saberes médicos y sus propias aspiraciones de progreso profesional, y fue forjando, muy germinalmente, un perfil más amplio que trascendió su condición de ayudantes complementarios y se trasladó hacia otros espacios de conocimiento y práctica

Palabras clave: médicos, visitadoras sociales, salud pública, historia, Chile.

* El artículo recoge los resultados parciales del Proyecto Fondecyt Iniciación N°11191080, “La profesionalización del cuidado en Chile. Sirvientes, enfermeras y visitadoras sociales, 1870-1950”

Abstract

The article characterizes and analyzes the presence of social visitors in the hospitals of the Chilean Charity Board, between 1925 and 1940, a period among the creation of the first School of Social Service and the opening of public social service schools dependent on the Ministry of Education. Born to assist medical staff, through home visits that reported on the social and housing conditions of the patients and transmitted to them the prescriptions of medicine, the visitors also forged in these years a professional identity that spread beyond the borders of hygiene. This identity, a mixture of heterogeneous elements, tried to find a synthesis between the heteronomous desires imposed on them from their medical knowledge and their own aspirations for professional progress, and was forging, very germinally, a broader profile that transcended their condition of complementary helpers and moved to other spaces of knowledge and practice.

Keywords: physicians, social visitors, public health, history, Chile.

"La Asistencia Social no invade el campo de la medicina: lo complementa en una amplia labor universal de prevención; cuida al niño y va, como el ángel guardián de la leyenda, junto a la criatura a lo largo de su vida. Busca en la ciencia su arma más potente de defensa y en el instinto de solidaridad humana sus medios de acción."

Eugenio Cienfuegos¹.

INTRODUCCIÓN

Reflexionaba el médico Eugenio Cienfuegos, a mediados de la década de 1920, acerca de un nuevo campo de intervención denominado "asistencia social", preocupándose de subrayar que no se lo había creado para rivalizar con la medicina, sino para complementarla en orden a cumplir con un precepto mayor: fundar una medicina social y preventiva que combatiera eficazmente los males sociales que aquejaban a la sociedad chilena. El argumento de Cienfuegos, compartido con otros salubristas de la época, trataba de introducir, sin generar recelos o resistencias en la comunidad médica, un programa de moderniza-

1 Cienfuegos, Eugenio, "Asistencia social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VIII. N° 2. 1924. p. 109.

ción de la sanidad -de sus instituciones, infraestructura y organización- que tenía como una de sus principales novedades la creación de un nuevo oficio, que se sumaría a los trabajos de otros auxiliares de la salud, pero aportando una novedad en la acción sanitaria, pues se dedicaría a investigar, reportar y tratar aquellos problemas que hacían recrudecer la enfermedad o que explicaban sus raíces. Las llamadas "visitadoras sociales" brindarían información que permitiría entender, y luego remediar, las causas de la mortalidad infantil y la desnutrición, los vicios alcohólicos y sexuales, el desempleo y la precariedad general de la vida. También serían un soporte para la mantención y legalización de los vínculos familiares, llamadas a moralizar hábitos y costumbres populares. Por último, ellas establecerían una mediación efectiva entre el médico y el enfermo, traduciendo hacia este último las recomendaciones sanitarias y señalándole las condiciones y recomendaciones que debían seguirse para restaurar la salud.

En el mundo anglosajón, esta rama disciplinaria conocida como "Medical Social Work" tiene una larga tradición y constituye una especialización del servicio social desde hace más de cien años². En su vasto campo de ejercicio profesional, un conjunto diverso de problemas metodológicos, conceptuales y prácticos han sido discutidos por la literatura especializada y ha ocupado en ella un destacado lugar la relación entre los médicos y los trabajadores sociales, relación que ha sido descrita como históricamente "compleja y controversial". Algunos autores han indicado que la usual "colaboración" interprofesional de la que hablan los manuales, es más una utopía que una realidad pues, la competencia e incluso la dominación de unas ocupaciones sobre otras, han sido constantes en este vínculo. June Huntington, autora de un texto clásico sobre el tema³, planteó derechamente "diferencias y disputas" entre dos culturas ocupacionales completamente distintas, mientras que Paul Bywaters ha hablado de una verdadera y "amplia amputación" del rol de los trabajadores sociales, caracterizada por una falta de poder profesional basado en una práctica puramente administrativa y burocrática, supeditada a un control absoluto de parte del saber médico⁴.

2 Browne, Teri, "Social work roles and healthcare settings". Gehlert, Sarah y Browne, Teri (eds.). *Handbook of Health Social Work*. Hoboken, New Jersey. Wiley. 2012. pp. 21-38. Nacman, Martin, "Social work in health settings: a historical review". Davidson, Kay y Clarke, Sylvia (eds.). *Social work in health care: Handbook for practice*. New York. Haworth Press. 1990. pp 7-37.

3 Huntington, June, *Social work and general medical practice: Collaboration or conflict?*. Londres, Allen & Unwin, 1981.

4 Bywaters, Paul. "Social work and the medical profession: Arguments against unconditional collaboration". *British Journal of Social Work*. Vol. 16. N° 6. 1986. pp. 661-677.

El presente artículo se plantea algunas de estas cuestiones, ubicándose en las discusiones que dieron origen al servicio social en Chile y su desarrollo profesional entre los años 1925 y 1940. Resulta razonable pensar, a priori, que esas primeras visitadoras quedaron sometidas al poder médico, toda vez que fueron creadas e instaladas en la institucionalidad sanitaria por iniciativa de los salubristas y fueron ellos los que señalaron las primeras directrices para su formación y su práctica profesional. No obstante, se ha escogido en este caso indagar otra hipótesis pues, algunos casos históricos han mostrado que ciertos oficios, nacidos en un lugar subordinado y dependiente de otras disciplinas ya consolidadas, han podido lograr mayores grados de autonomía a través del control de su campo de conocimiento, la constitución de códigos de ética particulares y la formación de organizaciones gremiales, como colegios, asociaciones o federaciones que defienden derechos laborales⁵. A diferencia de la medicina, la abogacía y un puñado muy pequeño de profesiones, que lograron muy tempranamente sentar las bases de su desarrollo, la mayor parte de las carreras profesionales han establecido transiciones en perpetuo movimiento, construyendo historias llenas de vaivenes y azares, pero a pesar de no haber seguido una trayectoria lineal de desarrollo, han conquistado a la larga un lugar propio⁶.

La investigación se llevó a cabo utilizando fuentes documentales, particularmente las revistas de *Beneficencia Pública*, *Asistencia Social* y *Servicio Social*. Se complementan con algunas monografías del periodo, conferencias y relatos de prácticas profesionales. En todos los casos, se han privilegiado textos de apreciaciones personales por sobre elaboraciones prescriptivas, tratando de rescatar la experiencia auténtica recogida en los documentos⁷. Las fuentes fueron estudiadas a partir de la interpretación crítica de documentos, utilizando técnicas de análisis cualitativo que sirvieron para el levantamiento de hallazgos y comparación con fuentes teóricas.

5 Un buen caso de análisis puede verse en: Nottingham, Chris y Dougall, Rona, "A close and practical association with the medical profession: Scottish medical social workers and social medicine, 1940-1975". *Medical History*. Vol. 51. 2007. pp. 309-336. En un sentido más amplio, se ha establecido que la conquista de autonomía es uno de los requisitos centrales en la constitución de las profesiones modernas. Véase en: Burrage, Michael y Torstendahl, Rolf, *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions*. Londres, Sage, 1990. Sciulli, David, "Continental sociology of professions today: conceptual contributions". *Current Sociology*. Vol. 53. N° 6. 2005. pp. 915-942.

6 Sciulli, David, "Preface to professions today: received wisdom, case challenges, contributor issues and questions". *Comparative Sociology*. Vol. 9. N° 6. 2010. pp. 728-730.

7 Acerca de la noción de "experiencia" y su utilización en humanidades y ciencias sociales, véase: Jay, Martin, *Cantos de experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 2009.

LAS VISITADORAS SOCIALES EN EL IMAGINARIO DE LOS MÉDICOS: LA UNIÓN ENTRE LA CIENCIA Y LA CARIDAD COMO PROYECTO DE MODERNIZACIÓN

Las Juntas de Beneficencia -instituciones filantrópicas que tenían a su cargo los hospitales, dispensarios, cementerios, asilos y otras instituciones "sociales" desde los albores de la República- se unieron, en las primeras décadas del siglo XX, a los aires de descontento que en diversas esferas de la vida pública chilena se fueron manifestando y que pujaron por cambios en la configuración política del país y en la organización de sus instituciones⁸. No fue el suyo un espíritu revolucionario ni apuntó derechamente a la denuncia de la "cuestión social" como lo hicieron otros actores sociales, pero se enfrascó en la exposición de sus propias miserias y diagnosticó la necesidad de cambiar su régimen de financiamiento, discutiendo la posibilidad de que el Estado interviniera, e incluso se hiciera cargo de la asistencia, sumándose a la idea de implantar un seguro que protegiera a los trabajadores en riegos laborales y vitales. Tres grandes ámbitos se percibían como los puntos más críticos de su situación: el financiero, la infraestructura asistencial y el personal de atención médica.

En términos contables, la Beneficencia se encontraba desfinanciada porque sus gastos aumentaban conforme avanzaban los problemas sociales -ya denunciados por los propios médicos desde fines del siglo XIX- y los bienes heredados, que constituían su fuente principal de ingresos, no lograban cubrir las múltiples y crecientes demandas. Ismael Tocornal, Ministro del Interior, señalaba que "las necesidades" se habían "acrecentado en forma imprevista", las medicinas se habían encarecido y el valor de los insumos multiplicado, presionando de forma recurrente por una subvención estatal que compensara las pérdidas⁹.

8 Estos aires de cambio partieron discutiendo y denunciando la "cuestión social" en las últimas décadas del siglo XIX y en los años siguientes fueron catalizándose en diversos movimientos políticos, sociales y artísticos hasta terminar en la elección de Arturo Alessandri como Presidente de la República en 1920 y la dictación de una nueva Constitución en 1925. El cambio de régimen político (de parlamentario a presidencialista), la promulgación de un paquete de leyes sociales y el ascenso de los sectores medios al poder político, cambiaron la fisonomía general del país, redefinieron el rol del Estado e hicieron surgir nuevos liderazgos, ideologías y formas de sociabilidad. Correa, Sofía; Figueroa, Consuelo; Jocelyn-Holt, Alfredo; Rolle, Claudio; Vicuña, Manuel, *Historia del siglo XX chileno. Balance paradójico*. Santiago, Editorial Sudamericana, 2001, pp. 42-88. Illanes, María Angélica, *Historia del movimiento social y de la salud pública en Chile desde 1920 al Frente Popular: capitalismo trágico y Estado asistencial*. Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1989. Grez, Sergio. "El escarpado camino hacia la legislación social: debates, contradicciones y encrucijadas en el movimiento obrero y popular (Chile: 1901-1924)". *Cuadernos de Historia*. Vol. 21. 2001. pp. 119-182. DeShazo, Peter. *Urban workers and labor unions in Chile, 1902-1927*. Madison, The University of Wisconsin Press, 1983.

9 Tocornal, Ismael, "Discurso de Inauguración del Primer Congreso de Beneficencia Pública". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. I. N°2. 1917. pp. 127-128.

A nivel de infraestructura, los hospitales y otros recintos eran arcaicos y no se ajustaban a los criterios racionales que regían la edificación arquitectónica en los países más avanzados. Gregorio Amunátegui, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, hablaba de un cambio en la índole de los hospitales y en la atención del enfermo, cuyo centro ya no estaba "en proporcionarle una cama y un techo de que carecía y en aliviarlo con unas cuantas prácticas terapéuticas rutinarias"; sino en "diagnosticar su enfermedad", siguiendo una "práctica inteligente y erudita, la colaboración constante del especialista, del jefe del laboratorio" y de todos aquellos que se "benefician de los progresos de la ciencia"¹⁰.

Y con respecto al personal, además de ser insuficiente estaba mal organizado y se carecía de auxiliares que apoyaran regular y eficientemente el trabajo de los médicos. Alejandro Del Río, Director de la Asistencia Pública, y Daniel Bernales, Administrador del Hospital del Salvador, hablaban de "reorganizar el trabajo médico" introduciendo una serie de reformas administrativas, cambios en las funciones y en la orientación de las tareas: "creación de grandes grupos a cargo de jefes de sección auxiliados por ayudantes de diversa categoría"; generación de consejos técnicos encargados de "elegir los mejores"; dictar reglamentos internos, vigilar el funcionamiento de las diversas tareas centrales y anexas; racionalización de la "carrera" médica con nombramientos temporales, retiros planificados e incorporación de médicos jóvenes que pudiesen "desempeñar sus funciones en forma que signifique, a la vez que su perfeccionamiento, la satisfacción de sus más legítimos anhelos de progreso y altruismo"¹¹.

Hacia 1915, un grupo mayoritario de médicos de la Beneficencia decidió organizar un Congreso donde se discutirían los puntos más críticos del problema, se establecería una agenda de trabajo a través de la creación de un Consejo Central que concretaría los cambios esperados y se propondría un programa general de modernización en los diversos aspectos mencionados. La comisión encargada de la preparación del evento señalaba la necesidad de discutir la transformación de la Beneficencia, argumentando que los hospitales habían encarecido sus costos y se hacía perentorio obtener de ellos "el máximo de rendimiento efectivo"; el problema financiero era "de apremiante actualidad" y se tornaba obligatorio "estudiarlo a fondo y buscar los medios susceptibles

10 Amunátegui, Gregorio, "Discurso de Clausura del Primer Congreso de Beneficencia Pública" *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. I. N°2. 1917. pp. 197-198.

11 Bernales, Daniel y Del Río, Alejandro, "Organización del servicio médico de los hospitales" *Revista de Beneficencia*. Vol. I. N°1. 1917. pp. 7-13.

de aumentar las entradas"; y el personal de las Juntas debía encontrar un punto de reunión para conocer y difundir "los progresos realizados en materia de higiene hospitalaria"¹².

Este primer Congreso discutió también una serie de aspectos del funcionamiento hospitalario que incidieron posteriormente en la creación de una Escuela para instruir visitadoras sociales. Uno de ellos fue la urgencia por contar con un Reglamento que rigiera el funcionamiento general de los hospitales, dado que a la fecha cada institución contaba con una normativa independiente, o "reglamento interno"; que en algunos casos era exhaustiva y específica, y en otros, muy general y hasta ambigua¹³.

En 1921, el Dr. Alejandro Del Río presentó, ante la comisión de la Beneficencia que discutiría el tema, un proyecto para la creación de un único reglamento para los hospitales de las Juntas¹⁴. Dicho documento establecía una estructura general para los hospitales, donde se ratificaba que la autoridad máxima era el administrador, pero planteaba la existencia de un consejo técnico, conformado mayoritariamente por los médicos jefes de las distintas secciones hospitalarias, cuyas labores eran de asesoría y dirección de los diferentes departamentos. Por primera vez se establecía, además, la existencia en los hospitales de una unidad de "Acción Social", íntimamente conectada con los servicios de estadística e informaciones, y puesta "a cargo de una mujer de especiales condiciones de carácter y de inteligencia, a la cual se le facilitarán los medios necesarios para la eficacia de su acción"¹⁵.

La observación de experiencias extranjeras tuvo un rol clave en el avance de un proyecto de servicio social para Chile. En 1919, el médico Germán Greve tradujo el texto *El hospital como agente social en la comunidad* de la estadounidense Cornelia Catlin, Directora del Departamento de Pacientes de Puertas

12 Izquierdo, Vicente; Vergara, Ruperto; Del Río, Roberto; Ovalle, Abraham; Izquierdo, Salvador; Riesco, Germán y Del Río, Alejandro. "Carta de algunos miembros a la Junta de Beneficencia de Santiago, presentada el 15 de noviembre de 1915, promoviendo la realización de un Congreso de la Beneficencia". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. I. N°2, 1917, p. 102.

13 A modo de ejemplo, se puede señalar que era muy completo el reglamento interno de la Asistencia Pública y, por el contrario, el Reglamento del Hospital Manuel Arriarán era extremadamente escueto. Véase en: "Hospital Manuel Arriarán - Reglamento Interno" *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. II. N°1. 1918. pp. 85-86. "Nuevo Reglamento Interno de la Casa Central de la Asistencia Pública de Santiago". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. IV. N°1. 1920. pp. 45-58.

14 Del Río, Alejandro, "Proyecto de bases para la preparación de los reglamentos internos de los hospitales de la Junta de Beneficencia de Santiago". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. V. N°2. 1921. pp. 104-118.

15 *Ibid.*, p. 116.

Afuera del Hospital de Youngstown. En el texto, Catlin afirmaba que las obras sociales se habían hecho "tan científicas como la obra del médico" para establecer, desde esa sentencia, una serie de paralelos entre la medicina y la acción social: en ambas se indagaba acerca de la causa de los problemas, se realizaba un diagnóstico en base a los "síntomas" identificables, se aplicaban denominaciones específicas para los diversos tipos de estados patológicos, y los males sociales, lo mismo que las enfermedades, eran tan contagiosos como estas¹⁶. La "obra social" -y su encargada, la "obrero social"- era una sección especializada dentro del hospital, destinada a superar el "abismo" entre el hospital y el hogar, "consultante, diagnosticadora y recetadora" que aspiraba a completar el tratamiento del enfermo otorgándole aquello que requería y que estaba ausente de la atención estrictamente médica¹⁷:

"este departamento tiene por objeto principal preocuparse de las situaciones que crea la hospitalización de padres o madres de familias de escasos recursos, solucionar las dificultades que impiden una hospitalización necesaria y urgente [...], impedir el abandono de niños hospitalizados devolviéndolos al hogar o al menos a la familia; facilitar la legalización de las familias y, en general, limitar los inconvenientes que trae consigo la separación obligada y a veces brusca del padre o de la madre en caso de enfermedad"¹⁸.

El hospital se había transformado, desde un recinto donde ir a morir, o en el cual albergar la miseria material y espiritual, en un espacio de curación de enfermedades, y era ahora "el refugio de todas las desgracias sociales, cuando estas llegan a producir un daño orgánico"¹⁹. La enfermedad era el reflejo de ciertas condiciones de la vida social, azotada por vicios, carencias e ignorancia. Y dichas "causas", no siempre susceptibles de ser remediadas por la atención médica, encontraban, en el departamento de acción social, un espacio de denuncia, una investigación acuciosa y científica de sus características y una propuesta de medidas para su prevención y remedio²⁰.

16 Catlin, Lucía, "El Hospital como agente social en la comunidad". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. III. N°2. 1919. pp. 196-197.

17 *Ibid.*, pp. 197-198.

18 Del Río, "Proyecto de bases", p. 116.

19 Commentz, Alfredo, "La acción social del hospital en relación con las enfermedades de trascendencia social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. V. N°3. 1921. p. 192.

20 *Ibid.*, p. 192.

Entre los años 1922 y 1924, la cuestión del departamento de acción social, la creación de una profesión que estuviera a su cargo²¹ y la definición exhaustiva de las funciones y tareas que deberían desempeñarse fue imponiéndose de forma natural hasta culminar en la fundación de una Escuela de Servicio Social en 1925. El Segundo Congreso de Beneficencia Pública, celebrado en Santiago entre el 7 y 10 de diciembre de 1922 fue un punto de arranque decisivo en esta dirección. Concepción Valdés y Raquel Isaza, señoras del Patronato de la Infancia invitadas como expositoras en el evento, parlamentaron acerca de la conveniencia de "organizar la acción social", tomando como punto de arranque el libro de Cornelia Catlin, pero yendo más allá: señalaron la necesidad de crear un cargo de "visitadora social", un puesto a través del cual el hospital dejaba de centrar su atención en el individuo enfermo y pasaba a hacerse cargo de "la familia y las circunstancias que la rodean para hacer más eficaz su asistencia"²². La visitadora acudía al encuentro de las familias "para ocuparse de vencer los inconvenientes que anulaban la tarea del hospital en favor de los enfermos"²³, dirigiéndose al hogar del pobre para "influir en su organización"²⁴ y ocuparse, ya no tan solo de la administración de cuidados curativos, como habría de hacer la enfermera, sino de atender a las razones de la disfunción familiar, de la mujer caída, del niño insano, del menor abandonado por enfermedad o negligencia. Los hospitales, concluían las señoras, deberían fundar un departamento de acción social, "destinado a extender las ventajas de sus servicios a las familias de los enfermos hospitalizados y a los mismos enfermos que se presentan a sus dispensarios siguiéndolos hasta su hogar"²⁵. Las visitadoras a cargo deberían tener preparación técnica y prestar servicios remunerados, condición que les daría estabilidad y, a su vez, los organismos involucrados tendrían la seguridad de contar con ellas.

Los médicos de la Beneficencia señalaron que la exposición de Concepción Valdés y Raquel Isaza fue decisiva para decidir la creación de una Escuela de Servicio Social. Sin embargo, el proyecto no era una completa novedad, sino que surgía a partir de tres ideas ya arraigadas entre los facultativos: primero,

21 La nueva profesión, denominada "Servicio Social", fue desempeñada por mujeres que recibieron el título de "Visitadoras Sociales". Sin embargo, esta denominación fue antecedida por otros nombres, tomados cada uno de ellos de diversas experiencias extranjeras. Se habló, así, de "obreros sociales" e "inspectoras sociales", e incluso se discutió si se trataba de un oficio independiente o simplemente de una rama de la enfermería.

22 Valdés, M^a Concepción e Isaza, Raquel, "La acción social de los hospitales". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VII, N°1. 1923. p. 250.

23 *Ibid.*, p. 250.

24 *Ibid.*, p. 254.

25 *Ibid.*, p. 254.

que las enfermedades que padecían los pobres estaban favorecidas y acrecentadas por la misma pobreza, y que esas "causas sociales", sobre las cuales la caridad venía actuando hacía ya tiempo, debían ser encaradas ahora con las armas de la ciencia. La caridad, se afirmaría posteriormente, "que es la dádiva inmediata, sin preocuparse del mañana, calmando el grito del hambre, del frío, del dolor", debía ser reemplazada por la asistencia sistemática, por el servicio social, que es la "verdadera ciencia que encierra las reglas del diagnóstico"²⁶.

En segundo lugar, se entendía que la visita al domicilio era el principal instrumento de acción y se convertía en el modo de enlace entre las familias y los centros de salud, conectando la política sanitaria con la vida cotidiana de las personas, haciéndolas sentir que el Estado velaba por su bienestar y que para su propia conveniencia debían reformar hábitos y rutinas hasta hacerlos saludables y productivos²⁷:

"Estas visitas domiciliarias tendrían por objeto no sólo la mejor ejecución de las prescripciones del médico sino también influir discretamente con este motivo para mejorar las causas de insalubridad de la habitación, los hábitos de vida, el régimen alimenticio, y para enseñar las prácticas elementales de la profilaxis y de la puericultura"²⁸.

Tercero: la asistencia médica, científica y moderna, era ante todo acción sanitaria preventiva. "La marcha del progreso", sostenía el Administrador del Hospital Manuel Arriarán, Ismael Valdés, obligaba a impedir que las enfermedades avanzaran y, por obra de la asistencia social, se imponía la idea de que era "más práctico cuidar al sano para que no enferme que curarlo cuando ha perdido la salud"²⁹. La prevención, o la llamada "profilaxis de la miseria"³⁰, reemplazaba el alivio inmediato del dolor por "la investigación de tal necesidad o

26 Cordemans, Leo, "De la caridad al servicio social". *Servicio Social*. Vol. I. N°1-2. 1927. p. 7.

27 González, Maricela, "Inside Home. La visita domiciliar de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940". *AMMENTU, Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)*. N°4. 2014, pp. 241-253. Disponible en: <http://www.centrostudisea.it/attachments/article/200/Ammentu%20004%2014.pdf>. González, Maricela, "La visita de las moscas azules. El concepto de 'visitación' como eje articulador de la formación de asistentes sociales en las primeras escuelas chilenas. Santiago, 1925-1935". González, Maricela (comp.). *Historias de Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos. Santiago de Chile. Ediciones Técnicas de Educación Superior*. 2011. pp. 23-51.

28 Del Río, Alejandro, "Beneficencia e higiene rural". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VII. N°3. 1923. p. 392.

29 Valdés, Ismael, "La visitadora social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VIII. N°2. 1924. p. 104.

30 Cienfuegos, "Asistencia social", p. 108.

de tal dolor individual para evitarlos"³¹ y representaba la síntesis virtuosa de la propuesta de modernización de los servicios sanitarios. Como ha afirmado la historiadora María Angélica Illanes, se trataba, efectivamente, de un nuevo Estado, que utilizaba la política sanitaria como arma para reformar la institucionalidad completa, haciéndose cargo "de los problemas laborales y corporales del pueblo chileno", con un doble objetivo: "una política de población que pusiese atajo a la morbilidad y mortalidad crítica de la población y una política de neutralización y prevención del protagonismo de los movimientos populares reformistas-revolucionarios, para establecer un nuevo orden nacional"³².

La creación de la Escuela de Servicio Social se precipitó durante el año 1924, habiéndose ya tomado la decisión de su fundación. En un comienzo, la opción fue seguir el modelo de alguna escuela ya consolidada en Estados Unidos o Europa, pero finalmente los médicos de la Beneficencia optaron por usar el ejemplo de la Escuela Central de Servicio Social de Bruselas pues, el Dr. Alejandro Del Río, en un corto viaje a ese país, había conocido al médico René Sand, que formaba parte del Consejo Administrativo del establecimiento, y que era considerado uno de los principales cultores de la nueva medicina social.

Alejandro Del Río, Gregorio Amunátegui y Carlos Balmaceda conformaron una comisión para estudiar la implementación de la Escuela y proyectaron abrirla en 1925, siendo su principal objetivo la preparación del personal técnico requerido por los hospitales y otras instituciones dependientes de la Beneficencia. El primer curso de Servicio Social tuvo 42 alumnas y su éxito determinó la decisión de abrir matrículas anualmente y seleccionar a las numerosas postulantes que se recibían. El plan de estudios era de dos años y contemplaba asignaturas teóricas y prácticas entre los meses de abril y diciembre. Se abordaban temáticas de amplio rango, incluyendo ramos de filosofía (deontología, moral), legislación, ciencias sociales (economía, psicología, instrucción cívica), salud (atención de enfermos, higiene, alimentación y dietética, puericultura y atención de heridos) y administración (técnicas de oficina, estadística, contabilidad y organización de servicios sociales)³³.

La Escuela contó también con una Oficina de Informaciones en la que participaban alumnas de servicio social y que tenía por finalidad la investigación de las obras sociales de la ciudad de Santiago y su sistematización en un fichero,

31 *Ibid.*, p. 108.

32 Illanes, María Angélica, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales en Chile, 1887- 1940*. Santiago, LOM, 2007, p. 260.

33 *Monografía de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago de Chile*. Santiago, Imprenta Universitaria, 1929, pp. 12-25.

a fin de recopilar información actualizada sobre los recursos disponibles para la atención de diversas necesidades de los usuarios más pobres de la ciudad. En palabras de Ismael Valdés, la Oficina estaba conectada con todos los servicios asistenciales y conocía sus campos de acción, de tal manera que, si un problema estaba fuera del radio de acción de la visitadora, la persona podía ser orientada adecuadamente y se la ponía en contacto con el organismo respectivo para que pudiese atender "al hogar víctima de la desgracia"³⁴.

VISITADORAS SOCIALES EN LOS CENTROS DE SALUD: ESA "PRECIOSA AUXILIAR DEL MÉDICO"

Creada desde la decidida voluntad de los médicos, la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia tuvo como principal objetivo la preparación de un tipo particular de profesionales auxiliares de la medicina. Como se ha señalado anteriormente, la Junta tomó su inspiración directa de la Escuela de Servicio Social de Bruselas y fue particularmente influyente la figura de René Sand, padre de la medicina social, quien recomendó la contratación de Jenny Bernier como primera directora, y luego a su sucesora y verdadera impulsora del servicio social en Chile, Leo Cordemans³⁵.

René Sand visitó Chile en el año 1924 y dictó una serie de conferencias en la Universidad de Chile, abordando cuestiones de medicina social, historia, demografía, tuberculosis, enfermedades sociales, salud mental e higiene. Una de ellas estuvo destinada a reflexionar sobre el servicio social y definía su naturaleza basada "en el conocimiento de las causas de la miseria"³⁶, planteando que la lucha contra ella era una cuestión de higiene, es decir, de materias donde se involucraban el combate de las enfermedades, la provisión de trabajos dignos para las familias, el control de la natalidad, la promoción de la salud mental y todo tipo de medidas en el campo de la educación, la vida laboral, el urbanismo y la psicología. El servicio social, etapa superior en el progreso desde la caridad y la filantropía, encarnaba un salto en la evolución de la ayuda social:

"de paliativa, la caridad se ha convertido en curativa y preventiva; de empírica, se ha hecho racional; antes estereotipada, se ha individualizado hoy; ayer dispersa, forma hoy día un haz de fuer-

34 Valdés, "La visitadora social", p. 105.

35 Leo Cordemans sería luego conocida como Leo de Bray, después de contraer matrimonio.

36 Sand, René, "El servicio social y la lucha contra la miseria". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. IX. N°1. 1925. p. 64.

zas organizadas; a las colaboraciones improvisadas, ha substituido el trabajo de agentes especializados [...] Menos romántico que la Caridad, el Servicio Social es más regenerador. No es que tenga menos corazón, es que tiene más ciencia y obedece a una organización"³⁷.

Pero si el ejemplo de la Escuela Central de Bruselas fue fundamental en el origen del servicio social chileno, la influencia anglosajona, y particularmente la de Estados Unidos, fue capital para la impronta sanitaria que tuvo. Las escuelas belgas, como lo relataba el propio Sand en una de sus conferencias, habían sido fundadas muy recientemente -entre 1920 y 1923- en un proceso nacional de reconstrucción social y productiva al finalizar la primera guerra mundial³⁸, mientras que en Norteamérica habían surgido en la última década del siglo XIX y el servicio social hospitalario era allí una rama especializada que tenía por lo menos veinte años de vida, lo que significaba que podía ser un ejemplo a seguir.

El gran impulsor del servicio social en los hospitales fue el médico norteamericano Richard Cabot, quien a su vez se inspiró en las obras de caridad que habían prosperado muy rápidamente en las urbes estadounidenses y en particular en la experiencia de las "lady almoners"³⁹ de Gran Bretaña.

Con formación en filosofía y posteriormente titulado de médico, Cabot se inclinó por los estudios bacteriológicos y desarrolló una práctica basada en la descripción metódica de los síntomas y rasgos de los pacientes, orientándose paulatinamente por la idea de que ese conjunto de observaciones, que el

37 Sand, "El servicio social", p. 64.

38 Bélgica contaba con ocho escuelas de servicio social hacia 1924 y se encontraban ellas reunidas en un Consejo Nacional de Escuelas de Servicio Social. Las Escuelas eran muy diversas en culturas e ideología, habiéndolas femeninas, masculinas y mixtas, francesas, belgas y flamencas, laicas y católicas. Sand, René, "La reconstrucción de Bélgica". *Anales de la Universidad de Chile*. Año 2. Serie 2. 1924. pp. 746.

39 Las "lady almoners" u "hospital almoners" fueron empleadas de los hospitales británicos, consideradas precursoras directas de las trabajadoras sociales hospitalarias que nacieron al crearse el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra a fines de la segunda guerra mundial. Las *lady almoners* fueron, inicialmente, las encargadas de determinar si los pacientes que solicitaban gratuidad en la atención, cumplían con los requisitos para otorgársela (desde ahí su denominación de "almoners", que fueron capellanes medievales encargados de recibir y distribuir las limosnas que llegaban a los monasterios). A partir de ese rol muy puntual, se convirtieron en funcionarias esenciales en los hospitales, tanto por su contribución a la eficiencia de los recursos, como por el trabajo que realizaron al enlazar a los usuarios con otras obras caritativas del imperio británico. Nottingham y Dougall, "A close and practical association". Cullen, Lynsey, "The first lady almoner: the appointment, position, and findings of Miss Mary Stewart and the Royal Free Hospital, 1895-99". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Vol. 68. N°4. 2012. pp. 551-582.

médico debía mirar y registrar detalladamente, permitían un diagnóstico más fidedigno de la enfermedad. Iluminado por los planteamientos de la trabajadora social Mary Richmond, a quien admiró por su obra *Diagnóstico Social* y dedicó uno de sus libros, Richard Cabot se declaró un seguidor de la práctica del servicio social, profesión a la que consideraba llamada a hacer "menos agria la estadía de los pacientes en el hospital, elevando el estándar del buen trato que suele darse a los pacientes"⁴⁰. En el Massachusetts General Hospital, donde trabajó toda su vida con usuarios ambulatorios, aquejados la mayor parte de ellos de patologías crónicas como tuberculosis o diabetes, enseñó a los médicos jóvenes a realizar rondas de "visitas amigables" a los hogares de los enfermos⁴¹, donde podían percibir y comunicar aquellas condiciones que no eran notorias dentro de los márgenes de la consulta hospitalaria⁴².

Un pequeño texto de Richard Cabot, cuya traducción fue publicada en la *Revista de Beneficencia Pública* en el año 1928, sostenía que todo enfermo hospitalizado, cualquiera fuese su condición socioeconómica, se encontraba aislado de su natural ambiente social y espiritual, pues el hospital, para la mayor parte de las personas, representaba "un lugar solitario, extraño, antipático y hasta aterradorante"⁴³, orientado exclusivamente al cuidado corporal. El servicio social hospitalario debía abocarse a "restablecer en lo posible el ambiente normal del enfermo"⁴⁴, contribuyendo a propiciar todas aquellas condiciones que ayudaran a recuperar la salud pues, la enfermedad no se restauraba sólo por el empleo de medidas curativas, sino por un alivio al sufrimiento moral

40 Cabot, Richard, "Social service work in hospitals." *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. Vol. 37. N°2. 1911. p. 223.

41 Se atribuye a Joseph Pratt la institución de los "friendly visitors" como agentes para la recuperación de los pacientes tuberculosos. Andrew Dodds sostiene que la influencia de Pratt fue decisiva en la orientación de Richard Cabot hacia la medicina social, pero que éste posteriormente amplió el propio concepto de Pratt hacia una nueva comprensión del trabajo médico. Andrew Dodds es citado por Rehr, Helen y Rosenberg, Gary, *The social work-medicine relationship. 100 years at Mount-Sinai*. Nueva York, Routledge, 2006, p. 22.

42 Se ha señalado que Richard Cabot conoció esta práctica cuando visitó el John Hopkins Hospital en 1903 y se entrevistó con Charles Emerson, conociendo también el programa de altas que tenía el hospital y que incluía la visita de los médicos jóvenes a los hogares de los pacientes. Cabot incorporó este método en su trabajo, reforzando su convencimiento de que los factores psicosociales eran elementos determinantes en la comprensión de las enfermedades. Unió a esto la lectura del libro de Mary Richmond, que planteaba la importancia del diagnóstico social como base de un adecuado conocimiento de la realidad de las personas. Riba, Jordi, "El Dr. Cabot, precursor del trabajo social sanitario", 27 septiembre 2016. Disponible en: <https://jribace.es/2016/09/27/dr-cabot-pionero-del-trabajo-social-sanitario/>.

43 Cabot, Richard, "¿Qué es Servicio Social en el Hospital?." *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. XII. N°4. 1928. p. 318.

44 *Ibid.*, p. 319.

que reportaba. Y tanto para el enfermo internado, como para el ambulatorio, la asistencia económica o material era una arista más de la intervención, pues la visitadora "en la sala, en el policlínico y en el hogar, en donde sea posible, enseñará, explicará, aconsejará, demostrará y descifrá para apresurar y asegurar el restablecimiento del enfermo y para prevenir el estallido de una enfermedad"⁴⁵.

En Chile, la figura de la visitadora era completamente nueva dentro del personal sanitario. En el Patronato Nacional de la Infancia, a cargo de las Gotas de Leche y una serie de asilos maternos y pequeñas clínicas, se había usado la práctica de la "visita" con fines pedagógicos, caritativos y moralizantes⁴⁶. También algunas obras piadosas en los barrios populares habían hecho ingreso en los hogares más pobres para otorgar asistencia material y espiritual a los afligidos, fruto de la renovación del catolicismo extramuros que trataba de acercarse a los feligreses a través de señoras de clase alta que practicaban la caridad activa⁴⁷. Pero la visita profesional, encarnada en un grupo de mujeres remuneradas, provenientes de la clase media ilustrada, era un universo desconocido y en construcción.

Por lo mismo, los médicos hicieron un gran esfuerzo por definir muy concretamente en qué consistía este nuevo oficio, en qué se diferenciaba del de las enfermeras, y qué aportaba específicamente a los equipos sanitarios. Alejandro Del Río reconocía que un cierto campo de acción les era común, pero que sus finalidades eran muy distintas. La "enfermera común" se dirigía exclusivamente a la atención de enfermos y heridos, la "enfermera sanitaria visitadora" se ocupaba de la enseñanza de la higiene, y la "visitadora social", cuya clínica eran "las instituciones de la asistencia social, tanto públicas como privadas", tenía como foco la visita domiciliaria, "previo cabal conocimiento de las leyes y factores sociales, y de sus enfermedades, de la cual la miseria es la domi-

45 *Ibid.*, p. 320.

46 María Angélica Illanes sitúa todas las experiencias de "visitación" domiciliaria como parte de un proyecto de biopolítica modernizante de la sociedad chilena, proyecto que habría actuado sobre los "cuerpos de pobres" para inducir una regeneración social nacional fundada en la ciencia y amparada en la moral patriótica. Ubica como primera iniciativa en esa dirección a los médicos domiciliarios que fueron organizados para atacar las epidemias de cólera a fines del siglo XIX, seguidos ya a comienzos del XX por diversas intervenciones sobre la infancia, tanto en el Instituto de Puericultura para favorecer alumbramientos higiénicos, como en las obras del Patronato de la Infancia, con sus comisiones de señoras de clase alta recorriendo los barrios populares. Véase en Illanes, *Cuerpo y sangre*, pp. 47-57 y 114-198.

47 Para el proceso de renovación de la caridad ilustrada y la nueva acción social extramuros, véase: Ponce de León, Macarena, *Gobernar la pobreza*. Santiago, Editorial Universitaria/Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2011.

nante"⁴⁸. Citando nuevamente a René Sand, el médico chileno señalaba que la función de la visitadora consistía en "salvar, reflotar [...] familias e individuos caídos en la demanda de la lucha por la vida"⁴⁹, siendo su tarea principalmente de orden social a través de la puesta en práctica de la transformación científica de la filantropía. La misma distinción realizaba la propia Escuela de Servicio Social, estableciendo en su Reglamento Interno que mientras la enfermera se dedicaba "a la atención de enfermos bajo la dirección médica", la enfermera sanitaria se desempeñaba en el ámbito de la sanidad e higiene públicas y la visitadora social cumplía "con su misión de carácter social económico sin invadir el campo propio y bien determinado de las enfermeras, [fuesen] estas sanitarias o no"⁵⁰.

¿Qué tareas le cabían a esta nueva obrera, inspectora, visitadora? Como lo estipulaban los médicos, les correspondía conectar el hogar con el hospital, a fin de romper las barreras que existían entre las familias y los centros de salud. Percibida la hospitalización como una disrupción en el quehacer cotidiano, la visitadora podía disminuir "la resistencia a hospitalizarse que resultaba del temor de alejarse demasiado de su hogar"⁵¹ y brindar también "ayuda moral para levantar el espíritu de la gente atribulada por la enfermedad de un deudo"⁵².

En su asistencia al hogar, la visitadora debía también "estudiar las condiciones de vida de cada familia"⁵³ y, detectando con sagacidad los principales problemas del grupo, instruir acerca de los recursos públicos y privados que la familia podía aprovechar para solucionarlos. Como señalaba el Dr. Eugenio Cienfuegos: "Instituciones de beneficencia públicas o privadas, sociedades de socorros mutuos, generosidad individual, todo ha de ser solicitado para defender este edificio de la familia obrera que tan fuertemente bambolea una vez que su puntal más poderoso flaquea por la enfermedad"⁵⁴.

La visitadora se convertía en una especie de bisagra entre médico y paciente⁵⁵.

48 Del Río, Alejandro, "Consideraciones sobre el personal auxiliar del médico, de la sanidad y del servicio social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. IX. N°3. 1925. pp. 408-409.

49 *Ibid.*, p. 409.

50 *Monografía de la Escuela de Servicio Social*, pp. 31-32.

51 Valdés, "La visitadora social", p. 105.

52 *Ibid.*, p. 105.

53 *Ibid.*, p. 105.

54 Cienfuegos, "Asistencia social", p. 112.

55 González, Maricela y Zárate, M^a Soledad, "Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930". *Revista Tempo*. Vol. 24. N° 2. 2018. p. 384.

A aquel le entregaba información acerca de la organización del hogar del enfermo y le permitía identificar algunos elementos que pudieran estar incidiendo en la patología observada: mala nutrición, alcoholismo, ingresos económicos insuficientes, hacinamiento, entre otros factores. Al paciente le explicaba "las indicaciones que a veces llegan confusas si no ininteligibles a la mentalidad tan restringida del enfermo"⁵⁶ y lo hacía aceptar las órdenes médicas, velando por su comprensión y cumplimiento. Al resto de la familia, que eventualmente quedaba desamparada por la hospitalización de un progenitor, servía de apoyo y amparo hasta que pudiesen obtener recursos complementarios: "evitará con la mayor constancia que el hogar que se ve privado temporalmente de la ayuda material y moral del jefe de familia no se derrumbe en la desesperación del abandono"⁵⁷. Complementariamente a lo dicho, la visitadora cumpliría sobre todo una labor educativa. Mostraría los recursos disponibles para apoyar la sustentación del hogar, haría comprensible y necesario el control de las enfermedades e instruiría en nociones de higiene, "enseñando el aseo individual y de la habitación, la manera de preparar los alimentos de los niños y de los grandes, los cuidados de desinfección, etc."⁵⁸. Y llevaría a cabo incluso un rol terapéutico, "levantando la moral" y comunicando "una mayor confianza en el futuro" a toda la familia.

Como una forma de validación del nuevo oficio, estas funciones quedaron ratificadas en el Reglamento para las visitadoras de hospitales que se estableció de forma inmediata una vez fundada la Escuela, sancionándose de modo permanente y definitivo su instalación como parte de los equipos sanitarios y resguardándoles un lugar, unos recursos y unas tareas específicas. La visitadora ocupaba y dirigía la Oficina de Servicio Social, donde contaba con privacidad para atender a los usuarios y una sala anexa que hacía las veces de salita de espera. El Director del respectivo hospital debía destinar una "oficina adecuada" para estos fines y habilitarla con muebles y otros implementos; a su vez, pondría también "a disposición del servicio los medios necesarios para efectuar las visitas domiciliarias"⁵⁹.

También se establecían algunos deberes generales de la visitadora y ocupaciones delimitadas. Dentro de los primeros, estaba velar por el "bienestar y tranquilidad moral del enfermo", cooperar con "la acción del médico", interesarse

56 Cienfuegos, "Asistencia social", p. 111.

57 *Ibid.*, p. 112.

58 *Ibid.*, p. 112.

59 "Reglamento del Servicio Social en los Hospitales de Santiago". *Monografía de la Escuela de Servicio Social*, p. 33.

“por la suerte de la familia durante la estada del enfermo en el recinto”, entre otros⁶⁰. Por su parte, sus tareas contemplaban la realización de “visitas”, tanto dentro como fuera del establecimiento; en el primer caso, se incluía una ronda de atención a los hospitalizados “procurando servirles amistosamente para hacer menos penosa la separación de la familia, levantar sus energías morales, ponerse en contacto con sus patrones, obtener subsidios para la familia y hacer las diligencias legales que el enfermo solicite o acepte”⁶¹; respecto de las salidas, la visita se dirigía a las familias de los pacientes “a fin de procurar el mantenimiento del hogar durante la ausencia del enfermo”⁶².

La confección de encuestas sociales era también una tarea de la máxima importancia pues, era en ellas donde la nueva profesional exponía en detalle la situación socio familiar del usuario y se la presentaba al médico, como complemento de su ficha clínica. La encuesta, como diría más adelante la visitadora Luisa Goyeneche, servía para investigar “en sus menores detalles la personalidad (del asistido), sus actividades dentro de la colectividad, el ambiente de su hogar, medios de vida y demás factores que posiblemente determinarán sus dolencias físicas y espirituales”⁶³. La encuesta era un instrumento especializado de investigación, no un simple interrogatorio, sino el vehículo para que apareciera “la personalidad del cliente”, pues solo una “encuesta profunda y completa” permitía a la visitadora “darse cuenta de la mayor o menor complejidad del problema y ver la solución del caso confiado a su inteligencia y su corazón”⁶⁴.

Otras múltiples faenas quedaban también establecidas en el Reglamento: intentar la inserción del trabajador a la vida laboral, en caso de invalidez temporal o permanente; facilitar el retiro de los enfermos dados de alta o el traslado de los crónicos; reportar situaciones de insalubridad detectadas en las visitas; facilitar la hospitalización, procurando los recursos que la familia necesitara por ausencia del jefe de hogar; y mantener el contacto con los enfermos egresados a través del policlínico⁶⁵.

60 *Ibíd.*, Título III, p. 33.

61 *Ibíd.*, Título IV, p. 34.

62 *Ibíd.*, Título IV, p. 34.

63 Goyeneche, Luisa, “El servicio social en el hospital”. *Servicio Social*. Vol. I. N°3-4. 1927. p. 150.

64 De Canguilhen, Carmen, “La encuesta social”. *Servicio Social*. Vol. VI, N° 1. 1932. p. 247.

65 Reglamento, Títulos III y IV, pp. 33-34.

TABLA N°1. Número de Visitadoras y sus Lugares de Trabajo al año 1930.

AÑOS	HOSPITALES Y POSTAS	POLICLÍNICOS CAJA DEL SEGURO	PATRONATO (GOTAS DE LECHE)	CASAS DE MENORES	OTRAS	NO TRABAJA
1925- 1926	16	5	11	4	7	6
1927- 1928	8	2	2	4	3	5
1928- 1929	5	1	6	3	4	7
TOTAL	29	8	19	11	14	18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los insertos *Nómina de las Visitadoras Sociales y de los puestos que hoy desempeñan*⁶⁶ y *Las actividades de las Visitadoras Sociales*⁶⁷.

Un análisis cuantitativo de los puestos de trabajo de las tituladas en las tres primeras promociones de la Escuela (tabla N°1) confirma que, efectivamente, las visitadoras se desempeñaron directamente en el campo de la salud pública. Del total de visitadoras trabajando en 1930, casi un 50% de ellas lo hacía en hospitales, recintos de asistencia pública (postas) y casas de menores, todos organismos que pertenecían a la Junta de Beneficencia. Un 10% se ubicaba en policlínicos generales y maternales de la Caja del Seguro Obligatorio y un 24% en las obras del Patronato de la Infancia (Gotas de Leche, maternidades y asilos maternales). En su conjunto, todas estas instituciones sumaban más del 80% de los puestos de trabajo de las visitadoras y sus tareas involucraban aspectos curativos y preventivos de la salud de modo directo, incluyendo atención de enfermos y sus familias, asistencia a mujeres embarazadas, puérperas y niños. Entre las que se desempeñaban fuera del campo sanitario, las había en escuelas, fábricas y en la Oficina de Informaciones, pero en su conjunto sólo representaban un 17% de los puestos.

En la primera generación de tituladas, más de un 50% ocuparon cargos que se abrieron en diferentes hospitales de la ciudad de Santiago. Luisa Goyeneche, mencionada anteriormente, quien trabajó en el Hospital de Niños Manuel Arriarán, hablaba de su labor, calificándola como “colateral y complementaria” a las tareas médicas. Citando las enseñanzas de Richard Cabot, planteaba la necesidad de procurar al facultativo un diagnóstico social que le permitiera a éste contar con “conocimiento previo de los antecedentes del paciente” y, a la inversa, una vez prescrito el tratamiento, observaba el curso que seguía la

66 *Monografía de la Escuela de Servicio Social*, pp. 28-29.

67 “Las actividades de las Visitadoras Sociales”. *Servicio Social*. Vol. III. N°4. 1929. pp. 322-323.

recuperación y ayudaba en los problemas que pudiese enfrentar la familia⁶⁸.

A su vez, Juana Mac-Quade, del Hospital San Juan de Dios de Santiago, situaba en el centro de su quehacer la ayuda al enfermo y veía a la visitadora como "el lazo de unión entre el hogar y el hospital"⁶⁹. Ocupada en procurar asistencia, intentaba "volver al enfermo a una vida normal y humana" y sabiendo de la estrecha relación entre la enfermedad y la miseria, debía realizar todas las gestiones que fuesen necesarias para resolver los casos que se presentaban en su oficina⁷⁰. Cada paciente, sostenía Mac-Quade, tenía una singularidad que hacía difícil "relatar en pocas palabras el trabajo de la visitadora social en el hospital"⁷¹, pero su complejidad era la nota habitual a todos ellos, así como la finalidad común que tenía la profesional: procurar ayuda material y moral al enfermo, resolviendo todas las necesidades y problemas que pudiesen aquejarlo.

Sin servicio social, sostenía el médico Luis Calvo Mackenna, el hospital se limitaría a la atención médica del enfermo. Si, por el contrario, "dispone de una asistente social a quien poder confiar el estudio de las necesidades higiénicas y económicas de la familia para efectuar en ella una labor de verdadera profilaxia"⁷², el diagnóstico se enriquecía y lo haría también el tratamiento, el que se tornaría eficaz, rápido y extensivo. Como explicaba el Dr. Eugenio Cienfuegos en su Conferencia ante la Asistencia Pública, la visitadora estaba llamada a convertirse -y efectivamente así lo había logrado en pocos años- en una "preciosa auxiliar del médico" que le procuraría a éste todos los conocimientos para comprender la situación social del paciente⁷³. Esa mujer, diría posteriormente el Dr. Julio Schwarzenberg, daba al hospital un "alma" y, llamada como estaba a colaborar en su humanización, se convertía en "un elemento de primer orden [...] hacia una acción social más elevada y más amplia"⁷⁴.

68 Goyeneche, "El servicio social", p. 151.

69 Mac-Quade, Juana, "El servicio social en el hospital" *Servicio Social*. Vol. II. N°2. 1928. p. 121.

70 *Ibid.*, p. 127.

71 *Ibid.*, p. 121.

72 Calvo Mackenna, Luis, "Comentarios sobre asistencia social en los hospitales" *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. X. N°2. 1926. p. 70.

73 Cienfuegos, "Asistencia social", p. 111.

74 Schwarzenberg, Julio, "El servicio social de nuestros hospitales" *Revista de Asistencia Social*. Vol. II. N°2. 1933. p. 248.

LAS "MODERNAS ASISTENTES": DESARROLLO PROFESIONAL DE LAS VISITADORAS SOCIALES EN Y DESDE EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA

Hacia el año 1935, cuando la Escuela de Servicio Social cumplía diez años, Leo de Bray y Raquel Braga, primera directora de dicha Escuela y alumna de la cuarta promoción respectivamente, señalaban con orgullo que la empresa tan innovadoramente concebida por el Dr. Alejandro Del Río había sido exitosa desde todo punto de vista: había funcionado ininterrumpidamente, mejorado sus métodos y propiciado "en todos los campos el desarrollo de las formas modernas de asistencia y el perfeccionamiento de los servicios de índole social"⁷⁵.

Las palabras de las dos visitadoras no eran de falsa vanidad pues, muy germinalmente los médicos se sintieron satisfechos con los primeros resultados obtenidos por el servicio social. El propio médico Luis Calvo Mackenna, que recordaba haber sido embargado por "un sentimiento de desconfianza y desaliento" cuando observaba la experiencia de los países europeos y la comparaba con "nuestras instituciones filantrópicas", recelando de la aplicabilidad del sistema de asistencia profesional, reconocía "el progreso y los beneficios alcanzados"⁷⁶, luego de haber observado la inserción del servicio social en las Gotas del Patronato Nacional de la Infancia y, sobre todo, del trabajo hecho por una de las primeras estudiantes de la Escuela de la Beneficencia en el Hospital Roberto Del Río⁷⁷. Los resultados, que calificaba de "inmediatos", habían permitido la reinserción de niños abandonados, la orientación jurídica hacia las familias y la activación de una serie de redes asistenciales para proteger a todos los miembros del grupo familiar:

"esta observación social [...] nos ha demostrado cuán infundados eran nuestros temores de fracaso por falta de obras suficientes y también por falta de cooperación de parte de ellas. Este ejemplo comprueba el error de nuestro prejuicio y, lo que es mucho más halagador aún, establece hasta la evidencia el prestigio de que ya goza la asistente social, cuyas solicitudes, porque se saben muy bien fundamentadas y porque han de llenar verdaderas y apremiantes necesidades, no son discutidas ni obstaculiza-

75 De Bray, Leo y Braga, Raquel, "El servicio social en Chile y su porvenir" *Revista de Asistencia Social*. Vol. IV. N°4. 1935. p. 360.

76 Calvo Mackenna, "Comentarios sobre asistencia social", pp. 71-72.

77 Luis Calvo Mackenna no menciona el nombre de la estudiante, pero el registro de alumnas de la Escuela nos hace presumir que se trató de Artemia Molina, de la primera cohorte. Sólo ella podría haber estado trabajando allí desde el año 1926, como señala el médico Calvo Mackenna en su artículo.

das y encuentran abiertas de par en par las puertas de nuestras obras de beneficencia"⁷⁸.

Las afirmaciones de Calvo Mackenna, representativas de otras experiencias similares, dan cuenta de la rápida inserción de las visitadoras en las obras asistenciales y sanitarias y su aceptación por parte de los equipos médicos. La reglamentación de los hospitales abrió las puertas a la instalación efectiva de secciones de acción social, dirigidas por visitadoras, y dentro de ellas las profesionales gozaron de autonomía y respaldo. Una estimación similar hacía que el Dr. Julio Schwarzenberg planteara, no sólo la importancia y necesidad de las visitadoras en los hospitales, sino que se requería de una "correlación sólida entre los servicios médicos y el servicio social" de tal manera que "ellos colaboren y se complementen" de acuerdo a los requerimientos más modernos de la hospitalización⁷⁹. Se cumplía, entonces, lo que Alejandro Del Río había señalado en su conferencia del año 1927: la medicina social, la higiene, la asistencia y el servicio social debían ser capaces de "aunar sus esfuerzos [y] actuar de manera eficiente" para dar combate a las causas de las enfermedades y producir un mayor bienestar social. Dicho esfuerzo mancomunado debía estar apoyado por el Estado y "proceder en conformidad a un plan científico debidamente meditado"⁸⁰.

Remitiéndonos a los planteamientos de Huntington y Bywaters, que han sostenido la existencia de una actitud competitiva e incluso avasalladora de los médicos con respecto a las visitadoras al interior del ámbito sanitario, ciertamente pareciera que esa hipótesis no tiene corroboración histórica para el periodo que estamos estudiando. La amable condescendencia de los médicos ponía un tono más bien adulatorio hacia las visitadoras en sus expresiones, pues, por lo menos en esta etapa, no pensaban que ellas pudiesen socavar su poder o alterar el juego de fuerzas que existía al interior de los equipos sanitarios. Desde el establecimiento de las Juntas de Beneficencia, los principales contrincantes de los médicos fueron, puertas afuera, aquellos individuos que practicaban las artes médicas de forma ilegal, que ejercían curaciones y prescribían recetas sin

contar con estudios formales de medicina⁸¹; y, puertas adentro, sus grandes enemigos fueron los administradores de los recintos, filántropos prominentes bajo cuya autoridad los médicos debieron subordinarse hasta muy entrado el siglo XX⁸².

En ese sentido, las visitadoras no fueron su competencia, sino parte de su propio programa de tecnificación y modernización de la acción asistencial y médica. Actuaron, por así decirlo, como un instrumento para que el ideario que los impregnaba -mezcla de medicina social, higienismo, salubridad internacional- se pudiera realizar a cabalidad, sabiendo que los aspectos más concretos de dicho ideario no lo podían realizar sin la colaboración de otros agentes profesionales. Como afirmaba el propio Richard Cabot, y todas las otras figuras que inspiraron al modelo chileno, el médico no tenía manera de conocer y acercarse a la realidad completa de los pacientes, ni de aventurarse en aquellas miserias que condicionaban su estado de salud o enfermedad. Por eso mismo, el servicio social no podía ser considerado un mecanismo auxiliar, sino que debía "ser parte de la maquinaria" de una institución de salud, esto es, "ser uno de los medios a través de los cuales dicha institución realiza su trabajo"⁸³.

Estableciendo fructíferas alianzas con los partidos políticos o derechamente participando en ellos⁸⁴, los médicos fueron imponiendo sus ideas y, por ende, de ningún modo estaban dispuestos a rivalizar con las visitadoras, a quienes

81 La creación de la Escuela de Medicina en 1833 y su posterior incorporación a la Universidad de Chile en 1842, fueron dos hitos de máxima importancia para la creación de lo que María José Correa denomina "ortodoxia médica": Ésta tuvo la tarea de delimitar los contornos de la disciplina y, por ende, de separarla de todo oficio empírico que no siguiera las normas del canon: formación universitaria de carácter científico, regulación jurídica del ejercicio profesional y ajuste legal de la comercialización terapéutica. Correa, María José, "Espacios y estrategias del saber. Conflictos de la ortodoxia médica en Chile (1850-1950)". Donoso, Carlos y Rubio, Pablo (eds.), *Conflictos y tensiones en el Chile Republicano*. Santiago. RIL/UNAB. 2014. p. 249.

82 Esta disputa fue más lenta y creció en intensidad hasta resolverse a comienzos de la década de 1930, cuando los médicos pasaron a dirigir los centros de salud. Hasta ese momento, la dirección estaba en manos de un administrador, pues el origen de las Juntas -y de las instituciones asistenciales y sanitarias que estaban bajo su jurisdicción- era laico-filantropico y así había sido ratificado por el Decreto Ley de 1886 que regulaba su funcionamiento. *Reglamento para las Juntas de Beneficencia. Decreto S/N del 27 de enero de 1886*.

83 Cabot, Richard, *Social work. Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. Boston, Houghton Mifflin, 1919, p. 3.

84 Respecto de las alianzas entre la medicina y la política, puede seguirse la discusión histórica en: Molina, Carlos, *Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989*. Santiago, LOM, 2010. Labra, María Eliana, *Política, saúde e interesses médicos no Chile (1900-1990)*. Tesis no publicada para optar al Grado de Doctor en Ciencias Humanas del Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro-IUPERJ, Rio de Janeiro, 1997.

78 *Ibid.*, p. 75.

79 Schwarzenberg, "El servicio social", p. 248.

80 Del Río, Alejandro, "La sustitución progresiva de la asistencia por la previsión". *Servicio Social*. Vol. I. N°3-4. 1927. p. 109.

consideraron fundamentales para dar cumplimiento a los preceptos de la nueva salud estatal. Es más: las visitadoras *completaban* su doctrina y, en su imaginario, venían a representar un conjunto de virtudes que actuaban como la contracara, el complemento, de su propio rol. De la mano de la ciencia, encarada por *ellos*, estaba la bondad asistencial, personificada por *ellas*⁸⁵. O, como decía la sincera cita de Eugenio Cienfuegos, la asistencia social no "invadía el campo de la medicina" pues, más bien se sumaba a éste en la tarea "universal" de la prevención. La visitadora, en palabras de Cienfuegos, era "el ángel guardián" que vela por la persona y que, usando las armas de la ciencia, utiliza "el instinto de solidaridad" como medio de acción⁸⁶.

En virtud de esta alianza, los médicos se permitían ser dadivosos con las visitadoras y hacían un llamado para que las instituciones benéficas les "abrieran sus puertas". El médico, afirmaba Enrique Laval, estaba emplazado a descubrir "todos los beneficios que se obtienen de la colaboración de una buena visitadora social [y] difícilmente podrá abstenerse de acudir a ella, como no se abstendría de auxiliarse de los rayos o del laboratorio para precisar un diagnóstico"⁸⁷. Las visitadoras, exigía el Dr. Julio Schwarzenberg, se encontraban en la misma lucha que la medicina social y debían contar con "condiciones de comodidad y de confort" que fuesen acordes con las "delicadas labores que deben ejecutar" y debía ser el director del establecimiento, el médico, quien procurase la "ayuda incondicional, inteligente y estimuladora constante" para que ella realizase adecuadamente su trabajo⁸⁸. No obstante, así como a ella debían facilitársele las condiciones para su buen desempeño, tampoco podía olvidar que estaba "a las órdenes del médico para informarlo [y] recibir sus instrucciones"; lo acompañaría durante sus rondas en los servicios, "con el objeto de adaptarse lo más completamente posible a su sistema" y "no caer en contradicciones con él ante el enfermo"⁸⁹. No se le exigirían abultadas competencias científicas ni excesiva formación teórica, pues en su caso una instrucción "con exceso de meticulosidad, con detalles en demasía sobre problemas médicos o relacionados con la medicina"⁹⁰ podía obstaculizar la comprensión

85 Marianne González esboza una hipótesis similar para el caso de los abogados y las visitadoras, examinando la división sexual de los roles profesionales en la primera experiencia de asistencia legal a familias pobres en Chile. González, Marianne, "Legal aid, social workers and redefinition of the legal profession in Chile, 1925-1960". *Law & Social Inquiry*. Vol. 42. N°2. 2017. pp. 347-376.

86 Cienfuegos, "Asistencia social", p. 109.

87 Laval, Enrique, "Qué es un hospital moderno". *Revista de Asistencia Social*. Vol. IV. N°4. 1935. p. 643.

88 Schwarzenberg, "El servicio social", p. 251.

89 *Ibid.*, p. 250.

90 *Ibid.*, p. 249.

general de la situación del enfermo. La educación de la visitadora, mezcla equilibrada de elementos teóricos y prácticos, se plasmaría en otros atributos: su "personalidad"; "su simple presencia y una acción llena de tacto"⁹¹, plena de "una tranquila seguridad y sin pretensiones, pero con un gran tino"⁹².

Esta mirada médica, que no fue obstaculizadora del trabajo de las visitadoras sociales, pero que estuvo coloreada por un lenguaje halagador e indulgente, no fue impedimento, sin embargo, para que ellas lograran un rápido despegue profesional y, más aún, para que lo hicieran ganando autonomía y ampliando considerablemente su campo de actuación.

Leo de Bray y Raquel Braga, citadas anteriormente, contabilizaban 136 visitadoras activas laboralmente en el año 1935, de un total de 152 tituladas desde la creación de la primera Escuela. El campo de la salud pública seguía siendo el más relevante, cubriendo a un 57% de las ocupadas, pero el dato más relevante lo constituían aquellas visitadoras que se desempeñaban en otros sectores: un 5% trabajaba en prisiones, otro 5% en industrias, un 3,7% en la Inspección del Trabajo, un 3% en Carabineros y otros porcentajes menores en Municipalidades, Escuelas y Habitación⁹³. Para de Bray y Braga las conclusiones de estas cifras eran alentadoras: primero, que diversos organismos de asistencia seguían empleando visitadoras, a pesar de la crisis económica por la que atravesaba el país en esos momentos; segundo, que las instituciones habían aceptado, en solo una década, "los principios modernos" introducidos a través del servicio social, y que, admitidos inicialmente como "experimento", habían terminado por dejar que su influencia permeara a los diversos organismos⁹⁴; tercero, que crecerían en el corto plazo nuevas especialidades del servicio social y que se emplearía a visitadoras en instituciones donde todavía no las había, en algunas de las cuales se hacía imperioso el reemplazo del personal voluntario por otro de carácter "científico"⁹⁵.

La expansión de los campos ocupacionales de las visitadoras permitió que salieran del círculo médico y que adquirieran algunos atributos propiamente profesionales, en particular que lograran creciente autonomía en su desarrollo disciplinario. Richard Cabot había intuido que el servicio social era una disciplina que poseía un ámbito propio y había imaginado un hospital modelo donde médicos y trabajadoras sociales convivían en igualdad, pues sus aportes -equi-

91 *Ibid.*, p. 250.

92 *Ibid.*, pp. 247-248.

93 De Bray y Braga, "El servicio social en Chile", p. 363.

94 *Ibid.*, pp. 362-363.

95 *Ibid.*, p. 373.

valentes y complementarios- confluían en la salud del paciente y en el bienestar general de la familia⁹⁶. El trabajo social, sostenía, no era una disciplina auxiliar o servil a la medicina, pues un hospital, aun contando con la más avanzada tecnología, debía dirigirse a aliviar el sufrimiento humano y, sobre todo, a prevenirlo. Los propios médicos debían ser transformados hasta entender que un paciente ya no podía ser visto como "una oportunidad de diagnóstico y tratamiento"; o como un caso de "aprendizaje clínico"; sino más bien como el síntoma de una enfermedad en la comunidad, cuya importancia sólo podía ser estimada por el valioso aporte de las visitadoras en los equipos de salud⁹⁷.

René Sand había señalado argumentos en la misma dirección y descrito un conjunto de escenarios en los que se ilustraba la diversidad de problemas y organizaciones en los cuales podía intervenir el servicio social. La profesión, sostenía Sand, "se especializa en tareas diversas" y abarcaba trabajo en industrias, tutela de niños abandonados, condenados en libertad, escuelas, familias, sanatorios y hospitales, obras privadas, hospederías populares, obras de diversión, bibliotecas, seguros, etc.⁹⁸. Tan amplia era la lista, afirmaba Sand, que resultaba imposible "entrar en el detalle, ni describir las obras múltiples en las cuales debe apoyarse"; pero lo que podía afirmarse con total certeza era que el servicio social se había convertido "en una ciencia y un arte cuyos métodos en nada le van en zaga, por la precisión, a la medicina y a las disciplinas científicas"⁹⁹.

Las palabras del médico belga, a simple vista exageradas, tuvieron un carácter premonitorio. El servicio social tuvo en Chile un despegue rápido y transitó un camino muy breve desde sus inicios como auxiliar de la medicina, hasta su independencia profesional, en un par de décadas. En el año 1929 se fundó una segunda Escuela de Servicio Social, anexa a la Universidad Católica, y en 1940 se abrieron Escuelas públicas, dependientes del Ministerio de Educación, con sedes en Santiago, Concepción y Temuco. Estas últimas, más una nueva sede en la ciudad de Valparaíso, pasaron en 1948 a formar parte de la Universidad de Chile, anexándose a su Rectoría, y en 1950 fueron incorporadas a la Facultad

de Ciencias Jurídicas y Sociales¹⁰⁰. En estas otras escuelas -ninguna de ellas dependiente de la medicina-, se desarrollaron ampliamente nuevos campos ocupacionales, incluyendo el servicio social rural, la intervención comunitaria, el auxilio social en escuelas y otros servicios a niños y jóvenes, entre otros.

La Escuela de la Beneficencia, que había sido dirigida por trabajadoras sociales belgas, contaban ya a partir de 1937 con una directora chilena, la destacada Luz Tocornal. El plan de estudios se modernizó un par de veces a mediados de la década de 1930 y la Revista *Servicio Social*, fundada en 1927, fue un órgano de difusión de ideas sociales y sirvió de tribuna a los médicos, legisladores y también a las propias visitadoras, la mayor parte de las cuales escribió amplios relatos de sus diversas realidades profesionales y realizó aportes en temas jurídicos, institucionales y sociosanitarios¹⁰¹.

También la asociación gremial y académica tuvo un temprano desarrollo en el servicio social chileno, creándose muy tempranamente una Asociación de Visitadoras Sociales y una Asociación Chilena de Escuelas de Servicio Social, para rematar con la fundación, en 1955, del Colegio de Asistentes Sociales¹⁰². El prestigio de las visitadoras y asistentes chilenas trascendió las fronteras nacionales y destacadas pioneras fueron contratadas para fundar nuevas escuelas en otros países americanos y tuvieron también una destacada participación en organismos internacionales de las Naciones Unidas.

CONCLUSIÓN

La historia temprana del servicio social chileno relata, como se ha podido apreciar en estas páginas, la construcción de una identidad profesional autónoma, que partió situándose en el radio de acción de otra profesión -la medicina- para consolidarse posteriormente como una disciplina independiente. Lo anterior no le quita validez a aquella tendencia mostrada por la sociología de las profesiones, de establecer un ámbito ocupacional, en este caso la atención sanitaria,

96 Andrew Dodds sostiene que Richard Cabot "vio al trabajo social como un compañero igualmente importante en los cuidados médicos, incluyendo a doctores que dirigían el diagnóstico médico y trabajadoras sociales liderando el diagnóstico social, complementándose mutuamente". Dodds, Andrew, "Richard Cabot: medical reformer during the progressive era (1890-1920)". *Annals of Internal Medicine*. Vol. 119. N°5. 1993. p. 419.

97 Cabot, "Social service work in hospitals", pp. 225-226.

98 Sand, "El servicio social", p. 67.

99 *Ibid.*, p. 68.

100 González, Maricela, "Vino nuevo en odres viejos. Servicio social de mediados de siglo XX en Chile. La construcción de la consolidación profesional, 1950-1973". Lizana, Ruth (comp.). *Trabajo social e investigación*. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2014. p. 41.

101 González, Maricela. "Conocer, luchar, enseñar. Avances pioneros de la investigación y la producción intelectual desde el Trabajo Social en Chile, 1925-1973". Vidal, Paula (ed.). *Trabajo Social en Chile: Un siglo de Trayectoria*. Santiago de Chile. Editorial RIL. 2016. pp. 120-124.

102 Farah, Jorge, "La consolidación de un espíritu gremial. Nacimiento y primeros pasos del Colegio de Asistentes Sociales (1955-1965)". González, *Historias de Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos*. Santiago de Chile. Ediciones Técnicas de Educación Superior. 2011. pp. 73-107.

donde los diferentes oficios y disciplinas se distribuyen lugares determinados fuertemente por el género, de modo tal que las posiciones dominantes, en estatus y remuneraciones, son asumidas por hombres, mientras que los puestos con menor poder y beneficios y, además, con un trabajo "en la línea de fuego", son ocupados por mujeres y pasan a conformar lo que usualmente se conocen como "oficios femeninos" pues, la diferencia se perpetúa en el tiempo. La tensión entre estos dos polos ha constituido una reyerta tradicional en los "sistemas de profesiones"¹⁰³ y habrá que dilucidar en profundidad qué caminos recorrieron en el tiempo las visitadoras y los médicos y qué nuevas disputas, encuentros y disyuntivas se produjeron entre ambos.

Como han mostrado Molton y Buzio, el género se ubica en el centro de algunos procesos de profesionalización, pero no camina siempre en la misma dirección¹⁰⁴, y pareciera que, en el caso que hemos analizado en estas páginas, constituyó un elemento identitario para las visitadoras y también un estímulo para su progreso gremial y académico. En ese sentido, los primeros años de historia del servicio social chileno se acercan más a lo que Magali Larson denomina "proyecto profesional"; esto es, un conjunto de acciones destinadas a convertir ciertas herramientas y fines en un sistema más amplio, estable e institucionalizado de elementos profesionales que garantizan recompensas ocupacionales y posibilitan la movilidad colectiva y el avance social¹⁰⁵. En el escenario de construcción de este proyecto confluyeron los médicos y las visitadoras, como dos actores que realizaron arreglos múltiples para consolidar un nuevo oficio. Es probable que toda posible disputa haya quedado opacada por el deseo mutuo de afirmar un nuevo modelo de protección y asistencia social y que su diferente grado de "profesionalización" -los médicos como una disciplina consolidada, influyente y prestigiosa, y el servicio social como un oficio naciente y en reciente gestación-, hayan terminado por concertarse para pactar un terreno profesional en el cual ambos se verían favorecidos y donde podían concretar sus aspiraciones muy diferentes, pero complementarias.

103 Abbott, Andrew, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago, University of Chicago Press, 1988.

104 Bolton, Sharon y Muzio, Daniel, "The paradoxical processes of feminization in the professions: the case of established, aspiring and semi-professions". *Work, Employment and Society*. Vol. 22. N°2. 2008. p. 283.

105 Larson, Magali, *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, University of California Press, 1977.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, Andrew, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- Amunátegui, Gregorio, "Discurso de Clausura del Primer Congreso de Beneficencia Pública". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. I. N°2. 1917. pp. 196-199.
- Bernales, Daniel y Del Río, Alejandro, "Organización del servicio médico de los hospitales". *Revista de Beneficencia*. Vol. I. N°1. 1917. pp. 7-13.
- Bolton, Sharon y Muzio, Daniel, "The paradoxical processes of feminization in the professions: the case of established, aspiring and semi-professions". *Work, Employment and Society*. Vol. 22. N°2. 2008. pp. 281-299.
- Browne, Teri, "Social work roles and healthcare settings". Gehlert, Sarah y Browne, Teri (eds.). *Handbook of Health Social Work*. New Jersey. Wiley. 2012.
- Burrage, Michael y Torstendahl, Rolf, *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions*. London, Sage, 1990.
- Bywaters, Paul. "Social work and the medical profession: Arguments against unconditional collaboration". *British Journal of Social Work*. Vol. 16. N°6. 1986. pp. 661-677.
- Cabot, Richard, "Social service work in hospitals". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. Vol. 37. N°2. 1911. pp. 223-227.
- Cabot, Richard, *Social work. Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. Boston, Houghton Mifflin, 1919.
- Cabot, Richard, "¿Qué es Servicio Social en el Hospital?". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. XII. N°4. 1928. pp. 316-323.
- Calvo Mackenna, Luis, "Comentarios sobre asistencia social en los hospitales". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. X. N°2. 1926. pp. 69-76.
- Catlin, Lucía, "El Hospital como agente social en la comunidad". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. III. N°2. 1919. pp. 196-209.
- Cienfuegos, Eugenio, "Asistencia social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VIII. N° 2. 1924, pp. 108-116.
- Commentz, Alfredo, "La acción social del hospital en relación con las enfermedades de trascendencia social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. V. N°3. 1921. pp. 191-202.
- Cordemans, Leo, "De la caridad al servicio social". *Servicio Social*. Vol. I. N°1-2. 1927. pp. 3-7.
- Correa, María José, "Espacios y estrategias del saber. Conflictos de la ortodoxia médica en Chile (1850-1950)". Donoso, Carlos y Rubio, Pablo (eds.), *Conflictos y tensiones en el Chile Republicano*. Santiago. RIL/UNAB. 2014.
- Correa, Sofía; Figueroa, Consuelo; Jocelyn-Holt, Alfredo; Rolfe, Claudio; Vicuña, Manuel, *Historia del siglo XX chileno. Balance paradójico*. Santiago, Editorial Sudamericana, 2001.

- Cullen, Lynsey, "The first lady almoner: the appointment, position, and findings of Miss Mary Stewart and the Royal Free Hospital, 1895-99". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Vol. 68. N°4. 2012. pp. 551-582.
- De Bray, Leo y Braga, Raquel, "El servicio social en Chile y su porvenir". *Revista de Asistencia Social*. Vol. IV. N°4. 1935. pp. 359-378.
- De Canguilhen, Carmen, "La encuesta social". *Servicio Social*. Vol. VI, N° 1. 1932.
- Del Río, Alejandro, "Proyecto de bases para la preparación de los reglamentos internos de los hospitales de la Junta de Beneficencia de Santiago". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. V. N°2. 1921. pp. 104-118.
- Del Río, Alejandro, "Beneficencia e higiene rural". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VII. N°3. 1923. pp. 388-414.
- Del Río, Alejandro, "Consideraciones sobre el personal auxiliar del médico, de la sanidad y del servicio social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. IX. N°3. 1925. pp. 396-411.
- Del Río, Alejandro, "La sustitución progresiva de la asistencia por la previsión". *Servicio Social*. Vol. I. N°3-4. 1927. pp. 97-110.
- DeShazo, Peter. *Urban workers and labor unions in Chile, 1902-1927*. Madison, The University of Wisconsin Press, 1983.
- Dodds, Andrew, "Richard Cabot: medical reformer during the progressive era (1890-1920)". *Annals of Internal Medicine*. Vol. 119. N°5. 1993. pp. 417-422.
- González, Marianne, "Legal aid, social workers and redefinition of the legal profession in Chile, 1925-1960". *Law & Social Inquiry*. Vol. 42. N°2. 2017. pp. 347-376.
- González, Maricela, "La visita de las moscas azules. El concepto de 'visitación' como eje articulador de la formación de asistentes sociales en las primeras escuelas chilenas. Santiago, 1925-1935". González, Maricela (comp.). *Historias de Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos*. Santiago de Chile. Ediciones Técnicas de Educación Superior. 2011.
- González, Maricela, "Inside Home. La visita domiciliar de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940". *AMMENTU, Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)*. N°4. 2014, pp. 241-253. Disponible en: <http://www.centrostudisea.it/attachments/article/200/Ammentu%20004%202014.pdf>.
- González, Maricela, "Vino nuevo en odres viejos. Servicio social de mediados de siglo XX en Chile. La construcción de la consolidación profesional, 1950-1973". Lizana, Ruth (comp.). *Trabajo social e investigación*. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2014.
- González, Maricela. "Conocer, luchar, enseñar. Avances pioneros de la investigación y la producción intelectual desde el Trabajo Social en Chile, 1925-1973". Vidal, Paula (ed.). *Trabajo Social en Chile: Un siglo de Trayectoria*. Santiago de Chile. Editorial RIL. 2016.
- González, Maricela y Zárate, M^a Soledad, "Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930". *Revista Tempo*. Vol. 24. N°2. 2018. pp. 369-387.
- Goyeneche, Luisa, "El servicio social en el hospital". *Servicio Social*. Vol. I. N°3-4. 1927. pp. 149-157.
- Grez, Sergio. "El escarpado camino hacia la legislación social: debates, contradicciones y encrucijadas en el movimiento obrero y popular (Chile: 1901-1924)". *Cuadernos de Historia*. Vol. 21. 2001.
- "Hospital Manuel Arriarán- Reglamento Interno". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. II. N°1. 1918. pp. 85-86.
- Huntington, June, *Social work and general medical practice: Collaboration or conflict?*. London, Allen & Unwin, 1981.
- Illanes, María Angélica, *Historia del movimiento social y de la salud pública en Chile desde 1920 al Frente Popular: capitalismo trágico y Estado asistencial*. Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1989.
- Illanes, María Angélica, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales en Chile, 1887- 1940*. Santiago, LOM, 2007.
- Izquierdo, Vicente; Vergara, Ruperto; Del Río, Roberto; Ovalle, Abraham; Izquierdo, Salvador; Riesco, Germán y Del Río, Alejandro. "Carta de algunos miembros a la Junta de Beneficencia de Santiago, presentada el 15 de noviembre de 1915, promoviendo la realización de un Congreso de la Beneficencia". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. I. N°2, 1917, pp. 101-102.
- Jay, Martin, *Cantos de experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 2009.
- Labra, María Eliana, *Política, saúde e intereses médicos no Chile (1900-1990)*. Tesis no publicada para optar al Grado de Doctor en Ciencias Humanas del Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro-IUPERJ, Rio de Janeiro, 1997.
- Larson, Magali, *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, University of California Press, 1977.
- "Las actividades de las Visitadoras Sociales". *Servicio Social*. Vol. III. N°4. 1929. pp. 322-323.
- Laval, Enrique, "Qué es un hospital moderno". *Revista de Asistencia Social*. Vol. IV. N°4. 1935. pp. 629-646.
- Mac-Quade, Juana, "El servicio social en el hospital". *Servicio Social*. Vol. II. N°2. 1928. pp. 121-127.
- Molina, Carlos, *Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989*. Santiago, LOM, 2010.
- Monografía de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago de Chile*. Santiago, Imprenta Universitaria, 1929.
- Nacman, Martin, "Social work in health settings: a historical review". Davidson, Kay y Clarke, Sylvia (eds.). *Social work in health care: Handbook for practice*. New York. Haworth Press. 1990.
- Nottingham, Chris y Dougall, Rona, "A close and practical association with the medical profession: scottish medical social workers and social medicine, 1940-1975". *Medical History*. Vol. 51. 2007. pp. 309-336.

- "Nuevo Reglamento Interno de la Casa Central de la Asistencia Pública de Santiago". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. IV. N°1. 1920. pp. 45-58.
- Ponce de León, Macarena, *Gobernar la pobreza*. Santiago, Editorial Universitaria/Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2011.
- Reglamento para las Juntas de Beneficencia. Decreto S/N del 27 de enero de 1886*.
- Rehr, Helen y Rosenberg, Gary, *The social work-medicine relationship. 100 years at Mount-Sinai*. Nueva York, Routledge, 2006.
- Riba, Jordi, "El Dr. Cabot, precursor del trabajo social sanitario". Disponible en: <https://jribace.es/2016/09/27/dr-cabot-pionero-del-trabajo-social-sanitario/>.
- Sand, René, "La reconstrucción de Bélgica". *Anales de la Universidad de Chile*. Año 2. Serie 2. 1924. pp. 738-758.
- Sand, René, "El servicio social y la lucha contra la miseria". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. IX. N°1. 1925. pp. 59-73.
- Sciulli, David, "Continental Sociology of Professions Today: Conceptual Contributions". *Current Sociology*. Vol. 53. N°6. 2005. pp. 915-942.
- Sciulli, David, "Preface to Professions Today: Received Wisdom, Case Challenges, Contributor Issues and Questions". *Comparative Sociology*. Vol. 9. N°6. 2010. pp. 724-743.
- Schwarzenberg, Julio, "El servicio social de nuestros hospitales". *Revista de Asistencia Social*. Vol. II. N°2. 1933. pp. 241-252.
- Tocornal, Ismael, "Discurso de Inauguración del Primer Congreso de Beneficencia Pública". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. I. N°2. 1917. pp. 127-133.
- Valdés, M^a Concepción e Isaza, Raquel, "La acción social de los hospitales". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VII, N°1. 1923. pp. 249-254.
- Valdés, Ismael, "La visitadora social". *Revista de Beneficencia Pública*. Vol. VIII. N°2. 1924. pp. 103-107.