

YESSENIA PUENTES SÁNCHEZ*
ALEJANDRA BRITO PEÑA**

EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS PROFESIONALES EN LA INDUSTRIA
CHILENA, 1942-1970. UNA MIRADA AL CASO DEL GRAN CONCEPCIÓN¹

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar el trabajo de las enfermeras en la industria chilena del Gran Concepción entre 1942 y 1970. En específico, abordaremos el rol que cumplieron en la formación de una fuerza laboral más saludable y productiva durante la etapa de Industrialización por Sustitución de Importaciones. Como fuentes, utilizamos testimonios de congresos y revistas de enfermería, así como revistas empresariales y datos estadísticos sobre atención hospitalaria, asistencia social y salud. Los resultados revelan que las enfermeras desempeñaron un papel clave en la implementación de políticas de bienestar y control social impulsadas por las industrias, con el objetivo de contar con trabajadores más productivos y disciplinados. Esto implicó enseñar preceptos higiénicos, erradicar prácticas culturales populares y promover nuevas formas para cuidar la salud. Asimismo, su labor permitió acercarse a las familias obreras a través de las visitas domiciliarias y la atención en hospitales y policlínicos construidos por las empresas.

Palabras clave: Chile, Gran Concepción, siglo XX, profesionalización, enfermeras, industrias, salud, políticas de bienestar, control social

ABSTRACT

The aim of this article is to analyse the work of nurses in the Chilean industry of Gran Concepción between 1942 and 1970. Specifically, we will address the role they played in the formation of a healthier and more productive workforce during the period of Import Substitution Industrialisation. As sources, we use testimonies from nursing congresses and journals, as well as business journals and statistical data on hospital care, social care and health. The results reveal that nurses played a key role in the implementation of industry-driven welfare and social control policies aimed at more productive and disciplined workers. This involved teaching hygienic precepts, eradicating popular cultural

* Candidata a Doctora en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Colaboradora docente en la Universidad de Concepción, Chile.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5844-0912> Correo electrónico: ypuentes@uc.cl / ypuentes@udec.cl

** Doctora en Estudios Americanos. Profesora titular en la Universidad de Concepción, Chile.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-5982> Correo electrónico: abrito@udec.cl

¹ Esta investigación forma parte del proyecto Fondecyt n.º 1200806: “Industrias y mujeres en el sur de Chile. Inclusión laboral y reproducción social (1940-1982)”.

practices and promoting new ways of caring for health. Their work also brought them closer to workers' families through home visits and care in hospitals and polyclinics built by the companies.

Keywords: Chile, Gran Concepción, twentieth century, professionalization, nurses, industries, health, welfare policies, social control

Recibido: mayo de 2023

Aceptado: diciembre de 2023

INTRODUCCIÓN

El trabajo de las enfermeras en las industrias ha sido objeto de escaso interés académico. Salvo excepciones², los estudios recientes intentan reconstruir el proceso de profesionalización que experimentó la enfermería chilena, junto con otras profesiones sanitarias, durante el transcurso del siglo XX. Los aportes provienen tanto desde la disciplina de la Historia como de la Enfermería³ y permiten caracterizar dos etapas del desarrollo de la profesionalización sanitaria. En primer lugar, los orígenes de la formación profesional de las enfermeras, que abarcan las tres primeras décadas del siglo XX y, en segundo término, la consolidación de ese proceso, que ocurrió entre las décadas de 1940 y 1960. Los enfoques analíticos son múltiples y van desde la mirada institucional con énfasis en la creación de las primeras escuelas de Enfermería, pasando por una perspectiva centrada en la conformación identitaria de las enfermeras profesionales hasta, por último, incorporar la perspectiva de género y la escala transnacional, para dar origen a una historiografía crítica sobre las profesiones sanitarias⁴.

En relación con estos enfoques, hemos advertido la necesidad de profundizar el conocimiento en torno al campo laboral de las enfermeras, poniendo especial atención en el trabajo que estas profesionales realizaron en la industria chilena durante los años 1942-1970. En específico, buscamos comprender las condiciones que hicieron posible su inserción laboral en este tipo de espacios, las percepciones que ellas tuvieron sobre su quehacer en las industrias y el rol que cumplieron en la transformación de la salud de los trabajadores pertenecientes a sectores estratégicos de la economía nacional. Para abordar estos objetivos, nos concentraremos en los casos de profesionales que trabajaron en diversas empresas del Gran Concepción, entre ellas: las industrias carboníferas de Lota y Coronel, la industria

² Como excepción podemos mencionar: María Soledad Zárate, "Con voz propia: enfermeras, trabajo y profesionalización, Chile, 1940", en Graciela Queirolo y María Soledad Zárate (eds.), *Camino al ejercicio profesional. Trabajo y género en Argentina y Chile (siglos XIX y XX)*, Santiago, Editorial Universidad Alberto Hurtado, 2020, pp. 69-107.

³ Las enfermeras Elizabeth Núñez y Edith Rivas poseen numerosas publicaciones que abordan este tema.

⁴ En este ámbito destaca el trabajo de María Soledad Zárate, Maricela González y Karina Ramacciotti.

azucarera CRAV de Penco, la siderúrgica de Huachipato, la Empresa Nacional del Petróleo (ENAP) y algunas textiles de Tomé.

Estas empresas han sido analizadas desde un punto de vista historiográfico como industrias que impulsaron prácticas de corte paternalista⁵. Estas prácticas persiguieron distintos objetivos dependiendo del periodo histórico en el que fueron aplicadas. En los orígenes del proceso de industrialización chileno (segunda mitad de siglo XIX), las empresas buscaron atraer, fijar y adaptar a los trabajadores a la producción industrial. Desde la década de 1920, los objetivos transitaron hacia la paz social y la rearmonización de las relaciones entre empresarios y trabajadores para luego, durante las décadas de 1940 y 1950, concentrarse en la consolidación del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) y la transformación de los trabajadores en ciudadanos con posibilidad de ascenso social. Las prácticas más comunes de paternalismo industrial consistieron en medidas orientadas a aumentar el bienestar social, pero también en acciones coercitivas. Desde la construcción de viviendas hasta la presencia de profesionales que intervenían en la vida privada de los trabajadores –como las asistentes sociales y las enfermeras–, lo que se esperaba era extender la disciplina fabril hacia el espacio doméstico o de la reproducción⁶.

Cabe destacar que la mayor parte de los estudios históricos centrados en el paternalismo industrial o control extensivo pone énfasis en las prácticas de bienestar y control social empresarial y no en los agentes que posibilitaron su ejecución. Este enfoque ha impedido visibilizar el trabajo de las mujeres profesionales en las industrias y la distribución de las tareas según las expectativas sociales asociadas a los sexos. Al respecto, planteamos que la mayor parte de las tareas asociadas al bienestar social y al cuidado de la salud en las industrias fueron ejercidas por profesionales femeninas. Estas profesiones fueron aceptadas a nivel social en la medida en que reproducían cualidades y habilidades femeninas vinculadas al ámbito doméstico, pero trasladándolas a la esfera pública. Por lo tanto, las prácticas de control extensivo también estuvieron permeadas por las diferencias de género y, desde ese punto de vista, también contribuyeron a perpetuarlas. A su vez, este estudio busca dilucidar cómo las mujeres se insertaron en el proceso de industrialización desarrollista en calidad

⁵ Enzo Videla, Hernán Venegas y Milton Godoy, *El orden fabril. Paternalismo industrial en la minería chilena, 1900-1950*, Valparaíso, Editorial América en Movimiento, 2016; Gonzalo Cerda y Yessenia Puentes, “Patrimonio industrial: los conjuntos habitacionales de la fábrica azucarera CRAV en Penco, 1941-1975”, en *Revista INVI*, n.º 96, vol. 34, Santiago, 2019, pp. 153-181; Alejandra Brito y Rodrigo Ganter, “Cuerpos habitados, espacios modelados: el caso de la Siderúrgica Huachipato, 1940-1970”, en *Historia 396*, n.º 1, Valparaíso, 2015, pp. 11-36; Leonel Pérez, Rodrigo Herrera y Pablo Fuentes, “Villa Spring Hill como expresión del paternalismo de la Empresa Nacional del Petróleo (ENAP) en el Gran Concepción, Chile”, en *Atenea*, n.º 520, Concepción, 2019, pp. 75-95; Hernán Venegas y Diego Morales, “Un caso de paternalismo industrial en Tomé: Familia, espacio urbano y sociabilidad de los obreros textiles (1920-1940)”, en *Historia*, n.º 50, vol. 1, Santiago, 2017, pp. 284-288, disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-71942017000100010>

⁶ José Sierra, *El obrero soñado. Ensayo sobre el paternalismo industrial (Asturias, 1860-1917)*, Madrid, Siglo XXI, 1990; Jean Paul de Gaudemar, “Preliminares para una genealogía de las formas de disciplina en el proceso capitalista de trabajo”, en Robert Castel *et al.* (eds.), *Espacios de poder*, Madrid, Ediciones la Piqueta, 1991, pp. 85-121; Jorge Muñiz, *Del pozo a casa. Genealogías del paternalismo minero contemporáneo en Asturias*, Gijón, TREA-Universidad de Oviedo, 2007; Pablo López, *Del campo a la fábrica. Vida y trabajo en una colonia industrial*, Madrid, Catarata, 2010.

de trabajadoras y cuidadoras. Además, al centrarnos en una ocupación calificada como de clase media, buscamos atenuar la fuerte identificación que se ha establecido entre la historia del trabajo y el sector industrial obrero⁷.

En segundo lugar, este artículo espera contribuir al desarrollo de la historia social de las profesiones sanitarias. Este esfuerzo dialoga con los trabajos ya realizados sobre la historia de las enfermeras visitadoras y de hospitales en América Latina y España, los cuales revelan distintos puntos en común, pero también importantes diferencias locales⁸. Tanto en América Latina como en España, las enfermeras cumplieron un rol estratégico en la expansión social del Estado, con una formación profesional caracterizada por la influencia internacional de la Fundación Rockefeller y la feminización de los cuidados sanitarios. Las diferencias se relacionan con los contextos que hicieron más urgente la intervención estatal en el ámbito sanitario –por ejemplo, la Revolución mexicana de 1910-1920–⁹, o las dificultades que existieron para materializar los proyectos de formación, como la inestabilidad política generada durante la Segunda República española (1931-1939)¹⁰. En el caso argentino, se promovió incluso la movilización política de las enfermeras¹¹.

Siguiendo con estas ideas, la historia social-cultural de la salud ha permitido vincular el desarrollo de la enfermería profesional, por un lado, a los procesos de constitución de una enfermedad como cuestión social y nacional y, por otro lado, a los procesos de construcción del Estado-nación, integración nacional y modernización a partir de fines del siglo XIX¹². Algunos estudios revelan cómo las políticas estatales de salud demostraron un fuerte interés por la vida privada y la preservación de la vida humana¹³. Como resultado, se ha reconocido que el Estado chileno ha sido “el principal agente de la expansión de la educación sanitaria y del acceso a la asistencia médica hasta el golpe de Estado de 1973”¹⁴.

⁷ Carolina Biernat y Graciela Queirolo, “Mujeres, profesiones y procesos de profesionalización en la Argentina y Brasil”, en *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, n.º 1, vol. 18, Buenos Aires, 2018, disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8835/pr.8835.pdf [fecha de consulta: 20 de marzo de 2024].

⁸ Algunos de esos trabajos son los de Claudia Agostoni en el caso de México, Diego Armus, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra en el caso argentino y también los de Josep Bernabeu, Encarna Gascón, Consuelo Miqueo y Concha Germán Bes, para la realidad española.

⁹ Claudia Agostoni, “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920”, en *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, n.º 33, Ciudad de México, 2007, disponible en: <https://moderna.historicas.unam.mx/index.php/ehm/article/view/3159/2714> [fecha de consulta: 18 de marzo de 2024]; Claudia Agostoni, “Instruir, confortar y cuidar: enfermeras visitadoras y de hospitales en México, 1920-1950”, en *Nuevo mundo, mundos nuevos*, n.º 19, 2019, disponible en: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/76201> [fecha de consulta: 14 de marzo de 2024].

¹⁰ Josep Bernabeu y Encarna Gascón, “El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria”, en *Dynamis*, n.º 15, Granada, 1995, pp. 151-176.

¹¹ Karina Ramacciotti y Adriana Valobra, “La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo”, en *Asclepio*, n.º 2, vol. LVII, Madrid, 2010, pp. 353-374.

¹² Diego Armus, *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires, Editorial Lugar, 2015.

¹³ María Soledad Zárate, “Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile”, en María Soledad Zárate (comp.), *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, Santiago de Chile, Universidad Alberto Hurtado, 2012, p. 15.

¹⁴ *Op. cit.*, p. 16.

Al respecto, situamos nuestra investigación en un marco distinto de la esfera estatal, para poner énfasis en las industrias, espacios donde las enfermeras también intervinieron en favor de la salud pública. La idea es dar mayor profundidad al análisis histórico sobre el campo laboral de las enfermeras y conocer cómo se difundieron los preceptos higiénicos entre la población obrera. Además, nos situamos en un marco temporal en el cual el Estado promovió el modelo de industrialización-desarrollista, existiendo una imbricación entre intereses estatales y empresariales¹⁵. Siguiendo con esta idea, pretendemos demostrar que las profesionales cumplieron un rol fundamental en el desarrollo una cultura sanitaria popular. Al respecto, el concepto de técnicas corporales resulta útil para comprender cómo los problemas sanitarios del país buscaron ser resueltos mediante políticas y programas que tenían por objetivo modificar la relación de los individuos con su cuerpo. Para Marcel Mauss, las técnicas corporales –tales como andar, correr, descansar, comer o bañarse– son propias de cada sociedad, se enseñan y aprenden y pueden cambiar con el paso del tiempo¹⁶. Por lo tanto, como señala David Le Breton, “no existe nada natural en un gesto o en una sensación”¹⁷. Esta definición otorga un papel central a la educación y la socialización como mecanismos para aprender los actos que hacemos de forma cotidiana y que se convierten en tradicionales producto de su eficacia. Además, como plantea Judith Butler, el cuerpo, en tanto realidad material, se localiza y define dentro de un contexto social, de esta forma, “se convierte en una forma personal de asumir y reinterpretar las normas de género recibidas”¹⁸. Considerando estos aspectos, planteamos que las enfermeras fueron agentes claves en la enseñanza de hábitos higiénicos que hoy realizamos como si fueran naturales.

Por otro lado, las políticas y programas sociosanitarios también buscaron modificar la relación de las personas con su hábitat. Desde fines del siglo XIX, médicos, intelectuales y arquitectos, influenciados por el higienismo europeo, sugirieron mejorar las condiciones de habitabilidad de los trabajadores para evitar los efectos que estas podían tener en la salud pública. El concepto de higienismo alude a un paradigma médico que surgió en Europa hacia fines del siglo XVIII, asociado a la teoría miasmática de las enfermedades¹⁹. Sus defensores planteaban que “a salud física y moral de las personas dependía directamente de la calidad o características del medio ambiente que habitaban”²⁰. La idea era evitar el contacto de los trabajadores con focos contagiosos tanto de enfermedades como de

¹⁵ Mauricio Casanova, *¿Por qué fracasó nuestro antiguo modelo de desarrollo? Una mirada historiográfica al Chile de mediados del siglo XX*, Concepción, Editorial Universidad de Concepción, 2021.

¹⁶ Marcel Mauss, “Las técnicas del cuerpo”, en *Journal de Psychologie*, n.º 3-4, vol. XXXII, París, 1936, p. 339.

¹⁷ David Le Breton, *La sociología del cuerpo*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 2002, p. 9.

¹⁸ Judith Butler, “Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault”, en Marta Lamas (comp.), *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG, 1996, p. 312.

¹⁹ Hernán Venegas y Diego Morales, “Una experiencia tardía de intervención sanitaria y urbana: La Población Lo Franco, una herencia del higienismo en Santiago de Chile (1900-1940)”, en *Revista de Historia*, n.º 29, vol. 2, Concepción, 2022, p. 536.

²⁰ Mauricio Folchi Donoso, “La higiene y la salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile, 1843-1925”, en Rosalva Loreto López (eds.), *Perfiles habitacionales y condiciones ambientales. Historia urbana de Latinoamérica siglos XVII-XX*, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2007, pp. 361-388.

desórdenes morales y la vivienda obrera era considerada uno de ellos. En este trabajo, se espera evaluar si la educación sanitaria proporcionada por las enfermeras industriales se vio influenciada por este paradigma médico, en un contexto en el que la teoría miasmática ya había sido reemplazada por la explicación microbiana.

Por último, la perspectiva de género también ofrece claves explicativas para analizar el trabajo sanitario en las industrias, puesto que ha permitido comprender cómo se configuran las relaciones de género en contextos sociohistóricos específicos, aludiendo “a un orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual”²¹. Esta perspectiva también ha revelado cómo las relaciones asimétricas de poder van moldeando a los sujetos, atribuyéndoles roles concretos que las y los posicionan en determinados lugares. A partir de estas ideas, María José Correa y María Soledad Zárata han planteado que las jerarquías de género inspiraron los orígenes de las profesiones sanitarias, además de los procesos de modernización de los sistemas asistenciales tanto en Europa como en Chile²². En sus inicios, la enfermería se consideraba un oficio femenino subordinado a la supervisión médica, lo que derivó, incluso, en procesos de exclusión y discriminación. En relación con ello, nos preguntamos cómo las normas sociales establecidas influyeron en el trabajo de las enfermeras en las industrias.

Para reconocer y comprender la importancia social de estas profesionales, el enfoque de los cuidados resulta ser fundamental. Desde los albores del capitalismo liberal en el siglo XIX, las sociedades modernas desarrollaron conceptos fundamentales para sustentar su orden social, diferenciando los espacios por sexo y los roles asignados a ellos²³. En este contexto, el ámbito privado, asociado a la familia y al rol maternal, se convierte en un espacio central para la realización del trabajo reproductivo, sin el cual la labor productiva no podría perdurar²⁴. Sumado a ello, el cuidado ha sido visto históricamente como un componente simbólico que minimiza los costos de producción, asignando a las mujeres un lugar en el orden social basado en los afectos²⁵, más que en la compensación económica. Esta idea permeó la profesionalización de los cuidados de salud, en la cual el médico representa el saber-poder, mientras que las enfermeras se ocupan del cuidado paliativo. A pesar de la alta valoración afectiva que poseen los beneficiarios, estas profesionales, al igual que otras trabajadoras de cuidados en el ámbito de lo extradoméstico, enfrentan escaso

²¹ Marta Lamas, “Uso, dificultades y posibilidades de la categoría ‘género’”, en Marta Lamas (comp.), *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG, 1996, p. 332.

²² María José Correa y María Soledad Zárata, “Historizar la profesionalización sanitaria: perspectivas desde Chile y Argentina”, en *Dynamis*, n.º 2, vol. XXXVII, Granada, 2017, pp. 263-272.

²³ Para un análisis detallado sobre la construcción del orden social moderno y la separación de espacios por sexo ver: Cristina Molina, *Dialéctica Feminista de la Ilustración*, España, Antropos, 1992; Rosa Cobo, *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rosseau*, Valencia, Ediciones Cátedra, Colección Feminismos, 1995.

²⁴ Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, 2011, pp. 70-74.

²⁵ Cristina Carrasco, “La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes”, en *Revista de Economía Crítica*, n.º 11, Sevilla, 2011, pp. 205-225, disponible en: https://www.socioeco.org/bdf_fiche-document-5304_es.html [fecha de consulta: 17 de marzo de 2024].

reconocimiento social, bajos salarios y precarias condiciones laborales²⁶, lo que devalúa su labor profesional²⁷. Por lo tanto, este concepto permite comprender la complejidad de este tipo de trabajo en espacios con usos distintos al sanitario.

Los datos utilizados en esta investigación fueron extraídos de diferentes fuentes históricas. Primero, trabajamos con revistas oficiales de distintas instituciones de salud, destacando: la revista *Enfermería*, publicación del Colegio de Enfermeras de Chile; el *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile*; la *Revista de Medicina Preventiva y Social*, publicación del Servicio Nacional de Salud y; el *Boletín del Servicio Nacional de Salud*. También consideramos algunas presentaciones en congresos de enfermería o instancias conmemorativas. Segundo, trabajamos con revistas o periódicos oficiales de las empresas seleccionadas, en las cuales se publicaron artículos sobre educación sanitaria. Utilizamos los diarios *La Información*, de la Compañía Carbonífera y de Fundición Schwager y *La Opinión*, de la Compañía Carbonífera e Industrial de Lota; la *Revista Huachipato*, de la Siderúrgica del mismo nombre; el diario *Pan de Azúcar*, de la industria azucarera CRAV de Penco; las memorias anuales de ENAP y algunas revistas de las industrias textiles de Tomé. Tercero, trabajamos con la revista *Eva*, una publicación destinada a las mujeres modernas en la cual se difundieron diversos artículos sobre profesiones femeninas. Por último, utilizamos datos estadísticos extraídos de las publicaciones de la Dirección General de Estadísticas, tales como *Estadística Chilena* (1940-1962), *Estadística de Asistencia Social* (1952-1964) y *Estadística de Salud* (1965-1973)²⁸. El tratamiento de los datos se realizó a partir de un análisis de contenido convencional y dirigido y una triangulación por metodología²⁹.

El artículo se divide en tres apartados. El primero de ellos tiene por objetivo conocer las condiciones que posibilitaron la inserción laboral de las enfermeras en la industria chilena durante los años 1942 y 1970. En específico, planteamos que la incorporación del enfoque de la medicina preventiva en la educación formal de las enfermeras sanitarias fue decisiva al momento de formar profesionales capacitadas para intervenir en el medio industrial. En el segundo apartado, analizamos la industria como campo laboral de las enfermeras, considerando tanto las reflexiones de las mismas profesionales como el punto

²⁶ Carrasco, Borderías y Torns, "El trabajo de...", *op. cit.*, pp. 72-73.

²⁷ Maricela González y María Soledad Zárate, "El trabajo de cuidar. Enfermeras, cuidados y profesionalización en Chile, 1900-1950", en *Estudios Sociales del Estado*, n.º 13, vol. VII, Buenos Aires, 2021, pp. 74-107.

²⁸ En la primera de ellas, encontramos información cuantitativa sobre asistencia hospitalaria y, en las dos restantes, sobre el número de profesionales que trabajaban en el ámbito de la salud. La publicación *Estadística de Salud* fue una sucesión de la *Estadística de Asistencia Social*, pero existió un cambio en el tipo de datos que se registraron. Esto permitió que a partir de 1965 el número de enfermeras apareciera de forma separada al de las o los practicantes, personal que colaboraba con las labores de cuidados de los enfermos/as.

²⁹ El análisis de contenido convencional parte de una lectura de las fuentes y luego se codifica en función de la información presente en ellas, mientras que el análisis de contenido dirigido parte de un esquema de codificación definido previamente desde la teoría. La triangulación por metodología se refiere específicamente a la comparación de datos recogidos con distintos métodos o, como en el caso de esta investigación, provenientes de fuentes históricas de diversa naturaleza. Este tipo de triangulación permite comprobar la veracidad de los datos y profundizar nuestra comprensión de los procesos históricos.

de vista de las empresas. En el último, nos interiorizamos en su trabajo junto a las familias obreras y su rol en la difusión de hábitos sanitarios e higiénicos. Como veremos, una de sus principales preocupaciones fue la salud materno-infantil conforme a las necesidades sanitarias del país. En resumen, esta investigación busca contribuir al análisis histórico del campo laboral de las enfermeras, una temática que, hasta ahora, ha sido abordada por la historiografía en menor medida que el proceso de profesionalización de la enfermería chilena. De esta forma, no solo esperamos enriquecer los campos de la historia de la salud y la historia de las profesiones sanitarias desde una perspectiva de género, sino también aquellos estudios que, durante las últimas décadas, han intentado comprender las relaciones laborales al interior de las industrias más importantes del país.

EDUCANDO ENFERMERAS PROFESIONALES: DE LA MEDICINA
CURATIVA A LA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

El proceso de profesionalización de la enfermería nacional fue impulsado por el estamento médico en el marco de la cuestión social de fines del siglo XIX. En este contexto, la caridad aristocrática y cristiana demostró ser insuficiente para combatir los problemas sociales y sanitarios que afectaban al país³⁰ y, por esta razón, los profesionales de la salud recomendaron modernizar la atención sanitaria³¹. Esta última había sido ejercida por religiosas y practicantes de ambos sexos, con características no muy diferentes al servicio doméstico³². Ahora, se esperaba contar con la ayuda de funcionarias laicas, especializadas en el cuidado de los enfermos y preparadas en instituciones de educación formal³³. Este cambio implicó, a su vez, la feminización de los cuidados sanitarios, conforme al modelo de la enfermera británica Florence Nightingale³⁴. Según este modelo, la enfermería debía ser ejercida por mujeres, quienes supuestamente poseían el don natural de cuidar a otras personas. Este proceso también estuvo asociado a la expansión del Estado asistencial chileno y su preocupación por la salud pública, plasmada en la creación de la Caja del Seguro Obrero (CSO)³⁵ en 1924 y la Constitución política de 1925. En 1927, se creó la Escuela de

³⁰ Elizabeth Núñez, Lylian Macías, Rossana Navarro y Simone de Souza, “Historia de la enfermería chilena: una revisión desde las fuentes”, en *Ciencia y Enfermería*, n.º 8, vol. XXV, Concepción, 2019, p. 5.

³¹ Maricela González y María Soledad Zárate, “Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930”, en *Tempo*, n.º 2, vol. XXIV, Río de Janeiro, 2018, pp. 369-387.

³² María Soledad Zárate, “Formar enfermeras, no empleadas domésticas. Profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950”, en *Dynamis*, n.º 2, vol. XXXVII, Granada, 2017, pp. 317-343.

³³ La primera institución en crearse fue la Escuela de Enfermeras del Estado en el año 1906.

³⁴ Elizabeth Núñez, Eugenia Urrea y Amaya Pavez, “Identidad e institucionalidad de las enfermeras chilenas en la mitad del siglo XX”, en *Ciencia y Enfermería*, n.º 1, vol. XXII, Concepción, 2016, p. 138.

³⁵ La Caja del Seguro Obrero promovió la construcción de barrios obreros higiénicos y con policlínicos. Para más información: Venegas y Morales, “Una experiencia tardía...”, *op. cit.*, pp. 535-568; Alicia Campos, Ronald Harris-Díez y Daniel González, “Una lectura biopolítica de la arquitectura del Seguro Obrero. Colectivos

Enfermeras Sanitarias para formar personal especializado en medicina preventiva y salud pública³⁶. Una vez egresadas, estas nuevas profesionales cumplieron un rol fundamental en la aplicación de las políticas de protección maternal e infantil, sobre todo aquellas impulsadas por la CSO³⁷.

Durante la etapa de consolidación de la profesión, las enfermeras lucharon por su independencia disciplinaria respecto al estamento médico, desarrollando un saber propio que les permitió obtener un significativo reconocimiento social. Dirigieron escuelas de enfermería, participaron en debates públicos y promovieron importantes reformas educativas en la enseñanza superior³⁸. Además, establecieron instituciones propias³⁹, tales como la Asociación de Enfermeras Universitarias (1938) y el Colegio de Enfermeras de Chile (1953), y realizaron estadias académicas en Estados Unidos y Canadá, beneficiándose de las becas proporcionadas por la Fundación Rockefeller. Durante la década de 1940, participaron en la creación y el desarrollo de las Unidades Sanitarias asociadas a esta misma fundación⁴⁰, lo que contribuyó a su especialización en salud comunitaria y a fortalecer su rol en la ejecución de políticas públicas. Desde 1953, fueron fundamentales en la implementación de los programas del Servicio Nacional de Salud (SNS), contribuyendo a reducir las tasas de mortalidad y morbilidad del país y elevando los indicadores de calidad de vida⁴¹. Sin embargo, también debieron enfrentar importantes desafíos, entre ellos: realizar tareas poco específicas, depender de las órdenes de los médicos y recibir bajos salarios⁴².

La inserción laboral de las enfermeras profesionales en las industrias fue posible a partir de la incorporación de un nuevo enfoque en la educación formal de la carrera de Enfermería: la medicina preventiva y social. Desde comienzos del siglo XX hasta fines de la década de

residenciales en Arica e Iquique”, en *Revista de Arquitectura*, n.º 1, vol. 24, Bogotá, 2022, pp. 44-53; Robert Hoyos, María Isabel López y Pablo Fuentes, “La acción del Estado en la producción de conjuntos habitacionales para obreros del carbón en el centro-sur de Chile entre 1940 y 1973”, en *Apuntes: Revista de Estudios sobre Patrimonio Cultural*, n.º 2, vol. 32, Bogotá, 2019, disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-aticulos/APUNTES/32-2%20\(2019-II\)/151562556002/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-aticulos/APUNTES/32-2%20(2019-II)/151562556002/) [fecha de consulta: 15 de marzo de 2024].

³⁶ Elizabeth Núñez y Alejandra Jana, “El legado de las enfermeras sanitarias en el cuidado de la salud chilena”, en *Ciencia y Enfermería*, n.º 3, vol. XXIII, Concepción, 2017, pp. 113-124; Carmen Muñoz y Silvia Alarcón, “Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile”, en *Cultura de los Cuidados*, n.º 5, vol. III, Alicante, 1999, pp. 45-51.

³⁷ Zárate, “Formar enfermeras, no...”, *op. cit.*, p. 337.

³⁸ María Soledad Zárate y Maricela González, “¿Qué hacemos las enfermeras? Profesionalización, autonomía y asociatividad de la enfermería chilena, 1940-1960”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2019, disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/76888> [fecha de consulta: 24 de abril de 2023].

³⁹ Núñez, Urra y Pavez, “Identidad e institucionalidad...”, *op. cit.*, p. 144.

⁴⁰ Karina Ramacciotti, “La Fundación Rockefeller y la enfermería en Chile y Argentina en los años cuarenta”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2019, disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/76252> [fecha de consulta: 25 de abril de 2023]; Ana Laura Martín y Karina Ramacciotti, “La enfermería en salud pública en Santiago de Chile y Buenos Aires. El caso de Quinta Normal y Villa Soldati en los años cuarenta del siglo XX”, en *Anuario de la Escuela de Historia Virtual*, n.º 20, vol. XII, Córdoba, 2021, pp. 45-64.

⁴¹ Maricela González y María Soledad Zárate, “Trabajo, miserias y recompensas: asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX”, en *Salud Colectiva*, vol. XV, Buenos Aires, 2020, p. 2, disponible en: <https://www.scielosp.org/journal/scol/about/#about> [fecha de consulta: 25 de abril de 2023].

⁴² *Op. cit.*, pp. 9-12.

1920, las escuelas de enfermería existentes en Chile –la Escuela de Enfermeras del Estado (1906) y la Escuela de Enfermería de la Beneficencia (1919)⁴³– se preocuparon de formar personas capacitadas para cuidar a pacientes en hospitales o instituciones de salud. Estas escuelas fueron creadas por iniciativa de importantes médicos, como Eduardo Moore y Alejandro del Río, quienes pensaron la enfermería universitaria como un complemento necesario y valioso de la medicina. Para ellos, la idea era dejar el cuidado de los enfermos en manos de personas con conocimientos técnicos en el área y no a cargo de religiosas o practicantes sin selección ni preparación como había predominado hasta ese entonces⁴⁴. Por lo tanto, durante los primeros años de su instalación, estas escuelas buscaron modernizar el enfoque de la medicina curativa, cuyo objetivo era sanar enfermedades a través de la realización de diagnósticos y tratamientos médicos.

El tránsito de este enfoque hacia la medicina preventiva y social fue resultado de diversos factores. En primer lugar, una crisis sociosanitaria afectaba a la mayoría de la población urbana del país. Hacia fines del siglo XIX, el avance del proceso de industrialización y el acelerado crecimiento de las ciudades favorecieron el surgimiento de nuevas formas de pobreza urbana que hicieron aumentar la mortalidad y la propagación de enfermedades. Con el objetivo de enfrentar esta situación, el estamento médico solicitó al Estado diversas reformas en materia de salud. Una de esas reformas fue la creación de carreras de enfermería que tuvieran un enfoque sanitario para poder contar con personas capacitadas en la aplicación de planes de salubridad. Por último, en la década de 1920, el Estado reconoció el estatus universitario de las enfermeras mediante la promulgación de un decreto que autorizaba a la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile “a conceder diplomas de aptitud a las egresadas de las escuelas establecidas en los hospitales de la república”⁴⁵.

La introducción de principios preventivos y sociales en la enseñanza profesional de las enfermeras se materializó con la creación del primer programa de perfeccionamiento para graduadas: el curso de Enfermería en Salud Pública. Se trataba de un programa de especialización que pretendía ampliar la visión profesional de las enfermeras hospitalarias y mejorar su preparación para posicionarlas como gestoras claves en la solución de los grandes problemas de salud del país. El objetivo principal era formar enfermeras “en destrezas que les permitieran extender su labor más allá de los recintos hospitalarios, concretamente en los hogares de quienes más las necesitaban”⁴⁶. Estas nuevas profesionales –llamadas

⁴³ La Escuela de Enfermeras del Estado estaba bajo dependencia de la Universidad de Chile. Más tarde, se convirtió en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. La Escuela de Enfermería de la Beneficencia pasó a ser la Escuela de Enfermería del Servicio Nacional de Salud.

⁴⁴ Carmen Collao y Ximena Osorio, “Acontecimientos históricos en la formación académica de los profesionales de enfermería en Chile”, en Edith Rivas (eds.), *Historia de la enfermería en Chile*, Chile, Ediciones Universidad de la Frontera, 2019, p. 32.

⁴⁵ *Op. cit.*, p. 36.

⁴⁶ Zárate, “Formar enfermeras, no...”, *op. cit.*, p. 324.

enfermeras sanitarias o visitadoras— tendrían la misión de enseñar a las personas distintas normas higiénicas para cuidar su salud y, sobre todo, prevenir enfermedades.

El curso comenzó el año 1927 y se creó por iniciativa del médico higienista estadounidense John Long, quien fue invitado para trabajar como asesor técnico en el Ministerio de Higiene y Salubridad de Chile. Este médico afirmaba que:

“para mejorar la salud era necesario trabajar con las familias en el hogar orientándoles en su tratamiento y recuperación y ayudándoles a prevenir enfermedades y accidentes mediante una enseñanza dinámica y demostrativa en la comunidad. Este trabajo solo podrían hacerlo con acierto enfermeras debidamente preparadas”⁴⁷.

Por último, este curso de especialización dio vida a la Escuela de Enfermeras Sanitarias, “institución que respondía al paradigma de la medicina preventiva en salud pública proveniente de Estados Unidos, donde la enfermera sanitaria era la base del sistema médico-asistencial”⁴⁸.

Para asesorar el proyecto, se contrató a la enfermera salubrista estadounidense Sara Adams y, con la colaboración de las médicas chilenas Cora Mayers y Eleanira González, se diseñó el plan de estudios que tuvo una duración inicial de un año. Según Elizabeth Núñez y Alejandra Jana, este plan incluía las materias de “anatomía y fisiología, bacteriología, terapéutica, psicología, instrucción cívica, higiene y alimentación, obstetricia, puericultura, enfermería y trabajo de enfermería sanitaria”⁴⁹. Al primer curso postularon un total de ochenta enfermeras, quedando solo treinta seleccionadas⁵⁰; veintitrés de ellas lograron graduarse y ser contratadas en las ciudades de Santiago (catorce), Valparaíso (cinco), Rancagua (dos) y Schwager (dos)⁵¹. En sus inicios, el programa de perfeccionamiento fue auspiciado por la Dirección General de Sanidad, pero, en 1928, quedó bajo responsabilidad de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile. Un año más tarde, la Escuela de Enfermeras Sanitarias se fusionó con la Escuela de Enfermeras del Estado, dando origen a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Este cambio dio origen a una nueva malla curricular que estableció un plan común para graduar a enfermeras hospitalarias en tres años y a enfermeras sanitarias con un año de estudio adicional⁵². Por lo tanto, las nuevas modificaciones permitieron que desde 1927 hasta 1959 se perfeccionaran un total de 437 enfermeras sanitarias⁵³.

⁴⁷ Rosalba Flores, “Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile”, en *Revista Enfermería*, n.º 5, año 1, Santiago, 1965, p. 4. Más información en: Rosalba Flores, *Historia de la enfermería en Chile. Síntesis de su evolución educacional*, Santiago de Chile, La Parte, 1965.

⁴⁸ Collao y Osorio, “Acontecimientos históricos en...”, *op. cit.*, p. 37.

⁴⁹ Núñez y Jana, “El legado de...”, *op. cit.*, p. 116.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Sonia Pincheira, “Años después: Enfermería Sanitaria se inició en 1928”, en *Revista Enfermería*, n.º 21, año 5, Santiago, 1969, p. 46. Algunos estudios de María Soledad Zárate indican que las primeras graduadas fueron un total de veintisiete.

⁵² Zárate, “Formar enfermeras, no...”, *op. cit.*, p. 324.

⁵³ Flores, “Escuela de Enfermería...”, *op. cit.*, p. 4.

El año de especialización creó la distinción entre dos tipos de enfermeras: una que trabajaba en los hospitales y otra que visitaba los hogares de las familias. En los hospitales, cuidaban a los enfermos, observaban sus síntomas y reacciones, preparaban el material para hacer curaciones, realizaban procedimientos de primeros auxilios, elaboraban fichas médicas y aplicaban tratamientos por orden de un facultativo. Las enfermeras sanitarias, en cambio, centraron su labor en la enseñanza de preceptos higiénicos, actuando como verdaderas consejeras de la población; eran, en palabras de Sara Adams, “las instructoras de la higiene del pueblo”⁵⁴. Además, no solo tenían la misión de brindar atención a los enfermos, sino también de proteger la salud de las madres, los niños y los obreros y combatir las enfermedades transmisibles y no transmisibles. De esta forma, su campo de acción era mucho más amplio que el de las enfermeras hospitalarias.

Hacia fines de la década de 1940, la revista femenina *Eva*, buscando fomentar ciertas profesiones consideradas aptas para las mujeres y aludiendo a la falta de personal sanitario en el país, publicó diversos artículos sobre la profesión de Enfermería. Algunos de ellos se refirieron, en concreto, a la enfermera sanitaria, señalando que: “Sus visitas al hogar son la pauta para la organización de su trabajo. A través de estas visitas conoce ampliamente las necesidades, capta las ideas y aquilata actitudes. Por la confianza que inspiran sus instrucciones, sencillas pero seguras, su tarea resulta fácil y fructífera”⁵⁵. Sin embargo, como veremos más adelante, esta tarea resultó ser compleja, sobre todo, en los establecimientos industriales. Producto de sus funciones específicas, las enfermeras sanitarias fueron muy solicitadas, recibieron un sueldo mayor al de sus compañeras⁵⁶ y contaron, incluso, con un uniforme especial para el trabajo en terreno. Este último aspecto permitió diferenciar de forma visible a las enfermeras sanitarias de las hospitalarias: las primeras utilizaron un traje de color gris oscuro, con una mayor cantidad de prendas diferenciadas según las estaciones del año, mientras que las segundas se caracterizaron por su clásico traje de color blanco (figura 1). Hacia fines de la década de 1960, estas diferencias en los trajes seguían vigentes.

⁵⁴ Sara Adams, “Como dignificar la profesión de enfermera”, en *Revista de Asistencia Social*, n.º 1, Santiago, 1933, p. 83.

⁵⁵ “Profesiones femeninas. La enfermera”, en *Revista Eva*, n.º 194, Santiago, 3 de diciembre de 1948, p. 62. Palabras de Rosalba Flores, presidenta de la Asociación de Enfermeras Universitarias.

⁵⁶ Hacia el año 1948, la enfermera hospitalaria ganaba un sueldo de \$3.200 y la sanitaria: \$3.700. “Nuevas profesiones para la mujer. La enfermera”, en *Revista Eva*, n.º 163, Santiago, 30 de abril de 1948, p. 37.

FIGURA 1
Enfermeras graduadas de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile. De pie, las enfermeras hospitalarias y, sentadas, las sanitarias



Fuente: “Nuevas profesiones para la mujer. La enfermera”, en *Revista Eva*, n.º 163, Santiago, 30 de abril de 1948, p. 37.

La consolidación de la medicina preventiva y social como eje central de la formación profesional de las enfermeras recibió un impulso decisivo con la celebración del Primer Congreso Nacional de Enfermeras (1948) y la creación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Concepción (1948). El congreso, celebrado en la ciudad de Concepción y que fue el segundo de varios otros celebrados en el periodo en estudio (tabla 1), fue patrocinado por la Asociación de Enfermeras Universitarias⁵⁷ con el objetivo de: “Contribuir a la Reforma de la preparación básica de las enfermeras con la inclusión de los conceptos y experiencias de los aspectos sociales y de Salud Pública desde el comienzo de la carrera”⁵⁸. Es decir, tras un análisis crítico de los planes de estudio, las enfermeras educadoras decidieron fortalecer la formación básica de la carrera, incorporando conocimientos sobre medicina preventiva y salud pública. Con esta medida, se esperaba que la educación sanitaria dejara su condición de área de especialización para convertirse en un conocimiento de todas las enfermeras.

⁵⁷ La Asociación de Enfermeras Universitarias fue creada el año 1938.

⁵⁸ “Congresos de Enfermería realizados en Chile”, en *Revista Enfermería*, n.º 26, año 5, Santiago, 1970, p. 5.

TABLA 1
Congresos de Enfermería realizados en el periodo 1942-1970

Congresos	Año	Patrocinio
Primer Congreso Panamericano de Enfermeras, Santiago	1942	Asociación de Enfermeras Universitarias
Primer Congreso Nacional de Enfermeras, Concepción	1948	Asociación de Enfermeras Universitarias
Segundo Congreso Nacional de Enfermeras, Valparaíso	1953	Asociación de Enfermeras Universitarias
Tercer Congreso Nacional de Enfermeras, Santiago	1958	Colegio de Enfermeras
Cuarto Congreso Nacional de Enfermeras, Valdivia	1965	Colegio de Enfermeras
Quinto Congreso Nacional de Enfermeras, Concepción	1968	Colegio de Enfermeras
Sexto Congreso Nacional de Enfermeras, Santiago	1970	Colegio de Enfermeras

Fuente: Elaboración propia.

Las y los integrantes del primer congreso aprobaron un programa de estudio reformado que se aplicó, de forma experimental, en la segunda escuela de enfermería creada en provincias: la Escuela de Enfermería de la Universidad de Concepción (tabla 2). La elaboración del nuevo programa estuvo a cargo de un Comité Educacional de Enfermeras, nombrado por la Asociación de Enfermeras e integrado por las directoras de las escuelas existentes, la subdirectora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile y la enfermera Gladys Peake Guevara, quien asumió como primera directora de la escuela penquista. Esta enfermera “fue la primera egresada de la Escuela Carlos van Buren de Valparaíso y, gracias a una beca de la Fundación Rockefeller, se perfeccionó en Pedagogía en Enfermería y Enfermería Sanitaria en la Universidad de Toronto, Canadá, entre 1942 y 1944”⁵⁹.

TABLA 2
Escuelas de Enfermería fundadas entre 1902-1963

Escuelas de Enfermería	Año de fundación
Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile	1902/1906
Escuela de Enfermería del Servicio Nacional de Salud	1919
Escuela de Enfermería “Carlos Van Buren” Valparaíso	1933
Escuela de Enfermería de Concepción, Universidad de Concepción	1948
Escuela de Enfermería “Isidora Lyon Cousiño”	1950
Escuela de Enfermería de la Universidad Austral	1963

Fuente: Elaboración propia.

⁵⁹ Collao y Osorio, “Acontecimientos históricos en...”, *op. cit.*, p. 41.

El objetivo del programa aplicado en la nueva escuela de Enfermería en Concepción era formar una profesional integral, “capaz de actuar tanto en el hospital como en terreno”⁶⁰. Al finalizar los años de formación⁶¹, recibirían dos títulos por separado: el de Enfermera Hospitalaria y el de Enfermera Sanitaria, proporcionados por la Universidad de Chile. Este aspecto evidencia la dependencia que existió entre las distintas escuelas de regiones y las autoridades universitarias de Santiago. Incluso, el examen final de las estudiantes formadas en regiones era validado por comisiones provenientes de la Universidad de Chile. A partir de la década de 1950, se realizaron diversas acciones que contribuyeron a descentralizar el proceso de profesionalización de las enfermeras. Por ejemplo, “A partir de 1953, la Universidad de Concepción pasó a tener la tuición docente de la Escuela de Enfermería, a través de la Facultad de Medicina”⁶², quedando autorizada para emitir los títulos de las estudiantes egresadas en su escuela.

Luego de la Reforma Universitaria del año 1968, la Escuela de Enfermería de Concepción pasó a depender académica y económicamente de la Universidad de Concepción en agosto de 1970. Otra medida que contribuyó a la descentralización de los servicios sanitarios fue la creación de escuelas en diversas regiones del país, como la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral, fundada en 1963 “con el propósito de contribuir a resolver la escasez de enfermeras del país”⁶³. También se crearon carreras de Enfermería en Temuco (1963), Antofagasta (1964), La Serena (1964) y Talca (1966). Por último, la incorporación de los conocimientos sanitarios en el plan de estudios de las enfermeras universitarias terminó por reducir la duración del curso de Enfermería en Salud Pública impartido por la Universidad de Chile a un solo semestre⁶⁴. Además, provocó un notorio descenso en el número de graduadas en este programa.

LA INDUSTRIA COMO CAMPO LABORAL DE LAS ENFERMERAS PROFESIONALES

Uno de los objetivos que tuvieron las enfermeras para reflexionar sobre su propia práctica fue identificar aquellos espacios donde podían ejercer sus funciones y aplicar los conocimientos adquiridos en torno a la enfermería moderna. En un artículo del *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile* de 1943, estas profesionales reconocieron al menos cuatro campos de acción: 1) el trabajo en los hospitales, 2) la atención particular, 3) el

⁶⁰ “Escuela de Enfermería de Concepción”, en *Revista Enfermería*, n.º 5, año 1, Santiago, 1965, p. 13.

⁶¹ En sus inicios, el programa de estudios se proyectó con una duración de tres años y tres meses. A partir de la promoción 1949-1952, esa duración se extendió a cuatro años.

⁶² “Escuela de Enfermería Universidad de Concepción”, en *Revista Enfermería*, n.º 34, año 6, Santiago, 1972, p. 17.

⁶³ “Escuela de Enfermería de la Universidad Austral”, en *Revista Enfermería*, n.º 5, año 1, Santiago, 1965, p. 15.

⁶⁴ “Oportunidades de perfeccionamiento para enfermeras graduadas”, en *Revista Enfermería*, n.º 2, año 1, Santiago, 1965, p. 20.

trabajo sanitario y 4) el trabajo administrativo y docente en las escuelas de enfermería⁶⁵. El único de ellos que aparecía vinculado a las industrias era el trabajo sanitario, el cual se extendía hacia “las escuelas, clínicas y dispensarios, fábricas, establecimientos comerciales, servicios de Seguro Social, Ejército, Marina, Carabineros, etc.”⁶⁶. En las fábricas, las enfermeras debían ayudar a los industriales o patrones a salvaguardar la salud de los/as trabajadores/as, incluyendo la función de visitar los hogares para proporcionar cuidados a los enfermos y realizar una labor educativa con los integrantes familiares.

Sin embargo, el trabajo en los hospitales también se dio en el contexto industrial, puesto que diversas fábricas o yacimientos mineros construyeron centros de salud para cuidar la salud de las familias trabajadoras. En un estudio que tenía por objetivo conocer el número de enfermeras que trabajaban en instituciones asistenciales distintas al Servicio Nacional de Salud, se indicó que muchas de ellas desempeñaban funciones en hospitales de empresas dedicadas a la minería cuprífera en Chuquicamata, Potrerillos, El Salvador y Sewell⁶⁷. Para el caso de Santiago, había enfermeras trabajando en los servicios médicos de Ferrocarriles del Estado, Empresa Nacional de Electricidad S.A. (ENDESA), Chilectra, Empresa de Agua Potable, Empresa Transporte Colectivo del Estado (ETC) y Fábricas y Maestranzas del Ejército de Chile (FAMAE). En la zona de Concepción, estas profesionales estuvieron presentes en la Compañía de Acero del Pacífico (CAP), la Compañía Carbonífera Lota-Schwager, el Hospital Maule –vinculado a las minas Schwager–, ENDESA y el servicio médico de Ferrocarriles del Estado⁶⁸.

Por esta razón, las enfermeras no tardaron en reflexionar sobre las principales características del campo laboral industrial. Incluso, hablaron del surgimiento de un nuevo tipo de profesional: la enfermera industrial. Esta debía aplicar el concepto de higiene en las industrias “con el objeto de: fomentar, preservar, recuperar y rehabilitar la salud de los obreros y empleados”⁶⁹. Además, su accionar no solo se limitaba al tratamiento y la prevención de accidentes laborales o enfermedades profesionales, sino también incluía todas aquellas enfermedades que podían interferir en el rendimiento del/la trabajador/a. En consecuencia, sus funciones eran diversas y se situaban en los ámbitos de la salud materno-infantil, la epidemiología, la higiene ambiental, la seguridad industrial y la rehabilitación. También, realizaba una labor coordinada con otros profesionales que intervenían en la planificación y la ejecución de los programas de salud para las familias trabajadoras, entre ellos: asistentes sociales, médicos, matronas, dentistas y dietistas.

⁶⁵ “Profesión de Enfermera”, en *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile*, n.º 10, año 2, Santiago, 1942-1943, p. 19.

⁶⁶ “Profesiones femeninas. La...”, *op. cit.*, p. 39.

⁶⁷ “Ejercicio de la Profesión en Instituciones Particulares y Estatales que no sean del S.N.S. Consejo regional Atacama-Coquimbo”, en *Revista Enfermería*, n.º 18, año 4, Santiago, 1968, pp. 58-59.

⁶⁸ Estas empresas son las que se mencionan en el estudio citado con anterioridad.

⁶⁹ Clara Ceballos, María de la Luz Hernández, Lucía Latorre, Ana María Montecinos y Norma Tisler, “Análisis y consideraciones de la labor de enfermería que se realiza en algunas industrias de Santiago”, tesis de prueba para optar al título de enfermera, en *Revista Enfermería*, n.º 12, año 2, Santiago, 1967, pp. 37-38.

Por otra parte, las enfermeras fueron conscientes de la importancia de su labor en las industrias, considerando que esta “reduce las ausencias por enfermedad y permite que el obrero y el empleado trabajen con energía y capacidad plenas con las favorables consecuencias de un mejor rendimiento”⁷⁰. Además, su labor contribuía a acortar los periodos de enfermedad, fomentando, con ello, un rápido retorno a la jornada laboral.

Para las empresas, la contratación de enfermeras era una especie de inversión a largo plazo orientada a mejorar la producción, abaratar los costos y obtener más ganancias. En palabras de Nolfá Larrea Arrate, enfermera jefa del Servicio Médico de ENDESA, el presupuesto que las industrias destinaban al mejoramiento de la salud del personal “será ampliamente rentado, con el logro del bienestar físico y mental; con el aumento de la producción; la satisfacción en el trabajo de su personal y la eliminación de motivos de conflictos y tensiones en las relaciones laborales entre patrones y trabajadores”⁷¹. En conclusión, su presencia permitía dar solución a aquellos problemas de salud que interferían en el óptimo desempeño de los/as trabajadores/as.

Para las enfermeras, existían algunas características específicas del campo laboral industrial que debían ser consideradas al momento de desempeñar funciones en este tipo de espacios. Al respecto, se indicaba que, a diferencia de los servicios de salud pública, las industrias subordinaban el mejoramiento de la salud y el bienestar del personal a sus objetivos productivos y empresariales, por lo que ellas debían actuar en conformidad a los recursos sanitarios y económicos disponibles para ello. Además, se planteaba que no era posible evaluar los servicios de salud de las industrias con parámetros generales, pues cada empresa tenía sus propias características dependiendo, por ejemplo, del tipo de actividad productiva o tamaño. Los/as trabajadores/as también presentaban cualidades diferentes en comparación a otros/as pacientes: eran más exigentes, pero también más cooperadores y disciplinados al momento de cumplir con las indicaciones y las enseñanzas⁷².

Por último, existían diferentes elementos que, según las propias enfermeras, facilitaban el cumplimiento de sus funciones en el campo industrial. Uno de ellos fue la presencia de estas profesionales en los servicios médicos que estaban situados en las cercanías de los espacios laborales o aquellos que estaban instalados en los mismos barrios donde habitaban los/as trabajadores/as. Desde el punto de vista de las profesionales, esta iniciativa servía “para que las horas ocupadas en beneficio de la salud sean las mínimas y las horas de trabajo sean aprovechadas al máximo en función del rendimiento”⁷³. Por ejemplo, la Empresa Nacional del Petróleo (ENAP) en Magallanes impulsó un programa de salud para tratar a treinta trabajadores alcohólicos por un periodo de dos años. El programa estuvo a cargo de un médico y una enfermera y, según las fuentes, pudo ser llevado a cabo en su totalidad por

⁷⁰ Ceballos, Hernández, Latorre, Montecinos y Tisler, “Análisis y consideraciones...”, *op. cit.*, p. 38.

⁷¹ Nolfá Larrea, “Consideraciones generales sobre Higiene Industrial y Ocupacional. Labor de la Enfermera Industrial y Ocupacional”, en *Revista Enfermería*, n.º 17, año 4, Santiago, 1968, p. 26.

⁷² Larrea, “Consideraciones generales sobre...”, *op. cit.*, p. 30.

⁷³ Ceballos, Hernández, Latorre, Montecinos y Tisler, “Análisis y consideraciones...”, *op. cit.*, p. 38.

el Servicio Médico de la ENAP⁷⁴. Por otro lado, las enfermeras podían realizar una labor más efectiva en las industrias que contaban con viviendas para sus trabajadores/as. Allí lograban acceder a los hogares y supervisar de forma directa la limpieza, la ventilación, la eliminación de basuras, el estado de las instalaciones sanitarias, entre otros aspectos relacionados a la higiene ambiental.

El origen de estas reflexiones fue, sin embargo, el mismo desconocimiento sobre el campo laboral industrial. De hecho, muchas de las investigaciones referidas a este campo tuvieron por objetivo visibilizar los beneficios de la profesión en el mundo del trabajo, así como las funciones ejercidas por las enfermeras al interior de los espacios industriales. Este desconocimiento puede comprenderse como parte de un problema general que afectó a la profesión y que se convirtió, incluso, en el tema central del Cuarto Congreso Nacional de Enfermeras, realizado el año 1965 en la ciudad de Valdivia: nos referimos a la necesidad de delimitar y definir las funciones de las enfermeras en las distintas áreas de trabajo. Dar solución a este problema fue entendido como una responsabilidad derivada de la misma profesión, cuyo resultado no solo beneficiaría a las propias enfermeras –al tener un concepto claro de sus deberes– sino también a quienes trabajaban con ellas, puesto que así comprenderían de mejor forma su contribución⁷⁵.

Por otro lado, la industria fue, en efecto, un empleador menor en comparación a otros espacios laborales, al menos de forma cuantitativa. La mayoría de las enfermeras trabajaban en el sector público, vinculándose, a partir de 1952, al Servicio Nacional de Salud (SNS). Esta institución fue creada con el objetivo de aglutinar en un solo organismo los distintos servicios públicos de salud hasta ese entonces existentes⁷⁶. Sin embargo, aunque el SNS contaba con una sección preocupada por la higiene y la medicina del trabajo⁷⁷, se informaba, hacia el año 1964, que sus actividades en esta materia “están aún en etapa de desarrollo, y los medios disponibles, tanto en lo referente a personal como a equipo de trabajo, aún no han alcanzado el nivel que debería tener en proporción a las necesidades del país”⁷⁸. El énfasis de esta sección durante el periodo 1959-1963 estuvo puesto en el diagnóstico y el control de enfermedades profesionales, siendo una de las más significativas la silicosis, una enfermedad que afectó, de forma significativa, a los trabajadores mineros de las zonas de Lota y Coronel.

Desde el punto de vista de las industrias, el trabajo de las profesionales de salud era entendido en función del interés empresarial por contar con una mano de obra más saludable y

⁷⁴ Jorge Valenzuela e Iris Vega, “Tratamiento de alcoholismo en ENAP-Magallanes. Dos años de experiencia”, en *Revista Enfermería*, n.º 22-23, año 5, Santiago, 1969, p. 27.

⁷⁵ Sonia Pincheira, “La enfermera profesional y sus responsabilidades”, en *Revista Enfermería*, n.º 3, año 1, Santiago, 1965, p. 13.

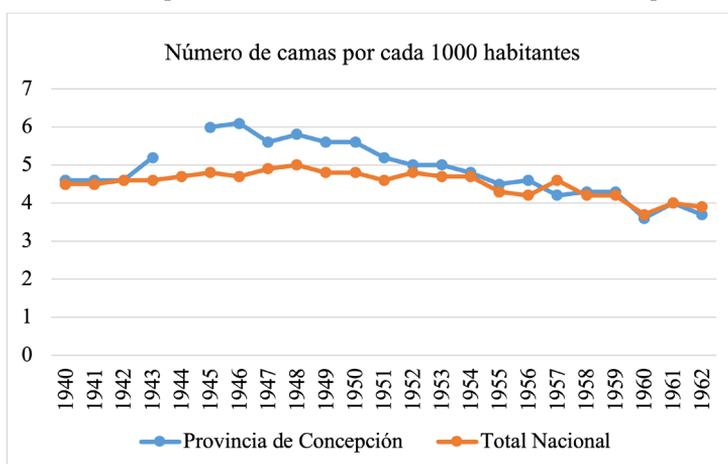
⁷⁶ Algunas de estas instituciones eran: el Servicio Médico de la Caja del Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social y la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo.

⁷⁷ Otras secciones eran Epidemiología, Control de alimentos e Higiene ambiental.

⁷⁸ “La protección de la salud. Actividades y programas, periodo 1959-1963”, en *Revista de Medicina Preventiva y Social*, n.º 1 y 2, vol. IV, 1964, p. 49.

productiva. La idea era acercar la protección de la salud a los trabajadores y sus familias hasta atravesar incluso las puertas del hogar obrero, es decir, apuntando hacia la transformación de la propia vida privada. Si consideramos que durante el periodo 1940-1962 el promedio de camas disponibles por cada mil habitantes en la provincia de Concepción fue de 4,86 (gráfico 1), es posible plantear que la atención hospitalaria proporcionada por la salud pública podría haber sido insuficiente desde el punto de vista de las empresas. O, al menos, era mejor contar con centros médicos que estuvieran más cerca de los espacios de trabajo para ahorrar tiempo en los traslados y evitar así largas esperas antes de recibir atención.

GRÁFICO 1
Asistencia hospitalaria en Salud Pública, Provincia de Concepción⁷⁹



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística, *Estadística Chilena*, 1940-1962.

Esta necesidad pudo tener mayor relevancia en las empresas que tenían un elevado número de personal y también una gran cantidad de accidentes laborales, tal como ocurrió en el caso de las industrias carboníferas de Lota y Coronel. Por ejemplo, durante el quinquenio 1956-1960, trabajaron un promedio de 13 223 mineros en la provincia de Concepción, con un promedio de diecinueve muertos y 4 484 heridos graves y leves⁸⁰. Es decir, casi un tercio de la mano de obra sufrió accidentes laborales y, por tanto, requirió, en mayor o menor medida, de atención hospitalaria. A esta cifra, hay que sumar la demanda de cuidados generada por las enfermedades infectocontagiosas y venéreas, la atención hacia las embarazadas, las madres, los recién nacidos y las enfermedades profesionales o crónicas. Todos estos aspectos presionaban con fuerza el sistema de salud e hicieron más necesaria la presencia de enfermeras profesionales en los centros de salud de las industrias.

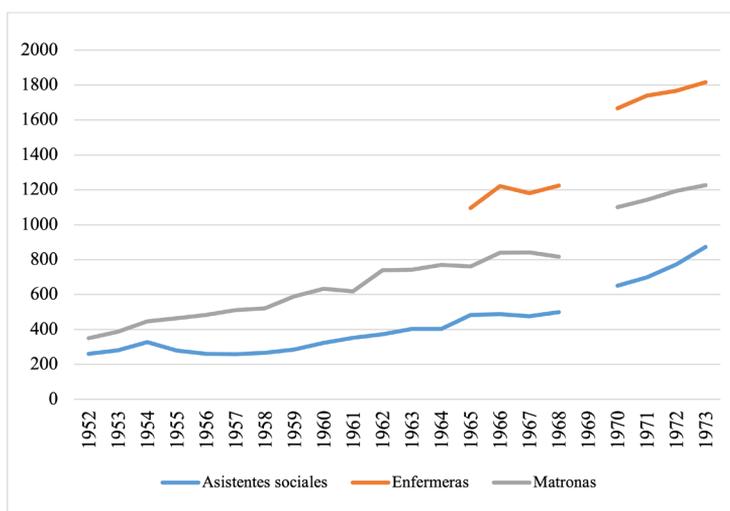
⁷⁹ Las cifras corresponden diciembre de cada año, excepto durante 1954 y 1955; para esos años se utilizaron las cifras de noviembre.

⁸⁰ Estas cifras fueron extraídas de: Minería, Dirección de Estadística y Censos, Chile, 1956-1960.

La importancia de las enfermeras en las industrias también puede comprenderse en función de la existencia de otras profesionales que realizaban tareas asociadas al ámbito de la salud. En este sentido, la literatura académica se ha concentrado, fundamentalmente, en el trabajo de las asistentes sociales y su rol como mediadoras entre los directivos de las empresas y las familias trabajadoras⁸¹. Sin embargo, las enfermeras eran superiores en cantidad tanto a nivel país como en el caso de las industrias analizadas. Aunque para el periodo 1952-1964 la cantidad de enfermeras se vio incrementada por el registro de practicantes⁸², los datos del periodo 1965-1973 confirman la relación numérica tradicional entre enfermeras, matronas y asistentes sociales (gráficos 2 y 3) con predominio de las primeras sobre las segundas y de las segundas sobre las terceras⁸³.

GRÁFICO 2

Número de enfermeras, matronas y asistentes sociales en el país, 1952-1973



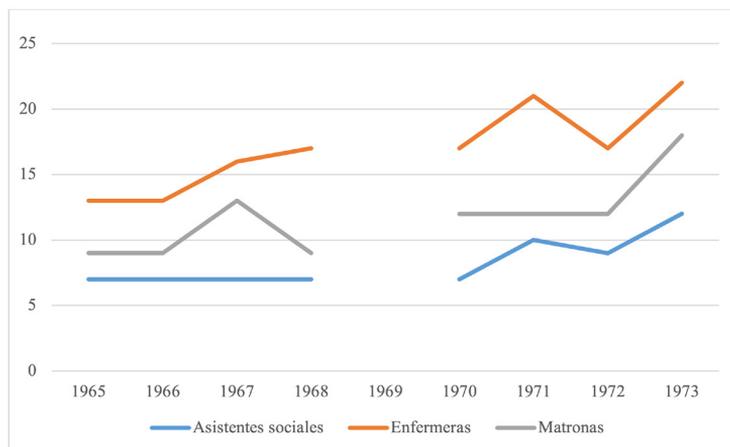
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística, *Estadística de Asistencia Social*, 1952-1964 y *Estadística de Salud*, 1965-1973.

⁸¹ Cristina Moyano y Javier Rivas, “Visitadoras sociales en la industria: creación de un campo de expertos del Bienestar, 1920-1950”, en *Historia* 396, n.º 1, Valparaíso, 2017, pp. 171-199; Cristina Moyano y Javier Rivas, “El servicio social industrial en Chile: los deslindes del campo de saber sobre el control extensivo”, en *Revista de Humanidades*, n.º 35, Santiago, 2017, pp. 317-342; María Angélica Illanes, “Ella en Lota-Coronel: poder y domesticación. El primer servicio social industrial de América Latina”, en *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, n.º 49, Santiago, 2001, pp. 141-148; Enzo Videla y Hernán Venegas, “Intervención sanitaria y calidad de vida. Experiencia cotidiana en complejos socio-industriales chilenos, 1920-1950”, en *Revista Tiempo Histórico*, n.º 13, vol. VII, Santiago, 2016, pp. 135-156; Juan Carlos Yáñez, “Nutriendo al trabajador y mejorando la producción. Los programas de alimentación en la gran industria chilena (1920-1950)”, en *Historia y Sociedad*, n.º 38, Bogotá, 2020, pp. 124-153.

⁸² Entre 1952 y 1964, trabajaron en promedio un total de 6 639 practicantes y enfermeras, 558 matronas y 313 asistentes sociales a nivel nacional.

⁸³ González y Zárate, “Trabajo, miserias y...”, *op. cit.*, p. 5.

GRÁFICO 3
Número de enfermeras, matronas y asistentes sociales en las ciudades industriales de Lota y Coronel, 1965-1973



Fuente: Elaboración propia usando datos de la Dirección General de Estadística, *Estadística de Salud*, 1965-1973.

Ahora bien, solo las enfermeras y las asistentes sociales contaron con una unidad especializada en la estructura del Servicio Nacional de Salud, puesto que “las matronas tenían un rol más acotado y operativo”⁸⁴ y estaban adscritas a programas de acción, como el de salud materno-infantil. Además, hay que señalar que estas tres profesionales hicieron un trabajo coordinado al interior de las industrias, pero en el caso de las enfermeras y las asistentes sociales los ámbitos de acción parecían coincidir en algunos aspectos. De hecho, las industrias publicaron algunos artículos en sus periódicos con el fin de aclarar las funciones de ambas profesionales. El objetivo era responder a los dirigentes obreros, quienes solicitaban explicaciones sobre las actividades que correspondían tanto a la visitadora social como a la enfermera sanitaria. Dos preocupaciones actuaron como punto común entre ambas: primero, velar por el aseo y la higiene de las viviendas y, segundo, promover una alimentación nutritiva. Sin embargo, en el caso de la visitadora social, estas funciones perseguían objetivos adicionales a la sola conservación de la salud. Se buscaba también mantener las viviendas de la empresa en un buen estado y enseñar una mejor forma de distribuir el presupuesto familiar. Otras funciones de la visitadora social apuntaban más hacia el ámbito de los ingresos económicos, la composición legal de las familias y la resolución de conflictos familiares y vecinales.

Las enfermeras trabajaron en diversos hospitales construidos por las industrias del Gran Concepción o con su apoyo económico y en alianza con otros actores. La preocupación

⁸⁴ *Ibid.*

empresarial por el cuidado de la salud de los trabajadores y sus familias debe insertarse dentro de los procesos de aplicación de prácticas paternalistas y su asociación con la consolidación del capitalismo industrial. Estas prácticas han sido comprendidas como una expresión del falso amor que profesaban los patrones: “falso porque el dirigente [el patrón] cuida a sus súbditos [los trabajadores] solo en la medida en que ello beneficia a sus propios intereses”⁸⁵. Desde el punto de vista de las empresas, el cuidado de la salud permitiría mejorar el rendimiento productivo de los obreros, asegurando, con ello, la acumulación del capital. Se trataba, por un lado, de eliminar tanto la enfermedad como la degeneración de la raza, puesto que estas afectaban las necesidades económicas de las industrias⁸⁶, pero, por otro lado, de crear un obrero soñado que “debía estar físicamente apto para soportar las duras condiciones laborales, debía ser eficiente, sano y vigoroso”⁸⁷.

Algunos de los hospitales construidos por industrias en la Provincia de Concepción fueron el Hospital de la Compañía Carbonífera e Industrial de Lota (figura 2) y el Hospital Maule de la Compañía Carbonífera y de Fundición Schwager.

FIGURA 2
Personal de Enfermeras del Hospital de Lota Alto (CCIL)



Fuente: Octavio Astorquiza y Oscar Galleguillos, *Cien años del carbón de Lota, 1852-1952*, Santiago, Compañía Carbonífera e Industrial de Lota, 1952, p. 226.

⁸⁵ Richard Sennett, *La autoridad*, Madrid, Alianza Editorial, 1982, p. 83.

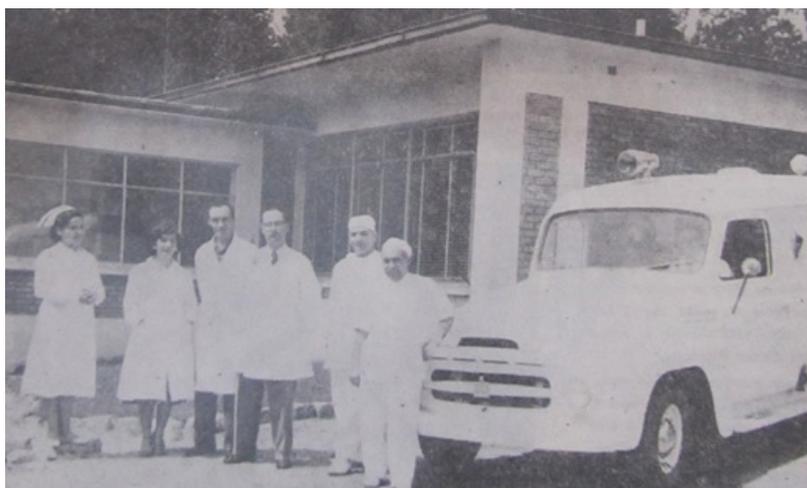
⁸⁶ Enzo Videla, “Los Departamentos de Bienestar en las compañías carboníferas y la implementación de un programa de higiene y medicina social 1923-1952”, en Enzo Videla, Hernán Venegas y Milton Godoy (eds.), *El orden fabril: paternalismo industrial en la minería chilena: 1900-1950*, Valparaíso, América en Movimiento, 2016, p. 42.

⁸⁷ Oscar Peñafiel, “Cuerpos fuertes, conciencias dóciles. La construcción del obrero soñado a través del deporte en la cuenca carbonífera 1920-1950”, en Enzo Videla, Hernán Venegas y Milton Godoy (eds.), *El orden fabril: paternalismo industrial en la minería chilena: 1900-1950*, Valparaíso, América en Movimiento, 2016, p. 186.

Otros hospitales, como el Hospital Higuera en Talcahuano y el Hospital Penco-Lirquén, se construyeron en terrenos proporcionados por industrias, aunque sus servicios fueron pensados para toda la comunidad. También se construyeron centros médicos de menor tamaño, algunos de ellos con el fin de brindar atención primaria en caso de accidentes laborales, otros para atender a las familias de trabajadores/as en sus propios espacios de habitación. Al respecto, destacaron los policlínicos que instaló la industria carbonífera de Coronel en el sector Puchoco-Schwager y la Población Muelle, la Posta de Primeros Auxilios de la Siderúrgica de Huachipato (figura 3), la Clínica Refinería de la industria azucarera de Penco y la maternidad de la fábrica textil Bellavista en Tomé. En otros casos, se instalaron policlínicos en las mismas dependencias industriales, tal como sucedió con la Sociedad Nacional de Paños de Tomé, cuyo policlínico gestionó en 1962 un total de 3 641 inyecciones, 2 587 curaciones y 158 visitas domiciliarias⁸⁸.

FIGURA 3

Vista parcial de la Posta de Primeros Auxilios de la Siderúrgica de Huachipato y parte del personal a cargo de ella



Fuente: *Revista Huachipato*, año 4, n.º 41, Talcahuano, 1957, p. 15.

En la prensa empresarial y otros documentos es posible identificar algunos nombres de enfermeras y datos sobre su trayectoria laboral. Por ejemplo, la enfermera sanitaria Gertrudis Riquelme trabajó en la Compañía Carbonífera y de Fundición Schwager desde 1928, es decir, cuando recién egresó de su curso de especialización. Fue enviada por la Dirección General de Sanidad en compañía de otra enfermera con el objetivo de “contribuir a la di-

⁸⁸ “Frente a sus obligaciones, sus derechos”, en *Revista de la Sociedad Nacional de Paños de Tomé*, n.º 50, Tomé, octubre de 1963, s/p.

vulgación de los preceptos higiénicos en el mineral”⁸⁹. En 1942 participó como expositora en el Primer Congreso Panamericano de Enfermería realizado en la ciudad de Santiago de Chile y allí contó sus experiencias en el medio industrial. Otra enfermera sanitaria fue Natalia L. de Schwencke quien trabajó en la Compañía Carbonífera e Industrial de Lota durante los últimos años de la década de 1930 y principios de la década de 1940. Se retiró en 1942 por su cambio de residencia hacia la capital del país. También fue una destacada deportista. En la misma industria trabajó la enfermera jefe y matrona Rosa de Camacho y la enfermera Irma Salgado.

En la clínica de la industria azucarera de Penco cumplió funciones Cecilia J. Reynolds Porter, conocida también como Cecilia de Martín. Ella asumió su cargo en 1937 y permaneció en la fábrica durante veinte años. Al momento de su despedida, se reconoció, sobre todo, su gentileza y espíritu servicial, es decir, dos cualidades femeninas que se asociaban a las enfermeras. En la Siderúrgica de Huachipato trabajó Olga Maldonado Hormazábal, quien ocupó el cargo de enfermera jefe de la Posta de Primeros Auxilios. Hacia 1966 ya llevaba once años cumpliendo funciones en la empresa. Sobre ella, el periódico empresarial destacó su permanente sensibilidad, aun cuando debía enfrentarse a diario al dolor humano. Incluso, se mencionaba que: “Como la enfermera Olga Maldonado hay muchos casos que reafirman que nunca el trabajo, por delicado o violento, superficial o profundo, deshumaniza a la mujer que labora en una industria”⁹⁰, queriendo dar cuenta del carácter inmutable y natural de la feminidad como sinónimo de sensibilidad.

Haciendo un uso político del género femenino, estas industrias contribuyeron a reproducir y perpetuar las diferencias de género, aceptando la distribución del trabajo según las expectativas sociales de los sexos. La disciplina fabril se extendió hacia los hogares de los obreros a través de dos mecanismos: por un lado, las acciones destinadas a mejorar el bienestar social y la salud de los trabajadores y, por otro, aquellas orientadas a la vigilancia y el uso de la fuerza. El primer mecanismo fue implementado por enfermeras, visitadoras sociales y otras mujeres profesionales, las que, producto de sus supuestas cualidades naturales, podían ser aceptadas de mejor forma por la población. La amabilidad, la paciencia, la abnegación, la minuciosidad y el orden fueron consideradas características femeninas imprescindibles para generar cambios en los hábitos y la cultura popular. Por otro lado, la vigilancia y el uso de la fuerza quedó reservada a los mayordomos, celadores y policiales, quienes estuvieron encargados de la disciplina tanto en los espacios de trabajo como en los barrios obreros.

⁸⁹ Gertrudis Riquelme, “Experiencias de una enfermera en el campo industrial”, en *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Santiago, El Imparcial, 1942, p. 179.

⁹⁰ Hernán Osses, “Presencia femenina en Huachipato”, en *Revista Huachipato*, n.º 109, año 12, Talcahuano, 1966, p. 23.

EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN LAS INDUSTRIAS DEL GRAN
CONCEPCIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS FAMILIAS OBRERAS

En un discurso pronunciado el 8 de octubre de 1928 a las estudiantes de la Escuela de Enfermeras Sanitarias, Sonia Pincheira, jefa del Servicio de Enfermeras Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, señaló que el trabajo de estas profesionales no era una tarea fácil, puesto que su misión no era solo dar consejos, sino también cambiar las costumbres del pueblo. Mediante el envío de cartas, logró enterarse de las experiencias de sus compañeras que trabajaban en el mineral de Schwager, quienes, a pesar de sentir desaliento y tener que enfrentar diversos obstáculos, tuvieron la fuerza suficiente para continuar con el cumplimiento de su deber. Por esta razón, indicaba que el ejercicio de la profesión requería de un tenaz esfuerzo y una gran convicción y, además, de la necesidad de aprender “a amar a nuestro pueblo de quien tendréis que ser su amiga y confidente, ayudándolo, no solo a soportar sus miserias e inclemencias de la vida, sino que alentarlo, velando por mantener en él las cualidades de sobriedad y pujanza que hicieron un día la grandeza de la Patria”⁹¹.

Cambiar las costumbres del obrero y su familia fue una de las principales preocupaciones de las enfermeras. Pero ¿cuáles eran esas costumbres? ¿Qué funciones vincularon a estas profesionales con las familias obreras? ¿Cómo fue la recepción de su trabajo? Una primera aproximación a estas interrogantes puede realizarse a partir del testimonio de la enfermera sanitaria Gertrudis Riquelme, quien, como ya señalamos, trabajó en la Compañía Carbonífera y de Fundición Schwager. Su primera impresión sobre el mineral revelaba sentimientos muy similares a los que expresó Berta de Abadie cuando la empresa Compañía Minera e Industrial de Lota le ofreció el cargo de Visitadora Social⁹². Desde fuera, las faenas mineras del carbón eran vistas con temor producto de su actividad huelguística y Gertrudis Riquelme sabía que: “Entrar a cambiar costumbres, interiorizarse en la vida de hogar del temido minero huelguista, no es tarea fácil”⁹³.

En el discurso de esta profesional, también es posible advertir uno de los principales objetivos que tuvo el trabajo de las enfermeras en las industrias durante la década de 1940: cuidar la salud de los niños y las niñas mediante la atención directa, pero también a través de la educación y la atención de las madres. Este énfasis estuvo relacionado con las altas cifras de mortalidad infantil que afectaron al país a comienzos del siglo XX. En ese entonces, la mortalidad infantil ascendía a más de trescientas defunciones por cada mil nacidos vivos y, en el caso de Santiago, las cifras llegaron incluso a más de quinientas⁹⁴. Estas cifras fueron disminuyendo con el paso de las décadas: desde 1915 hasta 1940, la mortalidad infantil se mantuvo sobre las doscientas defunciones por cada mil nacidos

⁹¹ Pincheira, “Años después: Enfermería...”, *op. cit.*, p. 48.

⁹² Illanes, “Ella en Lota-Coronel...”, *op. cit.*, p. 141.

⁹³ Riquelme, “Experiencias de una...”, *op. cit.*, p. 179.

⁹⁴ María Angélica Illanes, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales, 1887-1940*, Santiago, LOM Ediciones, 2007.

vivos⁹⁵, mientras que en 1968 fue de 86,6. Según el Colegio de Enfermeras de Chile, este descenso tuvo sus orígenes en “el aumento de la cobertura de actividades tales como los controles de salud y la educación en salud, realizado por las enfermeras”⁹⁶.

Por lo anterior, una de las primeras actividades de Gertrudis Riquelme fue “asistir a la consulta de niños para ayudar al médico en su trabajo y visitar a los niños que asistían a la consulta enseñando a las madres a ejecutar el tratamiento, vigilando su cumplimiento, instruyéndolas en todo lo relacionado con el cuidado de sus hijos”⁹⁷. Esto incluía el objetivo de erradicar ciertos hábitos que perjudicaban el crecimiento de los recién nacidos y que se encontraban muy arraigados en las madres obreras. Al respecto, la enfermera del mineral apuntaba:

“Mucho nos costó convencerlas de la inutilidad de la gorra, pues cada lactante llevaba por lo menos tres; desterrar el uso del chupete, enseñar a lavar el biberón, a tener el debido cuidado en la preparación de las mamaderas, insistir en la necesidad de preparar la ropa para el recién nacido”⁹⁸.

Se criticaba, además, la práctica de envolver a los/as niños/as para solucionar los problemas del raquitismo y las deformaciones y, sobre todo, la preferencia de asistir a la curandera y no al médico.

Otra cuestión que preocupó a las enfermeras fue la falta de orden y aseo en las viviendas, puesto que facilitaba el surgimiento y la propagación de enfermedades infectocontagiosas que podían afectar a los recién nacidos. Al mismo tiempo, se consideraba que la ausencia de higiene podía impedir un adecuado tratamiento médico y retrasar, en consecuencia, la recuperación de los enfermos. Por eso, las empresas, a través del accionar de las enfermeras, prohibieron ciertos hábitos asociados a la cultura popular o la vida campesina que afectaban la higiene y la salud de las personas. Por ejemplo, la industria carbonífera de Schwager prohibió secar pescados en las casas para evitar la llegada de moscas y, con ello, detener la propagación de enfermedades⁹⁹. También se realizaron desinfecciones en las viviendas donde habitaban personas con enfermedades infectocontagiosas o en las casas afectadas por plagas o presencia de insectos¹⁰⁰. Otra medida fue la realización de concursos que tenían por objetivo premiar la casa más aseada¹⁰¹.

⁹⁵ Ximena Salgado, “La leche fortalece y dignifica. La leche es sangre blanca que rejuvenece”. El problema de la leche y la ley de pasteurización obligatoria (1930-1935)”, en Juan Carlos Yáñez (ed.), *Gobernar es alimentar. Discursos, Legislación y Políticas de Alimentación Popular, Chile, 1900-1950*, Valparaíso, América en Movimiento, 2018, p. 83.

⁹⁶ Núñez y Jana, “El legado de...”, *op. cit.*, p. 117.

⁹⁷ Riquelme, “Experiencias de una...”, *op. cit.*, p. 180.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ “Orden terminante impartida a la población”, en *La Información*, n.º 74, año 7, Coronel, 1945, p. 8.

¹⁰⁰ En el diario *La Opinión*, se publicaron diversos llamados para que las familias avisaran a la empresa en caso de necesitar la desinfección de casas, muebles y ropas.

¹⁰¹ Estos concursos se realizaron en los minerales carboníferos de Lota y Coronel.

El tema de la higiene se convirtió en un problema aún más urgente cuando el espacio de habitación era de mala calidad material, de escaso tamaño o carecía de mobiliario doméstico. Al respecto, Gertrudis Riquelme recordaba el caso de un niño de tres años con bronconeumonía que debió hacer su reposo en la única cama existente en la casa, donde también descansaban el padre y una gallina. En este sentido, el hábito de la limpieza pareció ser la solución más adecuada para resolver los problemas de higiene, en especial, cuando los beneficios sociales proporcionados por las empresas no lograban llegar a todos los trabajadores o cuando las familias obreras no podían realizar mejoras materiales por sus propios medios. El eslogan del concurso ya mencionado revela la importancia que tuvo la limpieza en contextos materiales desfavorables: “Tal vez Ud. No tenga la casa más bonita, ni más cómoda pero puede y debe tener la más aseada”¹⁰².

Producto de lo anterior, una de las principales funciones de las enfermeras en las industrias fue la difusión de consejos sanitarios que se publicaron de forma regular en los periódicos empresariales. La mayoría de los artículos de prensa presentes en las secciones de “Educación Sanitaria” fueron preparados, escritos o, al menos, firmados por una enfermera sanitaria, tal como sucedió con Natalia L. de Schwencke en la industria carbonífera de Lota. En sus artículos, esta enfermera difundió información sobre higiene del hogar, higiene personal, alimentación nutritiva, cuidados durante la infancia y prevención de enfermedades. En efecto, todos estos temas formaban parte de las funciones educativas de la enfermera sanitaria en el mineral de Lota, las que fueron detalladas en el mismo diario *La Opinión*. Entre ellas se contemplaba proporcionar: 1) “Instrucciones y consejos a las familias obreras sobre higiene, puericultura (cuidado de las guaguas), alimentación, medicina preventiva y demás aspectos de la salubridad de los hogares”¹⁰³. 2) “Consejos a las madres de familia acerca del cuidado de sus hijos y parientes enfermos en el domicilio para el mejor cumplimiento de las prescripciones médicas”¹⁰⁴ y 3) “Consejos sobre preparación y consumo de alimentos a fin de propagar el uso de los que realmente propendan a la conservación de la salud y de eliminar los que la perjudiquen”¹⁰⁵.

Además de las funciones educativas, la enfermera sanitaria en Lota debía realizar cursos de primeros auxilios y visitar escuelas y hospitales para garantizar un adecuado tratamiento a los/as enfermos/as¹⁰⁶. Todas estas funciones crearon un vínculo directo entre las profesionales y algunas instituciones sociales ya existentes, destacando, entre ellas, la Gota de Leche Isidora Cousiño. Las enfermeras hicieron constantes llamados a las madres para que estas llevaran a sus hijos/as a la Gota de Leche, lugar donde podían recibir instrucciones convenientes para proporcionar una mejor alimentación y crianza¹⁰⁷. Incluso,

¹⁰² “Premios por casas más aseadas”, en *La Información*, n.º 60, año 5, Coronel, 1943, p. 18.

¹⁰³ “Servicio Social del Establecimiento de Lota”, en *La Opinión*, n.º 345, año 16, Lota, 1941, p. 2.

¹⁰⁴ *Ibid*

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Las Gotas de Leche buscaron acercar los conocimientos sobre puericultura a las familias obreras, además de fomentar la lactancia materna, guiar la alimentación artificial y fortalecer el vínculo madre-hijo. Su obje-

en esta institución se premiaba a aquellos niños/as cuyas madres asistían de forma regular, cumplían con los consejos y aprovechaban al máximo los servicios proporcionados.

Si analizamos la información presente en los artículos de educación sanitaria, es posible plantear que las enfermeras jugaron un papel fundamental en la enseñanza de diversas técnicas corporales consideradas, en la actualidad, como normales o casi naturales. Estas técnicas se enseñaron a través del discurso empresarial y su difusión se realizó en nombre del saber médico e higiénico de la época. Por ejemplo, se recomendaba mantener limpia la casa, barrer todos los días, recoger basuras y vaciar desperdicios en recipientes cerrados. Con el fin de criar niños/as fuertes y sanos/as, ellas sugerían a las madres llevar a sus hijos/as a tomar aire fresco y sol, alimentarlos de forma nutritiva y a horas fijas –cada tres horas–, llevarlos al médico, bañarlos y cambiarles pañales de forma periódica. Para prevenir enfermedades, se aconsejaba ventilar las habitaciones, lavar bien las frutas y verduras, no compartir vasos o pañuelos y aislar al enfermo. En directo vínculo con el higienismo, se esperaba evitar el contacto directo de los individuos con focos contagiosos o entre los familiares enfermos y sanos.

Todos estos consejos demuestran cómo las familias obreras fueron aprendiendo determinadas formas de cuidar su salud mediante la educación que proporcionaban las enfermeras y la socialización de los mismos actos en un contexto de evidente intervención empresarial. Esta enseñanza implicaba, además, modificar la relación de los obreros con sus cuerpos y su hábitat, puesto que, a través de ella, las industrias pretendían enseñar nuevas formas de realizar actos ya interiorizados. El uso del cepillo de dientes o el lavado de las manos con jabón fueron algunos de los muchos consejos que se publicaron en las secciones de “Educación Sanitaria”. En el caso de la industria carbonífera de Coronel, se publicó incluso un *Decálogo Sanitario*, cuyo cumplimiento permitiría al obrero convertirse en un ciudadano útil, agradable y un ejemplo de sanidad. Uno de los mandamientos se refería a la necesidad de eliminar los excrementos por arrastre hidráulico, evidenciando, con ello, hasta dónde podía llegar el interés empresarial por transformar los hábitos y las costumbres de los trabajadores¹⁰⁸. Y, por otro lado, demuestra cómo los principios del higienismo siguieron permeando la educación sanitaria mediante el interés por mejorar las condiciones de salubridad del hogar obrero, tanto desde un punto de vista material como moral.

Durante esta primera etapa, las enfermeras tuvieron que enfrentar diversos obstáculos asociados a su relación con las familias obreras. En un primer momento, los consejos sanitarios no fueron bien recibidos por las madres, puesto que eran considerados como una intromisión a la vida privada e, incluso, al mismo ejercicio de la maternidad. Desde el

tivo principal fue disminuir o prevenir la mortalidad infantil. Para más información ver: Laura Benedetti, “El hambre, la miseria y la Escuela: el surgimiento de las organizaciones de auxilio a la infancia escolar pobre de Concepción (1917-1929)”, en *Revista de Historia*, n.º 26, vol. 2, Concepción, 2019, pp. 33-51; María Consuelo Figueroa, *Revelación del subsole: Las mujeres en la sociedad minera del carbón 1900-1930*, Chile, Editorial ICSO Diego Portales, 2009.

¹⁰⁸ Esta regla debió ser aún más urgente considerando que, en las poblaciones de obreros, los baños eran de uso colectivo y se encontraban fuera de las viviendas.

punto de vista de las madres, mujeres desconocidas y de otra clase social, llegaban a sus propias casas a cuestionar la forma en que realizaban ciertas labores domésticas. Según las enfermeras:

“Si les hablábamos del aseo de las habitaciones se disgustaban, porque decían que las creíamos sucias; si se les recomendaba el ahorro del dinero y cuidado de sus ropas se molestaban porque lo tenían a menos remendar; en otra ocasión en que se les habló de la necesidad de tener una cama limpia y confortable en que descansar, sobre todo en caso de enfermedad, nos consideraron intrusas que todo les criticábamos”¹⁰⁹.

Con el paso del tiempo y luego de ver mejoras en la salud de los/as familiares, las esposas y las obreras lograron valorar y reconocer el trabajo de las enfermeras. De hecho, en los periódicos de las empresas se publicaron diversos agradecimientos con motivo del trabajo que ellas realizaban en los hospitales. Las comunidades agradecían las atenciones a los enfermos operados o aquellos que eran sometidos a largos tratamientos médicos.

Otro tipo de obstáculos estaba más asociado a la falta de recursos que impedían aplicar un concepto más integral de la salud. En este sentido, las enfermeras tuvieron que hacerse cargo de actividades que excedían el ámbito sanitario, aunque en directo vínculo con él. Por ejemplo, asumieron los cargos directivos de la Sociedad Mutualista Femenina en Schwager, tenían a su cargo las colonias escolares para niños y niñas y promovieron las actividades deportivas con el objetivo de fomentar en las horas libres una entretención sana y saludable¹¹⁰.

Las tareas prioritarias de las enfermeras en las industrias fueron cambiando a medida que disminuyeron los indicadores de mortalidad materna e infantil y se controlaba la propagación de enfermedades infectocontagiosas y venéreas a nivel nacional. Este cambio se produjo a mediados de la década de 1960 cuando se hicieron visibles los resultados de la nueva estructura que adquirió el sistema de salud chileno a partir de 1952. Como plantean Maricela González y María Soledad Zárate: para esa fecha “ya no se presentaban casos de viruela o tífus exantemático, mientras que disminuían drásticamente los enfermos de sarampión o poliomielitis, a causa de las masivas campañas nacionales de vacunación”¹¹¹. La tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual también se encontraban en retirada. Por lo tanto, el quehacer de las enfermeras dejó de tener el sentido de urgencia que caracterizó el inicio de su profesionalización, pudiendo transitar poco a poco hacia un terreno mucho más especializado en el campo de la higiene industrial y la salud ocupacional.

A partir de entonces, cobra relevancia el objetivo de asegurar al personal la preservación de su salud desde una perspectiva integral, es decir, preocupándose por la prevención de

¹⁰⁹ Riquelme, “Experiencias de una...”, *op. cit.*, p. 181.

¹¹⁰ *Op. cit.*, pp. 181-183. En el caso de Lota, la enfermera sanitaria Natalia L. de Schwencke presidió el Directorio del Club Femenino de Básquetbol Anita Lizana, desde su fundación (1937) hasta cuando se retiró del mineral (1942).

¹¹¹ González y Zárate, “Trabajo, miserias y...”, *op. cit.*, p. 2.

todo tipo de enfermedades que podían afectar el desempeño del trabajador. Así lo planteaba Nolfá Larrea Arrate, enfermera jefa del Servicio Médico de ENDESA, en unas Jornadas de Estudio de la Sociedad de Enfermeras de Concepción:

“la tendencia actual de los programas de salud ocupacional, está dando jerarquía a la solución de las enfermedades comunes, no específicas de riesgos laborales, como son los resfriados, la TBC, cardiopatías, neurosis, etc. Que dan un índice de ausentismo al trabajo muchísimas veces superior que los accidentes y enfermedades ocupacionales”¹¹².

Una de las preocupaciones más relevantes en este nuevo contexto fue la detección y el control de enfermedades cardiovasculares, identificadas en algunas empresas como la causa principal de las limitaciones de salud de los trabajadores y de su rendimiento laboral. Por esta razón, se realizaron diversos estudios para detectar los factores de riesgos de este tipo de enfermedades, pero también de aquellas que se producían en ambientes de trabajo inadecuados. Se estudiaron, por ejemplo, los niveles de ruido en algunas plantas y se hicieron controles de audiometría al personal expuesto.

Respecto de los programas de seguridad industrial, el accionar de las enfermeras fue más bien limitado, puesto que existían departamentos especializados que tenían dominio exclusivo sobre la prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Estos departamentos estaban a cargo de empleados con conocimientos en las actividades productivas de la empresa o en el manejo de las maquinarias. Como las enfermeras desconocían este tipo de información, concentraron su quehacer en la atención de primeros auxilios y en el mantenimiento de botiquines u otros implementos necesarios para realizar curaciones y operaciones. Además, actuaron como coordinadoras de otros servicios especializados de salud como la odontología, la oftalmología o la obstetricia. Esto porque los centros de salud de las industrias realizaban múltiples prestaciones que iban desde las consultas médicas, las atenciones domiciliarias y las hospitalizaciones hasta las interconsultas, las atenciones especializadas y la realización de exámenes y tratamientos.

Por otro lado, las enfermeras también participaron en programas de rehabilitación, siendo uno de los más relevantes el que buscaba ofrecer un tratamiento a los trabajadores alcohólicos. Sin embargo, hubo industrias que derivaban este tipo de casos a otros hospitales, tal como sucedió con la Siderúrgica de Huachipato. En esta empresa:

“El policlínico solamente atiende casos de emergencia (accidentes). El alcohólico casi no recibe atención en relación a su enfermedad, a menos que sean enviados a practicarse alcoholemia a fin de aplicarles con mayor objetividad las medidas disciplinarias (amonestaciones y suspensiones)”¹¹³.

¹¹² Larrea, “Consideraciones generales sobre...”, *op. cit.*, pp. 23-24.

¹¹³ Francisca Quezada, “Estudio de la situación actual de los alcohólicos pertenecientes a la Compañía de Acero del Pacífico sometidos a tratamiento antialcohólico en el Servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Regional de Concepción”, Chile, Universidad de Concepción, 1963, pp. 4-5.

Por esta razón, los trabajadores alcohólicos fueron atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional de Concepción. Por último, el cuidado de la salud en las industrias también se relacionó en este periodo con la actividad física bajo el concepto de salud-deporte. Su objetivo era reducir los accidentes deportivos, fomentar el acondicionamiento físico y lograr una mayor participación del personal y de su familia en las prácticas deportivas.

Aunque existieron diferencias en las políticas sanitarias de las industrias estudiadas, el deseo por mejorar la salud de los trabajadores fue predominante. En una primera etapa, esta preocupación excedió la esfera estrictamente productiva para incluir todos aquellos espacios en los que se desenvolvía cotidianamente el trabajador. Modificar el medio implicaba cambiar las características físicas del espacio, pero también las conductas que eran calificadas como inmorales, entre ellas, el consumo de alcohol. Desde ese punto de vista, las condiciones de salubridad fueron entendidas desde una dimensión física y moral, tal como plantearon los primeros defensores del higienismo. Por otro lado, el medio cotidiano del trabajador también incluía a las esposas y los hijos de los obreros, de acuerdo con el modelo hegemónico de la familia nuclear. Las enfermeras enseñaron a las mujeres a ser madres preparadas para la crianza de los hijos y, de esta forma, reforzaron el rol de la mujer como cuidadora no remunerada. Más tarde, la preocupación por la salud se concentró más bien en la figura del trabajador, aunque siguió manteniendo un carácter integral con énfasis en una higiene pública y privada.

CONCLUSIONES

A partir de este estudio es posible concluir cuatro ideas relevantes. En primer lugar, el Estado no fue el único actor que buscó facilitar el acceso de la población a la atención médica o a la educación sanitaria. Durante el periodo 1942-1970, las industrias también jugaron un papel fundamental, construyendo infraestructura sanitaria en las poblaciones para trabajadores/as, impulsando campañas educativas y contratando personal especializado en el cuidado de la salud. El proceso de industrialización promovido por el Estado desde la década de 1940 hasta comienzos de la década de 1970 se sustentó en una nueva mentalidad respecto a la clase trabajadora: era indispensable proporcionar una previsión social más justa y una seguridad laboral mayor para garantizar la paz social y el desarrollo productivo nacional. Así lo señaló, por ejemplo, el presidente Gabriel González Videla (1946-1952) en la inauguración de la Siderúrgica de Huachipato el año 1950. Por esta razón, las industrias nacionales orientaron sus esfuerzos hacia la ejecución de diversas prácticas de bienestar y control social que excedieron las condiciones contractuales mínimas y que se sustentaron en un aparato institucional, del cual las mujeres fueron su rostro más visible.

Las enfermeras fueron las principales encargadas de ejecutar este tipo de prácticas en el ámbito de la salud. Gracias a la incorporación del enfoque de medicina preventiva

y social, estas profesionales pudieron cumplir distintas funciones en el rubro industrial. Durante el periodo analizado, el proceso de profesionalización de los cuidados sanitarios continuó su desarrollo y se fue modificando de acuerdo con las necesidades sanitarias del país, las estadías de las enfermeras chilenas en Norteamérica y la revisión de los programas educativos de las carreras de Enfermería, con especial participación de las enfermeras docentes. Aunque este enfoque se consolidó con la creación de una escuela de enfermería en la ciudad de Concepción, el proceso de profesionalización de la Enfermería, tal como plantean Elizabeth Núñez *et al.*, se vio afectado por la centralización de los cuidados sanitarios. En este sentido, podemos plantear que la presencia de enfermeras en industrias situadas en el sur del país contribuyó, de una u otra forma, a descentralizar ese proceso.

En segundo lugar, las reflexiones de las enfermeras en torno al campo laboral industrial contribuyeron a consolidar el desarrollo de una voz propia –distinta a la del estamento médico– que les permitió influir en la delimitación y el reconocimiento de su profesión. Desde el año 1942 hasta 1970, ellas reflexionaron sobre su campo laboral a nivel general, pero también sobre sus funciones en espacios de trabajo no vinculados al Servicio Nacional de Salud (SNS). Uno de esos espacios fue la industria nacional en sus múltiples formas: minas, fábricas, usinas, refinerías, papeleras, entre otros establecimientos. Buscando resolver el problema de desconocimiento que existía respecto al trabajo sanitario en las industrias, las enfermeras publicaron diversos artículos en revistas vinculadas a instituciones de salud para referirse a su labor y rol en el rubro industrial. Todas estas reflexiones permitieron fortalecer el proceso de construcción de la identidad profesional, al tiempo que se creaban organizaciones propias para obtener representación y visibilidad en el espacio público.

Además, estas reflexiones fueron claves para conocer y enriquecer tempranamente el campo especializado de la higiene industrial y la salud ocupacional. El tránsito hacia este terreno mucho más especializado fue surgiendo a medida que se resolvían los problemas sanitarios de mayor urgencia a nivel nacional; nos referimos a la mortalidad infantil y la propagación de enfermedades infectocontagiosas. A comienzos de la década de 1940, el quehacer de las enfermeras en las industrias tuvo más bien un sentido de urgencia, pero cuando se hicieron visibles los resultados de las nuevas políticas de salud impulsadas por el SNS, las preocupaciones se volcaron hacia los accidentes laborales, las enfermedades profesionales, los factores de riesgo e, incluso, las enfermedades crónicas. Además, lo que en un principio fue preocupación exclusiva de las enfermeras sanitarias, después pasó a ser parte de la educación general de todas las enfermeras, de modo tal que la mayoría de las intervenciones en el medio industrial se sustentaron en una mirada integral –preventiva y social– de la medicina.

En tercer lugar, el trabajo de las enfermeras en las industrias permitió que estas profesionales actuaran como las principales implementadoras de las políticas empresariales en materia de salud y, desde ese espacio, establecieron un contacto directo con las familias de trabajadores/as. Sus funciones se concentraron en la atención médica inmediata, así como en la enseñanza de preceptos higiénicos orientados a mejorar el cuidado de la salud y la relación con el cuerpo. En especial, estas profesionales trabajaron en la difusión de

nuevas técnicas corporales que fueron más afines a los objetivos sanitarios nacionales y al interés empresarial de contar con una mano de obra más sana, productiva y preocupada de su rendimiento en el trabajo. Al respecto, es importante reconocer el carácter histórico de ciertos hábitos que hoy son considerados normales y básicos para mantener un buen estado de salud. Ya sea en relación con los cuidados de la madre y el recién nacido o en diálogo con la higiene personal y ambiental, dichos hábitos fueron enseñados y aprendidos en un tiempo y espacio determinados y cambiaron en función de los avances de las ciencias de la medicina y la enfermería. Sin embargo, aunque la explicación microbiana reemplazó la teoría miasmática de las enfermeras, la preocupación por mejorar las condiciones de salubridad en los espacios donde vivían los trabajadores siguió siendo un aspecto relevante de la educación sanitaria proporcionada por las enfermeras.

El número de enfermeras también permite dar cuenta de su importancia, siendo mayor que la cantidad de visitadoras sociales y las matronas tanto a nivel nacional como en el caso de las industrias analizadas. Aun así, hemos advertido un subregistro en la cantidad de mujeres profesionales que trabajaban en las industrias. En otras fuentes de naturaleza cualitativa, se hace referencia a la presencia de enfermeras, visitadoras sociales y matronas, pero en las cifras oficiales éstas no aparecen registradas. Por ejemplo, en una tesis de asistencia social se indicaba que en el año 1945 la compañía carbonífera de Coronel había aumentado su número de asistentes sociales y que en el año 1961 trabajaban en Lota un total de seis profesionales. Según la Dirección General de Estadísticas, entre los años 1953 y 1964 no trabajaron asistentes sociales en estas empresas. Ya sea por sesgos de género o por la incapacidad de recopilar antecedentes, la presencia de profesionales femeninas fue omitida en las fuentes estadísticas.

Por último, nos interesa enfatizar la importancia de la evolución de los hábitos de salud y el papel crucial desempeñado por las enfermeras en la profesionalización de los cuidados, lo cual reflejó un cambio significativo en la concepción de la salud al interior de los entornos industriales. En particular, la relevancia otorgada a la prevención llevó a estas profesionales a desempeñar un papel central como educadoras, transmitiendo los conocimientos necesarios para mantener un cuerpo sano. Ellas representaron un ejemplo destacado de la profesionalización de los cuidados, demostrando cómo el acto de cuidar dejó de ser visto como un proceso natural –asociado, en muchas ocasiones, a una supuesta esencia femenina–, para más tarde evolucionar hacia procesos sociales que requerían una planificación adecuada y la aplicación de una racionalidad científica. Lo que se buscaba era la aceptación de la población, sin resistencias, de los nuevos hábitos para el cuidado de la salud, asumiéndolos como el reflejo del progreso civilizatorio impulsado por los nuevos enfoques de la salud pública. El resultado esperado era el progreso y la modernización de la vida social y las enfermeras fueron una de las principales encargadas de trasladar esos ideales a los centros industriales.