



Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, N° 49, e083, enero-junio 2019. ISSN 2346-8971  
Universidad Nacional de La Plata.  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación  
Departamento de Historia

## Orígenes de la profesionalización de la enfermería y de las visitadoras de higiene en la ciudad de Santa Fe\*

Origins of the professionalization of infirmary and hygiene visitors in the city of Santa Fe

*Mariela Rubinzal*

*Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales-  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina*  
mariela.rubinzal@gmail.com

*Viviana Bolcatto*

*Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo-  
Universidad Nacional del Litoral, Argentina*  
vivianabolcatto@gmail.com

*Paula Sedran*

*Investigaciones socio históricas regionales-  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Universidad Autónoma de Entre Ríos,  
Argentina*  
sedranpaula@gmail.com

### RESUMEN:

Este artículo tiene por objeto identificar y describir los primeros desarrollos del proceso de profesionalización de la enfermería y de las visitadoras de higiene en la ciudad de Santa Fe durante la primera mitad del siglo XX. En función de ello, se analizan las concepciones, los recursos y las propuestas educativas involucradas en la formación de estos profesionales. Asimismo, se identifican los principales sujetos sociales que protagonizaron dichas transformaciones. Con tal fin, se realiza un análisis cualitativo sobre un corpus de fuentes documentales, tales como institucionales, normativas, asociativas, gubernamentales y periodísticas.

**PALABRAS CLAVE:** Profesionalización, Enfermería, Visitadoras de higiene, Siglo XX, Santa Fe.

### ABSTRACT:

The aim of this paper is to identify and describe the first developments of the professionalization process of nurses and hygiene visitors in the city of Santa Fe during the first half of the twentieth century. With that goal, the conceptions, resources and educational experiences involved in the training of these professionals are analyzed. Also, the main social subjects that participated in these transformations are identified. With that aim this paper conducts qualitative analyses on a corpus of institutional, legal, associative, government and journalistic documentary sources.

**KEYWORDS:** Professionalization, Infirmary, Hygiene visitors, Santa Fe, Twentieth Century.

### INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza los orígenes de la profesionalización de la enfermería y de las visitadoras de higiene en la ciudad de Santa Fe, en el marco de un particular contexto de modernización. El corpus a partir del cual se inicia nuestra investigación se compone de fuentes institucionales (gubernamentales, normativas, memorias de la Cruz Roja, de la Sociedad de Beneficencia, de la Asociación del Magisterio Católico y de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe) y periodísticas (diarios comerciales, católicos y revistas de asociaciones profesionales).

Desde el punto de vista de la historia política, se reconocen algunas líneas de continuidad enfocadas en la cuestión sanitaria. En efecto, gobiernos anclados en distintas culturas políticas trazaron medidas similares

Recibido: 22 de noviembre de 2018 | Aceptado: 15 de diciembre de 2018 | Publicado: 4 de enero de 2019

**Cita sugerida:** Rubinzal, M., Bolcatto, V. y Sedran, P. (2019). Orígenes de la profesionalización de la enfermería y de las visitadoras de higiene en la ciudad de Santa Fe. *Trabajos y Comunicaciones* (49), e083. <https://doi.org/10.24215/23468971e083>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional [http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR)

para enfrentar los problemas más agudos de la modernización regional. Es posible advertir, basándose en la bibliografía específica disponible, que desde la experiencia demoprogresista de Luciano Molinas (1932-1935) hasta los gobiernos conservadores de Manuel de Iriondo (1937-1941) y Joaquín Argonz (1941-1943), se aplicaron medidas de reorganización institucional y se diseñaron nuevas políticas públicas orientadas a atender tanto el estado de salud de los niños con altos índices de desnutrición como las necesidades de las familias trabajadoras.<sup>1</sup> La puesta en marcha de dichas políticas hizo necesario incorporar expertos y centralizar las iniciativas que distintas asociaciones civiles venían sosteniendo sin intervención sistemática del estado municipal y provincial.

Por su parte, la narrativa sociocultural de la enfermedad (Armus, 2007) posibilita abordar las distintas aristas de un proceso de profesionalización que examina el rol del estado en la construcción de la infraestructura sanitaria; las modificaciones producidas por las transformaciones institucionales, sociales, técnicas, entre otras; las condiciones materiales de vida y de trabajo, y sus efectos en los sectores populares. A partir de este prisma puede verse de qué forma ciertas condiciones, históricamente situadas en un contexto de modernización social, como por ejemplo la mortalidad infantil, supusieron oportunidades para desarrollar y legitimar políticas públicas y prácticas médicas sobre la población, así como justificar el uso de ciertas tecnologías y desarrollos institucionales. Teniendo en cuenta lo antedicho, el presente artículo analiza cómo fueron los primeros pasos de la profesionalización de la enfermería y de las visitadoras de higiene en la ciudad de Santa Fe. Dicho proceso tomó diferentes formas hasta llegar a la existencia de profesionales que ejercían la actividad a tiempo completo, a la formulación de reglas para el ejercicio de la profesión, a la creación de espacios de formación y a la constitución de una cultura profesional distintiva (Rubinzal, 2016).

En primera instancia, podrían diferenciarse analíticamente dos etapas en estas transformaciones: una, signada por una matriz religiosa y expresada en la figura de la *samaritana*; otra, en la que predominó el modelo profesional, representado por la *enfermería y las visitadoras de higiene*. No obstante, estas etapas no deberían entenderse como una progresión. Por el contrario, se trató de formas divergentes de ejercer el cuidado del otro que coexistieron e intercambiaron el lugar de preponderancia de acuerdo a variables como las características del Estado y de la implementación de las políticas públicas; a las particularidades del sistema de salud local; a las características de la modernización santafesina y a los desafíos que presentó aquí la cuestión social en las primeras décadas del siglo XX. Por esto, en la mayor parte del período coexistieron diferentes agentes, como las enfermeras empíricas devotas, aquellos que se formaron en la Cruz Roja, las samaritanas y las visitadoras de higiene. Si bien el Estado provincial estuvo a la vanguardia en materia sanitaria, no se vinculó directamente con la profesionalización de enfermeras/ros hasta 1947, cuando se creó una escuela en Santa Fe y otra en Rosario las cuales dependieron del Ministerio de Salud Pública.

## LA MATRIZ CATÓLICA EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS

La figura de la samaritana es central para esta indagación en la medida en que se mantuvo vigente como referente cultural del cuidado de la salud durante la primera mitad del siglo XX. La matriz católica, que contuvo a la figura de la samaritana, guió la práctica en enfermería de las mujeres de los sectores acomodados. El carácter caritativo de su labor también puede reconocerse en que la atención que brindaron a los sectores más pobres era estrictamente gratuita. Proveniente del discurso religioso, el samaritano es un sujeto dadivoso que, sin contar con otro capital que su capacidad de ayudar, puede hacer por el prójimo mucho más que cualquier religioso. La parábola del buen samaritano se encuentra en el Evangelio de Lucas y sintetiza una concepción sobre el Reino de Dios.<sup>2</sup> Si bien el samaritano atiende al desvalido, no lo lleva a su casa, ni le da todo su dinero. Es mucho menos de lo que pide Jesús, pero mucho más de lo que el común de los hombres parece estar dispuesto a hacer. En este sentido, las acciones del buen samaritano implican una respuesta operativa a una necesidad inmediata (en la parábola sería la situación frágil de un herido); ante un momento desafortunado (el ataque de los bandidos). En relación a lo anterior es importante resaltar que

los destinatarios del accionar de las samaritanas siempre fueron pobres, sobre todo mujeres, que atravesaban situaciones de enfermedad, viudez o pobreza extrema al momento de recibir su atención.

Las asociaciones católicas que actuaron bajo el designio del buen samaritano utilizaron una particular forma de intervención: las visitas domiciliarias.<sup>3</sup> Estas eran realizadas por laicos que relevaban los problemas que existían en los hogares pobres. De esta manera, se generaba un registro con los nombres y las necesidades de cada familia visitada cuyo objeto era dirigir el socorro de manera eficiente y, con ello, las y los visitantes se convertían en agentes intermedios entre las familias visitadas y la caridad (Vaca, 2013). Las damas de Caridad de San Vicente de Paúl, siguiendo el modelo católico francés, intentaron dar las respuestas que el estado no brindaba a problemas sociales (como la enfermedad, la vejez, la miseria y la desocupación) y de esta forma contribuyeron “a mantener determinadas relaciones de poder”. “Estas mujeres ocupaban un lugar significativo en la sociedad de tal manera “activaban redes sociales e institucionales de las que formaban parte para obtener los recursos a distribuir” (Vaca, 2013, p. 68).

Las mujeres de la Sociedad de Beneficencia en la ciudad de Santa Fe gestionaron, desde el período de formación del Estado, la atención sanitaria en el Hospital de Caridad.<sup>4</sup> La idea del cuidado amoroso, la caridad y la dádiva, esto es, una idea de cuidado del otro que era mucho más comprehensiva que la que terminaría primando como producto de la profesionalización de estas tareas y de la intervención directa del Estado sobre su gestión, se explicita en los documentos de la institución desde sus orígenes: “...esta Asociación que tiene por principal objeto concurrir allá donde hay una lágrima que enjugar, un padecimiento que aliviar, una miseria que remediar.”<sup>5</sup>

El funcionamiento de la Sociedad de Beneficencia estaba asegurado principalmente por las subvenciones que recibían de los poderes públicos a nivel nacional, provincial y municipal y también por las donaciones de particulares, de firmas comerciales y de escuelas (Genolet, 2004). Su actuación en el Hospital de Caridad fue muy importante porque se trataba de un nosocomio de grandes dimensiones que incluía el Asilo Buen Pastor y el Lazareto, un espacio de aislamiento destinado a los enfermos de lepra (Piazzesi y Bolcatto, 2011). La estructura del Hospital de Caridad, único lugar de atención hasta las primeras décadas del siglo XX, se fue ampliando con la incorporación de salas de distintas especialidades, como cirugía, radiología, otorrinolaringología, y nuevos servicios entre los que se encontraban los consultorios externos, los sitios para exámenes de diagnóstico, y las curaciones. Según algunas estimaciones, para los años cuarenta se atendían más de 13.000 enfermos internados cada año (Genolet, 2004: 63) además de las otras prácticas.

Otra faceta de atención de la salud que la gestión de las damas de la beneficencia de la ciudad capital y de Rosario permite poner en discusión es la especificidad que presentó en su concepción y prácticas la configuración temprana de un sistema de administración de cuidados para los enfermos y los desvalidos. Desde su creación, la Sociedad de Beneficencia no sólo cuidó de los sujetos que recibía en el Hospital de Caridad, sino que tuvo injerencia en decidir quiénes eran recibidos y quiénes no. Todo esto generó tensiones con el Estado a quien demandó sostenidamente erogación de recursos para el desarrollo de estas funciones (Sedran, 2014). Un ejemplo interesante de lo anterior es la moción, aprobada por asamblea anual de la SB, de construir un ala para presos en el Hospital. Según la mirada de las damas, estos sujetos no debían alojarse junto a los demás enfermos, pero no sólo por su supuesta peligrosidad sino porque además ya habían sufrido en carne propia las privaciones de un Estado que aún no se hacía presente de manera suficiente en el cuidado de la salud. Estas mujeres pensaban que los presos no eran sólo hombres peligrosos sino, antes bien “los que sufren en el lecho del enfermo las dolencias de sus propios excesos”.<sup>6</sup> Siguiendo esta línea argumentativa, se presentó un proyecto de ampliación del Hospital ante las socias, para que aprobasen solicitar los fondos al Estado provincial esgrimiendo que:

“Frecuentemente la justicia correccional se cumple en él [Hospital], en el que [se hallan] las personas que por su sexo no admiten promiscuidad de reclusión con los presos de la cárcel pública, única que existe hasta el presente entre nosotros. El Hospital de Caridad ha prestado en los años anteriores y presta actualmente importantes servicios a la moral pública y a la justicia correccional.”<sup>7</sup>

En este discurso, se acentúa la función de la piedad como alivio a los males sociales y con ella, el valor de las damas que son las únicas que pueden pacificar. Por lo tanto, luego de haber determinado el servicio prestado a la Justicia y reafirmado su función social indelegable, concluían que el “abandono en que se encuentran los enfermos de la cárcel pública” era la primera necesidad conseguir el dinero y mejorar el asilo.

Dicha idea del cuidado se materializó en la cotidianeidad del hospital en la labor de un grupo de monjas, traídas por la Sociedad y radicadas en la ciudad desde la creación del Hospital, que se ocupó de cuidar a los pacientes y cuyos estipendios también resultaron fruto de amargas lamentaciones de las damas. El atraso en su pago resultó frecuente pues, según dejaron sentado sucesivas presidentas en sus informes anuales, las rifas y los bingos no dejaban una recaudación suficiente y el Estado, dependiendo de sus vaivenes políticos y presupuestarios, no siempre era regular en su erogación de fondos (Dalla Corte, Ulloque y Vaca, 2015). Al momento, no se ha realizado un relevamiento que dé cuenta de la incidencia financiera de estas actividades, especialmente en relación con los subsidios estatales, en la primera mitad del siglo XX.<sup>8</sup> Existen, por ahora, dos mojonos para comenzar a reconstruir esta faceta del *desplazamiento* del financiamiento en prácticas de la salud: de un lado, el perceptible aumento de solicitudes de subsidios así como de actualización de los mismos -en muchos casos reclamados para pago de sueldos del personal del hospital- y de cumplimiento de obligaciones atrasadas, que las sociedades de Beneficencia (de la Capital, de Rosario y las nuevas que se fundan entre 1900 y 1930 en numerosas localidades de la Provincia);<sup>9</sup> de otro, el trabajo de relevamiento estadístico y presupuestario de los fondos destinados a beneficencia, sanidad y asistencia pública, que la Provincia compila y publica en ocasión de presentarse la creación del Departamento de Salud Pública en 1939.<sup>10</sup>

Si bien el Estado avanzó conforme transcurría la primera mitad del siglo sobre tareas que antes delegaba en la SB, es destacable cómo estas mujeres integraron no sólo otras asociaciones volcadas a la materia sino los comités de las primeras escuelas para enfermería creadas en la provincia<sup>11</sup> con lo cual el tejido del cuidado para la salud se forjó en buena medida por actores que sostenían la antedicha idea católica del cuidado. Otra vertiente institucional de esta idea se corporizó en la acción de la Asociación del Magisterio Católico<sup>12</sup> que, en octubre de 1935, organizó en la ciudad de Santa Fe un curso libre de Primeros Auxilios. El mismo estaba destinado a las maestras que muchas veces se encontraban en la necesidad de brindar primeros auxilios a sus alumnos. En primera instancia se cursaría en el Hospital de Caridad.<sup>13</sup> Una figura central de este primer espacio formativo fue Blanca Cabral de la Viña de Mulhmann porque, además de ser parte de la Comisión Directiva de la Asociación, era parte de la Cruz Roja y posteriormente fue una de las fundadoras de la entidad ALPI (Vallejos Indiana y Bolcatto Viviana, 2015). Muy activa en todos estos ámbitos motorizó, junto a Raquel Gómez Iriondo, la realización del curso de primeros auxilios alentada por la impresión que le causó el accidente de una maestra durante una actividad escolar. Las conversaciones con el Dr. Raúl Pujato<sup>14</sup> y otros médicos del Hospital fue muy entusiasta y se planteó que según el interés y los resultados alcanzados en esta experiencia se podría continuar con otros cursos de enfermería.<sup>15</sup>

La importancia de este curso radica en que dio puntapié a la formación de otros espacios. En efecto, el éxito de la convocatoria y el interés de las alumnas favorecieron al año siguiente la creación de una Escuela de Enfermería bajo el auspicio de la Asociación del Magisterio Católico. El plan de estudios fue adoptado del de la Cruz Roja Argentina y recibió autorización del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública de la Nación para funcionar en el domicilio del Colegio Nacional. Así, quedó establecida la primera Escuela de Enfermeras de Santa Fe el 17 de abril de 1936,<sup>16</sup> que contó con la colaboración de reconocidos médicos de la ciudad tales como los Dres. C. Gaggiano, Raul Cello, Carlos Guido Spina, Conrado Aparo y Antonio Occhi.



Primeras egresadas del curso de la Asociación de Maestras Católicas. Susana Aguirre Cullen; Nemesia G de Battion; Ana Bleisch; Delia Correa Iturraspe; Matilde Costa Casañas; Edith CostaRodríguez; Ma. Delia Crouzeilles; Livia Marina del Barco; Juana Iaffei; Alicia Maciel; Ma. Julia Pérez Arguello; Ma. Teresa Lecubarry; Julia Vecari; Raquel Gómez Iriondo. Archivo de la Cruz Roja Santa Fe.

Estas mujeres pertenecen a familias patricias de la ciudad capital. Culminado el primer curso, todas se ofrecieron para trabajar en el Hospital de Caridad y contribuir en la obra de asistencia social, pero esto fue imposible por “motivos de organización técnica.”<sup>17</sup> De tal manera, muchas de ellas se vieron “obligadas a quedarse en sus casas, inactivas.”<sup>18</sup> Fue entonces cuando surgió la idea de fundar un Consultorio Gratuito de la Escuela. La encargada fue la Señorita Raquel Gómez Iriondo (según las crónicas una “mujer moderna de porte elegante”) quien manifestó que cuando egresaron de la Escuela de Enfermeras tenían “una capacidad profesional y una noción del dolor distinta de la común que mueve a la filantropía y a la limosna; y que en cambio hace surgir un sentimiento de solidaridad un deseo de llegar con solicitud y amor hasta el que sufre.”<sup>19</sup>

Esta primera experiencia formativa asociada a la matriz católica estaba destinada exclusivamente a mujeres, aspecto que cambiará en otros espacios de profesionalización que abordaremos en seguida. De esta manera, la enfermería funcionaba como una extensión de lo doméstico y maternal (igual que la docencia) ya que como señala Ana Laura Martín la división del trabajo sanitario se estructuró respecto de cierta idea de la naturaleza femenina y masculina. En efecto, “los médicos se manejaban en el campo científico y las enfermeras, en cambio, en el empírico”. Así “bajo estas premisas la formación de las enfermeras tomó un sentido que tuvo menos que ver con el conocimiento y los saberes aprendidos y más con la naturaleza de sus agentes, sus conductas y sus aptitudes” (Martín, 2012, p. 2). En las páginas que siguen se analizará los cambios y pervivencias en la formación de agentes sanitarios ahora bajo una matriz laica.

## LA FORMACIÓN LAICA DE AGENTES SANITARIOS

A contramano de la tendencia general a feminizar la matrícula de las escuelas de enfermería (Martín, 2012; 2017), la Cruz Roja de Santa Fe creó una escuela de enfermeras y enfermeros.<sup>20</sup> Esta entidad también ofrecía

otras carreras asociadas a la enfermería tales como las samaritanas; las visitadoras de higiene social; y los guardavidas. En efecto, la "Escuela Mixta de Enfermeros de la Cruz Roja Argentina" fue inaugurada en 1940 rompiendo con el paradigma predominante que excluía a los varones de esta actividad y feminizaba casi absolutamente la tarea. La inauguración fue un evento destacado por la prensa al que asistieron el gobernador Manuel Iriondo, el jefe de la policía Luis Di Filippo, el presidente del Consejo General de Educación Lorenzo de la Torre, el intendente Francisco Bobbio, las damas pertenecientes a la Sociedad de Beneficencia, los miembros de la asociación del Magisterio Católico; también estaban presentes médicos y numeroso público.<sup>21</sup> La institución contaba con el apoyo de la parte más acomodada de la sociedad santafesina, que solía asistir a fiestas a beneficio de la entidad, por ejemplo en el Club de Polo y Equitación.<sup>22</sup> Los recursos eran destinados entre otras cosas a sostener los consultorios gratuitos que funcionaban en su sede de la calle 25 de mayo 1835 (un lugar céntrico de la ciudad) y que abarcaban desde clínica general, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, pediatría hasta reeducación muscular. También se colocaban vacunas e inyecciones; se realizaban curaciones y se entregaban remedios en forma gratuita.<sup>23</sup>



Archivo Florián Paucke de la Provincia de Santa Fe, S/F.

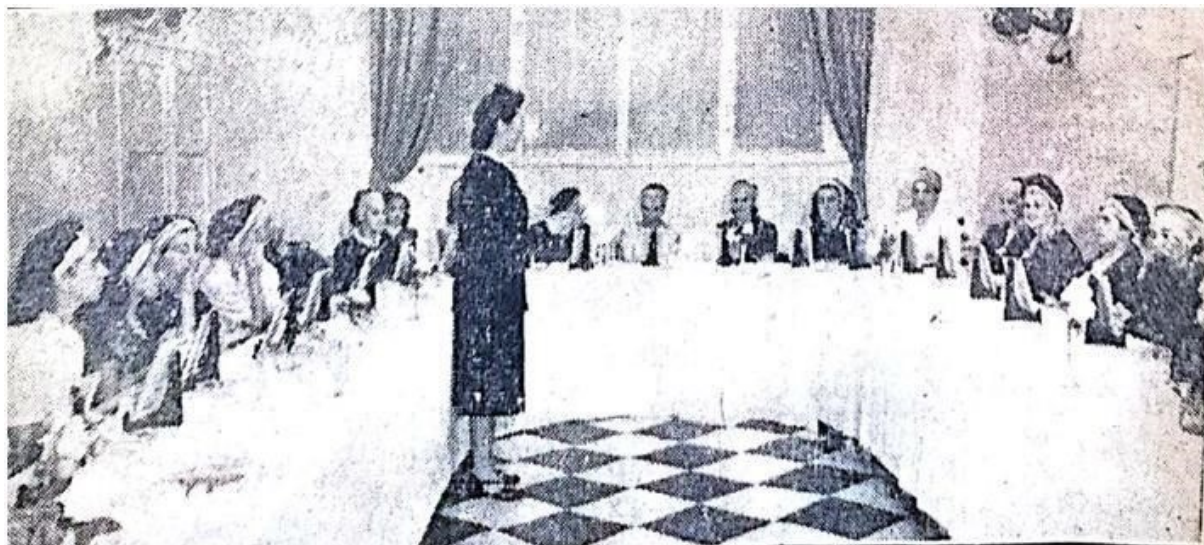
La Escuela de Enfermeros que dependía de la Cruz Roja desarrolló una importante tarea en la ciudad, ya que vino a llenar un vacío. Según la prensa, en los establecimientos hospitalarios santafesinos "venía actuando personal sanitario que salvo pocas excepciones no contaba con títulos habilitantes".<sup>24</sup> Tampoco existía una escuela "que completara sus conocimientos y le diera los elementos de preparación necesaria para llegar a ser una garantía de competencia lo que se explica en gran parte por el hecho de no ser nuestra ciudad un centro de estudios universitarios vinculados con el arte de curar como Buenos Aires, Rosario y otras ciudades."<sup>25</sup> En esta escuela las enfermeras y los enfermeros profesionales eran preparados por médicos que dictaban los cursos teóricos y prácticos entre los cuales estaban los doctores Antonio Tiscornia; Marcelo Engler; Luis E. Bonsembiante y Juan Maggi Zavalía. Algunos de ellos también actuaron como docentes en la Escuela de Servicio Social de Santa Fe creada en 1943. Los egresados de esta escuela se insertaban rápidamente en

distintos hospitales y sanatorios si contaban "con las aptitudes suficientes para el correcto desempeño en las delicadas tareas de auxiliares sanitarios."<sup>26</sup> Al finalizar 1943 se diplomaron 12 mujeres y 4 varones<sup>27</sup>: Edith Bello Leiva; Elvira Ayala; Teresa García Bagnarol; Blanca Lugones; Mary O. Rossatti; Belkis Rodríguez; Rosa Valero Mir; Sara T. de Lassaga; Dora Santos; Adriana C. de Pantalides; María Pardo Basilla Ayala; María H. de Cabrera, Luis Moreno; Alfredo Traverso, Silvio Roldán y Aeremar Soria. Las materias que debían cursar y aprobar en el primer año eran Anatomía, Puericultura, Primeros Auxilios e Higiene. En el segundo año Medicina infantil, Enfermedades infecciosas, Primeros Auxilios, Dietética. El tercer año estaba dedicado a cursar teoría y práctica.

Las actividades para recaudar fondos eran múltiples e incluían desde venta de cosméticos de alta calidad hasta ventas de refrigerios en diferentes eventos tradicionales, como por ejemplo la exposición anual de la ganadería y la industria en la Sociedad Rural. La promoción y la venta de productos cosméticos, bajo el asesoramiento de una profesional para lograr el cuidado de una piel sana, el maquillaje moderado en rostro y uñas, el arreglo del cabello y la higiene bucal y personal sirvieron a los fines de revalorizar los atributos femeninos. De esta manera, en las actividades de visibilización y recaudación de fondos se conjugaban la imagen de una mujer moderna, el consumo de nuevos productos cosméticos, las exigencias del mercado laboral y la importancia de la apariencia externa (Queirolo, 2015).



Stand de la Cruz Roja filial Santa Fe en la exposición anual de la Rural atendido por "damas, señoritas y niñas de nuestra sociedad". S/F.



Curso de belleza de Elizabeth Arden en el Hotel Castelar para recaudar fondos para la Cruz Roja Santa Fe. El Litoral, 20 de mayo 1950.

En junio de 1941, durante la gobernación de Joaquín Argonz, se produjo una reforma ministerial a través de la cual se creó el Ministerio de Salud Pública y Trabajo. La competencia de la sección dedicada a la salud pública era el estudio y diseño de la legislación sanitaria, la higiene social; las campañas y/o acciones de prevención y asistencia social; y la educación sanitaria. Esta área estaba a cargo de un Consejo General de Sanidad y se enmarcaba en la reorganización sanitaria que se había iniciado en 1932 bajo el gobierno demoprogresista de Luciano Molinas (Prol, 2009). Es importante señalar que los principales funcionarios de esta área pensaron tempranamente en una organización sanitaria integral. Bajo este prisma la enfermedad era considerada un hecho social que se relacionaba con los problemas económicos, sociales, laborales y educativos de la comunidad (Belmartino, Blosch y Persello, 2013).

En 1947 se crearon dos “escuelas de enfermeras,” una en Santa Fe y otra en Rosario, mediante un decreto del poder ejecutivo provincial. En ambas ciudades existían escuelas que “funcionan bajo el control de entidades privadas, las que a pesar de su buena voluntad, espíritu de sacrificio y decisión humanitaria, no han podido resolver todos los problemas vinculados con la enseñanza de esa especialidad asistencial.”<sup>28</sup> Lejos de ser desplazada, la Cruz Roja sostuvo su escuela de enfermería a pesar de que, al parecer, atravesaba dificultades económicas “insalvables” que implicaban problemas para adquirir el instrumental necesario. Según un periódico local, tampoco contaba con las instalaciones capaces de albergar a todas las aspirantes, ni reunía “las condiciones de higiene que requiere una enseñanza de este tipo.”<sup>29</sup>

La escuela de Santa Fe fue inaugurada el 12 de mayo de 1947 en el auditorio “María Eva Duarte de Perón” del Centro Antituberculoso. Estuvieron presentes las autoridades políticas como el Ministro de Salud Pública - Dr. González Loza; el Gobernador Dr. Waldino Suárez; el Ministro de Educación, Justicia y Culto Dr. Alberto Dummont; el Presidente del Consejo General de Educación Profesor Guibert. También asistieron autoridades militares, civiles y eclesiásticas, así como numeroso público.<sup>30</sup> Efectivamente, el discurso alineaba a la formación que se brindaban en estas escuelas con el peronismo en la medida en que se resaltaba que ahora las enfermeras “aprenden a defender al pueblo”.<sup>31</sup>

La modernización en materia sanitaria incluyó a las zonas rurales a partir de un ambicioso plan (1940)<sup>32</sup> de construcción de estaciones sanitarias (hospitales) distribuidas en forma homogénea en todo el territorio provincial. El plan incluía la licitación para la construcción de 61 hospitales con el objetivo de revertir la ineficaz e insuficiente atención sanitaria en dichas zonas. En la zona norte, por ejemplo, existían dispensarios en San Javier, San Justo, Helvecia, Reconquista, San Cristóbal, Tostado -entre otros- pero no contaban con



los recursos necesarios para la atención. Abelardo Irigoyen Freyre, por entonces presidente el Departamento de Salud Pública, señalaba que esta inversión -en el marco de la Ley 2858- pretendía transformar la realidad de los dispensarios rurales que “carecen de medios de conexión eficaces con los organismos sanitarios superiores, limitándose a realizar exclusivamente una tarea médico curativa incompleta y una reducida profilaxis por medio de la vacunación.”<sup>33</sup> Con la construcción y puesta en funcionamiento de los sesenta y un hospitales la provincia estaría “en condiciones de realizar una tarea médico-preventiva, curativa y social oportuna, controlar la higiene general a los efectos de la aplicación de las leyes y disposiciones sanitarias vigentes, y en lo que respecta a la educación sanitaria popular, desarrollar una acción directa y continuada”.<sup>34</sup>

Uno de los problemas que se plantearon al momento de diseñar este plan fue la necesidad de contar con un personal capacitado en forma permanente. La mayoría de los trabajadores sanitarios no residían en las zonas de los nuevos hospitales por lo que se resolvió incluir en el diseño de la planta del hospital rural una vivienda para alojar al personal. Los miembros de la clase alta santafesina participaron a través de donaciones de terrenos y también de la construcción completa de un hospital. El diario *El Orden* aplaudió estas iniciativas que argumentaba era muy común en otros países como Estados Unidos y poco frecuentes en el nuestro. Desde su perspectiva, aquí se esperaba que todo fuera acción del Estado en vez de que fuera el “resultado de una espontánea y constante concurrencia” de los organismos estatales y de los distintos sectores de la sociedad.<sup>35</sup> Las construcciones fueron realizadas con prontitud y al año siguiente de la puesta en marcha del plan (iniciado en 1940) se podían constatar la existencia de varios hospitales rurales en la zona cercana a la ciudad capital (Cayastá, Santa Rosa, Los Amores, Colonia Mascías, Villa Minetti, entre otros). Sin embargo, muchas de las construcciones permanecieron vacías por falta de la habilitación correspondiente con lo cual era muy difícil la aplicación del plan general de mejoramiento de la organización sanitaria.<sup>36</sup> Los edificios que se inauguraron en estos años fueron bendecidos y en muchos casos las habitaciones contaban con crucifijos.

Si bien la Escuela de la Cruz Roja proporcionaba personal habilitado para trabajar en los nuevos hospitales rurales, la disponibilidad de agentes era menor a la que se necesitaba. Los datos sobre egresados de esta escuela en la ciudad de Santa Fe durante sus primeros 7 años (1940-1947) fueron: 192 enfermeras y enfermeros; 48 samaritanas; 91 guardavidas; 9 instrumentadoras; 5 en especialidades que no se detallan en la fuente.<sup>37</sup> Para subsanar esta limitación en 1949 se crearon los Centros de Enseñanza para Enfermeras Rurales<sup>38</sup> dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Los estudios en estos centros educativos duraban un año, durante el cual se impartían conocimientos teóricos durante los primeros seis meses y, luego, sobrevinía una práctica intensiva en los hospitales rurales. El título que otorgaban era el de “Enfermera rural” que era una ocupación comúnmente ejercida por personas que contaban con un conocimiento empírico. “No cabe la menor duda, que en todos los ambientes campesinos, el establecimiento de tales centros, habrá de contribuir no solo a crear una profesión útil y humanitaria, sino a dotar a los hospitales y unidades sanitarias rurales del personal especializado que tanta falta hace.”<sup>39</sup> De esta manera se esperaba que los institutos rectificaran dos cuestiones: la insuficiente preparación de los auxiliares sanitarios y las magras remuneraciones.<sup>40</sup>

# CRUZ ROJA ARGENTINA

COMITE SANTA FE

25 DE MAYO 1835 - T. E. 15224



**¿Quiere Ud. ocupar su tiempo libre  
siendo útil a sí mismo y a la Sociedad?**

He aquí varias formas:

**Samaritanas** (1 año de duración)

**Enfermeras y Enfermeros** (3 años)

Requisitos para ambas carreras: 16 a 35 años,  
certificados de 6º grado, de salud y de buena  
conducta.

**Visitadoras de Higiene Social** (Escuela  
oficializada por el Sup. Gobierno de la Pcia.,  
decreto 4/VII/1945.

Requisitos: Ciclo básico o estudios secundarios.  
Certificados citados.

**Guardavidas**

Requisitos: Práctica natatoria. Certificados citados.

IMP. SANTA FE - SAavedra 1710

Publicidad de 1950. Archivo de la Cruz Roja Argentina.

Paralelamente, la Cruz Roja invitaba a la sociedad santafesina a “ocupar su tiempo libre siendo útil a sí mismo y a la sociedad” ofreciendo cursos diferenciados de samaritanas (un año de formación); enfermería (tres años); visitadoras de Higiene Social y guardavidas. El caso más paradigmático de dichas mujeres que “ocupaban su tiempo libre” en asociaciones vinculadas a la salud pública era el de Blanca Cabral de la Viña de Mühlmann, quien logró interpelar a otras mujeres también preocupadas por las enfermedades que amenazaban en la época, como por ejemplo la poliomielitis (Vallejos y Bolcatto, 2015). Ellas llevaron adelante la organización de una filial santafesina de la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), fundada el 17 de diciembre de 1943. La problemática también convocó a las primeras egresadas del curso de enfermería de 1935, algunas de las cuales participaron en la Comisión Directiva de ALPI, como la presidenta Susana Aguirre Cullen de Sandaza Iturraspe (enfermera diplomada y luego tesorera de la Cruz Roja). Una de las acciones interesantes para destacar constituyó el otorgamiento de becas, que fueron significativas para estimular la profesionalización de enfermeras, aunque son aún materia de investigación futura para el caso santafesino.

En síntesis, pudo constatar el papel prioritario de la escuela de la Cruz Roja de Santa Fe en la formación de enfermeras y enfermeros en la ciudad capital. El Estado mantuvo un papel secundario en esta materia hasta el gobierno peronista, cuando se crearon las escuelas provinciales. Sin embargo, es de destacar el plan de formación de enfermos rurales en el marco de una modernización sanitaria que se inicia durante los gobiernos conservadores. Por otra parte, hay que señalar el protagonismo de las visitadoras de higiene que actuaron junto a las enfermeras en estos nuevos hospitales y a las cuales nos referiremos en el último apartado.

## LA MODERNIZACIÓN SANITARIA LOCAL Y LA SALUD PÚBLICA

Durante las primeras décadas del siglo XX gobiernos provinciales de distintos signos (radicales, demoprogresistas y conservadores) compartieron la preocupación por el estado de la salud pública. Como ha señalado Viviana Bolcatto (2015), ciertos indicadores cuantitativos comenzaron a preocupar a las autoridades provinciales y municipales. Al acercarse los años treinta, se hizo más notoria la disminución del crecimiento vegetativo de la población, que llegó en 1937 a ser de 11,7 por mil, índice cercano a las provincias de Jujuy y Catamarca con 17, 3 por mil cada una. Concretamente, la disminución del crecimiento vegetativo, a causa de la reducción del arribo de inmigrantes luego de la Primera Guerra Mundial; por el aumento de prácticas para evitar nacimientos; y por la alta tasa de mortalidad infantil, constituyó un nuevo foco de atención y generó estrategias de acción de las autoridades estatales en las principales ciudades del país en torno a un nuevo destinatario: el binomio madre-hijo.

La disminución del índice de natalidad sembró en los médicos el interrogante acerca de sus posibles causas y de las medidas necesarias para apuntalar el aumento de población. En los primeros meses de 1901 se puso en marcha en la ciudad de Santa Fe un Censo Sanitario de Habitación, estipulado por un decreto del Intendente Sixto Sandaza (Collado, 1998). Éste apuntó a conocer el estado higiénico de la ciudad para colocar a la Asistencia Pública en condiciones de adoptar un plan general de saneamiento. También, se pautó la publicación en el periódico *Santa Fe* de datos precisos de la labor realizada por la Asistencia Pública: servicios prestados, pacientes atendidos en consultorio, visitas médicas a domicilio, recetas despachadas por las farmacias, desinfecciones realizadas, curaciones practicadas, partos asistidos y servicios de ambulancia.<sup>41</sup> En la prensa, también, se manifestaron estrategias para propender que la población aceptara la intervención médico-estatal en sus prácticas de salud. Resulta significativo considerar cómo se reproducían habitualmente discursos médicos y estudios estadísticos relacionados con temas de salud y se sugería enfáticamente a sus lectores optar por la consulta médica en lugar de otras prácticas más arraigadas, como el curanderismo. Respecto de la figura del curandero, tuvo una presencia importante en el territorio provincial, conforme avanzaba la primera mitad del siglo se consolidó como una categoría recurrente para denunciar una variedad de prácticas y sanadores *alternativos*. Incluso, hacia 1950, seguía constituyendo materia principal de persecución institucional.<sup>42</sup> El “flagelo” del curanderismo estuvo asociado al ejercicio ilegal de la obstetricia, que debía ser regulado por el Consejo de Higiene. La prensa local se ocupó de algunos casos, que planteó con espectacularidad y a través de los cuales cimentó los ejes clásicos de denuncia contra el curanderismo: la estafa económica y el peligro para la salud<sup>43</sup> ya que existían muchos sujetos “... que con tal tarea hacen su 'agosto', haciendo víctimas y levantando una fortuna en poco tiempo.”<sup>44</sup>

En correlación con la difusión de estas ideas y su legitimación entre sectores más amplios de la sociedad, para situar el contexto de surgimiento de la profesionalización de la enfermería es necesario considerar los aspectos institucionales y normativos de la puesta en marcha de la acción estatal en materia de salud pública. Como marco de este conjunto de medidas, se destaca que el régimen federal de Argentina, el cual garantiza a las provincias el ejercicio de la administración de justicia, su régimen municipal y la educación primaria, legitimó en cuestión sanitaria la coexistencia de organismos provinciales, municipales, asociaciones filantrópicas y étnicas. Si bien existieron algunos intentos de centralizar la autoridad sanitaria

en un organismo con atribuciones de alcance provincial, esto no se logró hasta el gobierno demoprogresista (1932-1935). En 1932 se creó la Dirección General de Higiene, a través de la ley denominada de Sanidad, que organizaba una estructura con diferentes áreas (higiene, farmacia, veterinaria, bromatología). Además, se abrieron dispensarios y Consejos Médicos radicados en las ciudades de Santa Fe y Rosario. Posteriormente, en 1939 se creó el Departamento de Salud Pública el cual tenía como función el control y la coordinación de acciones en el ámbito de la “higiene pública, las condiciones del ambiente laboral y la asistencia médico social” (Macor y Bacolla, 2009). Unos años después, en 1941, se creó el Ministerio de Salud y Trabajo dentro del cual se insertó el Departamento Provincial del Trabajo y otras dependencias dedicadas a la maternidad y al salario. Es importante enfatizar esta evolución institucional ya que la provincia de Santa Fe fue la primera en crear un ministerio de Salud en el país, previo a los años peronistas.

En el plano legislativo, se sancionaron leyes que fueron importantes no sólo por sus objetivos, entre los cuales se destaca la citada lucha contra la mortalidad infantil, sino por su visión centralizadora, integral y racionalista de la acción social. Durante el gobierno de Iriondo, en 1938, la Ley 2608 de Asistencia Social y Hospitalaria trazó un plan general de construcción, instalación, sostenimiento y subvención de establecimientos sanitarios como hospitales, colonias de niños débiles y convalecientes, colonias de alienados, institutos de diagnóstico y tratamiento del cáncer. En ella, se estipuló que el funcionamiento de las instituciones sanitarias podía estar en manos de las municipalidades o comunas, o de las sociedades de beneficencia.

Una muestra de la perspectiva integral señalada puede hallarse en la conformación de los organismos estipulados por la mencionada ley. La Comisión de Hospitales y Asistencia Social, creada para implementar los distintos aspectos que establecía la legislación y realizar tareas de investigación, estaba dirigida por un presidente y dos vocales, los cuales debían ser médicos con cinco años de ejercicio profesional y con antecedentes probados en materia de organización hospitalaria y asistencia social. También se estipulaba la incorporación de personal técnico: un contador, un médico inspector y un ingeniero-arquitecto para asesorar al Poder Ejecutivo respecto la mejor forma de llevar a la práctica el plan general de creaciones y subvenciones hospitalarias y de información, organización y regulación de la asistencia social (Rubinzal, 2014).

En paralelo, se sancionó la Ley 2.607 (1938) que creaba la Comisión provincial de la Vivienda Popular. Esta ley pensada para dar una respuesta a la demanda de viviendas dentro de los sectores populares estaba directamente relacionada con la salud pública. De esta manera, se argumentaba que las pésimas condiciones de los hogares pobres, que carecían de los servicios básicos y de las condiciones arquitectónicas adecuadas como luz, ventilación y espacio físico suficiente, propagaban las enfermedades infectocontagiosas (sarampión, escarlatina, difteria, gripe, varicela, tuberculosis, sífilis congénita, entre otras) sobre todo en los niños. Por ello, la ley estipulaba la construcción de viviendas para obreros y empleados que comprobaran sus antecedentes de moralidad y buenas costumbres, y que no poseyeran otros bienes raíces cuyas rentas superaran un mínimo estipulado.

Una tercera norma especialmente significativa en relación al cuidado de la salud fue la Ley de Asistencia Social 3069 de 1942, direccionada principalmente a cubrir las necesidades primarias de los niños para combatir la mortalidad infantil (Rubinzal, 2014). De alguna manera, esta norma puede entenderse como un intento de revertir los problemas de salud infantil estructurales que no se habían podido vencer con otras medidas como el suministro de la Gota de Leche, la reglamentación para la atención de lactantes y la atención en los consultorios externos de la Clínica del Niño. Sus principales objetivos incluían establecer comedores infantiles, proveer vestimentas, organizar turismo escolar, implantar cursos anexos a fábricas y talleres, formar centros culturales, establecer colonias de vacaciones, propiciar el turismo y estimular la realización de espectáculos, conciertos, etc. Lo interesante de esta ley es que buscó articular distintas aristas de la problemática social y dispuso el trabajo conjunto del Departamento de Sanidad, el Consejo General de Educación y el Poder Ejecutivo provincial. Como ha sido establecido (Rubinzal, 2016) se trató de una norma de vanguardia en la medida en que estipulaba la provisión de insumos tanto materiales como culturales para

el desarrollo de la niñez. Este aspecto fue remarcado por los actores de la época que argumentaban que era la ley más completa del país.<sup>45</sup>

Estas transformaciones institucionales y políticas implementadas dan cuenta de un desarrollo notable en materia sanitaria. El Estado provincial avanzó en la profesionalización con la creación de la Escuela de Servicio Social en 1943 y la Escuela de Enfermería en 1947. Con anterioridad a los años cuarenta, los agentes sanitarios auxiliares de médicos se formaban en la ciudad en diferentes espacios y bajo distintas modalidades.

## LAS VISITADORAS DE HIGIENE SOCIAL EN SANTA FE

En nuestro país la profesionalización de las visitadoras de higiene, a diferencia de otros casos latinoamericanos, estuvo impulsada por las Universidades estatales. No obstante, la iglesia y diferentes agrupaciones laicas -que mencionamos en el segundo apartado- constituyeron un antecedente importante de este proceso en la medida en que contaban con experiencias en intervención social (visitas domiciliarias, provisión de ayudas, atención de enfermos) y en registro de datos. El primer espacio de profesionalización se creó en 1924 con la carrera de Visitadoras de Higiene Social dependiente del Instituto de Higiene, radicado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Esa experiencia fue el modelo para otras escuelas como la creada por la Cruz Roja Argentina. En este espacio de formación se concatenaban tres títulos: el de samaritana en el primer año, el título de Enfermera habilitada para actuar en hospitales o dispensarios al segundo año y, recién al cumplimentar el tercer año, se recibían de Visitadoras (Oliva, 2015).

En Santa Fe la Escuela de Visitadoras de Higiene Social de la Cruz Roja, estuvo dirigida por el doctor Lorenzo García, quien aseguraba que este espacio de formación ofrecía “elementos disciplinados, habituados al uso de un lenguaje y de un método uniformes” a los poderes públicos.<sup>46</sup> Muy especialmente recalca que esta escuela daba a la mujer santafesina que estaba “ansiosa de volcar su afectividad y el caudal de sus nobles impulsos, un camino abierto a la creación y recreación de la emotividad productora.” De esta manera reproducía los elementos esenciales de las representaciones de un paradigma maternalista muy difundido entre los funcionarios y médicos de la época respecto a las agentes sanitarias, aunque también englobaba otras ocupaciones que desarrollaban las mujeres en el mercado de trabajo.

Las funciones de las visitadoras -según García- eran: en primer lugar, la asistencia profiláctica de los individuos, las familias y los grupos a partir de aplicar una vacunación específica; difundir medidas de higiene y normas de conducta en relación con los hábitos domésticos (por ejemplo, el aseo). La idea que subyace en estas prácticas es que la higiene pública se va construyendo sobre los hábitos propios de la higiene privada. En segundo lugar, las visitadoras estaban preparadas para la asistencia materno- infantil lo cual implicaba el acompañamiento de la mujer embarazada a los Centros de Salud para someterse a los exámenes periódicos para “eliminar su natural temor, la reserva, la desconfianza, el falso pudor de toda mujer en dichas condiciones fisiológicas”.<sup>47</sup> La visitadora hacía de mediadora entre el médico y la embarazada asegurándose de que se cumplan las instrucciones de aquel. Luego del nacimiento la visitadora podía colaborar con la madre “en la preparación y aplicación práctica de medidas higiénicas y dietéticas, dictadas por los médicos o profesionales a cargo del niño.” En tercer lugar, las visitadoras estaban capacitadas para lo referido a la higiene escolar. Los estudios la preparaban para observar los “groseros defectos físicos, sensoriales y también psíquicos” de los niños. Puede relevar las condiciones de vida del escolar, de la vida familiar, de la alimentación, del vestido y de los hábitos de quienes tienen relación directa con los niños. Por último, las visitadoras podían trabajar en las clínicas especializadas contra las enfermedades sociales (como la tuberculosis, la sífilis y la lepra). Especialmente estaban preparadas para impartir conocimientos en lo que respecta a la profilaxis y la prevención de dichos males. Por último, también tenían la función de divulgación sanitaria tan necesaria a la hora de erradicar una enfermedad social.

Esta escuela funcionó bajo las reglas de la Cruz Roja Internacional: “todo su personal sigue la tradición cruz rojista: desempeña sus cargos ad honorem, en una verdadera posición de 'maestros'.” Se pensaba a este espacio como “un centro de defensa social”. Esto implicaba trabajar para toda la comunidad humana, respondiendo a las necesidades del ambiente y a “los nuevos conceptos de protección de la salud, que es decir, protección del hombre en lo que es la razón de su fuerza y su equilibrio.”<sup>48</sup> Las visitadoras son auxiliares ineludibles de los médicos porque:

“La Visitadora trata al individuo en función social, como un elemento de la colectividad y dentro de su propio medio, para determinar sus influencias recíprocas: desentraña causas, para aminorar sino evitar, consecuencias: desarraiga la cicuta en el vasto predio ciudadano o rural donde los hombres se agrupan; su escenario es la calle, el barrio, la casa de los otros, previniendo, orientando, buscando el mal en sus raíces, levantando la vida al sol y al aire puro.”<sup>49</sup>

Así como en este discurso la visitadora tiene una fuerza y energía vivificadora (es la que levanta la vida y el aire puro por sobre el mal) para otros como el Dr. José E Milesi, director de la Escuela de enfermeras, enfermeros y samaritanos, las mujeres tienen una “misión ante el que sufre”. Esto implicaba acercarse “con humildad” al lecho del paciente cuando el médico reclama su presencia y ejerciendo la “piedad” debían reconfortar “al enfermo que requiere sus cuidados, y hagan menos pavorosas las horas de la fiebre o el desfallecimiento, o menos terrible la agonía de la muerte en los prematuramente desahuciados.”<sup>50</sup> Milesi destacaba la importancia de la caridad cristiana que según su perspectiva tenía la facultad de hacer más bueno e indulgente a las personas. También valoraba la aplicación en el estudio ya que las alumnas debían demostrar en “rigurosas pruebas exámenes que han adquirido la capacidad y competencia deseada”. Estas ideas constituyen el núcleo de las expectativas de los directores de la escuela respecto sus estudiantes (las visitadoras, enfermeras y samaritanas eran en su mayoría mujeres, aunque se constata la presencia minoritaria de varones) independientemente de la carrera que eligiesen. Sin embargo, existían diferencias importantes. La formación de samaritanas por la Cruz Roja en diferentes lugares del país (a partir de 1928) estaba orientada a impartir conocimientos de primeros auxilios y cuidados especiales a niños y enfermos, pero “de ningún modo consideraba que este tipo de formación fuera equiparable al de las enfermeras”.<sup>51</sup> Tenían que cumplimentar con un año de instrucción y podían colaborar en hospitales y en situaciones de emergencia. No obstante, en las décadas del treinta y del cuarenta, muchas samaritanas se incorporaron como enfermeras en hospitales y sanatorios aún sin estar diplomadas (Martín, 2012) por lo cual no es desatinado pensar que esto podría haber suscitado conflictos con otros agentes sanitarios.

La Escuela de Visitadoras de Higiene Social de Santa Fe fue trasladada: funcionó desde 1951 hasta 1956 en la Escuela de Servicio Social (creada en 1943 por el estado provincial).<sup>52</sup> Esta fusión coincidió con el cambio de nombre de la institución educadora, que por el decreto N°1897 (1951) pasó a denominarse Liceo Social.<sup>53</sup> A partir de esta incorporación se generó una serie de inconvenientes organizativos y educativos: desde la coexistencia de dos centros de estudiantes (uno para cada carrera) hasta la reforma de los planes de estudio. Después de muchos debates e intercambios con directivos del Liceo Social de Rosario, a finales de 1951 se elevó el proyecto del nuevo Plan de Estudio al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. El Plan de estudio para la formación de Visitadoras de Higiene Social (1952) se dividía en tres años: durante el primero los y las estudiantes debían cursar Higiene general y especial; Psicología aplicada; Asistencia Social Alimentaria; Servicio Social; Anatomía y Fisiología; Bacteriología y parasitología; Trabajos Prácticos. El segundo año tenía previsto el cursado de Maternología y Puericultura; Patología General; Psicopatología e Higiene mental; Estadística metodológica; Medicina Social; Enfermedades infecciosas; Trabajos Prácticos. Para el último año se dispuso el cursado de Higiene Escolar; Tisiología y Epidemiología; Salubridad aplicada y Ética profesional; Química y Laboratorio sanitario; Seminario Médico Social. Además de aprobar las materias y los trabajos prácticos, las y los estudiantes debían presentar “una tesis o trabajo de investigación.”<sup>54</sup>



Curso Visitadoras de Higiene, 1952. Archivo de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe.

La matrícula venía decreciendo por lo que las autoridades decidieron flexibilizar las condiciones para el ingreso y el cursado. Se reemplazó el examen de admisión por una “prueba de carácter vocacional” y se eliminó el pago de la matrícula y los derechos de examen. Esta cuestión finalmente se “resuelve” transitoriamente en 1953 por el efecto del cierre del Liceo Social de Rosario (Britos, 2003) y la afluencia a Santa Fe de las alumnas rosarinas con el objetivo de terminar sus estudios. No obstante, la disminución de estudiantes parecía seguir siendo un problema. Entre otros inconvenientes, las becas eran insuficientes y se asignaban en forma tardía, por lo que muchos estudiantes debían volver a sus hogares. Para solucionar este aspecto del problema, se creó un internado para los estudiantes provenientes del interior provincial. Finalmente, en 1956, por el decreto N° 6985, se restituye la Escuela de Visitadoras de Higiene Social a la Cruz Roja Argentina que había sido su creadora.

En este sentido, pudimos observar que las formaciones de enfermería y visitadoras de higiene eran complementarias en el sentido de que la primera atendía al individuo enfermo y la segunda apuntaba a los factores sociales y a la prevención de la enfermedad. Al mismo tiempo puede verse un Estado que comienza a tomar en sus manos la formación de agentes que pudieran llevar a cabo las políticas públicas integrales en salud que caracterizaron a esta provincia desde los años treinta.

## CONCLUSIONES

Los inicios de la profesionalización de la enfermería y de las visitadoras sociales en la ciudad de Santa Fe, se dio en un contexto de modernización social en el cual la sociedad civil impulsó iniciativas que marcan diferencias y continuidades con las respuestas del siglo previo. Así en el proceso de profesionalización se

puede señalar que la vertiente religiosa predominante en el siglo XIX continuó presente. A este respecto, puede identificarse que la matriz religiosa presenta un carácter cultural-civilizatorio, que emana no sólo de lo estrictamente religioso sino de una tradición de cuidado del otro muy asociada, en la historia local, a la labor de las mujeres de la élite. La institución que simboliza esta vertiente desde la formación del Estado provincial es la Sociedad de Beneficencia. Ahora bien, es destacable que la incidencia de estas damas no fue sólo caritativa. En todo caso, sería más preciso decir que su acción caritativa estructuró su acción en la esfera pública. En efecto, la negociación que llevaron adelante de manera sostenida con el Estado por recursos para el sostenimiento de la labor social que éste les encomendó, sentó los cimientos de una tradición de acción social sobre la salud de los sectores menesterosos que perduró en la primera mitad del siglo. Estas prácticas se alejan del ideal maternalista en cuanto aparecen algunas mujeres que lejos de ser agentes pasivos de un mundo habitado exclusivamente por varones, ocuparon un lugar en el espacio público e interpelaron al estado (Nari, 1995; Rubinzal, 2014; Martín, 2017; Gravila, 2018). Por otro lado, la figura de la mujer bondadosa, amorosa, caritativa, que ayuda en tanto es una buena cristiana, una buena samaritana, impregnó los primeros alientos de la profesionalización de la enfermería. Ello puede comprobarse no sólo en qué instituciones marcaron los primeros pasos (Magisterio Católico) sino en la pervivencia de la figura de la samaritana hasta -al menos- los años cincuenta.

Otra línea de continuidad puede describirse como la adscripción social de los sujetos sociales que motorizaron, hasta la primera mitad del siglo, las iniciativas más estables en materia de la formación de profesionales del cuidado de la salud. Como vimos, si bien el Estado provincial impulsó acciones crecientemente integrales en materia de salud pública, no tomó la iniciativa sistemática en la formación de recursos humanos hasta fines de este período trabajado. Fueron el Magisterio Católico y la Cruz Roja las organizaciones que más avanzaron en esta cuestión. Sin embargo, la elite santafesina fue protagonista de estos cambios, integrando las comisiones y direcciones de estas instituciones, gestionando recursos y tendiendo redes. En ellas las mujeres tuvieron un lugar destacado, convocando por lo general a sus esposos e hijos profesionales.

Por lo que hemos podido recabar, sobresale una cierta confluencia de tradiciones distinguibles que se corporizaron en iniciativas primeramente asociacionistas y luego más firmemente estatales de formación de profesionales del cuidado de la salud. Dentro de estos avances, tanto la vocación samaritana, como la preocupación estatal por la salud pública aparecen en una relación de complementariedad y tensión, corporizada en la iniciativa de la formación de las enfermeras y visitadoras de higiene de la Cruz Roja, cuyas autoridades proponían formar *elementos disciplinados para los poderes públicos en función de los nuevos conceptos de protección de la salud* aunque ello se sostenía en la predisposición natural de las mujeres dispuestas a *canalizar su afectividad y sus nobles impulsos*. Dicha relación se resolverá, entendemos, conforme se llegue a promediar el siglo.

## FUENTES DOCUMENTALES RELEVADAS

Actas de la Asociación de Maestras Católicas 1934, 1935, 1936, 1937, 1938

Archivo de la Cruz Roja Argentina – Filial Santa Fe

Diario El Litoral

Diario El Orden

Diario Santa Fe

Discursos editados de Abelardo Irigoyen Freyre

Entrevista a la directora de la Escuela de la Cruz Roja Argentina – Filial Santa Fe

Informe del Congreso de Sanidad 1939

Memorias de la Sociedad de Beneficencia Santa Fe.



*Unificación y coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico-social de la Provincia de Santa Fe*, Gobierno de la Provincia de Santa Fe, Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto, 1939. Archivo General de la Provincia de Santa Fe.

## REFERENCIAS

- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Biernat, C., Cerdá, J.M. y Ramacciotti, K.I. (2015). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Belmartino, S., Bloch, C., Carnino, M.I., y Persello, A.V. (2013). *Fundamentos Históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960*. Argentina: PAHO/WHO, IRIS.
- Britos, G. (2003). *Asistencia Social en Rosario. Historia de su formación profesional*. Rosario: UNR.
- Bolcatto, V. (2015). Centralización de políticas sanitarias en Santa Fe 1932. *Jornadas de Investigación de la Facultad de Trabajo Social*. Paraná: UNER.
- Carrère, E. (2015). *El reino*. Barcelona: Anagrama.
- Collado, A. (1998). *La higiene pública en el proyecto modernizador de la ciudad. El caso de Santa Fe 1880-1910*. Santa Fe: CEHIS/UNL.
- Dalla Corte Caballero, G., Ulloque, M., y Vaca, R. (2015). *En defensa del Hospital Madre. Mujeres de la Sociedad de Beneficencia de Rosario*. Rosario: Prohistoria.
- Gavrila, C.C. (2015). Visitadoras de Higiene y de Servicio Social en la génesis del Trabajo Social. *Los Trabajos y los Días*, 4-5. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10915/52823>.
- Genolet, A. (2004). *La problemática de la asistencia social en un contexto de cambios (de la crisis de 1930 al fin de la guerra). La experiencia de la Escuela de Asistentes Sociales de Santa Fe y sus primeras egresadas* (Tesis de Maestría), UNER, Paraná.
- Macor, D. (Ed.) (2012). *Signos Santafesinos en el Bicentenario, Gobierno de la Provincia de Santa Fe*. Santa Fe: Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de <http://www.espaciosantafesino.gov.ar/producciones/es-ediciones/p8/signossantafesinos-en-el-bicentenario.php>.
- Macor, D. y Bacolla, N. (2009). Centralismo y modernización técnica en la reformulación del Estado argentino. El caso provincial santafesino, 1930-1950. *Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 20(2), 115-138.
- Martin, A.L. (2012). Cuidar en Buenos Aires. La enfermería porteña (1886-1940). *V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad*. Buenos Aires.
- Nari, M. (1995) Feminismo y diferencia sexual. Análisis de la Encuesta feminista Argentina de 1919. *Boletín del Instituto Ravignani*, 12.
- Queirolo, G.A. (2015). Dactilógrafas y secretarías perfectas: el proceso de feminización de los empleos administrativos (Buenos Aires, 1910-1950). *Historia Crítica*, 57, 117-137.
- Oliva, A. (2007). *Trabajo Social y lucha de clases: Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Piazzesi, S. y Bolcatto, V. (2011). *Hospital Iturraspe. 100 años*. Santa Fe: UNL.
- Prol, M. (2009). *El Estado Nacional y la provincia de Santa Fe, 1943-1955: peronismo, ingeniería institucional y partido político* (Tesis Doctoral), UBA, Buenos Aires.
- Rubinzal, M. (2014) *Historia de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe (1943-2013)*. Santa Fe: Ediciones Universidad Nacional del Litoral.
- Rubinzal, M. (2016). Volviendo a los orígenes del servicio social. El caso de la Escuela de asistentes sociales de Santa Fe. *Avances del Cesor*, 13(15), 113-134.
- Salvatore, R. (2016). Burocracias expertas y exitosas en Argentina: Los casos de educación primaria y salud pública (1870-1930). *Estudios Sociales del Estado*, 2(3), 22-64.

- Sedran, P. (2014). Caridad, control y desarrollo urbano. Definiciones del otro social en los discursos de la Sociedad de Beneficencia y la prensa local. Santa Fe, período de organización nacional. En M. Bonaudo y R. Richard-Jorba, *Historia Regional. Enfoques y articulaciones para complejizar una historia nacional* (pp. 111-126). La Plata: UNLP.
- Torre, J.C. y Pastoriza, E. (2002). La democratización del bienestar. En J.C. Torre, *Los años peronistas (1943-1955)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Vaca, R. (2013). *Las reglas de la caridad: las damas de caridad de San Vicente de Paúl Buenos Aires (1866-1910)*. Rosario: Prohistoria.

## NOTAS

- \* Agradecemos a Karina Ramacciotti y Ana Laura Martín por la invitación y el acompañamiento para participar de este dossier, a los evaluadores anónimos por sus comentarios, a José Zanca por los comentarios y contribuciones, y a Adrián Carbonetti.
- 1 *Unificación y coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico-social de la Provincia de Santa Fe*, Gobierno de la Provincia de Santa Fe, Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto, 1939, AGPSF.
  - 2 En uno de sus diálogos y predicaciones, Jesús es interrogado. "¿Cómo se obtiene la vida eterna?". Amando a Dios y al prójimo como a ti mismo, responde Jesús. "¿Quién es mi prójimo?" vuelven a preguntarle. Y ahí Lucas introduce la historia del buen samaritano: un viajero ha sido atacado por salteadores en el peligroso camino que va de Jerusalén a Jericó. Ha quedado medio muerto. Un sacerdote y un Levita pasan a su lado sin socorrerle. Un samaritano, que por su condición es despreciado por los judíos, peor que los paganos, hez de la humanidad, es quien socorre al herido. Lo atiende, lo lleva a una hostería, y le deja un poco de dinero al marcharse. La parábola indica que no necesariamente los virtuosos se comportan mejor que los marginales. Que el cielo se gana con buenas obras, y no sólo con el cumplimiento estricto de los preceptos. Es una parábola, en parte, anticlerical. De la autoridad religiosa no puede esperarse caridad. El levita y el sacerdote forman parte de una élite cultural, son poseedores del saber. El samaritano, sin contar con ese capital, es sin embargo un sujeto ponderado por encima de los maestros del pensamiento. De él, y no de ellos, será el reino de los cielos. Es al mismo tiempo una parábola sobre el prójimo y sobre las obligaciones sociales. Las máximas de Jesús respecto del prójimo son maximalistas. En el sermón de la montaña exige: "Amad a vuestros enemigos, haced bien a los que os aborrecen; bendecid a los que os maldicen, y orad por los que os calumnian...". Se trata de principios morales de difícil acceso a la mayoría de las personas. Lucas, dice Emmanuel Carrère, agrega esta parábola a su evangelio para suavizar estos mandamientos (Carrère, 2015).
  - 3 Entre las organizaciones que realizaron este tipo de intervención se encuentran las conferencias de San Vicente Paul, la Sociedad de Asistencia a domicilio de las hermanas del Rosario; las Hermanas Terciarias Franciscanas de la Caridad, las Hermanitas de los pobres para obreros, las Siervas de Jesús, las Hermanas de San Camilo, las Hermanas Asuncionistas (Ver Oliva, 2007).
  - 4 La Sociedad de Beneficencia en la ciudad de Santa Fe fue fundada en 1860 por el gobernador Pascual Rosas. El objetivo de esta asociación de mujeres pertenecientes a las clases acomodadas era atender y dirigir las escuelas de niñas y los hospitales (Sedran, 2015).
  - 5 Archivo de la Sociedad de Beneficencia, mensaje anual de 1882.
  - 6 Archivo de la Sociedad de Beneficencia, mensaje anual de 1879.
  - 7 Archivo de la Sociedad de Beneficencia, mensaje anual de 1882.
  - 8 Como menciona Paula Sedran (2015) en la ciudad de Santa Fe, las rifas y kermeses fueron prioritariamente un elemento propagandístico en el contexto de la construcción dilatada del hospital de Caridad. Para el caso de la ciudad de Rosario, Gabriela Dallacorte (2015), enfatiza que se trató de una vía tanto de obtención de fondos como de visibilización y legitimación de la Sociedad frente a los círculos más distinguidos, así como frente al campo político.
  - 9 Archivo General de la Provincia, Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto (Tomos correspondientes a los años 1900-1925).
  - 10 *Unificación y coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico-social de la Provincia de Santa Fe*, Gobierno de la Provincia de Santa Fe, Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto, 1939. AGPSF.
  - 11 Actas Cruz Roja, 1944.
  - 12 Fundado el 11 de junio de 1934 con la presencia del Obispo Nicolás Fasolino y el cura Alfonso Duran. En su acta de fundación se destaca que "el espíritu" de la Asociación era "puramente gremial y cultural, sobre la base de la moral católica". Acta N° 1 de la Asociación de Maestras Católicas, 1934, p. 3.
  - 13 Acta N° 21 de la Asociación de Maestras Católicas, 1935, p. 39.

- 14 Figuras como la del Dr. Pujato son un camino interesante a seguir al momento de desentrañar la específica combinación del peso de la sociabilidad, la fe católica y el imperativo modernizador en relación a las prácticas de la enfermería y otras disciplinas pensadas como asistencia al médico diplomado. En la prensa local, las apariciones de Pujato son conspicuas, aunque no ya en referencia a su desempeño profesional, sino con el fin de resaltar su figura pública y social. *El Litoral*, en particular, le dedica numerosas menciones en su sección de sociales, en la que se lo muestra en fotografías de tertulias, bailes y reuniones en instituciones que van desde el Club Atlético Unión hasta la Cruz Roja. *El Litoral*, 1 de junio de 1932; 14 de diciembre de 1932; 2 de mayo de 1937.
- 15 Acta N° 22 de la Asociación de Maestras Católicas, 1935, p. 42.
- 16 Acta N° 22 de la Asociación de Maestras Católicas, 1935, p. 42.
- 17 *Ibidem*.
- 18 *Ibidem*.
- 19 Acta N° 22 de la Asociación de Maestras Católicas, 1935, p. 42.
- 20 Como podrá verse en los capítulos de esta publicación cuyos autores son Vana Hirschegger y Marcelo Jerez.
- 21 'Escuela Mixta de Enfermeros de La Cruz Roja', *El Litoral*, 4 de junio de 1940.
- 22 'Fiesta en favor de la Cruz Roja Argentina', *El Litoral*, 7 de junio de 1943.
- 23 'Mañana cúmplase el 71 Aniversario de la creación de La Cruz Roja Argentina', *El Litoral*, 9 de junio de 1951.
- 24 "Escuela de Enfermeros de La Cruz Roja Argentina", *El Litoral*, 12 de enero de 1944.
- 25 *Ibidem*.
- 26 *Ibidem*.
- 27 Sobre la incorporación de estudiantes y egresados varones no hemos podido recabar fuentes que especifiquen si tenían una contraprestación salarial por sus servicios (diferenciada de las mujeres); ni si recibían un entrenamiento específico para tareas consideradas especiales para ellos.
- 28 "La Creación de dos Escuelas de Enfermeras". *El Orden*, 13 de noviembre de 1947.
- 29 *Ibidem*.
- 30 "Inauguróse la Escuela de enfermeras". *El Orden*, 13 de mayo de 1948.
- 31 "Las enfermeras aprenden a defender al pueblo". *El Orden*, 6 de febrero de 1949.
- 32 *Unificación y coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico-social de la Provincia de Santa Fe*, Gobierno de la Provincia de Santa Fe, Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto, 1939AGPSF.
- 33 'El Superior Gobierno de la Provincia ha autorizado la construcción de sesenta y un hospitales rurales,' *El Orden*, 18 de febrero de 1940.
- 34 *Ibidem*.
- 35 'La donación de terrenos realizada con destino a la erección de hospitales rurales en nuestra provincia.' *El Orden*, 17 de junio de 1941.
- 36 Ver por ejemplo 'Un edificio para hospital rural', *El Litoral*, 3 de junio de 1942; 'Habilitación de Edificios para hospitales Rurales.' *El Orden*, 30 de julio de 1944.
- 37 "Mañana cúmplase el 71o. aniversario de la creación de la Cruz Roja Santa Fe". *El Litoral*, 9 de junio de 1951.
- 38 Las fuentes encontradas sobre estos espacios de formación rurales sólo aluden a las profesionales en género femenino.
- 39 "Formación de enfermeras rurales en Santa Fe." *El Orden*, 23 de septiembre de 1949.
- 40 "Deben despertar interés los centros de enseñanza de enfermeras rurales." *El Orden*, 21 de diciembre de 1949.
- 41 En 1912 la mortalidad total en la ciudad capital ascendió a 24,4 por mil, correspondiendo 3,8 a tuberculosis, 4,1 a diarreas y enteritis, y 16,5 a otras enfermedades. Respecto a las enfermedades propias de la primera infancia (que incluyen a las muertes producidas como consecuencia del parto como hemorragias intracraneales, asfixia, infecciones, tétano) también las de prematuridad y congénitas; se destacaron las gastrointestinales. Entre los años 1912 y 1936 murieron de trastornos gastrointestinales 4.412 niños menores de 2 años en la ciudad capital lo que evidencia una ciudad indefensa y con problemas sanitarios (Bolcatto, 2015).
- 42 *El Litoral*, 9 de febrero de 1945.
- 43 *El Orden*, 12 de febrero de 1928; *Santa Fe*, 11 de marzo de 1911; *Santa Fe*, 8 de febrero de 1912.
- 44 *Santa Fe*, 28 de enero de 1926.
- 45 *Boletín de Educación* provincia de Santa Fe 5° época, N° 36, 1943.
- 46 Discursos de 1945 en el reinicio de la Escuela de Enfermeras, enfermeros y samaritanas, e inauguración de la Escuela de Visitadoras de Higiene Social. Archivo Cruz Roja Filial Santa Fe.
- 47 Dr. Lorenzo García "Las funciones específicas de las Visitadoras de Higiene" en *Revista de sanidad, asistencia social y trabajo*, Santa Fe, volumen 1, N°2, septiembre-octubre 1945.
- 48 Discurso pronunciado por el Presidente del Comité de la Cruz Roja el Dr. J Raúl Cello (1945). Archivo Cruz de la Roja de Santa Fe.
- 49 *Ibidem*.

- 50 Discurso pronunciado por Dr. José E Milesi, director de la Escuela de enfermeras, enfermeros y samaritanos. Archivo Cruz de la Roja de Santa Fe.
- 51 Discurso pronunciado por el presidente del Comité de la Cruz Roja el Dr. J Raúl Cello (1945).
- 52 Sobre la creación de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe ver Rubinzal (2014 y 2016).
- 53 En 1952 el establecimiento pasa a denominarse *Liceo Social Eva Perón*. Los objetivos del Liceo eran la formación de técnicos con los títulos de Asistente Social y Visitadora de Higiene Social; la capacitación de Auxiliares Médicos Sociales; la preparación permanente de los técnicos mediante cursos; el asesoramiento técnico a instituciones privadas o reparticiones públicas que lo requieran y la divulgación de los métodos del servicio social entre la población urbana y rural.
- 54 Resolución N° 1257/53 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.