

ITINERARIO
TRANSFORMADOR
DE LA SALUD

Historia de la enfermería en Chile

Edith Rivas Riveros
Editora

Historia de la enfermería en Chile

ITINERARIO
TRANSFORMADOR
DE LA SALUD

Historia de la enfermería en Chile

Edith Rivas Riveros
Editora



LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN CHILE

Edith Rivas Riveros (editora)

ISBN: 978-956-236-377-8

Octubre de 2019

EDICIONES UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Rector: Eduardo Hebel Weiss

Vicerrector académico: Rodolfo Pihán Soriano

Director de Bibliotecas y Recursos de Información: Carlos del Valle Rojas

Coordinador de Ediciones Universidad de La Frontera: José Manuel Rodríguez

COMITÉ CIENTÍFICO ACADÉMICO

EDICIONES UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Mg. Leonardo Castillo

Dr. Mauricio Godoy Molina

Dra. Yéssica González Gómez

Dr. Pablo Navarro Cáceres

Dr. Nicolás Saavedra Cuevas

Dra. Berta Schnettler Morales

Imagen de portada: Revista *Eva*, 3 de diciembre de 1948.

Diseño de portada: Ediciones UFRO

IMPRESO EN LOS TALLERES DE LA UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

ÍNDICE

PRÓLOGO	9
CAPÍTULO 1.....	17
LOS MÚLTIPLES CAMINOS QUE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA CHILENA PUEDE CREAR	
<i>Elizabeth Rocío Núñez Carrasco</i>	
CAPÍTULO 2	29
ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CHILE	
<i>Carmen Collao Avilés y Ximena Osorio Spuler</i>	
CAPÍTULO 3	63
ASOCIACIÓN CHILENA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA. REGISTRO HISTÓRICO (2006-2012)	
<i>Ana María Vázquez Paredes</i>	
CAPÍTULO 4	75
HISTORIA, IMAGEN E IDENTIDAD SOCIAL DE LA ENFERMERÍA EN LA VICARÍA DE LA SOLIDARIDAD Y EL COMITÉ PRO PAZ	
<i>Rocío Ferrada Herrera, colaboración de Pilar Arias Chávez</i>	
CAPÍTULO 5	91
REFLEXIONES SOBRE EL DESARROLLO DEL PATRÓN DE CONOCIMIENTO ÉTICO DE ENFERMERÍA EN CHILE	
<i>Maggie Campillay Campillay, colaboración de Pablo Dubó Araya</i>	
CAPÍTULO 6	119
LA REGULACIÓN LEGAL DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERA. PASADO, PRESENTE, FUTURO	
<i>Paulina Milos Hurtado</i>	

CAPÍTULO 7	161
PATRÓN DE CONOCIMIENTO ESPIRITUAL EN ENFERMERÍA	
<i>María Julia Calvo Gil</i>	
CAPÍTULO 8	187
PATRÓN SOCIOCRTICO EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS.	
HISTORIAR CONFLICTOS Y LEGITIMIDADES EN TORNO AL PASADO RECIENTE	
<i>Edith Rivas Riveros, colaboración de Yaqueline Catalán Melinao</i>	
CAPÍTULO 9	211
DESARROLLO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL GÉNERO:	
CONSTRUCCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA MASCULINA	
<i>Aylinne Castro Peña</i>	
CAPÍTULO 10	231
PATRÓN SOCIOCRTICO EN EL EJERCICIO PROFESIONAL	
<i>Edith Rivas Riveros, colaboración de Yaqueline Catalán Melinao</i>	
CAPÍTULO 11.....	257
ENFERMERÍA Y GÉNERO: HISTORIA DE SUBORDINACIÓN Y TRANSGRESIÓN PARA	
UN FUTURO CON AUTONOMÍA	
<i>Amaya Pavez Lizarraga</i>	
CAPÍTULO 12	275
DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN VALDIVIA: INFLUENCIA DEL TERREMOTO DE 1960	
<i>María José Marín Soto</i>	
CAPÍTULO 13	291
ENFERMERÍA TARAPAQUEÑA: INVISIBLE Y VISIBLE EN LA HISTORIA	
<i>Lidia Osorio Olivares, Sonia Cruz Cisternas y Cecilia Moya Suárez</i>	

PRÓLOGO

Dra. Paulina Zamorano Varea

Hacia 1782 comienza a funcionar en Santiago el Hospital San Borja y con ello el registro escrito de los datos de las mujeres que ingresaban ahí. Su primer tomo se llamó *Libro de las que entran y mueren en el Real Hospital San Borja*. En 1785 el hospital redactó un reglamento que tomó como modelo las constituciones y ordenanzas del hospital de naturales de Lima, el Hospital Real de Santa Ana de Lima, reeditadas en 1778 y cuya primera edición data de 1607. Con esta normativa se inaugura en Chile esta práctica ya instalada en los hospitales de Europa y América.

Entre los varios aspectos a normar, el reglamento establecía los cargos, las funciones y las obligaciones de los funcionarios del hospital. Entre ellos, después del capellán, el médico, el cirujano, el boticario y la ropera, estaban la enfermera mayor y las enfermeras menores. La enfermera mayor, encargada de la vigilancia, la limpieza, el orden, la comida y el comportamiento de las enfermas, las sirvientas y las enfermeras menores, se ubicaba antes del sangrador en la jerarquía del hospital y debía:

Acompañar [...] al Médico, y Sirujano en sus visitas llevando un cuaderno que indique el año, mes, día, y número de cama en que apunte todo género de alimento con arreglo a las raciones que se expresarán y los facultativos ordenen a las enfermas, sin que le sea lícito anotar lo que no se le mande

y si contraviniese será severamente reprehendida cuidando que la distribución de raciones sea conforme al apunte de su cuaderno.¹

¿Cuáles eran sus privilegios? Gobernar a las menores, incluso a las enfermas desvalidas y pobres que llegaban a morir al hospital; ordenar y gobernar la casa; vigilar e informar sobre las conductas que fueran contra el orden moral o en desmedro del cuidado determinado para las enfermas. En dicho contexto, tanto el hospital como la enfermera cumplían una función disciplinadora, que buscaba expiar los pecados de la carne y del espíritu que se traducían en sus males y dolores.

En orden de jerarquía y autoridad, la enfermera mayor gobernaba sobre las enfermeras menores que cuidaban por turnos de día y de noche a las enfermas: «Todas ellas como subordinadas a la Enfermera Mayor deben obedecerla con prontitud, y dosilidad, y aun quando alguna jusgue que padece agravio en lo mandado no por eso podrá resistirlo pues le queda recurso al Mayordomo, o Diputado para quejarse».²

Se conoce el nombre de la primera enfermera mayor, Petronila Solís, mientras que en los libros del hospital se pueden encontrar los nombres de las que se registraron enfermas, como Antonia Aguirre e Inés Madrid, ambas solteras sin padres conocidos, o Dolores Vide-la, Rosa Prás y Phelipa Morales, esta última enfermera de las unciones.³ También se identifican los parientes, que se registran como la hija o la hermana de la enfermera mayor, lo que da cuenta de su reconocimiento y autoridad.

Hasta muy entrado el siglo xx, especialmente en el mundo rural y regional, subsistía la práctica del parto en la casa, acto fundamental que estaba en manos de las parteras, oficio empírico que como otros se heredaba y aprendía, pero que fue fuertemente resistido por las emergentes autoridades médicas de fines del siglo xviii, quienes opinaban: «Que sera en esta Capital donde ha auido personas que exercite el oficio de partear ignorando aun la Doctrina cristiana. En effecto es tan deprorable el estado en que se halla este exercicio que solo se aplican a el mulatas, Yndias,

¹ Reglamento y ordenanzas dictados para el hospital San Borja en 1785, Archivo Nacional, Archivos de la Capitanía General, vol. 932, en Laval, E. (1935). *Hospitales fundados en Chile durante la Colonia*, p. 140. Santiago: Imprenta Universitaria.

² *Ibid.*

³ *Libro de las que entran y mueren en el Real Hospital San Borja*. (1782). Museo de Historia de la Medicina, Colección Fondo Hospital Francisco de Borja, fs. 123, 164, 173, 196, 228.

Gente sin Dios ni Ser, basta el no tener algun modo de buscar la vida, para aplicarse a partear».⁴

Dicha situación se explicaba por el significado dado a los oficios relacionados con la carne, el cuerpo, que degradaban e infamaban a quienes los ejercieran:

Por que quien hallara en Santiago de Chile mugeres de esta naturaleza que se apliquen al ejercicio de partear, quando la mesma ignorancia les persuade ser un oficio mui infame, y la natural soverbia que Reina en este sexo es tan grande en Santiago que la que apenas es española, ia es parienta de las Señoras Condesas, y Marquesas y es proposicion escandalosa el solo proferirles que se apliquen al exeercicio de partear, de que es buen Testigo el mesmo Promedico, que con motivo de lo dicho ha exortado extrajudicialmente a Algunas y le ha costado el sonrojo de una iracunda repulsa.⁵

Al decir de los documentos de fines del siglo XVIII y el siglo XIX, la representación de la partera como una mujer vieja y experimentada en hierbas y embarazos subsistía, no obstante el perfil de la partera o matrona se declaraba sistemáticamente en documentos médicos e institucionales, como la cartilla de partear de 1806, cuyo objetivo era instruir a las mujeres que se dedicaban al arte de partear:

Fuese el partear peculiar ejercicio de las mujeres [...], mujeres que se distinguieran por ser de edad madura [...], tener una salud robusta [...], aunque sean inhábiles las excesivamente gordas [...], no ha de tener la mano callosa, ni disformemente grande [...], ha de saber leer y escribir suficientemente [...], debe ser vigilante y cuidadosa [...], de genio dócil y propenso a admitir el dictamen de sus mayores [...], debe ser misericordiosa [...], debe ser buena cristiana [...], de animo benigno, paciente, y alegre con modestia [...], templada con especialidad en el uso del vino, pues de lo contrario se constituyen inútiles y perjudiciales [...], debe ser fiel y silenciosa.⁶

⁴ Zamorano, P. (dir.), Araya, A., Guerra, N. y Ruiz, J. (2011). *Vencer la cárcel del seno materno. Nacimiento y vida en el Chile del siglo XVII*. Santiago: Ediciones Universidad de Chile.

⁵ Josefa Orrego. Juicio Criminal que se le sigue por abusos cometidos en el ejercicio de su profesión de partera. (1790). Archivo Nacional, Archivo Real Audiencia, vol. 498, f. 244 v.

⁶ Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se

Más de un siglo después, en 1942, el editorial del *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile* alentaba a las jóvenes a seguir la carrera de Enfermería, como la cartilla, connotando las «prendas» que distinguirían a las enfermeras:

Hay una profesión creada especialmente para nosotras. Hay una profesión genuinamente femenina, porque está amasada con los desvelos y ternuras de la madre; con los cuidados y suavidades de la hermana; con las inquietudes de la novia; con las solicitudes y los afanes de la esposa [...].

Y esta profesión es la Enfermería!

Todas las que sentís vibrar dentro de vuestra colmena interior esa hermosa floración de virtudes que son esencia de lo femenino. Todas las que os sentís tiernamente mujeres. Meditad antes de decidiros por la senda que vais a seguir y que habrá de ser toda vuestra vida futura. Evitad errores que puedan significar más tarde fracasos, amargura, desquiciamiento. La vida de la enfermera —no os lo negamos— es vida de renunciación al divertimento, de sacrificios y privaciones; pero es vida intensa y útil.⁷

Es en el límite de esta densa historia donde se puede ubicar la *Historia de la enfermería en Chile*, trabajo que se proyecta y pone en contexto al mirar un pasado que cubre varios siglos, hasta al menos 1902, cuando se considera el inicio de la profesión en Chile, con la creación del primer curso para enfermeras a cargo del doctor Eduardo Moore.⁸

La publicación de este libro se podría agregar como un hito en la cronología de su quehacer, no solo por ser una de las pocas instancias que se hacen cargo de la historia de la enfermería, sino porque se afirma como un acto de emancipación, que se devela en los planteamientos de sus autoras. Se trata de un grupo de mujeres profesionales que, reflexionando sobre su quehacer, van construyendo una identidad tensionada históricamente por

llaman comadres, en el oficio de partear. (1806). Mandada hacer por el Real Tribunal del protomedicato al Dr. Antonio Medina, medico de los reales hospitales, de la Real Familia de la Reina nuestra Señora y examinador del mismo tribunal, con licencia del superior gobierno. En México en la oficina de D. Maria Fernández de Jáuregui, calle del Santo Domingo.

⁷ Asociación de Enfermeras de Chile. (1942-1943). *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile*, año II (10).

⁸ Muñoz, C., Isla, X. y Alarcón, S. (1999). Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. *Cultura de los Cuidados*, año III (5), p. 48

los modelos y las formas de representación del «cuidar» y del «asistir», conceptos vinculados a la praxis, a la subordinación y al disciplinamiento en un contexto patriarcal.

La historia de la enfermería como línea de estudios reconoce, en general, al menos cuatro etapas: la etapa doméstica, la etapa vocacional, la etapa técnica y la etapa profesional. En los escritos y voces coloniales y modernos que brevemente he reseñado, se pueden ver sintetizadas las etapas de esta historia. Lo mismo podría decirse de oficios como la medicina o la construcción, con lo cual creo se sistematiza a partir del impacto de la racionalidad y la ciencia en el orden social.

La *Historia de la enfermería en Chile* se instala en la etapa profesional que surge en un contexto de enunciación conjugado con la defensa de la identidad femenina; en la concienciación, como diría Judith Butler, no solo de su otredad, sino de la historicidad que se agencia en las acciones significativas de los individuos. Aquí la enfermera se releva como un actor, un sujeto social, pero siempre tensionada por el marco de significaciones que hacen de la enfermería un ámbito feminizado y, con ello, entendido a partir de sus atributos femeniles: subordinación, dependencia, fragilidad. Este libro busca problematizarlo, por ejemplo, con el estudio del rol del enfermero.

Frente a este inédito y contundente trabajo, vale preguntarse cómo el estudio de la historia de la enfermería aporta al desarrollo de la disciplina y de la práctica profesional. Dado que todo conocimiento de enfermería debiera abocarse a solucionar los problemas de la práctica, ¿cómo hacemos de la práctica historizada un componente de los modelos y las teorías de la ciencia del cuidado o del conocimiento de la enfermería? Esta reflexión resulta imperativa en tanto que la «ciencia del cuidado» supone un giro epistemológico que requiere del desarrollo teórico y de la práctica basada en el conocimiento y en la investigación.

Este libro se acerca a una y a varias respuestas a esa pregunta. A través de una visión tautológica implícita y, más aún, episódica se interroga por la generación de esos hitos, en qué contextos temporales, espaciales y normativos surgen, guiados por un marco o modelo como el de los patrones de conocimiento.

En su momento se planteaba que la historia era una suerte de metodología para algunas disciplinas como la sociología y la antropología, y no poco de ello es razonable de admitir. La construcción de lo disciplinario

requiere de un ordenamiento de la realidad que apela también a lo temporal, estableciendo hitos, momentos de inflexión y cambio, secuencias; sistematizando casi siempre con una lógica de progreso y superación implícita, solo reconocible en la abstracción.

Así, se reconocen en la historia de la enfermería etapas muy similares a las que identifica la visión lineal de la historia universal. La historia se vuelve una cuestión insoslayable, necesaria para la reflexión y la comprensión de la identidad y las características de un determinado conocimiento. Como lo demuestra este libro, permite profundizar en las prácticas de contextos sociales reales a través del análisis, ya sea de las representaciones, ya de las ideas; las ideologías en torno al cuidado.

Al respecto, y analizado desde el punto de vista de la historia cultural de lo social,⁹ el cuidado podría ser entendido dentro de una dinámica histórica donde es disputado, interpretado y, con ello, colmado de significados que se plasman en contextos socioculturales objetivos, en cosmovisiones que lo explican, pero al mismo tiempo lo construyen, en la acción experiencial y discursiva de sujetos o actores sociales que desarrollan estrategias para deslindarlo y significarlo epistemológicamente, y de esa manera hacer frente a la disputa de poderes.

Lo interesante del enfoque teórico de la historia cultural de lo social es que tensiona críticamente la sola interpretación de las representaciones, como podría ser en este caso la del cuidado, para ponerla en un contexto social real. Es este el que opera dinámicamente dando significados a prácticas como cuidar, sanar, curar y enfermar, a partir de representaciones que a su vez se relacionan con prácticas, sujetos y eventos. Una manera de representar es justamente definir un concepto, darle significado a una palabra, lo que constituye una construcción histórica, ya que no está dado, no es natural.

Cuidado: Fue Madre de todos los del Colégio, y especialmente de los enfermos: de los cuales tenía mayor cuidado que si fueran sus propios hijos.

Cuidado: Se llama también la persona a quien se tiene amor. Latín. *Erga aliquem cura, dilectio*. Estar de cuidado. Es estar gravemente enfermo o herido. Latín. *Pejus habere*.

⁹ Véase Chartier, R. (1992). *El mundo como representación. Historia cultural: entre práctica y representación*. Barcelona: Gedisa. Roger Chartier es reconocido como perteneciente a la cuarta generación de la Escuela de los Annales, que profundizó, entre otras cosas, en la historia de la vida privada, de la vida cotidiana, de las representaciones y del tiempo largo.

Cura: Se tomaba en lo antiguo por cuidado, usando de la misma voz Latina, que lo significa.

Enfermero, ra. s. m. y f. Persona destinada a cuidar de los enfermos, y a asistirlos por razón de su oficio y encargo. Latín. *Valetudinarii praefectus*. SANT. TER. Fundac. cap. 12. En toda la enfermedad jamás dio la menor pesadumbre del mundo, ni hacía más de lo que quería la enfermera. SI-GUENZ. Vid. de S. Geron. lib. 5. Disc. 10. No es de las más pequeñas dignidades de Paula, haver tenido tal enfermero en el extremo de sus dolencias.¹⁰

Enfermería: el quarto donde curan los enfermos.¹¹

Resulta interesante analizar en qué contextos de enunciación se usaba, por ejemplo, el concepto cuidado. En la causa judicial contra la partera Josefa Orrego los testigos declaraban:

No me la lastime por Dios, a lo que le respondio, no se la lastimo, que estoy con mucho *cuidado* [...].

De haverle prebenido el marido de la Rosa Moran y Baraona, que la *cuidase* y ayudase con *cuidado*, declaro este haber oydo a su muger, estandola ayudandola la confesante: Ay que me ha lastimado; a que le bolvio a repetir y suplicar, que no se la lastimase, a que le respondio: que no se la lastimava, que estava con mucho *cuidado*.¹²

A propósito de este libro, cabe preguntarse si el objeto de estudio es el cuidado como acción y práctica, o la enfermería como profesión, o ambos, pero en una dinámica que el estudio histórico puede ayudar a problematizar. Así, la dicotomía «representación-práctica» se podría alinear con la de «enfermería-cuidado».

Es parte de la reflexión el escaso aparato crítico y la falta de estudios históricos sobre la enfermería en Chile, en comparación con países como Brasil y, más aún, con los países anglosajones que han desarrollado una fuerte línea de historia de la enfermería (*history of nursing*). No obstante,

¹⁰ Real Academia Española de la Lengua. (1729). *Diccionario de autoridades*, tomo III.

¹¹ De Covarrubias, S. (1674). *Tesoro de la lengua castellana o española*. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/80250529545703831976613/>

¹² Josefa Orrego. Juicio Criminal que se le sigue por abusos cometidos en el ejercicio de su profesión de partera. (1790). Archivo Nacional, Archivo Real Audiencia, vol. 498, f. 235. Énfasis mío.

abundan las fuentes que permitirían ampliar estos estudios: documentos oficiales, reglamentos, archivos hospitalarios, revistas, debates políticos, prensa, estadísticas, archivos judiciales, archivos religiosos, actores y protagonistas de nuestra historia de la enfermería.

Como planteé al inicio de este prólogo, la historia de la enfermería moderna tiene un profundo anclaje en la historia, que esta *Historia de la enfermería en Chile* permite atisbar. Ahondar en su práctica ética, y en su dimensión espiritual y sociocrítica desde una perspectiva histórica, así como construir sus hitos y hechos fundamentales, es un trabajo y un aporte intelectual y científico que viene a nutrir a la disciplina y a la profesión y, más aún, evidenciar la historicidad del desarrollo de la ciencia y de la cultura.

La *Historia de la enfermería en Chile* es el resultado del trabajo de investigación de profesionales de la clínica, la academia, la política y la sociedad que han considerado necesario, pertinente y urgente develar sus reflexiones y hallazgos en torno a las experiencias del ser y hacer en enfermería, desde una perspectiva histórica. Uno de los objetivos de este libro será entonces divulgar este saber para incentivar nuevas investigaciones; nuevas preguntas y respuestas que fundamenten y proyecten su quehacer científico, disciplinar y profesional, pero también teoricen históricamente sobre el cuidado y la enfermería.

CAPÍTULO 1.

LOS MÚLTIPLES CAMINOS QUE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA CHILENA PUEDE CREAR

Elizabeth Rocío Núñez Carrasco¹

En el espacio actual de las ciencias y en particular de las ciencias humanas, la tarea de situarnos, es decir, de precisar nuestro método de acercamiento a lo que deseamos dilucidar no es sencilla. Sin embargo, Denzin y Lincoln (2005) entregan una forma de ordenamiento que permite comprender en qué espacio del conocimiento estamos situados y qué tipo de conocimiento estamos produciendo. Para ello, los autores señalan que el investigador debe observarse como un sujeto multicultural y describir cómo ha sido su propia historia para llegar a aquello que desea indagar, cuáles son los conceptos adoptados de otros, y cuáles son sus guías éticas y políticas.

Posteriormente, el investigador debe escoger cuáles serán sus paradigmas y perspectivas de investigación plantéandose las siguientes preguntas ontológicas: ¿qué tipo de ser es el ser humano?, ¿cuál es la naturaleza de la realidad?; epistemológicas: ¿cuál es la relación entre el investigador y lo conocido?, y metodológicas: ¿cómo podemos conocer al mundo o qué conocimiento obtendremos? (Denzin y Lincoln, 2008). En una tercera etapa, definirá una estrategia de investigación que sea coherente con sus preguntas y paradigmas, considerando algunas,

¹ Enfermera y doctora en Enfermería. Académica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Santiago de Chile.

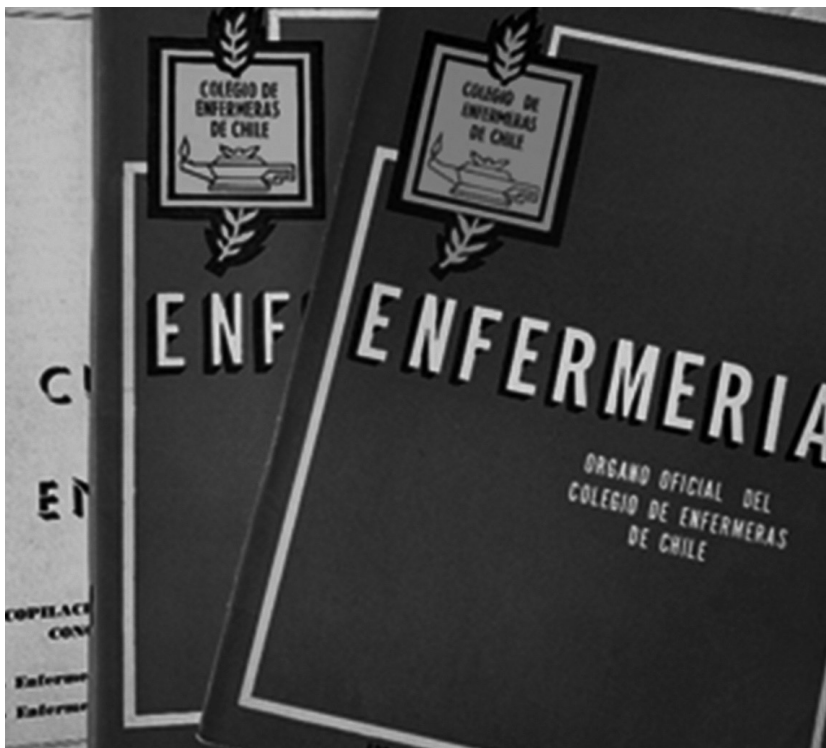
como la fenomenología, el método histórico, las narrativas, la historia de vida y el estudio de caso. Una vez escogida su estrategia, deberá elegir su método de recolección de datos y de análisis, para finalmente escribir la investigación.

Como profesional de una unidad de cuidados intensivos, buscaba comprender el rol que debía cumplir la enfermera en los escenarios clínicos. Sin embargo, este significado quedaba atrapado en conceptos tecnocráticos de los sistemas sanitarios. De a poco comprendí que el conocimiento que intentaba descifrar estaba cruzado por múltiples capas, como la cultura, la sociedad y la política, y que podía formularse como la identidad de la enfermera en Chile. A través del diálogo con mis pares, entendí que la identidad se sitúa en un espacio de convivencia, que no tiene relación solo con una trayectoria individual, sino que implica formar parte de un colectivo. Entre 2005 y 2012 participé como dirigente en el Colegio de Enfermeras de Chile, espacio en el que me correspondió representar a los profesionales de enfermería frente a las autoridades públicas del país y el extranjero. Fue entonces cuando sentí la necesidad de conocer quiénes habían liderado el proceso en el pasado, qué dificultades habían enfrentado y cómo ese grupo de mujeres había forjado ese espacio de representación.

Al mismo tiempo que ingresaba al Colegio de Enfermeras, empezaba a ser parte de una escuela de Enfermería y, más aún, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Santiago, de la cual yo había egresado. Allí, el vínculo con los estudiantes reforzó las preguntas sobre cuál era la identidad de las enfermeras chilenas, cómo se formaban las nuevas generaciones y qué constructos se transmitían de una a otra. Sin duda, la pedagogía fue mi primer paso hacia la docencia, pero para avanzar en el conocimiento también debía indagar sobre otras dimensiones referentes al rol de la enfermera en Chile. Comencé revisando artículos de María Figueroa y un material documental que había empezado a publicar el Colegio de Enfermeras de Chile en 1965: la *Revista Enfermería*.

Frente al desafío de realizar una investigación, surgieron las primeras preguntas: ¿la observación de los hechos históricos puede generar conocimiento para la enfermería?, ¿construir la historia de la enfermería posee algún sentido para nuestro país?, ¿cómo se vincula la historia con la identidad de las enfermeras? Con estas interrogantes logré desarrollar una línea que culminó en la investigación *Enfermeras chilenas 1970-1980: Dos décadas de transformación de la identidad, un legado para la memoria* (Núñez, 2012), una

Imagen 1. Portadas de la Revista *Enfermería*

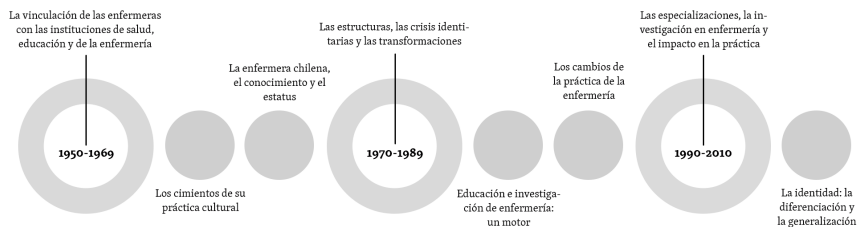


Fuente: Colegio de Enfermeras de Chile, 1980.

interpretación de la identidad de las enfermeras chilenas en un tiempo y espacio concretos, que más tarde se ampliaría hasta el año 2010. La idea era rescatar las emociones y las visiones de las enfermeras que trabajaron durante esos años y que mediante el tamiz del presente y la visualización del futuro podrían conceptualizar de forma distinta los hechos vividos. Todo esto, entendiendo que la memoria es una recreación individual y colectiva que permite que los grupos humanos creen un legado.

Los resultados de esta investigación pueden ser esquematizados en la siguiente figura, que representa la identidad del colectivo de enfermeras a partir de la triangulación de líneas de tiempo individuales. Estas líneas abarcan desde su época de formación hasta el momento en que dejaron de realizar actividades profesionales.

Figura 1. Identidad de las enfermeras chilenas, 1950-2010



Fuente: Núñez, 2012.

Para comprender esta figura es necesario describir la trayectoria de la identidad interpretada como una historia cronológica. En este sentido, es posible señalar que, en un primer momento, las enfermeras se sienten identificadas con las instituciones de educación y salud, es decir, las escuelas de Enfermería y los centros de salud pública. Estas instituciones retroalimentan la identidad de estas profesionales porque ellas entregan un servicio necesario para la sociedad. Por ello, una vez validadas por los escenarios sociales para autorregular su profesión, ellas deben crear instituciones de enfermería propias que ajusten los límites de su identidad. Ahora bien, después del momento en que la identidad se forma a través de las instituciones, surge un cuerpo de conocimientos propios, fundados en la cultura, aquello que realiza la enfermera de manera permanente: la práctica del cuidado con las personas, las familias y las comunidades.

El contexto social de pobreza sanitaria en Chile del primer periodo determinó que los cuidados de las enfermeras fueran moldeados por las necesidades sociales. Este acervo de conexión con la sociedad chilena permitió que estas profesionales, en su mayoría mujeres, sostuvieran que el cuidado que realizaban no era por caridad, sino que formaba parte de una profesión que poseía conocimientos científicos, lo cual les permitía tener un juicio sobre su intervención sanitaria e implementar estrategias para mejorar la condición de salud de la población. Cabe recordar que durante esta época la educación universitaria para las mujeres era escasa y que dentro de ella se encontraban profesoras, enfermeras y matronas.

El hito que marca el cuarto momento es el 11 de septiembre de 1973: más allá de que estuvieran de acuerdo o no con el derrocamiento del Gobierno de Salvador Allende, las protagonistas coinciden en que cambió radicalmente las estructuras universitarias, sanitarias y organizativas de

las enfermeras, ya sea porque desaparecieron o porque adquirieron funciones distintas que provocaron en ellas sentimientos de pérdida y transformaron su identidad biográfica y, por ende, profesional.

Los siguientes momentos del periodo estuvieron marcados por dos dimensiones: educación e investigación, por un lado, y cambios en la práctica de la enfermería, por otro. Frente a las transformaciones que se sucedieron durante la dictadura militar, uno de los motores que las enfermeras encontraron para seguir dialogando en un lenguaje común fue la mejora continua de su educación y, por ende, la necesidad de integrar la investigación para el desarrollo profesional y disciplinar. Sin embargo, los cambios sanitarios en los servicios de salud del país y la desconfianza que existía en la población provocaron que la dimensión social del cuidado se desdibujara, al tiempo que el miedo a las autoridades privaba a muchas enfermeras de realizar actividades propias de su profesión porque podían ser consideradas acciones políticas.

Finalmente, las especializaciones y la investigación presentaron un cambio real en la práctica del cuidado al interior de los servicios sanitarios, más aún con la irrupción de la tecnología en el espacio curativo. Esto hizo que el cuidado se convirtiera en una práctica más compleja y que fuese necesario pasar de una enfermera generalista a una especialista. Respecto al último momento, las enfermeras que vivieron la dictadura comparten una identidad como protagonistas del cuidado en todos los escenarios sanitarios y señalan que, aunque retrocedieron en sus espacios de identidad profesional producto del quiebre democrático, se sienten orgullosas del rol que desempeñaron en la sociedad chilena durante ese periodo. Por ello, cuando observan a las nuevas generaciones, que aparentemente no poseen este legado de memoria, consideran que la impronta de su desarrollo identitario es distinta.

En este punto, parece necesario contrastar la identidad como construcción histórica con la identidad desde la perspectiva de la memoria. Según Mario Garcés (2002), la historia contextualiza, pero la memoria recrea el momento de acuerdo con las emociones y las creencias de la persona que vivió un periodo de tiempo determinado. Es importante recalcar que, en este caso, el foco estuvo en el quiebre democrático porque durante todo el siglo xx las enfermeras realizaron un proceso de construcción de su rol profesional, que debía ser reconocido por el Estado. Ahora bien, se puede decir que las enfermeras chilenas se constituyeron como un grupo

de mujeres al interior de las organizaciones de salud para implementar y continuar las políticas sociosanitarias del país, por lo que su actuación frente a los escenarios de crisis política, social y económica permite observar el avance o detención de dichas políticas.

Asimismo, las enfermeras chilenas de la década del sesenta gozaban de un prestigio y un estatus profesional al interior de la vida social y política que, aunque incipiente, las diferenciaba de sus pares de otras latitudes, donde la enfermería aún era considerada un oficio. Gracias a las políticas de bienestar del Estado, habían logrado empoderarse en espacios como la salud infantil y comunitaria de la población y, por ello, contaban con instituciones de enfermería que también eran únicas en latinoamericana. Sin embargo, durante los años setenta y ochenta las enfermeras sufrieron una crisis identitaria debido a la ruptura del equilibrio entre los diversos componentes de su identidad profesional: la educación universitaria, sus prácticas de cuidado con las personas, y las organizaciones propias en los servicios sanitarios, sociales y científicos. Los cambios generados en estos espacios de manera abrupta y sin diálogo provocaron en ellas sensaciones negativas.

Lo que más sintieron las entrevistadas fue la pérdida de las instituciones o estructuras que las enfermeras habían logrado implementar con mucho esfuerzo. Ellas, que cumplían con la imagen de cuidadoras abnegadas, sacrificadas y prudentes, cuya labor se circunscribía a las instituciones de salud, dieron en los años cincuenta un salto cualitativo al movilizarse por tener organizaciones propias que las representaran en el mundo social y político. Tras lograr la institucionalidad de la enfermería —la educación universitaria, la organización administrativa al interior del Servicio Nacional de Salud, el Colegio de Enfermeras— e implementarla durante al menos veinte años, las enfermeras experimentaron un enorme retroceso. Simbólicamente, no era solo la pérdida de sus estructuras, sino de la posición que había alcanzado una profesión femenina que paso a paso les había permitido ganar espacios como mujeres y como profesionales.

Para mantener o conservar lo esencial de su profesión en este proceso de crisis identitaria, las enfermeras fueron tomando acciones que les permitieron adaptarse al nuevo espacio. Para hacerlo, recordaron la esencia de la enfermería, el núcleo fundacional de su identidad, que, a pesar de los giros en el contexto social, político y económico del país y de los cambios

de la propia identidad biográfica, se mantiene inalterable y es el motor de la profesión: cuidar a las personas según sus necesidades.

Las adaptaciones de la identidad cumplían el propósito de satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades en un contexto de cambios estructurales que se evidenciaron en los servicios de salud. Las enfermeras intentaron continuar con las prácticas de cuidado que realizaban cotidianamente, pero numerosas restricciones para acercarse a la comunidad les impedían entregar la atención de salud con el acervo social que durante casi siete décadas las había caracterizado. Algunas lograron sortear esta situación y otras no. Aparentemente, quienes consiguieron mantener sus prácticas profesionales tomaron la decisión de resistir en equipo. Esto indica que los grupos que poseían la convicción de la responsabilidad social de su identidad profesional pudieron sostener por medio del diálogo sus prácticas de cuidado en la comunidad.

Ahora bien, la memoria es también un fragmento de la historia. Garcés (2005) explica que cuando el historiador trabaja con testimonios, se enfrenta con relatos fragmentarios que no pueden constituir una totalidad discursiva. Los testigos solo pueden relatar lo que ellos vivieron, sin haber elaborado su recuerdo socialmente. En el caso de las enfermeras, su memoria se construye de acuerdo con la posición que ocupaban (profesional clínica de atención hospitalaria o comunitaria, docente o directora de una escuela de Enfermería) y con los años que estuvieron en esos espacios. Por ello, es posible encontrar diferentes perspectivas frente a un momento de la historia para el cual aún existen dicotomías respecto a la posición política que cada cual adoptó.

Mientras mayor es la experiencia de la entrevistada en su rol profesional, más se vincula su memoria con los recuerdos que comparte la sociedad chilena sobre los atropellos a los derechos humanos. Las adaptaciones de la identidad variaron de acuerdo con la constitución identitaria biográfica y el espacio en que se desempeñaron. Esto muestra que las enfermeras chilenas que vivieron esa época comparten una memoria colectiva que, según Halbwachs (1968), nace de una memoria individual compartida con otros y es un espacio que se retroalimenta en la intersubjetividad y va tomando forma en relatos más amplios, que pueden ser rememorados socialmente, potenciando el recuerdo colectivo.

Durante las décadas del setenta y el ochenta, y desde cualquier espacio en que estuvieran ejerciendo, las enfermeras tenían la sensación de pérdida o cambio en el estado de bienestar de su profesión, que de alguna forma se

refiere al cambio en la posición social que ocupaban en los centros de salud, es decir, a la pérdida de la posibilidad de tomar decisiones. Asimismo, se puede afirmar que la continua búsqueda de reconocimiento y espacios de poder es un denominador común de las enfermeras durante el siglo xx, pero que en el momento de abandonar el modelo de desigualdad frente a otros y asumir una posición como sujetos activos en espacios políticos, la gran mayoría de las profesionales desiste de ello. Pareciera que en la memoria colectiva de las enfermeras el ejercicio del poder es lícito solo en beneficio de los demás, por sacrificio y abnegación, y no para sí mismas, sobre la base de su derecho a establecer relaciones profesionales y sociales basadas en la equidad.

Garcés (2005) explica que el recuerdo que trae al presente la memoria es analizado por el que recuerda desde su mundo presente, por lo que lleva la marca de sus sentimientos y conocimientos o marcos de referencia actuales. Desde la recreación de sus memorias, es posible interpretar que, luego de la crisis identitaria, las enfermeras comenzaron a adaptar sus prácticas de cuidados de manera autopoiética (Maturana y Varela, 1980): frente a un nuevo estímulo, configuraron desde las características propias

Imagen 2. Marcha para mantener la educación universitaria de las enfermeras, 1987



Fuente: Colegio de Enfermeras de Chile, 1987.

y esenciales contenidas en sus memorias una nueva forma identitaria que se adaptó a los nuevos marcos sociales, económicos, políticos y culturales del país, es decir, a las nuevas necesidades de salud de las personas. Lo importante de esta transformación es que el núcleo persiste: son las enfermeras quienes cuidan de otros y esto les permite autoafirmarse en el rol social que cumplen al interior de la sociedad chilena.

Trueba (2015) señala que la memoria es un órgano de representación donde pasado, presente y futuro confluyen, de manera que el pasado es revivido en el presente, lo que posibilita una apreciación del futuro. Así, un grupo de enfermeras percibe que lo construido en el pasado está en tensión con las categorías de la vivencia social de ser enfermera desde el año 2000 en adelante. Al observar el presente de su identidad profesional, las enfermeras entrevistadas proyectan el futuro visualizando que el aumento de los conocimientos teóricos ha distanciado a la enfermera de la ciencia aplicada y no ha mejorado su práctica. Esto responde a la paradoja de que, por un lado, el colectivo buscara generar y dominar conocimientos propios, pero, por otro lado, esto lo distanciara de las personas que cuidaba. Este punto puede comprenderse con el marco de la memoria, que es el legado que se transmite de generación en generación. Aparentemente, aquí existe un espacio o cortocircuito en el legado, que ha impedido lograr consensos al interior del colectivo y ha generado distanciamiento entre sus integrantes.

Para comprender este fenómeno desde la sociología, Dubar (2002) explica que existe tensión entre las diferentes formas identitarias: las comunitarias, relacionadas con la cultura y lo colectivo, y las societales, donde predomina la identidad del sujeto sobre lo colectivo. Es posible interpretar que durante los primeros setenta años de la profesión las enfermeras desarrollaron una identidad con características comunitarias, fuertemente ligada a sus prácticas culturales, es decir, su pensar, su sentir y su creer. La revolución política, social y económica que experimentó Chile entre los setenta y los ochenta provocó cambios en todas las esferas de la vida de las personas. En el caso de las enfermeras, esto se manifestó en la configuración de una identidad generacional centrada en la adquisición de conocimientos y tecnología para lograr expectativas individuales, lo que ha distanciado y fragmentado a su colectivo profesional.

Finalmente, desde estas microhistorias es posible concluir que la identidad de la enfermera chilena es un conjunto de procesos de interacción entre

sus pares, las instituciones, el Estado, la sociedad, ella misma y su momento histórico. Sus memorias permiten descifrar la autopoiesis de sus tránsitos identitarios, los cuales constituyen el legado para las generaciones actuales y las próximas. La memoria es el vehículo por medio del cual las enfermeras pueden adaptarse a los nuevos contextos sociales, políticos y económicos del país y de su propia biografía; la memoria, a diferencia de la historia, recrea el pasado con los significados del presente y permite que las enfermeras conecten sus vivencias con las nuevas generaciones y formas identitarias.

Para realizar una mirada prospectiva de esta línea de tiempo es necesario preguntarse: ¿qué legado he recibido?, ¿cuáles son los elementos de la formación como enfermera que me marcaron?, ¿qué contextos del cuidado de las personas me movilizan?, ¿cuáles son las actuales necesidades de los otros?, ¿cuál es mi motivación para cuidar de un otro? Sin duda, estas reflexiones son la semilla con la cual cada profesional construirá cultura y legado, pues en cada acción de cuidar a una persona, una familia o una comunidad estará creando enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Colegio de Enfermeras de Chile. (1987). *Boletín Informativo*, Consejo Regional Santiago.
- Colegio de Enfermeras de Chile. (1980). *Revista Enfermería*, año xv (65).
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE.
- Dubar, C. (2002). *La crisis de las identidades*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Garcés, M. (2002). *Recreando el pasado: Guía metodológica para la memoria y la historia local*. Santiago: ECO, Educación y Comunicaciones. Recuperado de http://www.ongeco.cl/wp-content/uploads/2015/04/Guia_metodologica_Recreando_el_pasado.pdf.
- Garcés, M. y Leiva, S. (2005). *El Golpe en la Legua. Los caminos de la historia y la memoria*. Santiago: LOM Ediciones.
- Halbwachs, M. (1968). *La memoria colectiva*. Zaragoza: Universitarias de Zaragoza.
- Maturana, H. y Varela, F. (1980). *Autopoiesis and cognition*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- Trueba, C. (2015). Tiempo, memoria y existencia humana en Agustín. *Cuadernos de filosofía* (64), 91-99.
- Núñez, R. E. (2012). *Enfermeras chilenas 1970-1980: Dos décadas de transformación de la identidad, un legado para la memoria* (tesis doctoral, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile).

CAPÍTULO 2.

ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CHILE

Carmen Collao Avilés¹ y Ximena Osorio Spuler²

Los inicios de la enfermería profesional

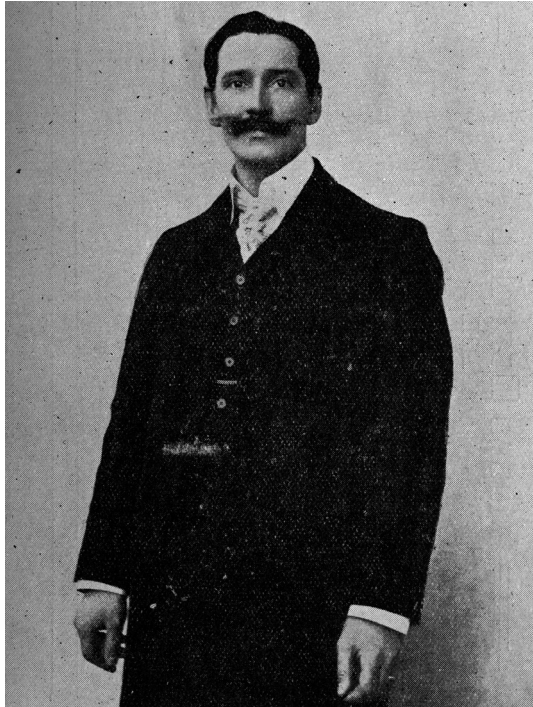
La enfermería profesional comienza a desarrollarse en Chile a inicios del siglo xx. El primer curso empieza en mayo de 1902 en el Hospital San Borja de Santiago (Flores, 1965), con el propósito de formar enfermeras capacitadas para atender en establecimientos médicos o domicilios. Esta iniciativa del doctor Eduardo Moore se concretó luego de sortear varias dificultades. Moore había comenzado a propiciar el proyecto en 1891, tras visitar hospitales en varias ciudades de Inglaterra y conocer los adelantos de la medicina que se desarrollaban con el valioso complemento de la enfermería, cuyos avances, a treinta años de haber sido creada por Florence Nightingale, eran significativos. Esta experiencia lo incentivó a replicar en Chile una obra similar, que recién pudo ver concretada once años más tarde.

Luego de la profunda crisis social que desencadenó la revolución de 1891 durante el gobierno de José Manuel Balmaceda, hacia 1900 el país había retomado su ritmo de crecimiento, fundamentalmente por la industria del salitre que permitió concretar obras importantes, como el postergado proyecto del doctor Moore.

¹ Enfermera y doctora en Enfermería. Especialista en enfermería pediátrica y bioética clínica.

² Enfermera y doctora en Enfermería. Directora del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Frontera.

Imagen 1. Eduardo Moore



Fuente: Wikipedia.

Imagen 2. Hospital San Borja



Fuente: Colección Odber Heffer, Cultura Digital UDP.

En este contexto se inicia la formación de la enfermería en Chile, que debió enfrentar, además de los problemas políticos y sociales, los intereses religiosos que vieron amenazada la autoridad que tenían sus órdenes para asistir a los enfermos en los hospitales (Silva, 2004). Asimismo, la enfermería tuvo que responder a prejuicios culturales que surgieron frente a la creación de una nueva profesión femenina que, además, tendría una orientación laica (Flores, 1965).

Los requisitos para ingresar al curso eran ser soltera o viuda; tener entre veinte y treinta y cinco años de edad; gozar de buena salud, es decir, contar con una constitución vigorosa para soportar las vigiliass y los sacrificios propios de la profesión; saber leer y escribir; tener algunas nociones de aritmética y del sistema métrico (Amaral, 1904), y poseer certificados de buena conducta y moralidad. Este último requerimiento fue impuesto por el sector conservador de la ciudadanía, que prefería que el trabajo continuara en manos de las religiosas (Muñoz, Isla y Alarcón, 2012).

La preparación duraba tres años, divididos en seis semestres, con trabajos prácticos de tres horas diarias (Chiang, 2010). Al terminar cada semestre, las alumnas rendían examen de los ramos estudiados. En la cuenta emitida en 1904 en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano celebrado en Buenos Aires, el doctor Amaral indicó que no obstante su extensa duración, la preparación de las enfermeras no estaba encaminada a que realizaran un arduo trabajo mental, sino a que tuvieran tiempo libre para trabajar y familiarizarse con la gran variedad de casos clínicos que se presentaban en los hospitales, de manera que fuesen adquiriendo experiencia en la atención de los enfermos (Amaral, 1904). Su objetivo principal era la formación de profesionales para el cuidado de los pacientes hospitalizados (Muñoz, Isla y Alarcón, 2012).

Las asignaturas impartidas eran Nociones de Anatomía; Nociones Generales de Fisiología; Nociones Generales de Ciencias Físicas y Naturales; Cuidados de Enfermedades Internas; Cuidados de Enfermedades Externas; Nociones Generales de Higiene; Cuidados de Enfermedades de Señoras y Partos; Cuidados de Enfermedades de Ojo, Oído, Nariz y Garganta; Cuidados de Niños; Cuidados de Enfermedades de la Boca; Fisioterapia (masaje, hidroterapia, climas, electroterapia); Deontología (moral profesional, deberes y reglamentos); Economía Doméstica y Contabilidad; Enfermedades Crónicas, en especial de hombres y ancianos; Medicina Legal y Derecho Chileno, y Farmacia (Chiang, 2010).

La organización de la escuela estaba a cargo de un director que, además de realizar las tareas administrativas del curso y nombrar al cuerpo de profesores, debía impartir una asignatura. Ingresaron al primer curso veintisiete alumnas: Rosario Álvarez, Celia Alarcón, Carmen Bravo, María Bustamante, Claudina Escobar, Elena Fuentes, Pabla Fuentes, Maclovía Galarce, Lorenza García, Teresa Guerra, Celia Gutiérrez, Aurelia Ibar, María Lecaros, Ester Loyola, Deidamia Muñoz, Filomena Muñoz, Candelaria Muñoz, Aurelia Obregón, Cupertina Obregón, Laura Ollandini, Elvira Retamal, Aurora Reyes, Trinidad Rodríguez, Clorinda Salinas, Concepción Silva, Benigna Silva, Teresa Valencia y Marcelina Vega (Flores, 1965). Terminados los estudios, todas ellas recibieron un certificado de competencias (Ibarra, 2011) y comenzaron a trabajar en distintos hospitales del país. Aun cuando su incorporación fue difícil, por el modelo religioso fuertemente arraigado en la sociedad, donde las tareas que las religiosas no podían atender eran realizadas por personas sin selección ni preparación, las nuevas profesionales lograron imponerse, con lo que se inició la etapa técnica del cuidado de la enfermería profesional (Flores, 1965).

El servicio que prestaban las profesionales pronto fue reconocido por las autoridades de la época, que abogaron por que su educación estuviese a cargo de la universidad. Cuatro años más tarde, en junio de 1906, mediante un decreto de gobierno, se funda la Escuela de Enfermeras del Estado, que funcionó bajo la dependencia académica y administrativa de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile y fue la primera escuela de enfermeras de este tipo en América Latina (Ibarra, 2011). Su director académico fue el doctor Francisco Navarro y las clases fueron impartidas en el Hospital de San Vicente de Paul, donde religiosas católicas estaban a cargo de la supervisión de las estudiantes (Muñoz, Isla, Alarcón, 2012).

Imagen 3. Francisco Navarro



Fuente: Memoria Chilena, Biblioteca Nacional.

Imagen 4. Hospital San Vicente de Paul



Fuente: Revista Chilena de Cirugía.

Imagen 5. Universidad de Chile, ca. 1920



Fuente: Archivo Augusto Bruna.

En 1887 Chile había reconocido a las mujeres el derecho de proseguir estudios superiores universitarios. La normativa, impulsada por el ministro Luis Amunátegui, favoreció y justificó legalmente la iniciativa de que la enfermería fuese una carrera universitaria, impulsando el desarrollo de la profesión (Colegio de Enfermeras, 1965). En 1910 asumió como director de la Escuela de Enfermeras el doctor Eugenio Díaz y como subdirectora, Fresia Rosas, quienes revisaron el plan de estudios con miras a mejorar la calidad de la enseñanza, lo que se volvió a repetir en 1917 (Colegio de Enfermeras, 1965).

Por iniciativa del doctor Alejandro del Río, en 1919 se crea la Escuela de Enfermería de la Beneficencia en Santiago, que funcionó anexa al Hospital de niños Manuel Arriarán. Esta escuela integró el sistema de internado característico del modelo de escuelas Nightingale. El doctor Del Río sostuvo la idea de que la enfermería debía desarrollarse como una profesión bajo la tutela de la universidad (Colegio de Enfermeras, 1965).

Imagen 6. Alejandro Del Río



Fuente: Wikipedia.

Imagen 7. Hospital de niños Manuel Arriarán



Fuente: Biblioteca del Ministerio de Salud.

En 1921, durante la presidencia de Arturo Alessandri Palma, Alejandro del Río, director del Instituto de Higiene, logró el reconocimiento oficial de la Escuela de la Beneficencia mediante el Decreto 3081/1921 de la Rectoría de la Universidad de Chile, que autorizaba a la Facultad de Medicina y Farmacia a conceder diplomas de aptitud a las egresadas de las escuelas establecidas en los hospitales de la república (Chiang, 2010) siempre y cuando cumplieran con las siguientes disposiciones: condiciones de admisión, presentación de planes y programas oficiales, e infraestructura adecuada para la formación profesional y vida de las estudiantes (Núñez, Urrea y Pavez, 2016). Además, las alumnas debían aprobar un examen ante una comisión nombrada por la decanatura de la Facultad de Medicina. Dicha comisión era la encargada de firmar el diploma, que debía ser refrendado por el secretario de la Facultad. Este hecho marca la uniformidad y el carácter universitario de la educación en enfermería en Chile (Colegio de Enfermeras, 1965) y da la pauta para que fueran estas instituciones las que otorgaran posteriormente el título de enfermera universitaria (Núñez, Urrea, Pavez y 2016). Por lo tanto, es el Estado chileno el que le otorga a una profesión femenina como la enfermería un estatus universitario, el más alto nivel educacional de la época (Pincheira, 1965).

Sin embargo, existía la inquietud de velar por el mejoramiento de la enseñanza en las escuelas de Enfermería y en 1924 se creó el Consejo Superior del Servicio de Enfermeras de Chile, constituido por las directoras de las escuelas de Enfermería existentes en la época y el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Ibarra, 2011), quienes, además, debían preocuparse por las condiciones de los establecimientos donde estas funcionaban y promover la cooperación interescolas (Colegio de Enfermeras, 1967). Por ese entonces, las condiciones de precariedad sociosanitarias que vivía la población chilena impulsaron a un grupo de doctores que participaban en la Asamblea de Sociedades Médicas y de Pediatría a solicitar al Gobierno de Arturo Alessandri reformas en la materia. Los profesionales pidieron la reorganización sanitaria nacional y municipal mediante políticas dirigidas a resolver las necesidades más urgentes de la población, entre las cuales la fundación de una institución que estuviera a cargo de la higiene, la asistencia pública y la previsión social, y la creación de carreras con enfoque sanitario, eran tareas fundamentales (Núñez, Jana, 2017). Al año siguiente, el doctor John Long, en su calidad de asesor del Ministerio de Higiene y Salubridad de Chile, convenció a las

autoridades de la época de que era imprescindible disponer de enfermeras sanitarias capaces de iniciar un plan formal de salubridad en el país (Biblioteca Nacional de Chile, s.f.).

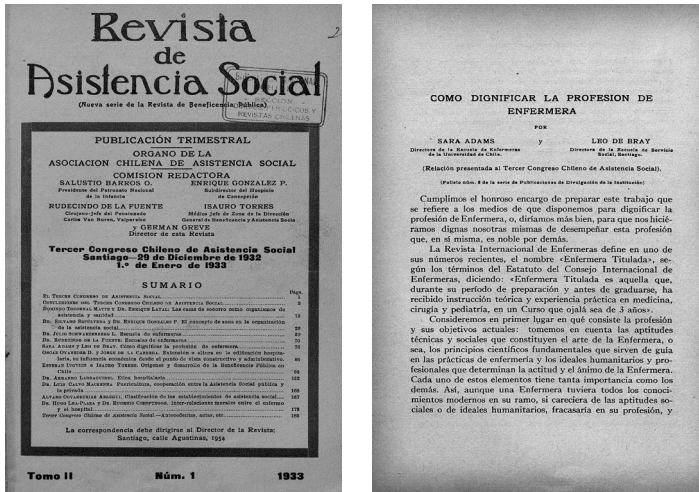
Los programas de educación en enfermería no contemplaban esta área, por lo que fue necesario diseñar uno que se orientara hacia la atención sanitaria (Colegio de Enfermeras, 1967). La iniciativa del doctor Long se concretó en 1927 con la creación de la Escuela de Enfermeras Sanitarias, institución que 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. Fueron responsables de su creación los médicos Lucas Sierra, Cora Mayers y Eleanira González. Asimismo, el Ministerio de Higiene contrató a Sara Adams, enfermera sanitaria estadounidense, que no solo asesoró el proyecto, sino que asumió su dirección (Chiang, 2010).

Imagen 8. Cora Mayers



Fuente: Sociedad Chilena de Pediatría.

Imagen 9. Texto de Sara Adams en Revista de Asistencia Social, 1933



Fuente: Memoria Chilena, Biblioteca Nacional.

De esta manera nace la enfermería comunitaria, destinada a cubrir las necesidades que tenía la población debido a la escasez de conocimientos y recursos humanos capacitados y la falta de medios y tecnología idóneos para atender la salud y la enfermedad (Muñoz, Isla y Alarcón, 2012). Todo esto en el marco de la crisis sanitaria que afectaba al país, donde la carencia de viviendas y un entorno adecuado afectaron directamente las condiciones de vida de la población chilena y aumentaron significativamente la mortalidad, en especial la infantil (Biblioteca Nacional de Chile, s.f.).

Para ser enfermera sanitaria era imprescindible haber cursado el bachiller en humanidades y poseer el título de enfermera hospitalaria. Al primer curso para formar enfermeras sanitarias postularon ochenta enfermeras, de las cuales solo treinta fueron seleccionadas. El plan de estudios contemplaba las siguientes asignaturas fundamentales: Anatomía, Fisiología, Bacteriología, Terapéutica, Psicología, Instrucción Cívica, Higiene, Alimentación, Obstetricia, Puericultura, Enfermería y Trabajo de Enfermería Sanitaria. La duración era de un año académico (Núñez y Jana, 2017) y las prácticas se desarrollaban en el Hospital San Borja (Colegio de Enfermeras, 1967).

Sara Adams tuvo como misión orientar la formación de las «jóvenes propagandistas de la higiene a domicilio» (Chiang, 2010), un cambio

sustancial que respondía a las necesidades de salud de la población. El trabajo de estas enfermeras pronto fue valorado por la sociedad, que las reconoció como líderes en materias de salubridad con un alto componente social, pues no solo velaban por la salud física de los individuos y la colectividad, sino también por su salud mental y espiritual (Eva, 1948). De acuerdo con la connotada enfermera de la época Rosalba Flores, la enfermera sanitaria era la encargada de prevenir las enfermedades, educar y transmitir normas precisas junto con demostraciones prácticas en el hogar sobre todos los principios y métodos para conservar la salud, prolongar la vida y asegurar el bienestar y la utilidad de los seres humanos (Eva, 1948).

Finalizaron el curso veintitrés alumnas, de las cuales dos cumplieron actividades laborales en una empresa carbonífera y las restantes en los servicios sanitarios de Santiago (Colegio de Enfermeras, 1967). El 13 de marzo de 1928, a través del Decreto 0539/1928, el Ministerio de Instrucción Pública ordenó que la Escuela de Enfermeras Sanitarias pasara a depender de la Facultad de Ciencias Médicas y Farmacia de la Universidad de Chile. Sara Adams consideró necesario que el curso durara tres años, lo cual quedó establecido en el Decreto 5793/1928, del 10 de diciembre, que además estipuló que las estudiantes debían haber completado la instrucción secundaria y cursarían seiscientos veinte horas académicas (Colegio de Enfermeras, 1967), sin tener que ser enfermeras hospitalarias.

El nuevo enfoque sanitario y los problemas económicos por los que pasaba el Ministerio de Instrucción Pública en esa época fueron algunas de las razones que promovieron la fusión de las dos escuelas que formaban profesionales de enfermería en Chile: la Escuela de Enfermeras Sanitarias y la Escuela de Enfermeras del Estado. Esta nueva condición dio origen a la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, mediante un decreto ley fechado el 8 de marzo de 1929.

La transferencia de la formación académica a la universidad significó cambios importantes para la profesión, entre ellos el incremento en horas del plan curricular, que aumentó de tres a cuatro años la carrera. Tres años de estudio para egresar y cuatro para titularse como enfermera sanitaria. El título otorgado con tres años de estudios habilitaba solo para trabajar en hospitales y clínicas, en tanto que el otorgado al cuarto año permitía trabajar además en la comunidad (Ibarra, 2011).

Mención aparte requiere la Escuela de Enfermería Carlos van Buren de Valparaíso, institución que, gracias a la filantropía del banquero y empresario industrial al que debe su nombre, vio la luz en 1933. La iniciativa comenzó a gestarse en 1921, cuando el doctor Rudecindo de la Fuente regresó de Estados Unidos asombrado por el trabajo que desempeñaban las enfermeras y le propuso a Van Buren que contratara a un grupo de profesionales inglesas y adquiriera el equipamiento necesario para atender a los pacientes y preparar al personal chileno en labores auxiliares. Motivado por los excelentes resultados de estos profesionales, Van Buren donó los fondos para construir la Escuela de Enfermería con los siguientes requisitos: «Lego 600,000 pesos para la fundación de una escuela de enfermeras anexa al Hospital San Juan de Dios. Su organización y plan de estudios serán como las similares de Estados Unidos e Inglaterra, debiéndose tomar en cuenta estos al elaborar los planos de construcción» (De la Fuente, 1935).

Es así como el 6 de septiembre de 1933 se inaugura oficialmente esta escuela de Enfermería, cuyo primer director fue el médico Rudecindo de la Fuente (Bettancourt, 2016) y su primera subdirectora, la enfermera inglesa Margareth Bowie, diplomada en el Metropolitan Hospital de Londres, que permaneció en el cargo hasta 1956. La formación corrió por cuenta de enfermeras inglesas, que imprimieron ese sello de rigor y excelencia tan valorado por instituciones como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud de la época. Las docentes recibieron el nombre de instructoras y fueron capacitadas en Estados Unidos, en tanto que las enfermeras asistenciales que recibían a las estudiantes fueron capacitadas en cursos de pedagogía, en aras de apoyar la docencia clínica (Chiang, 2010). El plan de estudios de la Escuela de Enfermería Carlos van Buren contemplaba 1312 horas, un poco menos que el de la Escuela de la Universidad de Chile (1368 horas), pero bastante más que el del John Hopkins Hospital, que contaba con solo 848 horas (De la Fuente, 1935).

Desde 1935 las escuelas de Enfermería del país elevaron sus exigencias: las postulantes debían haber completado el nivel de humanidades para poder ingresar y, desde 1937, tenían que haber rendido el bachillerato, sin importar su mención (Chiang, 2010).

La necesidad de perfeccionarse para formar

Transcurridas unas décadas, algunas enfermeras visionarias se dieron cuenta de que las asignaturas del plan de estudios no habían sufrido cambios y seguían respondiendo principalmente a las necesidades sociales, un factor predominante de los problemas de salud de la población en esa época. Por ejemplo, para el área materno-infantil se dictaban asignaturas como Moral Familiar, Obstetricia, Puericultura, Legislación Social, Psicología General y del Niño, y Asistencia Social. Por ello, en 1941 estas profesionales decidieron perfeccionarse en diferentes áreas del conocimiento, como Enfermería Básica, Enfermería Médico Quirúrgica, Enfermería Pediátrica y Enfermería Psiquiátrica (Ibarra, 2011), para lo cual viajaron a Estados Unidos. De esta forma, ese mismo año las enfermeras chilenas comenzaban su perfeccionamiento en universidades extranjeras (Leal, 2014).

El apoyo mediante becas permitió la salida a Estados Unidos de las tres primeras enfermeras chilenas: Gladys Peake, Inés Byrt y Rosalba Flores (Flores, 1965). Peake 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 (Leal, 2014).

Imagen 10. Rosalba Flores



Fuente: Archivo Fotográfico, Museo Nacional de Medicina.

Imagen 11. Gladys Peake



Fuente: odont.info

Este perfeccionamiento rindió sus frutos alrededor de los años cincuenta, cuando se incorporaron al plan de estudios conceptos y prácticas de ciencias sociales y salud pública, y entró al debate la misión curativa, preventiva, social y educativa que debía distinguir a la enfermera, cualquiera fuese su ámbito de desempeño (Ibarra, 2011). En este sentido, destaca la enfermera y profesora de la Escuela de Enfermería del Estado Sofía Pincheira, que, gracias a su formación como salubrista en la Universidad de Columbia y de Yale, imprimió este sello en la formación de las enfermeras sanitarias chilenas, cuyas funciones debían ser «investigar condiciones antihigiénicas, enseñar al pueblo a vivir sano y limpio, y educar a las madres sobre estas temáticas para, de esta manera, contribuir en la disminución de la tasa de mortalidad infantil» (Núñez y Jana, 2017). Pincheira insistía en que las directoras de escuelas, supervisoras, instructoras o jefas de sala de recintos sanitarios debían ser enfermeras graduadas, algo que distaba mucho de la realidad chilena, y criticaba que el currículo no contara con materias como psiquiatría, ginecología o «problemas profesionales en relación con la profesión de enfermera», que sí estaban en el plan de estudios norteamericano y que, según su visión, habrían ayudado a ampliar el campo de acción de las futuras graduadas (Zarate, 2017).

Imagen 12. Sofia Pincheira



Fuente: Wikipedia.

Cabe señalar que hasta 1943 la dirección de la Escuela de Enfermería estuvo a cargo de profesionales médicos, lo que sin duda sesgó de manera importante la formación de las estudiantes. Sin embargo, a partir de 1944, la Escuela pasó a ser liderada por enfermeras, decisión que abrió las puertas al desarrollo profesional (Ibarra, 2011). Esto, sumado a la visión sobre la disciplina que tenían las enfermeras formadas en el extranjero, redundó en que se hicieran modificaciones a los planes de estudios, los que fueron enriquecidos tanto con el modelo teórico de las necesidades humanas, desarrollado por la enfermera estadounidense Virginia Henderson, como con los nuevos conceptos sobre crecimiento y desarrollo que la pediatra Elena Campos aprendió en su perfeccionamiento con el doctor Arnold Gessel (Chiang, 2010).

En 1948 se realizó el Primer Congreso Nacional de Enfermeras, a cargo de la Asociación de Enfermeras Universitarias, creada en 1938 y que para ese entonces ya agrupaba a seiscientos cincuenta profesionales, entre hospitalarias y sanitarias. Durante este evento se aunaron esfuerzos y se respaldó a la nueva Escuela de Enfermería creada en la Universidad de Concepción, que había entrado en funcionamiento el

25 de agosto de 1947, con solo dieciocho estudiantes (Paravic, 2012). El entonces director general de Beneficencia, el doctor Ignacio González, gestionó la visita de tres enfermeras universitarias especializadas en docencia, Gladys Peake, Herminia Muñoz y Marta Sepúlveda, quienes con la colaboración de los médicos Guillermo Grant, Víctor Manuel Fernández, Hernán San Martín y Raúl Ortega conformaron el Comité Asesor para la creación de la escuela.

Durante el Congreso se analizaron aspectos fundamentales de la enseñanza y el ejercicio de la profesión en el país. Se estructuró un nuevo programa de estudios, formulado y fundamentado a partir de las necesidades nacionales inmediatas y futuras, que permitiría formar enfermeras calificadas para servir tanto en los servicios hospitalarios como en las instituciones de salud pública. De esta forma, se fusionó el programa de Enfermería Hospitalaria con el de Enfermería Sanitaria y se establecieron niveles de enseñanza, interrelacionando no solo las asignaturas, sino también los contenidos teóricos con la experiencia práctica, lo que, de acuerdo con la presidenta de la Asociación de Enfermeras, Rosalba Flores, supondría cambios en la administración y la organización de las escuelas de Enfermería del país (Chiang, 2010).

Entre 1950 y 1960 se produjeron cambios sustantivos para la profesión de enfermería en Estados Unidos, donde una nueva generación de educadoras buscó aumentar la autonomía profesional de la enfermera, mediante la introducción de nuevos modelos de formación que enfatizaban el aprendizaje basado en la ciencia por sobre las habilidades técnicas y el cuidado de cabecera, para lo cual se apoyaron en el trabajo pionero de las teóricas de la época, que sentaron las bases de la nascente ciencia de la enfermería (Alligood, Marriner y Raile, 2011; Eva, 1948).

En Chile, esa década se caracterizó por la creación de universidades y, muy especialmente, de centros universitarios dependientes de la Universidad de Chile (Pinedo, 2012) que aportaron enfermeras a lo largo y ancho del país con planes de estudios que, si bien contribuían con cierta homogeneidad a la formación profesional, tenían una base biomédica que frenaba la posibilidad de un quehacer más autónomo.

En 1950 se crea la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica, denominada Isidora Lyon en honor a la hija de su benefactora, Loreto Cousiño. Nació como una escuela privada de la congregación religiosa Esclavas del Amor Misericordioso, dependiente del Instituto Cristo Rey.

Su primera directora fue la doctora Alicia Padilla, que contó con la colaboración de las enfermeras Lucrecia Rackela, Nelly Rodó y Carmen San Martín, y con la asesoría de la Escuela de Medicina, que aportó un cuerpo docente integrado por los doctores Waldemar Badía, Lorenzo Cubillos, Juan Fortune y Armando Roa, entre otros. Por razones organizacionales y administrativas, la congregación entregó a la Universidad Católica la tui-ción de la Escuela de Enfermería, cuya incorporación a la Facultad de Medicina fue decretada el 26 de octubre de 1952 por el Consejo Superior (Castellano, 2015; Rosso, 1999; Pontificia Universidad Católica de Chile, s.f.). El plan de estudios se desarrolló en cuatro años académicos y de acuerdo con las normativas vigentes para la educación de la enfermería en Chile, además de las normas establecidas en el currículo *Guide for School of Nursing* de Estados Unidos. La enseñanza consideraba aspectos teóricos y prácticos, que se desarrollaron en el Hospital Clínico de la Universidad Católica. En 1955, la Escuela pasó a depender académica y administrativamente de la Universidad Católica y comenzó a funcionar en la Casa Central (Cubillos, Castellano y Camus, 2000).

Los acontecimientos de comienzos de los cincuenta hicieron que las enfermeras sintieran la necesidad de realizar reuniones técnico-profesionales para resguardar tanto la formación como la práctica de su profesión. Sin embargo, esto solo pudo materializarse en 1954 con el Primer Seminario de Educación Profesional, la base para que nueve años más tarde se creara la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería (Ibarra, 2011).

Es preciso ahondar un poco más en el desarrollo que tuvo la Universidad de Chile durante esta década y su contribución en la creación de escuelas de Enfermería a lo largo del país. Durante el rectorado de Juan Gómez Millas (1953-1963), esta casa de estudios se expandió por todo el territorio, creando colegios universitarios regionales, en un programa a cargo de la primera doctora en Educación del país, Irma Salas Silva. De esta manera, en 1960 surgieron las sedes de Temuco y La Serena; en 1962 las de Antofagasta, Talca y Osorno, y, posteriormente, durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva, entre 1964 y 1970, aparecieron las de Arica, Iquique, Valparaíso y Ñuble (Pinedo, 2012).

Es así como la carrera de Enfermería se inició en Temuco en 1963, en Antofagasta y La Serena en 1964, y en Talca en 1966 (Monsálvez y Valdés, 2016). En 1967, en el marco del IX Seminario de Educación en Enfermería, se discutió el plan de estudios para los centros universitarios regionales y

la Universidad de Chile asumió el desafío de extender su saber a través de las actividades que se desarrollaran en ellos.

Al igual que en el ámbito internacional, la enfermería en la década del setenta en Chile se caracterizó por el fortalecimiento de la formación docente (Chiang, 2010), con cambios sustanciales como el que experimentó la Escuela de Enfermería Carlos van Buren, que pasó a integrarse administrativamente a la sede Valparaíso de la Universidad de Chile, al alero de la Facultad de Ciencias de la Salud. Además, en esta escuela se comenzó a estudiar la teoría y los modelos que orientarían la que sería la herramienta de trabajo de la enfermera para otorgar cuidados: el proceso de enfermería, aunque ya en 1953 Vera Fray afirmaba que, una vez que las necesidades del paciente han sido identificadas, se pasa al diagnóstico de enfermería, el segundo componente (Hernández y Del Gallego, 1997).

Otro de los avances de esta escuela guarda relación con la ampliación de la función docente a la extensión y la investigación, con cambios curriculares orientados a la investigación y las ciencias sociales, como la incorporación de una tesis en el plan de estudios como requisito de titulación. Las experiencias clínicas de las estudiantes se vieron muy apoyadas por el establecimiento de vínculos entre enfermeras docentes y enfermeras asistenciales (Chiang, 2010).

La Escuela de Enfermería de la Beneficencia de Concepción también quedó bajo tuición universitaria. El 15 de julio de 1970 fue incorporada a la Universidad de Concepción y comenzó a funcionar con tres departamentos: Fundamentos de Enfermería, Enfermería Materna, y Enfermería del Adulto y Anciano (Chiang, 2010). La inquietud de sus docentes por la formación de las futuras enfermeras las llevó a revisar y reformular el plan de estudios, cambiar su filosofía y sus objetivos, y reorientar y complementar las asignaturas, lo que dio lugar a un plan de cuatro años y medio que entró en vigencia en 1972 (Chiang, 2010).

Otra escuela que destacó por sus cambios fue la de la Universidad Austral de Chile, cuyo cuerpo académico adoptó un modelo de necesidades humanas para orientar la formación de sus estudiantes (Chiang, 2010). Este modelo fue creado por su directora, la enfermera Inés Astorquiza, para modificar un currículo netamente biomédico, cuya insuficiencia o inexistencia de contenidos psicológicos y sociales impedían formar profesionales humanistas. Astorquiza elaboró un modelo conceptual basado en los procesos vitales que denominó estados de necesidad: biológico,

psicológico y social, los que se originan internamente en un estímulo que impulsa la conducta a buscar el requerimiento más adecuado para satisfacerlos (Flores, Seguel, Godoy y Barría, 2019). Para ella, la enfermería debía entenderse como una «disciplina social, que se cumple a través de un proceso de interacción y que dirige su acción hacia la satisfacción de las necesidades básicas del individuo, cuando este se encuentra limitado o incapacitado para darles satisfacción por sí mismo» (Astorquiza, 1976). Esta definición quedó como una impronta de esta unidad académica en la formación de sus profesionales.

Es importante señalar que en la década del setenta comienza la formación de enfermera-matrona en algunas escuelas del país, como en la de la Universidad Católica de Chile y que el 4 de mayo de 1972, en la sede de Punta Arenas de la Universidad Técnica del Estado, comienza a funcionar la carrera de Enfermería más austral del país y tal vez del mundo. Este proyecto fue una iniciativa de las enfermeras Lidia Bravo y Sylvia Muñoz, que ocupaban cargos directivos en el Hospital Regional Lautaro Navarro Avaría y en la Dirección Regional de Salud, respectivamente, junto con sus cónyuges, el exrector de la universidad Roberto Bravo y el exvicerrector Víctor Pinto, quienes esbozaron sus lineamientos y generaron un espacio para las mujeres en una institución formada casi exclusivamente por varones (Universidad de Magallanes, 2017). Dicho proyecto fue materializado en 1971, con la firma del decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el rector de la Universidad Técnica del Estado y el director general del Servicio Nacional de Salud. La primera directora de esta escuela fue la enfermera Sonia Orloff (Chiang, 2010).

La enfermería y la reforma universitaria

En 1968 se inicia la reforma universitaria chilena, que trajo cambios profundos a la educación superior y afectó a todas las carreras impartidas, incluyendo la Enfermería (Ibarra, 2011). Los objetivos de la reforma comunes para todas las universidades chilenas eran modernización, democratización y compromiso social. A grandes rasgos, esto se tradujo en que tanto la investigación como la extensión fueron desarrolladas y reconocidas como funciones esenciales de la universidad. Las autoridades eran elegidas en claustro pleno y el gobierno de la universidad pasó a ejercerse en organismos colegiados donde participaban todos los estamentos por medio de

representantes elegidos democráticamente. Asimismo, el fortalecimiento de la extensión aumentó la presencia de la universidad en los sectores más populares y el acceso de esos sectores a la universidad (Cifuentes, 2007).

El golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973 significó un quiebre para las universidades chilenas: derribó los avances de la reforma y los cambios que pretendía llevar a cabo fueron desactivados por el proceso de contrarreforma (Monsálvez y Valdés, 2016; Casali, 2015). Una de las primeras medidas ejercidas por la dictadura fue intervenir las universidades y designar a militares activos y en retiro como rectores mediante el Decreto Ley 50/1973 (Jiménez de la Jara y Durán del Fierro, 2011).

Con ímpetu visionario, en noviembre de 1973, la Sociedad Chilena de Educación de Enfermería elaboró una propuesta curricular para las escuelas de Enfermería del país, basada en dos estudios realizados por las escuelas de Concepción y la Universidad Católica. La propuesta definía al profesional de enfermería como aquel que proporciona ayuda al individuo sano o enfermo, en cualquier etapa de su vida, a través de un proceso de interacción humana, con el propósito de satisfacer sus necesidades básicas cuando él no pueda hacerlo por sí solo, ya sea por incapacidad, ignorancia o falta de voluntad (Jiménez de la Jara y Durán del Fierro, 2011).

Varios fueron los focos que guiaron esta propuesta curricular. Entre ellos se contaban algunos cambios epidemiológicos, como el descenso significativo de la mortalidad infantil, que dirigió la atención hacia el cuidado integral de la mujer. Este debía incluir atención y educación para embarazadas, asistencia obstétrica del parto normal, reconocimiento y asistencia después del parto, identificación de manifestaciones patológicas para derivación oportuna, cuidados del recién nacido y medidas para mantener la lactancia natural. En cuanto a la atención de las personas hospitalizadas, la propuesta puso énfasis en prevenir las complicaciones y los daños irreversibles, favorecer el alta precoz, evitar nuevas hospitalizaciones y atenuar el impacto que produce en el paciente y su grupo familiar la etapa terminal de una enfermedad. También vislumbró la necesidad de identificar problemas de salud mental y ayudar al individuo y su entorno a comprenderlos para desarrollar conductas adecuadas al interior de las familias y los grupos sociales. Otro aspecto que consideró fue la participación de la enfermera en los programas destinados a asegurar la atención integral de la población activa, en relación con la prevención de accidentes

y las enfermedades profesionales. Por último, determinó la imperiosa necesidad de que la enfermera realizara investigaciones científicas que permitieran mejorar la calidad de la atención e incrementaran el cuerpo de conocimientos de la disciplina (Chiang, 2010).

Con estos antecedentes la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería y el Colegio de Enfermeras propusieron un modelo curricular que contemplaba los siguientes criterios: las necesidades del individuo en las diversas etapas del ciclo vital; las áreas funcionales de la enfermera: atención directa, administración, educación e investigación; la aplicación del método científico, y las relaciones interpersonales. Las áreas del conocimiento detalladas en el modelo permitirían, según las dos entidades, organizar un currículo más homogéneo para formar un profesional único, con funciones derivadas de la enfermera y de la matrona. Para estos propósitos, la profesional recibiría el título de enfermera-matrona y el grado de licenciada en Enfermería. El proyecto, que contemplaba un tiempo promedio de formación de nueve semestres (Chiang, 2010), tardó en concretarse y recién en la década siguiente la Escuela de Enfermería de Talca comenzó a otorgar el grado académico.

Ocho años después del golpe militar, el 3 de enero de 1981, el Decreto con Fuerza de Ley 1/1981 ordenó una profunda reestructuración en que la Universidad de Chile perdía varias de sus carreras y dependencias tradicionales y todas sus sedes fuera de Santiago, las que se fusionaron con las de la Universidad Técnica del Estado y dieron origen a las llamadas universidades regionales (Jiménez de la Jara y Durán del Fierro, 2011). Así vieron la luz las universidades de Tarapacá, Arturo Prat, Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Talca, Biobío, La Frontera, Los Lagos, Tecnológica Metropolitana y, un poco más tarde, la de Magallanes. A partir de entonces también comenzaron a surgir las universidades privadas (Pinedo, 2012).

Mientras que las universidades eran afectadas por profundos cambios administrativos, políticos y económicos, el esfuerzo de las enfermeras docentes se centró en ofrecer una formación de excelencia, para lo cual no solo comenzaron a perfeccionarse en pedagogía y evaluación educacional, sino también en las áreas de competencia profesional que les permitieran conseguir mejores rendimientos y logros académicos de sus estudiantes. Junto con esto empezaron a desarrollar el área de investigación, con el propósito de lograr un cuerpo de conocimientos propio que le otorgase más identidad y autonomía a la profesión. Tendrían que pasar algunos

años para que emprendieran una nueva tarea: obtener el grado académico, primero la licenciatura, luego el magíster y, por último, el doctorado (Ibarra, 2011).

La visión disciplinar en la formación

De acuerdo con el enfoque de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991, p. 1), «una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser». La disciplina está conformada por la ciencia de la enfermería, el cuerpo de conocimientos científicos que guían los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica, los fundamentos histórico-filosóficos de la profesión y la práctica profesional (Duran de Villalobos, 2002). Este cuerpo de conocimientos suministra las plataformas teóricas para ser aplicado, comunicado, examinado y difundido (Ariza, 2011), además de constituir la base de una práctica fundamentada y autónoma (Duran de Villalobos, 2002).

En 1967 existía inquietud por la formación de las enfermeras, que requerían continuar preparándose después de egresar, para lo que era necesario formar una masa crítica de profesionales con grados académicos que pudiesen abordar esta tarea (Jofré y Paravic, 2007). En la década de 1970 se destinaron esfuerzos en diferentes escuelas del país para desarrollar este tipo de programas. Las enfermeras docentes comenzaron a formarse en posgrados de otras disciplinas, como Educación, Salud Pública y Ciencias Biológicas. El objetivo era contar con profesionales capaces de liderar la creación de programas de magíster y doctorado en sus lugares de origen, y tener investigadores cuyos hallazgos permitieran encontrar respuestas a los problemas que presentaba día a día el ejercicio de la enfermería, para mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades (Jofré y Paravic, 2007).

En respuesta a lo ocurrido en 1973, la Pontificia Universidad Católica de Chile abrió para los profesionales de la salud y, muy particularmente, para los de enfermería, el Magíster en Salud de la Comunidad, con mención en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. El programa contó con alumnos chilenos y latinoamericanos, en su mayoría docentes (Jofré y Paravic, 2007). En 1977 el vicerrector de la universidad hizo notar a la Escuela de Enfermería que el Reglamento General de Estudios de Posgrado,

en el título VI, artículo 26, estipulaba que para ingresar a un programa de magíster el postulante debía estar en posesión del grado de licenciado, el que no era otorgado por esa unidad. En 1979, después de graduar a veintiocho enfermeras, el Magíster en Salud de la Comunidad fue suspendido (Cubillos, Castellano y Camus, 2000).

En la década del ochenta surge la necesidad de fundamentar la práctica con un sustento teórico y desarrollar la disciplina profesional con la guía de modelos que permitieran enfrentar los desafíos que traería el siglo XXI. Esto porque solo la generación del conocimiento enfermero permitiría crear nuevos espacios profesionales para que el trabajo en salud y enfermedad se realice entregando cuidados a través del ciclo vital y entendiendo a la persona, la familia y la comunidad como seres holísticos en permanente proceso de desarrollo e interacción con su entorno (Leddy, 1989).

La década del ochenta marcó un hito importante para el desarrollo profesional de la enfermería en Chile: en 1981 la Universidad de Talca comenzó a otorgar el grado de licenciado en una modalidad de formación reflexiva y crítica (Chiang, 2010). Esto condujo a la creación del programa de licenciatura en 1995 para todas las universidades que dictaran la carrera, extendiendo la formación de pregrado de cuatro a cinco años (Ministerio de Educación, 2010). Del mismo modo, en esta década comenzó a asentarse la idea de que los estudios de posgrado constituían la mejor manera de fortalecer la formación académica del profesional de enfermería, lo que liberaba a la carrera de ser considerada terminal (Jofré y Paravic, 2007). Anticipando que los cambios trascendentales en la salud nacional requerirían profesionales capaces de proporcionar cuidados de calidad con un enfoque humanista, el cuerpo académico de la carrera de Enfermería de la Universidad de Concepción planificó la implementación de su posgrado (Paravic, 2012). El 15 de octubre de 1979, bajo la conducción de la profesora María Figueroa, el Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina dio inicio a su programa de Magíster en Enfermería (Paravic, 2004), el primero en el país de esta naturaleza, que comenzó a funcionar definitivamente en 1980 (Jofré y Paravic, 2007). Esto impulsó el desarrollo de la investigación y la publicación. Además, favoreció e incrementó las relaciones internacionales, recibiendo la visita de destacadas enfermeras teoristas que asesoraron los contenidos de los programas curriculares (Chiang, 2010).

Imagen 13. María Figueroa



Fuente: Archivo personal.

Imagen 14. Tatiana Paravic



Fuente: Revista Nos.

El Magíster en Enfermería contaba con dos menciones: Enfermería Médico Quirúrgica y Enfermería en Salud Comunitaria. Fue acreditado en 1992 por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (Conycit) y funcionó con la modalidad inicial hasta 1999, año en que se actualizó (Jofré y Paravic, 2007). En 2000, bajo la conducción de la doctora Tatiana Paravic, el programa sufrió modificaciones producto de los cambios epidemiológicos del país y la gran oferta de grados académicos en el extranjero, pero, sobre todo, por la necesidad de dejar claramente establecidas las diferencias entre un programa de magíster y uno de doctorado (Paravic, 2004).

En 2001 la Universidad Andrés Bello abrió su programa de magíster bajo la dirección visionaria de la doctora Luz Angélica Muñoz. Este programa de dos años de duración —el primero presencial— amplió el acceso a este tipo de posgrados hacia el centro del país. Su objetivo era preparar enfermeras con una base teórico-práctica amplia, mediante actividades que favorecieran el pensamiento lógico y el razonamiento científico (Jofré y Paravic, 2007).

El programa de licenciatura, que comenzó a ser obligatorio en 1995 para todas las carreras de Enfermería dictadas en el país, y el magíster constituyeron importantes logros que fueron pavimentando el camino para alcanzar la máxima expresión del pensamiento crítico: el doctorado.

Desde la mirada de la disciplina, los profesionales enfermeros serían capaces de guiar su quehacer con un soporte reflexivo que les permitiría otorgar cuidados con una base científica (Guerrero y Cid, 2015).

Imagen 15. Luz Angélica Muñoz



Fuente: Premios Alumni, UNAB.

Imagen 16. Olivia Sanhueza



Fuente: Revista Nos.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Concepción continuó liderando el camino hacia el desarrollo y la excelencia, y en 1992 inició su proyecto de doctorado con la preparación de un grupo de enfermeras docentes en diferentes unidades académicas extranjeras, con el propósito de formar una masa crítica de doctores en la disciplina. Finalizada esta etapa, las doctoras en Enfermería Sandra Valenzuela, Olivia Sanhueza y Tatiana Paravic asumieron la responsabilidad de elaborar el proyecto (Paravic, 2004), que fue aprobado por el Consejo Académico de la Universidad en enero de 2003. Se trató del primer programa de doctorado en Enfermería del país y empezó a funcionar en marzo de 2004 con seis alumnas: cinco chilenas, cuatro del área docente y una del área asistencial, y una colombiana. El programa tenía una duración de tres años si se realizaba con dedicación exclusiva y de cinco años con dedicación parcial (Jofré y Paravic, 2007).

Imagen 17. Sandra Valenzuela



Fuente: *Panorama UDEC*.

De esta manera, el Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción lideró la formación de la enfermería en el país, consolidando los diferentes niveles de la disciplina: postítulos (diplomados y especializaciones en diversas áreas) y posgrados (magíster y doctorado) (Jofré y Paravic, 2007).

En marzo de 2005 la Pontificia Universidad Católica de Chile abrió en Santiago el Magíster en Enfermería, con menciones en Gestión en Enfermería y Enfermería Clínica (PUC, 2005). Dos años más tarde se inició el programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Andrés Bello, con un cuerpo académico conformado por docentes de su propia facultad y de universidades nacionales y extranjeras, especialmente brasileñas, con las que había establecido convenios de cooperación. En la inauguración, el año 2006, la decana de la Facultad de Enfermería, la doctora Luz Angélica Muñoz, indicó: «[El doctorado] se constituirá en un espacio de intercambio entre nuevos investigadores y expertos en el área del conocimiento del cuidado de enfermería, para estimular el intercambio de ideas, la reflexión crítica para generar conocimientos originales, de carácter científico, tecnológico y humanístico que constituyan aportes relevantes en enfermería y salud» (Valenzuela y Sanhueza, 2015).

Los programas de doctorado en las universidades chilenas del Consejo de Rectores (Cruch) se orientan a la habilitación de capacidades avanzadas en el ámbito de la investigación, desarrollo e innovación, apoyados en una preparación sistemática en torno al pensamiento lógico y científico, con el fin de proveer herramientas para un trabajo emprendedor e inteligente (Munita y Reyes, 2012). El propósito general de los doctorados en Enfermería es formar investigadores independientes y altamente calificados que puedan responder a las interrogantes derivadas del ser, el quehacer, el saber y el saber ser de la disciplina (Ibarra, 2011).

Mucho antes, y como un apoyo a la formación de profesionales, en 1968, el Colegio de Enfermeras propuso la creación de una entidad que encauzara las diferentes áreas de especialización de la profesión, lo que dio origen a las sociedades científicas de enfermería. Ese mismo año se crea la Sociedad Chilena de Enfermería en Salud Pública y en Pediatría, y el año siguiente, la de Salud Mental. Todas se reglamentaron en 1977 mediante el Comité Coordinador de Sociedades Científicas de Enfermería. Estos organismos y entidades fueron un apoyo fundamental para aumentar la orientación disciplinar de la formación académica (Ibarra, 2011).

Tanto las sociedades científicas como los colegiados en instituciones de salud emanaban información que empezó a requerir otras vías de comunicación además de la revista del Colegio de Enfermeras, el único medio de difusión disponible. Es así como en 1990 la Pontificia Universidad Católica de Chile crea la revista *Horizonte de Enfermería* y en 1995 la Universidad de Concepción comienza a publicar *Ciencia y Enfermería* (Parra, 2013).

Finalmente, podemos decir que un momento que marcó la historia de la enfermería en Chile fue la dictadura, pues frenó el desarrollo que la disciplina (Chuaqui, Bettancourt, Leal y Aguirre, 2014). Sin embargo, el rol jugado por las universidades, que han formado a los profesionales con creatividad y perseverancia tanto en pregrado como en posgrado, con una generación sostenida de conocimientos (Ceron, Milos, Soto, Vásquez, 2014), ha permitido que la disciplina continúe desarrollándose. Los programas de magíster y doctorado han contribuido al enriquecimiento de la ciencia de la enfermería y a hacer más visible la profesión.

En la actualidad, según datos de la Comisión Nacional de Acreditación, son cuarenta y dos las universidades que dictan la carrera de Enfermería

en el país, con ciento cinco programas en total. Dentro de ellas hay seis instituciones que no están acreditadas. Esto deja dudas sobre la calidad y la uniformidad de sus programas, lo que pone en riesgo el desarrollo de la disciplina y la profesión por las que tanto lucharon sus precursoras.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, R., Marriner, A. y Raile, M. (2011). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Elsevier Mosby.
- Amaral, M. (1904). *La profesión de enfermera. Necesidad de difundir su enseñanza*. Santiago: Imprenta y Encuadernación El Globo. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MCO065705.pdf>
- Ariza, C. (2011). Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 8(2), 18-24. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004&lng=es&tlng=es
- Astorquiza, I. (1976). La satisfacción de las necesidades humanas bajo el marco de la enfermería. *Revista Enfermería* (47), 22-27.
- Bettancourt, L. (2016). Discurso pronunciado en el 30.º Aniversario de la Fundación de la Escuela de Enfermeras Carlos van Buren. *BENESSERE. Revista de Enfermería*, 1(1). Recuperado de <https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/1342>
- Biblioteca Nacional de Chile, Memoria Chilena. (s.f.). De la filantropía caritativa al Estado médico asistencial. *La Salud Pública en Chile (1910-1950)*. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-707.html>
- Casali, A. (2015). Reforma universitaria en Chile, 1967-1973. Prebalance Histórico de una experiencia frustrada. *Intus-Legere Historia*, 5(1), 81-101. doi: 10.15691/07198949.83
- Castellano, A. (2015). Trayectoria de la Escuela de Enfermería UC. *Revista Horizonte de Enfermería*, 26(2), 11-18.
- Cerón, M. C., Milos, P., Soto, P. y Vásquez, A. M. (2014). La formación exclusiva universitaria de las/os enfermeras/os: eslabón clave en el desarrollo disciplinar en Chile. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 4(3), 59-67.
- Cifuentes, L. (2007). El movimiento estudiantil chileno y la reforma universitaria (1967-1973). Recuperado de <http://lautevive.blogspot.com/2007/08/movimiento-estudiantil-y-reforma.html>
- Colegio de Enfermeras de Chile. (1965). *Revista Enfermería*, 1(5).
- Colegio de Enfermeras de Chile. (1967). *Revista Enfermería*, 3(14).
- Cubillos, L., Castellano, A. y Camus, P. (2000). *Historia de la Escuela de*

- Enfermería Isidora Lyon Cousiño 1950-2000*. Santiago: Centro de Documentación e Investigación Histórica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de http://bibliotecaseminariopontificio.cl/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_displa
- Chiang, S. (2010). *Introducción a la historia de la enfermería en Chile*. Santiago: Ediciones Técnicas de Educación Superior.
- Chuaqui, J., Bettancourt, L., Leal, V. y Aguirre, C. (2014). La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). *Aquichan*, 14(1), 53-66. doi: 10.5294/aqui.2014.14.1.5
- De la Fuente, R. (1935). La Escuela de Enfermeras Carlos van Buren de Valparaíso. *Revista de Asistencia Social*, 13(3), 257-285. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-65962.html>
- Durán de Villalobos, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1), 7-18. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es
- Eva. (1948). Profesiones femeninas. La enfermera. *Eva*, 7(194), 38-39. Recuperado de http://www.memoriachilena.cl//temas/documento_detalle.asp?id=MC0023735
- Flores, E., Seguel, F., Godoy, J. y Barría, R. (2019). Experiencia de la formación profesional de estudiantes de Enfermería de una universidad chilena bajo un modelo conceptual propio. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2372/403>
- Flores, R. (1965). *Historia de la enfermería en Chile. Síntesis de su evolución educacional*. Santiago: Universidad de Chile.
- Guerrero, S. y Cid, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 15(1), 129-140. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3511/3849> doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.12
- Hernández, F., Gallego, R., Alcaraz, S. y González, J. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*, año 1 (2), 21-35. doi: 10.14198/cuid.1997.2.05
- Ibarra, X. (2011). Historia de la enfermería en Chile. En Siles, J., Oguisso, T. y Fernandes de Freitas, G. (comps.), *Cultura de los cuidados: Historia de la enfermería iberoamericana*, 265-280. Alicante: Editorial Club Universitario.

- Jiménez de la Jara, M. y Durán del Fierro, F. (2011). *Un recorrido por la historia reciente de la educación superior chilena. 1967-2011*. Santiago: Corporación Santo Tomás y Aequalis.
- Jofré, V. y Paravic, T. (2007). Posgrado en Enfermería en Chile. *Índex de Enfermería*, 16(56), 50-54. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100011&lng=es&tlng=es
- Leal, V. (2014). «Lo que pueden estudiar las mujeres en Valparaíso», de Gladys Peake: análisis de habla de un documento de época. *Ciencia y Enfermería*, 20(2), 9-15. doi: 10.4067/S0717-95532014000200002
- Leddy, S. y Pepper J. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Ciudad de México: OPS. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Bases%20conceptuales%20de%20la%20enfermeria%20profesional.pdf>
- Ministerio de Educación. (2010). Modifica el Decreto con Fuerza de Ley 2/2010, del Ministerio de Educación, con el objeto de establecer la exclusividad universitaria de la carrera de Enfermería. Recuperado de <https://www.camara.cl/pley/pdfpley.aspx?prmID=10908&prmTIPO=INICIATIVA>
- Monsálvez, A. y Valdés, M. (2016). El golpe de Estado de 1973 y la intervención militar en la Universidad de Concepción (Chile). *Polis*, 15(45), 363-384. doi: 10.4067/S0718-65682016000300018
- Munita, M. I. y Reyes, J. (2012). *El sistema de posgrado en Chile: evolución y proyecciones para las universidades del Consejo de Rectores*. Santiago: Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10533/215445>
- Muñoz, C., Isla, X. y Alarcón, S. (1999). Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. *Cultura de los Cuidados*, año III (5), 45-51. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/5184> doi: 10.14198/cuid.1999.5.08
- Newman, M. A., Sime, A. M. y Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 1-6. doi: 10.1097/00012272-199109000-00002
- Núñez, E. R. y Jana, A. (2017). El legado de las enfermeras sanitarias en el cuidado de la salud chilena. *Ciencia y Enfermería*, 23(3), 113-124. doi: 10.4067/S0717-95532017000300013
- Núñez, E. R., Urra, E. y Pavez, A. (2016). Identidad e institucionalidad de

- las enfermeras chilenas en la mitad del siglo xx. *Ciencia y Enfermería*, 22(1), 135-145. doi: 10.4067/S0717-95532016000100012
- Paravic, T. (2012). 65 Años de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Concepción: Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 7-9. doi: 10.4067/S0717-95532012000200001
- Paravic, T. (2004). Posgrado Stricto Sensus del Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción. Concepción, Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 946-953. doi: 10.1590/S0104-11692004000600015
- Parra, D. (2013). Trabajo de la enfermera docente en Chile: una reflexión personal. *HorizEnferm*, 24(1), 83-89. Recuperado de http://horizonte-enfermeria.uc.cl/images/pdf/24-1/82_trabajo%20de%20la%20enfermera%20_horizonte%2024-12013.pdf
- Pincheira, S. (1965). Educación de enfermería. *Revista Enfermería*, 1(5), 21-23.
- Pinedo, F. J. (2012). El nacimiento de una universidad en el valle central y la amputación de las sedes regionales de la Universidad de Chile: el caso de la Universidad de Talca. *Revista Anales*, séptima serie, (4), 62-63. Recuperado de <https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/view/25264/28654>
- Pontificia Universidad Católica de Chile (s.f.). Escuela de Enfermería. Reseña histórica. Recuperado de <http://enfermeria.uc.cl/nuestra-escuela/resena-historica>
- Programa Magíster en Enfermería (2005). Recuperado de <http://www.puc.cl/enfermeria/html/programas/magister.html>
- Rosso, P. (1999). Discurso del decano de la Facultad de Medicina, doctor Pedro Rosso Rosso, con ocasión de la celebración de los 70 años de la fundación de la Facultad. *Ars Medica, Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 28(1). Recuperado de <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/371>
- Silva, O. (2004). *Historia ilustrada de Chile*. Santiago: Editorial La Tercera.
- Universidad de Magallanes. (2015). La historia de la enfermería en Magallanes. Recuperado de http://www.umag.cl/facultades/salud/enfermeria/?page_id=11
- Valenzuela, S. y Sanhueza, O. (2015). Doctorado en Enfermería en Chile: Un camino no exento de dificultades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 379-386. doi: 10.1590/0104-1169.0634.2568
- Zárate, M. S. (2017). «Formar enfermeras, no empleadas domésticas»:

profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950. *Dynamis*, 37(2), 317-343. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So211-95362017000200004&lng=es&tlng=es

CAPÍTULO 3.
ASOCIACIÓN CHILENA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA.
REGISTRO HISTÓRICO (2006-2012)

Ana María Vázquez Paredes¹

El 13 de noviembre de 2009 se inició en forma sistemática la aplicación del Examen Nacional de Enfermería (ENENF). A diez años de este hito, reconozco especialmente a quienes hicieron posible que se materializara el anhelo de contar con un examen nacional. Al Directorio de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería, que asumió el desafío de implementarlo: Sara Herrera Leyton (vicepresidenta), Sandra Valenzuela Suazo (directora y vicepresidenta), Cecilia Campos Sandoval (secretaria), Angélica Casenave González (secretaria), Sara Barrios Casas (secretaria), Patricia Masalan Apip (tesorera), Mercedes Zabala Gutiérrez (prosecretaria) y Verónica Bhen Thuenem (*past president*). A la Comisión de Examen Nacional, cuyos miembros se hicieron cargo de la gran tarea de elaborar el examen: Luz Galdámez Cabrera (Universidad Andrés Bello), Sonia Peroni Parraguez (Universidad de Valparaíso), Ángela Castellano Salas (Pontificia Universidad Católica de Chile), Cecilia Landman Navarro (Universidad de Valparaíso), Cristina Tagle Vargas (Universidad de los Andes) y Nayade Riquelme Pereira (Universidad de Concepción). A las enfermeras/os que

¹ Enfermera, magíster en Enfermería y doctora en Educación. Académica de la Universidad de La Serena, presidenta de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (2006-2012) y vocal de docencia de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (2013-2019).

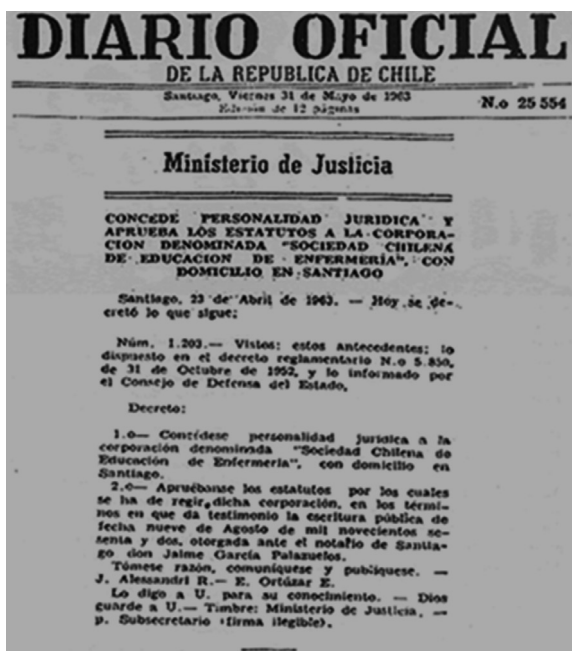
integraron los comités responsables de elaborar las preguntas según las áreas específicas, a las directoras/es de las unidades que participaron activamente y confiaron en la iniciativa, y a todas las académicas/os que hicieron posible este gran desafío.

* * *

Antecedentes

La Asociación Chilena de Educación en Enfermería (Achieen) es una corporación de derecho privado, de carácter científico, sin fines de lucro, regida por el título 23 del Código Civil. Fue creada el 23 de abril de 1963 a través del Decreto 1203/1963 del Ministerio de Justicia, que le concedió personalidad jurídica como Sociedad Chilena de Educación en Enfermería. El decreto fue publicado en el Diario Oficial el 31 de mayo de 1963, como se puede apreciar en la siguiente imagen.

Imagen 1. Decreto 1203/1963 del Ministerio de Justicia



Fuente: Asociación Chilena de Educación en Enfermería.

Posteriormente, el 30 de mayo de 2001, el Decreto 537/2001 del Ministerio de Justicia reemplazó el nombre de la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería por el de Asociación Chilena de Educación en Enfermería. En 2006 se volvieron a modificar los estatutos para incorporar la sigla Achieen como nombre abreviado de la Asociación, a través del Decreto 2544/2006 del Ministerio de Justicia. Para su funcionamiento, la Asociación estableció y organizó los lineamientos de acción que se expresan en su misión: «Velar por la calidad de la formación de las enfermeras y enfermeros en Chile en el ámbito de la educación superior. Fundará su quehacer en principios éticos, el fortalecimiento del trabajo colaborativo entre los socios, con respeto por la autonomía y la diversidad, y establecerá vínculos a nivel nacional e internacional» (Achieen, 2015, p. 4).

De igual forma, definió objetivos, como coordinar las políticas y los programas de salud y educación en lo que se refiere a la formación de las enfermeras a nivel de pregrado, postítulo, posgrado y educación continua, y orientar el desarrollo de los planes de estudios conducentes al grado de licenciada/o en Enfermería y al título profesional de enfermera o enfermero (Achieen, 2015). La Sociedad y luego la Asociación han sido lideradas por un directorio y un consejo asesor constituidos por docentes de las unidades académicas socias de la entidad, las que han cumplido su misión y los objetivos propuestos, además de dar respuesta a los requerimientos y desafíos de los tiempos en lo que respecta a la formación de profesionales de enfermería.

Este capítulo aborda el periodo comprendido entre junio de 2006 y diciembre de 2012, en el que me correspondió presidir la Asociación y durante el cual se produjeron algunos hitos relevantes para la historia de la enfermería del país, como la implementación del Examen Nacional de Enfermería, la defensa de la exclusividad universitaria de la carrera ante la Comisión de Educación de la Cámara de Diputados y la solicitud de acreditación obligatoria a la Comisión Nacional de Acreditación.

En Chile hasta el año 2000 existían dieciocho universidades que impartían la carrera de Enfermería, las que, a su vez, eran socias de Achieen. Producto de la masificación y la universalización de la educación superior en el país, se abrieron nuevas instituciones y programas que se favorecieron del déficit de enfermeras derivado del cierre de varias carreras impartidas en las sedes regionales de la Universidad de Chile en la década del ochenta. Además, la profesión contaba con altos índices de

empleabilidad, lo que aumentó la demanda entre los estudiantes que egresaban de enseñanza media. Todo esto generó un crecimiento exponencial del número de instituciones que ofrecían Enfermería, las que llegaron a impartir ciento veinte programas (Achieen, 2007-2008).

En relación con los mecanismos de aseguramiento de la calidad de la formación, en 2001 se definió un perfil de egreso y una serie de competencias genéricas y profesionales para la carrera de Enfermería, además de establecerse los criterios de acreditación al alero de la Comisión Nacional de Pregrado (CNAP, 2001). Sin embargo, de acuerdo con la ley no está consignado que la acreditación de la carrera de Enfermería sea obligatoria, lo que genera una gran heterogeneidad no solo de instituciones, sino también de programas y, por ende, de estudiantes. Ante esta realidad la Asociación, presidida por Verónica Behn Thuene, académica de la Universidad de Concepción, propuso generar un examen nacional que proveyera información sobre los conocimientos que tienen los estudiantes al final de su proceso formativo. A esta propuesta se sumó el Colegio de Enfermeras de Chile, con el propósito de cautelar la calidad de los cuidados que brindarían los futuros profesionales a la población. La comisión encargada de desarrollar el examen nació del grupo de Currículo, una de las comisiones en que se organizaba entonces la Asociación para cumplir su misión y sus objetivos. Estas comisiones siguen estando integradas por académicos y académicas que representan a las unidades socias.

Implementación del Examen Nacional de Enfermería

Durante 2005 y 2006, la Comisión de Examen Nacional analizó referentes teóricos y experiencias chilenas y extranjeras respecto a la implementación de exámenes nacionales. Entre los casos chilenos destaca el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom), que está instituido por ley, por lo que debe ser aprobado para ejercer la profesión en el sistema público y optar a algún programa de especialización con financiamiento estatal. Para recoger información del diseño e implementación de este examen, la Comisión sostuvo reuniones con el doctor Beltrán Mena Concha. Entre los casos extranjeros, estudió la experiencia de examinación del estado de Vancouver, en Canadá, y adquirió los formatos con que los egresados se preparan para rendir el examen. Otras experiencias documentadas a las que tuvo acceso fueron las que existen en Estados Unidos.

En noviembre de 2006, se realizó un taller para elaborar las matrices del examen y establecer las principales temáticas que se abordarían en cada área, los porcentajes de cada dimensión y el número de preguntas por área. Posteriormente, se formularon preguntas de acuerdo a lo definido en las matrices de contenido (Achieen, 2006-2007). En 2007, la Comisión aplicó un examen piloto en las instituciones socias de la Asociación, para validar las preguntas de las distintas dimensiones del instrumento y probar la logística de su aplicación simultánea desde Arica a Magallanes. El examen se aplicó a una muestra de 132 estudiantes que cursaban el último semestre de la carrera de Enfermería en 15 instituciones socias (Achieen, 2007-2008).

Luego de esta prueba piloto, la Comisión y el Directorio constataron que para elaborar y aplicar un instrumento de la trascendencia de un examen nacional se requería la asesoría y el apoyo de organismos expertos. Así, en enero de 2008 invitaron al Centro Mide UC, al equipo experto de la Universidad de Valparaíso y al Programa de Desarrollo de Tests de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile para que realizaran una propuesta de asesoría para el diseño y la implementación del examen nacional. Analizadas las propuestas y los costos, decidieron que debido a la situación financiera de la Asociación no era factible contratar una asesoría y que la Asociación, en conjunto con las unidades socias, asumiría la implementación del examen. Para ello, se firmó un acuerdo que estableció lo siguiente: el aporte económico sería de \$ 200 000 por unidad académica, se consideraría el tiempo protegido de las académicas que participaran en la elaboración del examen (en la Comisión y en el Comité Técnico de Elaboración de Preguntas) y cada unidad académica asumiría los costos de los traslados y el apoyo económico para los académicos que lo requirieran. Un aspecto esencial era asegurar que los estudiantes que cursaban el último semestre se presentaran a rendir el examen, para lo cual fue necesario gestionar los permisos y los traslados de quienes realizaban sus experiencias de internado, en particular de los que estaban lejos de las sedes donde se impartía regularmente la carrera.

Para concretar estos acuerdos y obtener apoyo, la Asociación envió una carta a los rectores de las universidades a las que pertenecían las unidades socias. Asimismo, fueron elaborados varios documentos complementarios, como el Reglamento General del Examen General, en el que trabajaron la Comisión, las unidades socias, y la enfermera y abogada

Paulina Milos Hurtado. Como el examen era de carácter voluntario, se elaboró un consentimiento informado para que los estudiantes que desearan rendirlo explicitaran su voluntad. Con el propósito de tener una asesoría de expertos en medición y aplicación de evaluaciones en el país, la directora de la Comisión, doctora Luz Galdámez Cabrero contactó al Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educacional (Demre) de la Universidad de Chile, con el cual la Achieen firmó un primer convenio en septiembre de 2009 y otro en marzo de 2010, este último con una duración de tres años.

A partir de la experiencia y las exigencias del Demre, quedó de manifiesto la necesidad de homogeneizar los planteamientos y optimizar el proceso de selección de ítems, para lo cual había que habilitar a los docentes de las unidades académicas que los elaboraban. Para ello se realizaron diversos talleres, se conformaron grupos de docentes por cada dimensión del examen y se elaboró un instructivo para la construcción de ítems: una plantilla donde las preguntas eran clasificadas por área, tema, subtema, habilidad cognitiva, dificultad estimada y respuesta correcta. Una vez que el examen estuvo listo, una académica lo respondió a puertas cerradas y en un tiempo determinado, con el propósito de evaluar que su lenguaje fuera entendible y acorde con la profesión.

Aplicación del examen

Para la aplicación del examen se determinaron algunos requerimientos, como disponer con anticipación de un lugar físico en las unidades académicas donde los estudiantes rindieran el examen, contar con una cantidad de examinadores y ministros de fe, y elaborar un manual de procedimientos y orientaciones para los veedores.

Para elegir a estos últimos, el Colegio de Enfermeras de Chile designó en cada región a una o más profesionales, dependiendo del número de estudiantes involucrados en el proceso y cuidando que no pertenecieran a la misma institución que ellos. Esto produjo un gran desplazamiento de académicos, en particular en las regiones donde había solo una institución que rendía el examen. La distribución del examen a las casas de estudio fue asumida por el Demre y se estableció un protocolo para la recepción de las cajas, la entrega de las pruebas, la identificación de los estudiantes, el ingreso a la sala, la aplicación del examen y la devolución de las cajas al Demre.

La primera aplicación del Examen Nacional de Enfermería fue el viernes 13 de noviembre de 2009. Participaron 912 estudiantes de 5.º año de las carreras de Enfermería de las 18 unidades académicas socias, en 21 sedes. El examen, constituido por 120 preguntas, se dividió en dos partes con diferentes áreas cada una: 30 ítems de cuidado del adulto, 24 ítems de cuidado del niño y 6 preguntas de ética constituyeron la primera parte. La segunda contempló 18 preguntas de salud familiar, 15 de gestión, 9 de salud mental, 6 de educación, 6 de investigación y 6 de bases teóricas (Achieen, 2009-2010). La importancia de este hecho para el país y el avance que significó en la capacidad de cautelar la formación de las enfermeras/os quedaron reflejados en distintos medios de comunicación nacionales y regionales que difundieron la noticia.

Como una forma de salvaguardar los resultados del examen, el Consejo Asesor y el Directorio resolvieron que solo las unidades académicas conocerían los que cada una había obtenido por área y los de sus estudiantes. El Demre fue el encargado de enviar la información para que cada unidad pudiese analizar sus resultados y tener un insumo a la hora de realizar adecuaciones en las asignaturas de sus planes de estudios. La Asociación y la Comisión recibieron los resultados globales del examen para analizar cada área temática y tomar decisiones respecto de los próximos exámenes en conjunto con el Consejo Asesor. La calidad de las preguntas y la forma de optimizar el instrumento fueron analizadas junto con los integrantes del Demre.

De acuerdo con la experiencia de 2009, se realizaron adecuaciones y se optimizó el proceso. En 2010 rindieron el examen 1041 estudiantes de las unidades socias y en 2011, 1133. Con el objeto de probar una mayor cantidad de preguntas, se establecieron dos formas de examen y se evaluaron las siguientes áreas:

Cuadro 1. Áreas del ENENF

Cuidado del adulto	(20 preguntas)
Salud familiar	(20 preguntas)
Cuidado del niño y el adolescente	(16 preguntas)
Gestión de enfermería	(12 preguntas)
Cuidado en salud mental	(12 preguntas)

Fuente: elaboración propia.

Se consideraron como áreas transversales ética, investigación y fundamentos de la enfermería. El tiempo para responder el examen fue de 150 minutos. En 2011 se abrió la posibilidad de que los estudiantes de unidades académicas no socias de Achieen pudiesen rendir el examen como una forma de incrementar a la población involucrada y socializar el instrumento con otras casas de estudios.

Exclusividad universitaria

Otro hito importante que se produjo durante este periodo fue la defensa ante la Comisión de Educación de la Cámara de Diputados de la incorporación de Enfermería como carrera de exclusividad universitaria. Esta inquietud data de principios de los años noventa, cuando la Ley 18962/1990, Orgánica Constitucional de Enseñanza, estableció en su artículo 52 las carreras de exclusividad universitaria, entre las que Enfermería no fue considerada. Esto abrió la posibilidad de que la carrera fuera dictada por otras instituciones de educación superior.

Diversos esfuerzos se han realizado desde esa fecha para incluir a la carrera en la ley. Uno de los proyectos más relevantes en este sentido se originó en una moción presentada en abril de 2005 por el senador Alberto Espina y la exparlamentaria y exministra Evelyn Matthei, que fue aprobada en el Senado y pasó a la Cámara de Diputados. En 2008 surgió la posibilidad de reactivar el proyecto y la Asociación solicitó formalmente ser invitada a la sesión de la Comisión cuando se abordara el proyecto de ley para conferir el carácter de título profesional universitario a las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica, y Terapia Ocupacional (boletín 3849-04). Asimismo, con el propósito de abordar en forma integrada y aunar esfuerzos con el Colegio de Enfermeras de Chile, la Asociación informó a su presidenta, Gladys Corral. De igual modo, contactó a todos los diputados de la Comisión de Educación para dar a conocer el rol de la enfermería y solicitar su apoyo para aprobar la propuesta.

El 5 de agosto de 2008, por indicación del diputado Manuel Monsalve, presidente de la Comisión de Educación, Deporte y Recreación, se invitó a la presidenta de la Asociación a participar en la sesión ordinaria del 12 de agosto para analizar el proyecto de ley (boletín 3849-04) en segundo trámite constitucional y primero reglamentario. Intervinieron en la instan-

cia los decanos de las facultades de Medicina de las universidades de Chile, Católica de Chile, de Valparaíso, de Concepción y de La Frontera, y representantes de los ministerios de Salud y de Educación, y de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería. En primer informe de la Comisión (boletín 3849-04) indicó sobre la discusión y la votación general del proyecto:

La Comisión de Educación, Deportes y Recreación, compartiendo los fundamentos y objetivos generales tenidos en consideración por los autores de la moción para legislar en el sentido propuesto, y luego de escuchar las explicaciones de las autoridades de gobierno y de los decanos y académicos de las señaladas instituciones de educación superior, y de los representantes de entidades profesionales y gremiales también citadas, procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por mayoría, con el voto a favor de las diputadas señoras Pacheco, Tohá y Vidal, y de los diputados señores Becker, González, Monsalve, Rojas, Silber, Venegas y Verdugo. Votaron en contra la diputada señora Cubillos y los diputados señores Bobadilla y Kast.

El resultado de la votación general efectuada el 2 de septiembre de 2009 en la Cámara de Diputados fue histórico y el proyecto fue aprobado por 75 votos a favor, ninguno en contra y 16 abstenciones. Sin embargo, en última instancia, un diputado hizo una indicación y el proyecto quedó sin avanzar a la siguiente etapa. El 24 septiembre de 2009, la Asociación envió una carta al presidente de la Comisión de Educación de la Cámara de Diputados, Sergio Bobadilla, solicitándole que, en vista del alto respaldo de los diputados, «diera curso progresivo a la iniciativa de modo que se cristalizara a la brevedad la voluntad del poder legislativo». No hubo respuesta.

El actual Directorio de la Asociación y la Directiva del Colegio de Enfermeras A.G. continúan realizando gestiones ante la Cámara de Diputados para que Enfermería sea una carrera de exclusividad universitaria.

Acreditación obligatoria

Las unidades académicas que dictan la carrera de Enfermería, asociadas a Achieen y comprometidas con la calidad de la educación, iniciaron gestiones para que la carrera fuera incorporada en la Ley 20129/2006,

que establece el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Considerando que la ley estaría sujeta a algunas modificaciones, solicitaron que la acreditación para los programas de formación de enfermeras y enfermeros fuera obligatoria desde que comienzan a ser impartidas por las universidades. Para ello realizaron diversas gestiones, como enviar una carta a la ministra de Educación, Mónica Jiménez, el 14 de abril de 2009; solicitar una entrevista con el presidente de la Comisión Nacional de Acreditación, Emilio Rodríguez, el 18 de agosto de 2009, y pedir el apoyo de todos los rectores del Cruch el mismo día. El 12 de noviembre de 2009 Carlos Lorca, secretario general del Consejo de Rectores, respondió que «a pesar de las numerosas gestiones, no se logra incorporar en la Ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación que la carrera de Enfermería sea de acreditación obligatoria».

Estas fueron algunas de las principales gestiones que se realizaron entre junio de 2006 y diciembre de 2012 con el propósito de visibilizar y posicionar a la enfermería en los distintos ámbitos nacionales. El próximo año se celebran doscientos años del natalicio de Florence Nightingale (1820-2020), una oportunidad para difundir el trabajo y el significado de la disciplina y la práctica que ella tanto defendió: «Nunca pierdas la oportunidad de comenzar algo sin importar lo pequeño que sea. Pues es maravilloso ver que con frecuencia la semilla de mostaza germina y echa raíces».

BIBLIOGRAFÍA

- Achieen. (2007-2008). *Memoria anual*. Santiago: Asociación Chilena de Educación.
- Achieen. (2008-2009). *Memoria anual*. Santiago: Asociación Chilena de Educación.
- Achieen. (2015). Estatutos de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería. Recuperado de www.achieen.org
- CNAP. (2001). Criterios de acreditación de la carrera de Enfermería. Santiago: Comisión Nacional de Acreditación.
- Comisión de Educación, Deportes y Recreación de la Cámara de Diputados. (2008). Boletín 3849-04 (S). Informe de la Comisión de Educación, Deportes y Recreación, recaído en el proyecto de ley que confiere el carácter de título profesional universitario a las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica, y Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO 4.

HISTORIA, IMAGEN E IDENTIDAD SOCIAL DE LA ENFERMERÍA EN LA VICARÍA DE LA SOLIDARIDAD Y EL COMITÉ PRO PAZ

Rocío Ferrada Herrera,¹ colaboración de Pilar Arias Chávez²

Antecedentes

La violación sistemática de derechos que vivió el pueblo chileno durante la dictadura motivó que las personas acudieran a las iglesias en búsqueda de consuelo. Miles de chilenos fueron detenidos, torturados, asesinados y exiliados por órganos ya existentes en el Estado y otros creados especialmente para estos fines, como la Dirección de Inteligencia Nacional (1974-1977) y su sucesora, la Central Nacional de Informaciones (1977-1990). La aplicación del modelo económico de libre mercado redujo el gasto público en salud y educación, y los despidos masivos por motivos políticos se transformaron en otro tipo de represión que afectó sobre todo a los obreros y sus familias, e hicieron que un porcentaje importante de la población experimentara la cesantía y la pobreza (Mayorga, Nitrihual y Fierro, 2012).

La sociedad chilena descubrió un ecumenismo laborioso y una Iglesia que, valiente y activamente, se puso al frente del conflicto, en favor de los reprimidos y postergados (Comité Pro Paz, 1975). El 6 de octubre de 1973, a través de un decreto arzobispal, los representantes de las iglesias católica, evangélica luterana, metodista pentecostal y de la comunidad israelita dieron origen al Comité de Cooperación para la Paz en Chile (Comité Pro

¹ Enfermera y candidata a magíster en Enfermería con mención en Gestión del Cuidado de la Universidad de La Frontera.

² Enfermera de la Universidad de La Frontera.

Paz), cuya misión fue brindar asistencia legal y social tanto a las víctimas como a sus familiares (Comité de Cooperación para la Paz en Chile, 1974). Las funciones del Comité se organizaron y estructuraron en diferentes departamentos y programas. Primero se formó el Departamento Penal, cuyas líneas de trabajo eran la interposición de recursos de amparo y denuncias por presunta desgracia, y la atención a condenados y procesados. Luego se creó el Departamento Asistencial, que inicialmente brindaba apoyo individual a quienes acudían al Comité y después promovía la agrupación de familiares de detenidos y los asesoraba. El Departamento Laboral permitió abordar el problema de la cesantía desde un punto de vista legal y operativo, y el Departamento Campesino, Universitario y de Reubicación se creó con el objetivo de ayudar a los que buscaron asegurar su integridad física y moral en el extranjero (Comité Pro Paz, 1975).

Por último, el Comité asumió la responsabilidad de formar el Programa de Salud para brindar atención médica tanto a quienes se acercaban en busca de asesoría jurídica como a los detenidos que eran sometidos a torturas y a sus familiares. El Comité abordó los problemas de salud utilizando tres grandes estrategias:

1. Programa Central de Salud: destinado a otorgar atención médica curativa a quienes la necesitaban.
2. Policlínicos parroquiales: orientados a entregar atención en salud a los pobladores de menos recursos.
3. Consultas particulares de especialistas: dirigidas a quienes, habiendo recibido atención en el Programa Central y los policlínicos parroquiales, requerían consultar a un especialista (Vicaría de la Solidaridad, 1980).

Asimismo, el Programa de Salud implementó farmacias, laboratorios e imagenología y, debido a la creciente desnutrición infantil, comenzó a repartir leche a los niños que acudían a las ollas comunes y los comedores, instancias que estaban a cargo de pobladores asesorados por sacerdotes, religiosas o pastores de sus comunidades de base. Esta estructura permitió realizar diversas actividades por medio de la articulación de los equipos de trabajo que comprendieron el criterio del Comité e incentivaron el desarrollo de las comunidades afectadas, apoyando su organización, facilitando un espacio seguro donde reunirse y evitando la asistencia paternalista (Comité Pro Paz, 1975).

Cada trabajo se organizaba de acuerdo con la distribución de zonas episcopales del Arzobispado de Santiago y la obra del Comité era financiada por organismos internacionales, eclesiásticos o no confesionales (Americas Watch, 1987). Al poco tiempo, las acciones del Comité tuvieron que enfrentar severas críticas. El régimen y la prensa oficialista lo acusaron de ser parte de una campaña internacional para desarticular el nuevo orden político. En octubre de 1975 la dictadura le prohibió el ingreso al país al obispo luterano Helmut Frenz, correpresentante del Comité, y en noviembre detuvo a dos de sus abogados, a tres sacerdotes ligados al trabajo del Comité y a un miembro de su directiva. Ese mismo mes, el general Pinochet le exigió al cardenal Raúl Silva que lo disolviera (Comité Pro Paz, 1975).

Imagen 1. Carta de Augusto Pinochet al cardenal Raúl Silva Henríquez exigiendo disolver el Comité Pro Paz

Santiago, 11 de Noviembre de 1975.

Su Eminencia Reverendísima
Don Raúl Silva Henríquez
Arzobispo de Santiago
P r e s e n t e .

Eminencia:

He querido hacer llegar a V.E. la profunda preocupación que me causa una campaña, que ha alcanzado niveles que no podría ignorar, y cuyo objetivo evidente es el de producir la equivocada impresión que existirían diferencias entre la Iglesia Católica Apostólica Romana y el Gobierno de Chile.

Esta acción, desarrollada por los más diversos medios, ha sido impulsada por terceros y sería un grave error para la armonía que debe existir entre la Iglesia Católica y el Gobierno que presido, el permitir que estos sectores en concomitancia con declarados enemigos de la Patria, continuaran en su nefasto intento. De fructificar estos hechos, muchos de ellos en forma artificial, traería como resultado un doloroso efecto y el único perdedor sería Chile.

De lo anterior y tras un sereno análisis de los acontecimientos públicos y de sus proyecciones tanto en el interior como en el exterior del país, nos lleva a buscar las raíces de algunos de los acontecimientos, encontrándolas en el Comité Pro-Paz.

Por ello hemos considerado que el mencionado Organismo es un medio del cual se valen los marxistas-leninistas para crear problemas que alteran la tranquilidad ciudadana y la necesaria quietud, cuya mantención es mi deber principal de gobernante.

Será, pues, un positivo paso para evitar males mayores, el disolver el mencionado Comité.

Frente a esta situación, Eminencia, e invocando su buena comprensión, es que estimo de toda conveniencia se adopten las medidas pertinentes a fin de que este Organismo llegue a su término.

Lo saluda con el afecto de siempre su invariable amigo que lo aprecia y distingue.

(rdo.) AUGUSTO PINOCHET UGARTE
General de Ejército
Presidente de la República

Fuente: Comité Pro Paz, 1975.

En respuesta a esta enorme presión, las iglesias involucradas decidieron disolver el Comité. No obstante, se comprometieron a seguir adelante y las comunidades protestantes crearon la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (Fasic), que ofrecía ayuda a los prisioneros políticos y tratamiento psicológico a las víctimas de tortura. Por su parte, en enero de 1976, la Iglesia católica creó la Vicaría de la Solidaridad mediante un decreto arzobispal. La institución estuvo representada legalmente por el cardenal Raúl Silva Henríquez hasta 1982, quien se transformó en el símbolo de la lucha de la Iglesia en favor de las víctimas de violaciones a los derechos humanos, debido a su gran carácter y visión social basada en las necesidades y los derechos de los pobres (Americas Watch, 1987).

Al conocer la noticia de la creación de la Vicaría de la Solidaridad, el general Pinochet reaccionó violentamente y pidió ver de inmediato al cardenal Silva Henríquez. En el despacho presidencial, el arzobispo le explicó claramente que la Iglesia católica no abandonaría su compromiso con los derechos humanos, y que esta vez sería muy difícil terminar con una institución que era parte de la estructura eclesial. Efectivamente, desde un punto de vista jurídico, la Vicaría tenía mucho más poder que el Comité, pues dependía directamente de la Iglesia católica. La Vicaría era algo distinto y más grande, y por lo mismo se trasladó desde el local de Santa Mónica hasta el número 444 de la plaza de Armas, al lado de la Catedral de Santiago. En consecuencia, el personal aumentó y se estructuraron nuevos departamentos y programas, aunque los objetivos seguían siendo los mismos (Vicaría de la Solidaridad, 1991).

El Departamento de Salud de la Vicaría se abocó a estudiar el problema de la desnutrición y llegó a la conclusión de que debía implementar estrategias participativas en beneficio de los pobladores. Fue así cómo ofreció cursos de nutrición que abordaron diferentes temáticas de la salud desde la perspectiva de la promoción, la prevención y el autocuidado. Cabe destacar que, junto con estas labores, el Departamento continuó prestando asistencia en diversas zonas pastorales de la Iglesia de Santiago a través de los policlínicos parroquiales, que asumieron la misión de entregar servicios de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, control de salud infantil, atención dental, y cirugía menor (Americas Watch, 1986).

Cuadro 1. Distribución de los policlínicos parroquiales de acuerdo con las zonas de la Vicaría, 1976

Zona	Policlínico
Av. Matta	--
Centro	Centro Médico
Norte	El Carmen
Oriente	San Roque
Poniente	Hogar de Cristo
Rural-Costa	--
Sur	Santo Cura de Ars
	San Pedro y San Pablo
	Villa Sur

Fuente: Vicaría de la Solidaridad, 1986.

La labor de la Vicaría, igual que la del Comité, reflejó un profundo compromiso social que se plasmó en cada una de las acciones que llevaron a cabo sus equipos de trabajo, cuya valentía fue fundamental para proteger los derechos humanos. Sus funciones se organizaron según seis zonas pastorales de Santiago y cuatro programas: bolsas de cesantes, comedores infantiles, capacitación y salud. En estos últimos, médicos, matronas y enfermeras, motivados por su fuerte compromiso y sentido de la responsabilidad social, trabajaron en pos de los más vulnerables. Es aquí donde el contexto sociopolítico de la época deja una singular huella en la historia de la enfermería en Chile (Vicaría de la Solidaridad, 1991).

Este capítulo busca develar parte de la historia de la enfermería chilena en la Vicaría de la Solidaridad y su antecesor, el Comité Pro Paz, a través de textos, informes y relatos que permiten caracterizar a las enfermeras que trabajaron en los programas de salud de estas organizaciones y mostrar la importancia de su rol social.

Rol social de la enfermería: imagen e identidad

Enfermera de la época: conciencia social y motivaciones

En los setenta, la formación académica de la enfermería tenía un enfoque antropológico y sociológico que dotaba a la profesión de un profundo

compromiso social y deber ético ante la necesidad del pueblo. Estas características, sumadas a la persecución, la censura y la violación a los derechos humanos, hicieron que la enfermería ocupara un papel esencial en el trabajo del Comité y la Vicaría, y se transformara en un agente de cambio que luchó por la dignidad a través de diferentes acciones de prevención y promoción de la salud:

Ingresé el 75 a la universidad. Yo decidí estudiar Enfermería porque me interesaba el tema salud, el tema sanitario como fenómeno social. Si hubiera existido, por ejemplo, en esa época algo parecido a la sociología de la salud, me podría haber interesado (E.4.1).

No me acuerdo si en segundo o tercer año, porque antes se estudiaba sociología también [...], antropología y sociología en la Chile [...], en la carrera había profesores y eso ya me interesó más, y yo ya me derivé más a lo social, desde que hicimos la práctica en salud pública (E.4.2).

Los postulados de la medicina social con que se habían formado los profesionales que integraron el equipo de salud de la Vicaría se reflejaron en la atención integral y la búsqueda de la participación activa de los pobladores, principalmente de las mujeres que, movidas por el contexto sociopolítico, se transformaron en el pilar de sus familias. El modelo que buscaba desarrollar el potencial propio del ser humano con que habían ingresado se vio potenciado por el compromiso con la defensa de las personas que sufrían la vulneración de sus derechos fundamentales (Vicaría de la Solidaridad, 1991).

La dictadura marcó el enfoque de todas las profesiones, incluida la enfermería, cuyo perfil se caracterizó por un fuerte compromiso social y deber ético. Esto la impulsó a desarrollarse al interior de la Vicaría de la Solidaridad como un agente de cambio en la vida de aquellos que recibieron sus cuidados, en medio de un clima donde imperaba el poder, la persecución, la censura y la violación de los derechos humanos (Vicaría de la Solidaridad, 1991). Las enfermeras destacan que estas características no eran exclusivas de su gremio, sino de todos los que trabajaban en la organización:

Cuando yo salí de la universidad fui a entregar mi currículum a la Vicaría, fui a postular [...], ese es el contacto fundamental te diría yo. Ahora, yo

sí conocía a gente que trabajaba en la Vicaría, no en el área de la salud necesariamente, en distintas áreas, y me parecía que la realidad política del país generaba como un imperativo ético, por así decirlo, responder a los fenómenos que estábamos viviendo con la dictadura, a las personas, a la realidad social que teníamos como sociedad, a la represión, a todo. Entonces por eso fui a postular (E.4.1).

Todos los profesionales que estaban en la Vicaría tenían una vocación social y una comprensión del fenómeno social súper relevante. Las que tenían más experiencia ¡la traían inserta en el cuerpo!, y habían desarrollado muchas actividades; los que éramos más jóvenes estábamos ahí por una vocación y por una decisión, entonces efectivamente era, por decirlo de alguna manera, uno de los lugares donde los profesionales de la salud tenían puestos en sus sentimientos más profundos el modelo de medicina social del país (E.4.1).

En ese tiempo era tan diferente la enfermería de lo que es hoy, que no sé si te lo podrías imaginar, pero [...] nos dio como una cultura sanitaria que ningún otro profesional lo tenía y nos dio una capacidad de entender [...]. A mí me tocó trabajar en lugares donde no había nada, en mi trabajo antes del golpe. Y eso, unido a lo que nos dio la profesión, me dio la oportunidad de tener muchas responsabilidades en la Vicaría, en el equipo, digo yo, no en la Vicaría en su conjunto. Y era, no sé, siento que éramos mucho más humanistas [...], quizá entendíamos más la cultura, a la gente (E.4.3).

Eran tiempos en que nosotros teníamos una mirada de lo que era la enfermería mucho menos técnica y mucho más humana de lo que es hoy (E.4.3).

Resulta crucial entender que los derechos humanos constituyen uno de los pilares fundamentales de la enfermería, ya que están presentes de forma transversal en todo su quehacer profesional. Es por ello que cuando se alude a quienes trabajaron en la Vicaría, se debe reflejar el impacto que sus acciones tuvieron en la defensa y el rescate de estos derechos:

Las personas para poder crecer y desarrollarse necesitan condiciones mínimas, necesitan alimentación mínima, necesitan un territorio que tenga condiciones adecuadas de saneamiento, necesitan agua potable, necesitan elementos básicos, por lo tanto, si tú tienes una mirada muy, aunque sea simple, de lo que es el proceso de la salud de las personas, este se encuentra con la oportunidad de desarrollarse y esos son los derechos

humanos. Entonces es muy, yo te diría, muy lineal [...]. Es casi como que no puede haber un salubrista que no identifique el valor de los derechos humanos (E.4.1).

Yo creo que los derechos humanos van más allá de lo que significó los efectos dañinos de la dictadura [...], los derechos humanos están más allá de las muertes, de los desaparecimientos, de las torturas, de los torturados, de los compañeros que fueron torturados, que fue terrible (E.4.4).

Se trabajaba con los adultos que estaban saliendo de la tortura y que había que trabajar junto con los psicólogos con ellos [...]. Yo creo que nos fuimos formando en esa área que no conocíamos, que no teníamos idea, y yo creo que, en estas jornadas que se hacían, se entregaban bastantes elementos teóricos, nos fueron formando también en un área desconocida [...]. No sé qué más te podría decir, yo creo que sobre la marcha, imagínate que era algo que como nos formamos nosotros primero como alumnos, luego como enfermeras, la vida que llevábamos antes, esto era algo nuevo que habíamos vivido. Todos nos fuimos formando sobre la marcha (E.4.2).

Enfermeras en la Vicaría: un agente de cambio

Programas de salud y funciones de la enfermera

Los programas de salud de las diferentes zonas de Santiago dieron respuesta a sus propias realidades y particularidades. Para ello, se organizaron en equipos de trabajo zonal y cada uno contó con un coordinador de zona. No obstante, como muchos profesionales provenían del sector estatal, la tendencia natural fue reproducir el esquema de la salud pública. Los policlínicos instalados en las parroquias distribuían los recursos humanos y materiales siempre bajo el prisma del modelo de la medicina social y utilizando metodologías educativas participativas. Es por ello que las enfermeras destacan la importancia de conocer el contexto en que se desarrollaban sus diferentes funciones para lograr un impacto positivo en quienes recibían los diferentes servicios:

Lo primero que hicimos fue contactarnos con la Vicaría Sur, porque bajo su techo se iba a hacer el consultorio o el sistema de salud que se

iba a hacer en la zona sur [...]. Nos reunimos con él y supimos de la historia de comedores y nos reunimos con la gente que trabajaba en algunas parroquias con comedores y empezamos de cero [...], primero contactamos más gente, para hacer un equipo de salud, con pediatra, con la doctora H. L., dentista, con el médico de adulto y con otras personas más para el trabajo administrativo, y dos auxiliares de enfermería (E.4.2).

Y mi lucha era no podemos trabajar sin saber, sin conocer la zona, sin hacernos un mapeo y planificar el trabajo, distribuir los recursos que tenemos, o sea, ver las zonas donde están los comedores, que eran como los focos de atención, los focos de salud para nosotros, y las distintas poblaciones (E.4.2).

Yo creo que los dos aportes que yo pude haber hecho como enfermera de salud pública en esa etapa fueron organizar toda la cosa de estadística y en el fondo la atención en terreno, y dejar fichas que se usaron después en otras áreas (E.4.2).

Asimismo, las enfermeras destacan la importancia de contar con un equipo diverso, comprometido y que compartía el objetivo de trabajar en la Vicaría:

Yo ahí entré a la Vicaría Oriente, al Programa de Salud, al equipo de salud de la Vicaría Oriente [...]. Ahí entré obviamente en un plan, trabajaba con el equipo de Solidaridad, el rol que tenía, primero era un equipo multidisciplinario, había asistentes sociales, había abogados, había psicólogos, había dentistas, había médico, había enfermera, y el trabajo del equipo consistía en trabajar en los territorios, en las poblaciones, con la comunidad, apoyando el desarrollo de las condiciones de calidad de vida, o sea, se apoyaba la olla común para lo que era la alimentación (E.4.1).

En consecuencia, a partir de los diferentes diagnósticos participativos que se realizaron con los equipos de la Vicaría, surgieron los grupos de salud, integrados por pobladores que fueron formando sus propias redes. Los profesionales de la salud se relacionaron de una forma particular con las personas de las poblaciones, pues articularon la entrega de recursos y promovieron la creación de organizaciones, la capacitación y la reflexión permanente en torno al trabajo realizado. Se trataba de una atención de

salud que no era meramente asistencial. Acorde con la carta pastoral solidaria de 1975, el desafío era considerar al otro como una persona llena de capacidades, pero con problemas graves de pobreza, de manera que para desarrollar esas capacidades era necesario involucrarse y tenderle una mano (Vicaría de la Solidaridad, 1991).

Es así como estos profesionales continuaron con las labores de los comedores, que nacieron como respuesta al problema de la desnutrición, donde los más perjudicados eran los niños. Las encargadas de la parte operativa de los comedores fueron las mismas madres junto con las voluntarias de las organizaciones eclesiales. Durante 1976 la Vicaría entregó mensualmente legumbres, quínoa, aceite y azúcar, además de leche. Los comedores fueron instancias muy importantes que los diferentes equipos de salud aprovecharon para capacitar a las madres, controlar la salud de los niños, crear centros de apoyo escolar (CAE) y desarrollar actividades recreativas.

Tabla 1. Número de comedores activos
según las zonas de la Vicaría, 1976

Programa Comedores	
Zona	N.º de comedores
Av. Matta	4
Centro	4
Norte	52
Oriente	47
Poniente	65
Rural-Costa	22
Sur	92
Total	286

Fuente: Vicaría de la Solidaridad, 1986.

Tabla 2. Resumen de la cantidad de kilos de leche entregados en 1975 y 1976

Kilos de leche (como medicamento)		
1975	1976 (I-VII)	Total
6607	10 837,5	17 444,5

Fuente: Vicaría de la Solidaridad, 1986.

Tabla 3. Total de niños atendidos en comedores y porcentaje de desnutrición, 1976

Niños controlados en comedores. Enero a julio de 1976		
N.º de niños controlados	N.º de niños desnutridos	% de niños desnutridos
13 882	9483	68,3 %

Fuente: Vicaría de la Solidaridad, 1986.

También se crearon las bolsas de cesantes, donde quienes lo necesitaban podían reunirse, conversar, buscar trabajo colectivamente —por ejemplo, comprando un diario para cinco personas— y organizarse para satisfacer otras necesidades. Dentro de las bolsas se formaron talleres productivos, como alternativas para generar ingresos (Vicaría de la Solidaridad, 1991). Al respecto, una enfermera relata:

Trabajábamos fundamentalmente organizando a la gente. Porque acuérdate que había en ese tiempo el hambre [...], era cosa seria. Entonces teníamos talleres productivos y teníamos comedores. Después vino el terremoto y ahí empezamos los comités de construcción, los comités de vivienda (E.4.3).

De pobladoras a monitoras

La detención, desaparición y muerte de personas durante el régimen militar provocó grandes cambios en los núcleos familiares. La imagen paterna y el sustento económico dejaban de estar presentes y la mujer se convirtió en el pilar de la estructura familiar, por lo que necesitaba herramientas para desempeñar su rol no solo en su hogar, sino también en los diferentes barrios y poblaciones donde la Vicaría desempeñaba su trabajo. Para esto, se implementó la formación de monitoras, una preparación en salud cuyos conocimientos esenciales eran la prevención y los primeros auxilios. Esta vivencia marcó el rol de las enfermeras:

Se veía cómo abordar las cosas de esa época, la desnutrición, la sarna, la pediculosis, el manejo de situaciones como la garrapata, las diarreas en los veranos, como los perfiles epidemiológicos de la época y trabajarlos con las mujeres de los distintos grupos que les interesaba (E.4.1).

Se hicieron equipos de madres, con las que podíamos hacer un trabajo educativo para que pudieran mantener ellas algunos elementos básicos de atención y al mismo tiempo un enfoque muy fuerte, por lo menos de mi parte, de los derechos que se estaban perdiendo (E.4.2).

Había cientos de mujeres que participaban en los grupos [...]. Lo más específico en salud que me tocaba hacer tenía que ver con prevención, con la parte más promocional. Yo empecé a trabajar con la gente con plantas medicinales, entonces ahí hacíamos rescate de sabiduría ancestral y tratábamos de recolectar de la gente mayor (E.4.3).

El enfoque que caracterizó cada una de las actividades realizadas por la Vicaría era favorecer el potencial propio de todas las personas. Entregarles un espacio seguro donde poder organizarse, generar redes y recibir herramientas para mejorar su calidad de vida. Es por ello que el liderazgo y la autovaloración se abordaron como temas transversales:

Capacitábamos mucho, por ejemplo, en autovaloración [...], cosa de que la gente perdiera el miedo, de que las mujeres se valoraran (E.4.3).

Gente que no tenía acceso a vender su lana, por ejemplo, y que llegáramos y le compráramos a un precio decente, no las explotábamos, y a las personas como más activas, las invitábamos [...], hacíamos capacitación de

dirigentes [...], porque incentivábamos que las mujeres se organizaran, se agruparan (E.4.3).

Pronto, se hizo imprescindible buscar formas de introducir los diversos temas de manera que las capacitaciones se transformaran no solo en una instancia para adquirir conocimientos y nuevas habilidades, sino también en un espacio recreativo donde las mujeres pudieran distraerse de las situaciones que vivían:

Nosotros usábamos mucho el lenguaje artístico para hacer los talleres [...], eran súper entretenidos [...] para hacer la capacitación [...], hacíamos un trabajo de teatro, de música [...], de plástica también, trabajábamos con una escultora, con una actriz, con dos personas que hacían música, todo eso era lo que llamábamos los lenguajes artísticos [...], entonces hacíamos, pongámosle que eran ochenta dirigentes, y hacíamos temas centrales y después venían talleres que eran electivos (E.4.3).

El espacio de capacitación y los talleres al interior de la Vicaría fomentaron el liderazgo de estas mujeres e incentivaron su capacidad organizacional y, en definitiva, fueron esenciales para todas las que vieron vulnerados sus derechos.

Reflexiones finales

La memoria personal y comunitaria constituye una vía de conducción de datos para construir la historia de un país y de una profesión. La importancia del rescate histórico de lo que sucedió al interior del Comité Pro Paz y la Vicaría de la Solidaridad radica en que permite reconocer la imagen y la identidad de la enfermería, y del equipo de salud como un agente activo de cambio, donde cada una de sus acciones permitió la transformación y el empoderamiento de un grupo de personas que estaban siendo fuertemente violentadas.

Esto fue posible gracias a que la enfermería es una profesión cuyas acciones de cuidado tienen un significado, portan valores e inciden en los procesos sociales, económicos, culturales y políticos de la comunidad. Dichas características destacaron en las enfermeras que trabajaron al interior de la Vicaría, quienes comprendieron la importancia de realizar

un ejercicio desde lo humano y bajo el prisma de la salud pública, donde primó un acérrimo compromiso social y la observación de las particularidades de la cultura. La necesidad de entender lo que estaba sucediendo en Chile no era ajena a la profesión, ni tampoco la capacidad de actuar de forma oportuna, coordinada y valiente a pesar de las adversidades, para atender a los que acudían en busca de ayuda.

En Chile aún existen vacíos en torno a la historia de la enfermería. Este trabajo busca incentivar el estudio y la profundización de sus diversas áreas, ya que para construir y fortalecer la profesión es necesario conocer su evolución y el impacto que han tenido los cuidados que ha otorgado al interior de la sociedad. Finalmente, es necesario destacar que las memorias, los recuerdos y los testimonios de cada uno de los protagonistas de esta historia dejaron una huella invaluable para comprender la importancia de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0023387.pdf>
- Americas Watch (1986). *La Vicaría de la Solidaridad en Chile. Informe de Americas Watch*. Nueva York: Americas Watch Committee. Recuperado de <http://www.vicariadelasolidaridad.cl/sites/default/files/VSo000687.pdf>
- Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. (1996). *Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, tomo I*. Santiago: Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación.
- Comité Pro Paz. (1974). *Reflexión cristiana sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Santiago: Ediciones Paulinas. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/mco023394.pdf>
- Comité Pro Paz. (1975). *Comité de Cooperación para la Paz en Chile: Crónica de sus dos años de labor solidaria*. Santiago: Comité de Cooperación para la Paz en Chile. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0043512.pdf>
- Corporación Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos. (1997). *20 años de historia de la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos de Chile*. Santiago: Corporación Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos.
- Mayorga, A., Nitrihual, L. y Fierro J. (2012). Imaginario social, memoria colectiva y construcción de territorios en torno a los 30 años del golpe militar en Chile. *Anagramas*, 10(20), 19-35. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anqr/v10n20/v10n20a02.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2015). *Derechos humanos*. Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>
- Tapia, J. (1980). *El terrorismo de Estado. La doctrina de la seguridad nacional en el Cono Sur*. Caracas: Editorial Nueva Imagen. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0016008.pdf>
- Vicaría de la Solidaridad. (1980). *Programa de Salud*. Santiago: Vicaría de la Solidaridad. Recuperado de <http://www.vicariadelasolidaridad.cl/sites/default/files/00930.pdf>
- Vicaría de la Solidaridad. (1986). *Vicaría de la Solidaridad: Ocho meses de*

labor. Santiago: Arzobispado de Santiago. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MCoo43519.pdf>

Vicaría de la Solidaridad. (1991). *Vicaría de la Solidaridad: Historia de su trabajo social*. Santiago: Ediciones Paulinas. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MCoo23407.pdf>

CAPÍTULO 5.

REFLEXIONES SOBRE EL DESARROLLO DEL PATRÓN DE CONOCIMIENTO ÉTICO DE ENFERMERÍA EN CHILE

Maggie Campillay Campillay,¹ colaboración de Pablo Dubó Araya²

Introducción

El pluralismo y la diversidad cultural de la sociedad chilena en que hoy se inserta la enfermería hacen que sea difícil encontrar convenciones morales únicas compartidas por todos y todas. Para revisar los aspectos éticos profesionales debemos comprender el rol que ha cumplido la profesión en el tiempo y, principalmente, tener conciencia de cómo ha sido afectada por el contexto sociopolítico. Este capítulo reflexiona sobre la influencia que han ejercido algunos momentos históricos en el rol social y el carácter ético de la profesión, y describe los elementos conceptuales que favorecen la comprensión de los aspectos bioéticos y éticos de la enfermería. Las principales fuentes de información utilizadas son documentos históricos de la base de datos de la Biblioteca Nacional de Chile y artículos de referentes de la bioética universal y la ética profesional que han influido en el pensamiento crítico de los autores. Por su naturaleza académica, está dirigido de manera muy especial a los estudiantes y profesionales de la disciplina

¹ Enfermera, magíster en Salud Pública, doctora en Enfermería, y candidata a magíster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Profesora asistente del Departamento de Enfermería de la Universidad de Atacama y asesora metodológica en el FONIS de Chagas en la región de Atacama.

² Enfermero y candidato a magíster en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universidad de Atacama. Director del Makerspace de Enfermería.

interesados en profundizar en las bases históricas y epistemológicas de la ética de la enfermería nacional.

Análisis crítico del rol social y ético de la enfermería profesional en Chile

La profesión de enfermería nace en Chile a principios del siglo xx, con el fin de mejorar las condiciones del cuidado de los pacientes en los hospitales y asumir un rol comunitario activo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Contribuyendo desde sus inicios a dignificar la vida de las personas, las familias y las comunidades, la disciplina se desarrolló al amparo de fuertes discursos morales, obra de los médicos de la época que tenían expectativas acordes con el avance internacional de la enfermería profesional. Uno de los primeros discursos sobre *la nueva profesión de enfermera* fue el que pronunció el médico Moisés Amaral en 1904, en el Primer Congreso Médico Latinoamericano. Amaral, que conocía Europa y Norteamérica, analiza la precaria situación que vivía el cuidado en el sistema sanitario chileno. Su discurso se centra en la dificultad y los riesgos de mantener a los *pobres pacientes* en manos de personas voluntarias y practicantes con baja formación, cuyos cuidados se basan solo en la *caridad* y la *buena voluntad*, además de enfatizar que esas cualidades por sí solas habían dejado de ser suficientes para lograr efectivos *beneficios en la salud* de las personas (Amaral, 1904). Este discurso, pronunciado frente a los médicos más influyentes de Latinoamérica, constituye un hito histórico para la enfermería, dado que reconoce socialmente la necesidad de relevar la práctica del cuidado a un nivel profesional. Asimismo, marca un punto de inflexión en el sistema sanitario chileno al realizar una distinción fundamental entre el cuidado cotidiano y el cuidado profesional. Si bien ambas actividades son fundamentales para la vida humana, tomarán caminos distintos en términos de formación y roles en la sociedad chilena.

El cuidado humano es universalmente reconocido como una actividad social. Feito se refiere a la actividad de cuidar como «toda acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad del otro» (2005, p. 167). Esto vincula al cuidado directamente con valores como la justicia social y la solidaridad, fundamentales para la supervivencia de la humanidad. En este sentido, los fines de la acción de cuidar siempre serán los mis-

mos, ya sea desde una perspectiva formal como desde una informal, pero los medios para conseguirlos serán sustancialmente distintos. El cuidado ejercido como actividad informal será improvisado, insuficiente y motivado por la buena voluntad y la caridad, mientras que realizado como actividad formal tendrá un ámbito de acción definido, estará guiado por una planificación y utilizará un método para lograr determinados objetivos de manera eficiente y demostrando idoneidad (Feito, 2005).

En el mismo discurso, Amaral (1904) hace un repaso histórico magistral del cuidado; desde los inicios de la enfermería profesional con Florence Nightingale hasta su situación en Latinoamérica, pasando por los logros de los países desarrollados. Amaral hace un llamado a imitar el camino seguido por estos países y dar un salto cualitativo en la formación de las enfermeras. Al final de su presentación, se refiere al perfil de ingreso de las postulantes a la nueva enfermería profesional y recomienda que sean mujeres que se caractericen por su buena conducta y moralidad. Esto devela una imagen idealizada de la enfermera, basada en el prejuicio y el estereotipo propio de una sociedad patriarcal, que atribuye la actividad laboral de cuidar solo a las mujeres y marcará el desarrollo social de la profesión hasta la actualidad (Pavez, 2013; Urra, 2007). Esta enfermera idealizada fue descrita como una mujer con profundos valores cristianos y su profesión, como una tarea de acentuado sentido moral:

La tarea de la enfermera requiere acertado criterio, abnegación sincera, entendimiento humano, tacto ilimitado, paciencia inagotable, facultad para tomar decisiones rápidas y acertadas, personalidad atrayente, fe inquebrantable en los resultados de su trabajo y conocimientos científicos con base sólida. Debe ser tolerante, generosa, valerosa, compasiva, cumplida, íntegra, veraz y leal. Sus creencias le proporcionarán ayuda espiritual, pero no tratará de cambiar las creencias ajenas. Trabajará siempre por levantar a los desafortunados y por mejorar individualmente las condiciones de sus semejantes, sin mezclarse en la política. Su tarea consiste en hacer de cada individuo que se ponga en contacto con ella, una persona más sana, física, moral y mentalmente, sin intervenir en su credo personal. No le corresponde hacer distinción entre diferentes razas, credos o clases sociales. Servirá a la humanidad doliente sin pensar si lo merece o no y evitará los sufrimientos cuando y donde los encuentre (Adams y De Bray, 1933, p. 79).

Desde una perspectiva sociológica, estas cualidades muestran el carácter axiológico dado a la profesión y grafican las diferencias profundas entre la educación y las expectativas sociales de hombres y mujeres a inicios del siglo xx. En este complejo contexto de desigualdades, surge y se construye la enfermería profesional en Chile, con la ventaja de nacer como carrera profesional, pero con la desventaja de desarrollarse bajo los prejuicios de la profesión médica. Las consecuencias de este hecho explican en parte el rol social disminuido que ha asumido la profesión hasta la actualidad (Urra, 2007).

Registros históricos nacionales muestran que los primeros planes de formación de enfermeras profesionales consideraron siempre a lo menos una asignatura de ética, moral profesional o deontología (Schwarzenberg, 1933). Esto indica que el conocimiento ético fue parte fundamental de las bases de la formación profesional. Sin embargo, los valores cambian de acuerdo con el contexto social, por lo que la obediencia y la sumisión, asociados a la mujer de inicios del siglo xx, han perdurado más allá de lo requerido para la profesión. Cora Mayers (1929), médica directora de una las primeras escuelas de enfermería profesional en Chile, apoyaría enérgicamente la profesionalización del cuidado en el país, mientras que con la misma fuerza limitaba su campo laboral exclusivamente a las mujeres. Convencida de que cuidar es una actividad cotidiana y propia del género femenino, señala:

El cuidado de enfermos de ambos sexos en todos los países civilizados está en manos de enfermeras y no de practicantes varones. Por instinto, la mujer sabe cuidar mejor a los enfermos. Posee la mano leve, la paciencia y puntualidad en el desempeño de sus obligaciones junto al enfermo, como no lo alcanza a tener la mayoría de los hombres. Quien ha tenido una madre, una esposa o una hermana, comprenderá el valor de ser atendido por una mujer en el curso de una enfermedad (Mayers, 1929, p. 425).

Estas palabras expresan el orden natural del mundo sanitario de la época, caracterizado por una estructura hospitalaria dominada por la tradición médica, en su mayoría compuesta por hombres preocupados de cultivar la ciencia y encargados de tomar todas las decisiones importantes. Mientras, el cuidado estaba a cargo de ayudantes voluntarias y sin preparación, o dueñas de casa que después de experimentar alguna

enfermedad se dedicaban a atender en hospitales y hogares, donde se encargaban de la higiene, el acompañamiento y la vigilancia de los pacientes, servicios subvalorados por los que casi nunca recibían remuneración. Esta identidad inicial de cuidadora sacrificada es la identidad que acompañará el trabajo de las primeras enfermeras profesionales y la causa del estatus social inferior del cual aún no se ha podido desprender la profesión. Los valores asociados a este rol son la sumisión, la paciencia y la dedicación desinteresada por otras personas (Chuaqui, Bettancourt, Leal y Aguirre, 2014). De acuerdo con Bourdieu (2000), la distribución del trabajo asimiló inicialmente la actividad de cuidar a las tareas domésticas de naturaleza femenina que se consideraron inferiores a las que realizaban los hombres.

La creencia de que cuidar es una actividad que cualquier mujer puede realizar adecuadamente determinó su poca valoración en la sociedad. El estatus disminuido del cuidado informal se traspasa al cuidado formal y genera una barrera actitudinal tanto en la sociedad como en los propios miembros del estamento de enfermería. Se crea y se comienza a cumplir la profecía (Merton, 1948a; Merton, 1995b) de que estos profesionales carecen de autodeterminación, lo que limita su ascenso y estatus, y pone un techo al desarrollo profesional: nunca sobrepasará a las ocupaciones de mayor significación social. En la estratificación, el estatus es «la posición social que encuadra a un individuo o un grupo en el marco de una sociedad; es el lugar que se ocupa en la sociedad» (Ferrando, 1974, p. 24). Las profesiones son grupos de la sociedad que se esfuerzan por mantener o elevar el lugar que ocupan en esta distribución, el que no solo depende de sus integrantes, sino también del rol social asignado a ellas en un momento histórico determinado. Desde esta perspectiva, algunas profesiones han ocupado un lugar superior y otras uno inferior, y siempre se han generado conflictos por alcanzar estratos más elevados dentro de la sociedad. En esta distribución de las profesiones, donde el individuo y el grupo obtienen su prestigio y su poder, la enfermería ha sido descrita como una profesión más bien instrumental, subordinada históricamente a las órdenes del médico (Ferrando, 1974; Flexner, 2001). Esta estratificación insta la noción de que para mantener la cohesión del grupo debe existir lealtad entre sus miembros, lo que contribuiría a su desarrollo y conciencia social (Ferrando, 1974).

Por otra parte, la autonomía es uno de los factores más importantes para el desarrollo profesional y está relacionado directamente con la

posibilidad de lograr más estatus. En el caso que nos ocupa, la autonomía profesional es:

La libertad de actuar sobre lo que usted sabe, pensando en el mejor interés del paciente, tomar decisiones clínicas independientes en el ámbito de la práctica de enfermería y decisiones interdependientes en aquellas esferas en las que la enfermería se superpone con otras disciplinas. A menudo excede la práctica estándar, por lo que se facilita a través de la práctica basada en la evidencia (Kramer y Schmalenberg, 2008, p. 60).

Este rasgo, descrito como problema tanto a nivel nacional como internacional, ha sido especialmente complejo y difícil de alcanzar para la enfermería, que se ha desarrollado como una profesión heterónoma subordinada a la hegemonía médica. La aceptación exacerbada que tuvieron de esta realidad las primeras enfermeras profesionales, condicionadas por su educación, hizo que naturalizaran la subordinación (Chuaqui *et al.*, 2014; Urra, 2007).

En Chile, Chuaqui *et al.* describen la evolución de la identidad de las enfermeras y los enfermeros mediante tres periodos históricos, que permiten observar el cambio «desde un rol caracterizado por una vocación desinteresada por lo económico e interesada en la ayuda al otro de manera incondicional, a una vocación de servicio en el ámbito de la enfermería, para pasar finalmente a una relación más profesionalizante y compleja» (2014, p. 59). Especialmente relevante y optimista es el tercer periodo, cuando los profesionales de enfermería perciben positivamente la incorporación de la gestión del cuidado en el Código Sanitario, lo que genera un cambio en la autopercepción de la autonomía profesional. Aunque esto sea prometedor, se requieren muchas otras estrategias para derribar las creencias y los valores arraigados en la profesión que limitan su empoderamiento social. La falta de autonomía descrita como un problema de la profesión (Chuaqui *et al.*, 2014; Kramer y Schmalenberg, 2008; Galbany y Comas, 2017) afecta la identidad profesional y las expectativas del entorno social. Las bajas expectativas sociales de una profesión se relacionan directamente con las bajas expectativas de los profesionales que la componen, y este círculo de infravaloración determinó el comportamiento de las enfermeras y los enfermeros (Merton, 1948a; Merton, 1995b). La profecía autocumplida de subvalorar el propio trabajo acompaña a la profesión

desde sus inicios, como consecuencia de los prejuicios asociados al poco valor otorgado al trabajo de la mujer y a la actividad de cuidar en una sociedad patriarcal (Bourdieu, 2000). Modificar estas creencias no ha sido fácil para los profesionales de enfermería, pues requieren soluciones que consideren algo más que voluntad. Merton (1995b) señala que, para hacer desaparecer estas falsas ideas o creencias sobre la profesión, habría que identificar a quienes se benefician con ellas, pues estas prácticas perpetúan estatus y poderes dentro de otros grupos de la sociedad.

Además, es necesario considerar que los enfermeros y las enfermeras han adquirido estos patrones de relaciones sociales la mayoría de las veces de manera inconsciente. No darse cuenta de su rol y asumir un estatus social bajo ha favorecido que este fenómeno se perpetúe y se mantenga en el tiempo como un enemigo invisible que va frenando la autodeterminación profesional. Especialmente importante en este aspecto es la formación profesional, pues los profesionales y los estudiantes de enfermería requieren familiarizarse con el conocimiento emancipatorio para reflexionar sobre el *statu quo* que ha tenido históricamente la profesión, contribuir a visibilizar el problema y buscar estrategias con miras a crear un nuevo estatus social para la profesión (Chinn y Kramer, 2015).

El grupo social es el responsable de establecer, revisar y reforzar sus propios bienes internos, en un proceso dinámico que requiere una constante atención. En este sentido, se debe considerar especialmente la importancia que tienen ciertos valores por sobre otros, pues están asociados principalmente a las expectativas que tiene la sociedad en la profesión. Esto tensiona las propias expectativas del estamento y facilita la dominación de grupos de poder en el sistema sanitario, dada la dificultad que implica hacerlos visibles. Un ejemplo es cómo la obediencia y la sumisión, que han sido altamente valoradas por la sociedad, limitan la autonomía profesional. Validar la idea de que la enfermería es una profesión heterónoma en la práctica profesional no solo compromete el estatus, sino que pone en riesgo el bien mayor y la razón de ser de la profesión, que es brindar cuidados seguros y eficientes a los pacientes (Feito, 2005). Los profesionales que vean la obediencia como un patrón de conducta adecuado, estimulados o reforzados por el entorno social que los controla, no serán capaces de percibirla como una conducta negativa. Por el contrario, actuarán respondiendo moralmente sobre la base de lo que se espera externamente —un prejuicio— y no de los principios y valores fundamentales de

la profesión, lo que es de extrema gravedad. Esto podría considerarse una exageración, pero permite aclarar la relación que existe entre los valores y bienes internos de la profesión, y los valores y bienes externos que encarna la sociedad (Feito, 2005; Polo, 2014). Los primeros representan los límites o mínimos morales que estamos dispuestos a asumir socialmente, y son consecuencia de un análisis participativo y democrático que debe convocar al mayor número de profesionales de una disciplina. Esto permitirá que todos los miembros del colectivo comprendan la importancia de incorporarlos al saber teórico y al ejercicio práctico de la profesión. Para legitimar una propuesta, se requiere generar la argumentación necesaria para justificar la importancia de un principio o valor por sobre otro, pues esto contribuye al empoderamiento y la defensa social de la profesión. Si bien existen principios y valores universales a los que la enfermería debe honrar, como los derechos humanos universales, es necesario considerar que estos tienen una carga cultural propia, por lo que no existe ningún grupo a nivel internacional que comparta estrictamente los mismos valores y principios, o cuyo orden jerárquico y prioridades sean exactamente iguales (Polo, 2014; Camp, 2015).

Aspectos del contexto sociopolítico han tensionado por mucho tiempo la práctica profesional de la enfermería y, especialmente, su autonomía, herencia de los primeros años de una formación profesional dependiente de la práctica médica. Este periodo, comprendido entre 1906 y 1944, finaliza formalmente cuando la dirección de las escuelas de Enfermería queda por primera vez en manos de enfermeras docentes. Sin embargo, documentos posteriores demuestran lo difícil que será desprenderse de estos prejuicios culturales. Leonardo Guzmán, médico que en su calidad de director general de Sanidad publica un artículo sobre la enfermería en 1934, deja ver su comprensión personal sobre la profesión:

Profesión sacrificada: ayudar al médico higienista en sus múltiples labores y al sociólogo. Importancia de su acción en la sociedad.

Cualidades especiales que requiere la enfermera sanitaria: buena salud, moralidad irreprochable, bondad infinita, dulzura en el trato y paciencia, además de coraje en su trabajo, perseverancia, vivacidad y optimismo.

Programa de los cursos que tenga presente la necesidad de los agentes sanitarios en uso en el país, así como los adaptables a nuestro medio social y al nivel cultural de nuestro pueblo para tener una enfermera sanitaria con una formación a la vez moral, cívica, social y técnica (Guzmán, 1934, p. 122).

La prevalencia del discurso patriarcal, que destaca el rol social de una profesión sacrificada y heterónoma cincuenta años después del discurso de Amaral (1904), demuestra que en un periodo de medio siglo los discursos médicos que sobrevaloran lo masculino y desvalorizan las profesiones feminizadas siguen siendo muy similares. Esto permite que las figuras masculinas asciendan con más rapidez y legitimidad que las femeninas, y limita las seguramente también legítimas aspiraciones profesionales de las mujeres enfermeras que desearían ocupar cargos directivos y no solo dedicarse a las actividades asistenciales (Urra, 2007; Bourdieu, 2000). La posibilidad de ocupar cargos de poder se relaciona con el estatus y la capacidad de influir culturalmente en la sociedad. Según Cortina (2000a, p. 3), la profesión «es una actividad humana social con la que se presta a la sociedad un bien específico e indispensable» y, por tanto, cultural. Por ello, el ingreso de hombres a la profesión constituye un hecho relevante y una estrategia urgente para contribuir al cambio de actitud de los propios profesionales de enfermería. Dado que los enfermeros tienden a ocupar espacios de trabajo diferentes a los que ocupan las enfermeras, aportan diversidad y complementariedad de género para generar cambios a nivel cultural (Osses, Valenzuela y Sanhueza, 2010). El primer enfermero en Chile fue Waldo Alfaro Retamal, que egresa de la Universidad de Chile en 1966 (*La Prensa*, 2014). A partir de entonces, el ingreso de hombres a la carrera ha ido en aumento, pero sigue siendo insuficiente para cambiar los imaginarios sociales que han definido a la enfermería como una profesión feminizada en una sociedad patriarcal (Osses *et al.*, 2010).

La tendencia a repetir patrones socialmente aceptados también ha sido responsabilidad de las enfermeras y los enfermeros, y la falta de reflexión y análisis sobre el rol profesional, una de sus principales limitaciones. Los patrones aprendidos socialmente que frenan el avance profesional no siempre son fáciles de identificar, y visibilizarlos requiere de un esfuerzo intencionado. El pesimismo que puede provocar la baja valoración social del cuidado debe reemplazarse por el optimismo colectivo para persistir en la posibilidad de que la profesión llegue más allá de lo que otros grupos sociales planificaron para ella. El futuro requiere de un esfuerzo personal para superarse y derribar los propios prejuicios perpetuados que todavía limitan el desarrollo profesional.

En 1933, Adam y De Bray (1933) publican en la *Revista de Asistencia Social de Chile* un artículo titulado «Cómo dignificar la profesión de enfermería»,

donde destacan el carácter moral de la profesión, pero enfatizan en la importancia del conocimiento empírico y humanista en la formación de sus profesionales: «Los principios científicos fundamentales sirven de guía a las prácticas de enfermería y los ideales humanitarios y profesionales determinan la actitud y el ánimo de la enfermera [...]». Así, aunque una enfermera tuviera todos los conocimientos modernos en su ramo, si careciera de las aptitudes sociales o de ideales humanitarios, fracasaría en su profesión» (Adam y De Bray, 1933, p. 76).

Este discurso vanguardista en su momento desafió a la profesión a construir un modelo de enseñanza armonizado con sus propios saberes, que en la época se reducían a dos: el biomédico y el humanista. En la actualidad, estos saberes son cuatro: personal, empírico, estético, y ético y emancipatorio (Chinn y Kramer, 2015). El desarrollo de la profesión y la enseñanza formal deben concebirse estrechamente unidos para enfatizar los aspectos ontológicos y la toma de decisiones éticas. A pesar de los esfuerzos por mantener la formación humanista en las escuelas de Enfermería, la dependencia respecto al enfoque biomédico ha sido un fenómeno global que ha hecho prevalecer el conocimiento empírico en detrimento del desarrollo social (Losa y Becerro, 2013). Los precursores de la enfermería en Chile contribuyeron a construir una profesión con límites establecidos para el apoyo médico y que fueron resultado de expectativas externas. La sobrevaloración de lo biomédico (empírico) en detrimento del conocimiento humanista (estético, ético) ha favorecido un modelo de trabajo instrumental a lo largo de la historia, en tanto que los valores iniciales (la sumisión y la obediencia) prevalecen en cierta medida porque fueron asumidos como bienes internos, es decir, constituyen elementos de dominación social que las mismas enfermeras se han encargado de perpetuar (Feito, 2005). El estudio de identidad profesional realizado en Chile por Chuaqui *et al.* (2014) describe los valores históricamente aprendidos en las dos primeras etapas de la identidad profesional. Solo a partir de los años noventa ocurre un cambio estructural que entrega más poder a las enfermeras en los servicios hospitalarios a partir de la gestión del cuidado. Se trata de la primera transformación de los bienes internos de la profesión desde que esta fuera creada.

Especial atención se debe prestar a los cambios contextuales que emergen y debilitan la formación profesional, como el crecimiento sostenido y poco regulado de escuelas de Enfermería en nuestro país, que han puesto

en entredicho la calidad de la formación profesional y afectado su dimensión humanista (Latrach, Fuentes, González, Caballero e Inalaf, 2009; Guerra y Sanhueza, 2010). Al mismo tiempo, el interés desproporcionado por los avances biotecnológicos, utilizado para atraer a nóveles enfermeros y enfermeras, pone el énfasis en aspectos tecnológicos y procedimentales favoreciendo el conocimiento biomédico e instrumental (Cortina, 2004). Brevis y Sanhueza (2007) demostraron que en los planes y programas de las carreras de enfermería dictadas en las universidades chilenas existe una brecha en la formación ética, pues algunos pregrados no cuentan con la asignatura de bioética o ética de la enfermería. Esta situación no afecta exclusivamente a las escuelas de Enfermería y Cortina la describe como el «triunfo de la razón instrumental» (2004b, p. 31), en una educación que prepara a los jóvenes para el desarrollo de cuantas habilidades técnicas puedan aprender, con el fin de lograr el estado de bienestar-felicidad y vivir en la nueva sociedad del conocimiento. El riesgo de una educación basada principalmente en aspectos técnicos es que promueva una mirada parcial sobre los fines de la profesión, dado que, buscando el estado de bienestar personal, se puede abandonar o descuidar el rol social de cuidar. Este fenómeno favorece el excesivo interés por el conocimiento científico y fomenta el abandono de los aspectos humanistas de la profesión y, como consecuencia, la pérdida de los *bienes internos* de la enfermería (Feito, 2002; Losa, 2013). Feito define el bien interno como lo «que legitima algo como propio de una profesión» y «lo que le da su sentido y validez social» (2002, p. 54) y señala que la ética de la enfermería se fundamenta en la actitud de cuidado, una dimensión propia del cuidar que hace que las personas tomen conciencia de su papel en la relación de cuidado y en el mundo. Se trata de una sensibilidad ante la realidad, de tomar conciencia de la vulnerabilidad, de permitir que nos interpele y nos obligue a la acción como una forma de humanidad. Por ello, es fundamental educar en la actitud del cuidado, promoviendo y fomentando la aparición de esta sensibilidad en los estudiantes y en etapas tempranas de la formación profesional.

En resumen, en los albores del siglo xx en Chile, se estableció la importancia de la ética como un conocimiento irrenunciable en la formación profesional de las enfermeras. Sin embargo, el énfasis estaba puesto en valores externos a la profesión, con influencias socioculturales que han limitado su desarrollo. La presencia de imaginarios fuertemente arraigados, reforzados culturalmente y transmitidos de una generación a otra

son responsables de la sobrevaloración de cualidades como la obediencia y el sacrificio. Los acontecimientos socioculturales han influido en nuestra forma de vestir, hablar, comunicarnos, relacionarnos y priorizar los valores para la profesión. Por tanto, repensar los valores y principios profesionales requiere de cierta urgencia, y debe considerar temas deontológicos, axiológicos y teleológicos.

La enfermería debe ser esencialmente reflexiva y autónoma, para permitir observar a distancia la acción profesional y someterla a un análisis crítico global. Debe ser la propia profesión la que estructure su pensamiento y acción profesional, poniendo en contexto los acontecimientos socioculturales que la han moldeado y la complejidad de los sistemas sociales que la tensionan en la actualidad (Kramer y Schmalenberg, 2008; Galbany, 2017).

Bases conceptuales de bioética y ética de la enfermería

Ética y bioética en enfermería

La ética es considerada fundamental para la vida humana. Es parte de la filosofía y comprende la reflexión sobre los problemas morales y los juicios de valor. Es una opción para actuar por el bien común, que supone la conciencia de la propia existencia y la de otros seres humanos. Como ciencia establece metodologías para la discusión sobre el actuar humano, manteniendo principios morales considerados fundamentales (Kottow, 2016). La tradición ética se remonta a Grecia, casi seis siglos antes de Cristo, de la mano del pensamiento racional desarrollado por Sócrates, Platón y Aristóteles, que se traspasó a la tradición filosófica occidental. La palabra ética proviene del vocablo griego *ethos*, que significa costumbres y tiene su correspondencia latina en la palabra moral. El *ethos* constituye un conjunto de valores y hábitos consagrados por la tradición cultural de un pueblo, mientras la moral es la suma de principios fundamentales y valores imprescindibles que preside las acciones de cada individuo (Lolas y De Freiras, 2013; Kottow, 2016; García, 2007).

La bioética es parte de la ética aplicada, definida como la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina, la biología y las relaciones del hombre con los restantes seres vivos (Beauchamp, 1994; Lolas *et al.*, 2013; García, 2007). Como ciencia aplicada ha contribuido a aclarar

y superar dilemas éticos a pesar sus límites para alcanzar una perspectiva única y universalmente aceptable. El neologismo *bioética* se empieza a utilizar en 1970. El primero en usarlo fue el médico estadounidense Van Rensselaer Potter, seguido por el holandés André Hellegers, quien al año siguiente crea el Instituto Kennedy de reproducción humana y bioética, hecho que marcó un hito para la incorporación de la ética a las ciencias de la vida (Beauchamp, 1994).

De acuerdo con Jameton (2013), en los años setenta el pionero de la bioética Albert Jansen de la Universidad de California comienza a dictar cursos de bioética en la carrera de Medicina. A pesar de que la base de su enseñanza estaba en los dilemas éticos médicos, sus clases despertaron un enorme interés en los profesionales de enfermería, que se dieron cuenta de la importancia que tendría la bioética para la disciplina. En 1978 las profesoras de Enfermería de la misma universidad Anne Davis y Mila Aroskar publican el primer libro para la enseñanza de bioética dirigido exclusivamente a enfermeras: *Ethical dilemmas and nursing practice*. A partir de esto, las profesionales de enfermería se interesan cada vez más por la bioética, orientando y adaptando este cuerpo de conocimientos al desarrollo de su propia disciplina (Jameton, 2013).

En Chile, la enseñanza de la bioética comienza en los años noventa y se incorpora en la mayoría de los programas de estudio de las escuelas de Enfermería profesionales. Este hecho constituye un cambio importante en la enseñanza formal de la ética, pues el enorme contexto en que actúan los profesionales de enfermería amplía los aspectos que pueden ser abordados, y un aspecto positivo de la formación de las enfermeras, que las preparó para responder a dilemas no solo profesionales, sino también interdisciplinarios.

Cambio del paradigma universal de desarrollo moral

La teoría del desarrollo cognitivo de Kohlberg (1971) corresponde a la teoría del desarrollo moral más extensamente aceptada. Según ella, los individuos desarrollan sus capacidades morales en la medida en que profundizan sus capacidades cognitivas para comprender la naturaleza de las relaciones hasta llegar a la madurez moral. El autor afirma que este proceso avanza a través de etapas determinadas, organizadas jerárquicamente y que se corresponden con niveles distintos de razonamiento moral. Desde

esta perspectiva, propone tres niveles con dos estadios cada uno. Estos estadios progresan según una secuencia invariante, y son universales y transculturales. Kohlberg utiliza el concepto «convencional» para referirse a la capacidad de someterse a las expectativas sociales y defenderlas precisamente porque toda sociedad se las ha impuesto (Beauchamp y Childress, 1994).

Gilligan (2013) descubre que en las aplicaciones del modelo convencional de desarrollo moral, las mujeres siempre estaban en una etapa más baja que los hombres. Este hallazgo la llevó a cuestionar el trabajo de Kohlberg, que definió como un *prejuicio basado en las diferencias de género*. A partir de esto, realizó la investigación de Kohlberg, pero considerando un equilibrio de género, y descubrió que, en general, los hombres y las mujeres siguen caminos distintos en el desarrollo moral y que existe una *voz distinta* para definir los criterios de moralidad madura. El aporte más importante de Gilligan es haber mostrado que las mujeres se identifican más con el *cuidado de otros* sobre la base de los vínculos de apego, como los que se dan entre madre e hijo, y que las respuestas morales dependen siempre de las *emociones humanas*. Beauchamp y Childress (1994) denominan a estos dos elementos fundamentales *interdependencia* y *respuesta emocional*. La interdependencia se refiere a la capacidad humana para ser autónomo pero a la vez necesitar al otro, lo que se da en un espacio de mutua relación. La respuesta emocional está directamente relacionada con la interdependencia que se logre. Se establece una faceta vital de la relación moral, es decir, no siempre lo que es moralmente bueno hace sentir mejor a las personas. En este sentido, la teoría de Gilligan cobra gran importancia para la profesión de enfermería, pues permite comprender la relación de ayuda que establece el enfermero o la enfermera con los sujetos de cuidado. No siempre lo que el profesional considera bueno para el paciente es lo que el paciente hará o considerará bueno para sí mismo. Lo relevante en la relación de ayuda es generar la confianza suficiente para que el paciente exprese realmente sus deseos y decisiones. Le corresponde a la enfermera/o complementar la información sobre su estado y educarlo sobre el proceso de enfermedad o proceso vital para que tome siempre una decisión libre e informada. El reconocimiento y la importancia de la dimensión emocional en la ética del cuidado se contraponen a la idea de que los sentimientos distraen a las personas cuando deben tomar decisiones. La ética del cuidado corrige este prejuicio cognitivista al dar el mismo valor a las emociones y

a la razón. Por lo tanto, en la teoría del cuidado las emociones tienen valor moral y tener una cierta actitud emocional y expresar las emociones en la actuación son factores moralmente relevantes (Gilligan, 2013).

Otra de las teorías del desarrollo moral que han contribuido a explicar el razonamiento y el comportamiento moral de las personas es la de Rest (1979), que identifica cuatro componentes o procesos involucrados en la producción de un acto moral: *sensibilidad ética*, que se refiere a la conciencia de cómo nuestras acciones afectan a otras personas; *juicio moral*, que remite a los cursos de acción posibles para cada situación; *motivación moral o integridad*, que alude al compromiso con el curso de la acción moral y la asunción de la responsabilidad personal por los resultados morales; y *coraje o carácter moral*, que se refiere a elementos del carácter, como la perseverancia, la fuerza de convicción y la valentía. El carácter moral implica tener el coraje y las habilidades para llevar a cabo una línea de acción incluso bajo presión social. Lo pragmático y operativo de este modelo ha llevado a los profesionales de enfermería interesados en el desarrollo moral y ético de la profesión a usarlo ampliamente.

Utilizando la teoría de Rest, Lachman (2012) propone el Modelo CORE (coraje, obligaciones éticas, manejo del peligro y habilidad para expresarse), que corresponde a un esquema individual para lidiar con los dilemas éticos derivados de la práctica clínica. Para la autora, los conflictos en la práctica clínica son inevitables porque se dan en un espacio compartido e interdisciplinario donde convergen distintas formas de pensamiento y visiones del mundo. La formación educativa y profesional variada dará origen a tantas opiniones y disimilitudes frente a una misma situación práctica que será imposible pensar en una sola forma de abordarla. A partir de esto, el autor plantea que existe una dificultad para prevenir los dilemas éticos y que la primera estrategia de solución será la individual, aunque considere siempre los valores profesionales. Los estudiantes de Enfermería aprenden de sus profesores y profesoras cómo comportarse, cómo arbitrar, cómo negociar y cómo mediar un conflicto (modelaje). Evitar el problema nunca es la mejor solución; más bien es la fuente de un conflicto no resuelto y demuestra poca capacidad para resolver las dificultades de la profesión (Benner *et al.*, 2010). La actuación ética de los profesionales de enfermería es un compromiso diario con el bienestar del paciente y no solo la aplicación de una estrategia de riesgo para afrontar un dilema. Sin embargo, conocer y familiarizarse con estas teorías, modelos y técnicas

contribuye a generar una memoria anticipatoria, que ante un evento similar permite reconocer el problema y establecer una respuesta más adecuada, especialmente en los profesionales en formación y novatos (Benner *et al.*, 2010; Varcoe, Doane, Pauly, Rodney, Storch y Mahoney *et al.*, 2004). Por otro lado, a la sombra del modelo biomédico, la enfermería enfrenta un entorno limitado para desarrollar habilidades éticas. Por ello, estos aspectos teóricos requieren un refuerzo permanente que contribuya a desarrollar las habilidades, el empoderamiento y la autonomía para aplicarlos en la práctica.

Formación en ética de la enfermería

El ejercicio legal de la profesión en Chile requiere un título profesional otorgado por una institución de nivel superior que certifique la condición de enfermera/o generalista (Castellano, Tagle, Galdames, Riquelme, Landman y Peroni *et al.*, 2011). A un profesional de enfermería, además de dominar la práctica clínica, se le deben exigir competencias para tomar buenas decisiones éticas, las que debiesen tener alguna uniformidad, independientemente de la institución donde se haya formado. Comprender la necesidad de actuar con más compromiso y responsabilidad respecto al paciente, y mejor comunicación y consenso con sus pares y el resto del equipo le ayudará a desempeñar de mejor forma su rol (Aguirre, 2016; Hamric, Hanson, Tracy y O'Grady, 2014a). Las escuelas de Enfermería han utilizado el proyecto Tunning Latinoamérica para rediseñar el currículo profesional considerando un metaperfil para formar una enfermera/o generalista (Beneitone, Esquetini, González, Maletá, Siufy y Wagenaar, 2007). Esto ha permitido avanzar en la construcción de competencias éticas comunes en las escuelas de Enfermería latinoamericanas. Se requieren estudios que recojan los resultados obtenidos, considerando que los dilemas morales cambian y las respuestas morales son múltiples.

Harmic *et al.* (2014a) proponen que para adquirir competencias profesionales en ética los enfermeros/as deben transitar por distintas fases de formación ética. Cada fase está concatenada con la otra, lo que genera un proceso evolutivo y formal que se inicia en el pregrado y avanza en el posgrado. Las autoras desarrollan esta propuesta para las enfermeras de práctica avanzada (*nurse practitioner*), reconocidas en los Estados Unidos como expertas y especialistas a nivel comunitario. En Chile se ha

considerado la posibilidad de usar este modelo para ampliar el rol de la enfermería en la atención primaria de salud (Aguirre, 2016). Para pasar de una enfermera generalista a una experta, se propone avanzar en programas de magíster y doctorado, lo que implica transitar desde la sensibilidad ética para el cuidado inicial hasta la fase de integración plena, no solo para liderar la forma de abordar los dilemas éticos, sino también para abogar por la justicia social, la equidad y las políticas éticas dentro de todos los ámbitos de atención en salud.

En Chile, muchos enfermeros/as se mantienen a lo largo de su vida profesional como generalistas, por lo que la formación ética que reciben en el pregrado es la base del conocimiento y la actuación ética en que se basará su desempeño futuro. Esto fundamenta la necesidad de que la enseñanza de la ética y la bioética se inicie en etapas tempranas de la formación y que las competencias adquiridas sean evaluadas. Una revisión de las mallas curriculares de Enfermería evidenció una gran variabilidad en la ubicación de la asignatura de ética o bioética, ya que en algunos casos se impartía en el primer o segundo año, y en otros, en etapas posteriores (Brevis *et al.*, 2007). Esto demuestra que existen diversos criterios para decidir cómo y cuándo enseñar ética y bioética en las escuelas de Enfermería, lo que causa incertidumbre y puede constituir un riesgo para los sujetos de cuidado, debido a las diferencias en la preparación moral de los enfermeros/as dependiendo de la casa de estudios de la que egresen. Lo anterior no ha sido estudiado debidamente a nivel nacional y, dada su complejidad y posibles consecuencias para los pacientes, tiene que ser relevado.

La enfermera como agente moral

La agencia moral de los enfermeros/as se refiere a su capacidad para deliberar, elegir, expresar y actuar sobre sus responsabilidades morales. Estos profesionales promulgan su agencia moral cuando reflexionan y actúan de manera deliberada en su práctica profesional. Es el rol asistencial el que permite su ejercicio más directo, dado que el paciente asumirá las consecuencias de la acción que realice u omita el personal de enfermería. Este reconocimiento sobre las consecuencias morales de la labor ha permitido que se discuta globalmente sobre la complejidad de la práctica de la enfermería y las responsabilidades que se asocian a su ejercicio (Carnevale, 2013; Elmore y Kenneth, 2016). El agente moral tiene un curso posible de

acción moral que se relaciona con un contexto sociopolítico significativo para la profesión, que va más allá de sus intereses individuales o su propia voluntad. Esta perspectiva es congruente con las concepciones emergentes de la ética en enfermería. La integración del conocimiento ético en la formación profesional y la experiencia es la raíz que sustenta la agencia moral de la profesión (Carnevale, 2013).

A pesar de que la formación en bioética es compartida por las profesiones sanitarias, la medicina y la enfermería han desarrollado sus propias guías y códigos éticos, entre cuyos enfoques se identifican diferencias sustanciales. Saxén (2017) destaca que mientras que la enfermería pone su foco en la reflexividad moral, la medicina se centra en el reduccionismo y la objetividad, lo que evidencia una brecha discursiva. Esto llama la atención si se piensa que ambas son ciencias de la vida que comparten propósitos, como velar por la salud de los pacientes, los individuos, las familias y las comunidades, además de desarrollarse en los mismos espacios profesionales donde realizan esfuerzos comunes. Sin embargo, tienen diferentes funciones y roles, y una formación que segmenta y especializa a cada profesión, a partir de lo cual, frente a un mismo dilema ético, los médicos y las enfermeras/os se posicionan de manera moralmente distinta. La revisión sistemática realizada por Elmore y Kenneth (2016) muestra que, enfrentados al final de la vida, el médico se mantiene moralmente distante y se posiciona como el único responsable de tomar las decisiones clínicas respecto al paciente, mientras que las enfermeras son moralmente más cercanas y abogan por el moribundo y su familia, que las ven como mediadoras en el proceso y con quienes se relacionan de una manera más profunda. En este aspecto, la enfermera juega un papel crítico al final de la vida tanto en la práctica clínica como en la responsabilidad moral por el buen morir del paciente.

El entorno clínico se caracteriza por ser altamente normativo y estar cada vez más tecnificado, lo que dificulta la agencia moral de los profesionales de enfermería, que en ambientes clínicos automatizados actúan con mayor rigidez. Lamentablemente, esto puede ocurrir en situaciones que requieren flexibilidad, conciencia y sensibilidad de parte de profesionales que continuamente se enfrentan a dilemas éticos relacionados con personas que, por su condición de enfermedad, se encuentran más vulnerables (Chinn y Kramer, 2015). En este sentido, el entrenamiento que requiere una enfermera/o involucra competencias

cognitivas, emocionales y sociales (Nowak, 2016). La complejidad de ejercer la agencia moral está dada por las propias experiencias personales del enfermero/a y muchos aspectos de las competencias profesionales que solo se pueden adquirir en el largo plazo, por lo que se trata de un ideal profesional en permanente construcción (Benner, Sutphen, Leonard y Day, 2010). Benner *et al.* (2010) definen la sabiduría práctica como el máximo desarrollo del conocimiento ético adquirido con la experiencia, lo que fortalece la idea de que esta enriquece la formación en enfermería. La teoría que define los niveles de adquisición de destrezas de novata a experta demostró que en las etapas iniciales de la formación profesional las enfermeras/os presentan inseguridades en el manejo de los pacientes, viven las primeras experiencias significativas, y el aprendizaje formal se complementa con la observación de pares y otros profesionales, lo que se conoce como modelaje. Se ha demostrado además que los novatos/as sufren más estrés moral y, en algunos casos, llegan a transformar un hecho dilemático en lo que se denomina angustia moral, experimentando sentimientos de culpa por errores o situaciones que no pueden manejar con habilidad.

La enseñanza de la ética considera respuestas morales predecibles frente a dilemas comunes para la profesión. Estas respuestas son el resultado del trabajo investigativo de enfermeras/os que han recogido las mejores prácticas frente a eventos dilemáticos. Traspasar este tipo de respuestas favorecería el entrenamiento ético de los futuros profesionales de enfermería y disminuiría la posibilidad de que tomen malas decisiones y cometan errores no intencionados que afecten a los pacientes. Según la evidencia revisada, es posible identificar dos formas de respuestas morales que contribuyen desde dos perspectivas distintas a mejorar la agencia moral de la enfermería: un *proceso reflexivo y de juicio individual*, dado por la experiencia personal, y un *proceso reflejo*, consecuencia del aprendizaje y el entrenamiento colectivo y modelado (Novak, 2016; Benner, Sutphen, Leonard y Day, 2010).

Influencia de las instituciones en el ejercicio de la agencia moral

Para los profesionales de enfermería, hoy es muy importante la agencia moral de las instituciones donde ejercen la acción de cuidar. Dado que el quehacer práctico y la razón de ser de la profesión están incorporados en ellas, la agencia moral institucional afectará directamente el ejercicio

moral del profesional, su trabajo e identidad (Charles, 2017; Liaschenko y Peter, 2016). El impacto de las instituciones en la moral profesional se relaciona especialmente con la tensión entre las *lealtades* que los profesionales de enfermería deben tener, en primer lugar, hacia sus pacientes y, en segundo lugar, hacia sus colegas, los médicos o la institución (Lindemann, 2014). Es también la institución la que provee el número de enfermeros/as, los recursos materiales, los procesos clínico-administrativos, la comunicación formal, las políticas internas y el ejercicio del poder, entre muchos otros temas que afectan la calidad del cuidado (Peter, Simmons y Liaschenko, 2018).

Las instituciones son organizaciones complejas con propósitos propios, que no necesariamente actúan como comunidades morales y que no siempre velan por el bienestar del paciente. En el contexto sociopolítico actual, las instituciones deben sobrevivir económicamente, lo que consiguen gracias a su posición en el mercado y el prestigio que obtienen construyendo una imagen que no puede exponer conflictos ni problemas internos. Esta moral corporativa puede dañar la identidad moral del enfermero/a, que ve que exponer una situación moral profesional puede contravenir la moral institucional (Peter *et al.*, 2018). A nivel institucional, los enfermeros/as deben compartir una única identidad moral, lo que les permite construir una comunidad moral para la enfermería, es decir, crear espacios abiertos de discusión moral, donde los dilemas y los temas relevantes para la profesión se expresen libremente, generando diálogos morales más efectivos y formativos. Esto fortalece la identidad y la agencia moral profesional y, por ende, la identidad e imagen social de la profesión (Liaschenko *et al.*, 2016; Lindemann, 2014).

Según Lindemann (2014), la exagerada estandarización de procesos en el ambiente sanitario podría provocar consecuencias negativas en las respuestas morales individuales y, dadas las tensiones entre las decisiones éticas de los profesionales y lo que ha normado la institución, poner en riesgo su identidad moral. Los seres humanos responden a narraciones maestras; guías sociales que les dicen qué hacer y cómo comportarse. Cuando difieren de estos patrones y no pueden expresarse con libertad y autonomía, sufren daño moral. De ahí que la identidad moral profesional no solo se relacione con las características de las personas y su propio sentido del yo, sino también con la comprensión que tienen los demás de sus roles y funciones. El contexto es relevante en el modelamiento

de la identidad autorizada culturalmente para determinada profesión, y ejercer la agencia moral para el profesional de la enfermería constituye un complejo sistema de interacciones que involucran el desarrollo de una identidad moral individual influenciada por el entorno. El ejercicio profesional es una actividad humana cooperativa y compartida, que se caracteriza por la mutua capacidad de respuesta y el compromiso con las acciones conjuntas, fundamentales para cumplir objetivos comunes. Habrá momentos en que se requiera la ayuda de otros para sostener la imagen moral personal o del grupo cuando el medio es especialmente adverso (Liaschenko *et al.*, 2016; Lindemann, 2014). Lograr la excelencia ética parece imposible, al menos de manera permanente, pues siempre habrá momentos en que los agentes morales actuarán de buena forma y otros en que no (Lindemann, 2014).

Consecuencias de los dilemas morales para los profesionales de enfermería

Las decisiones que toma el enfermero/a tienen consecuencias para los pacientes y para sí mismo. El sufrimiento o la angustia moral que experimentan muchos profesionales de enfermería puede producir una huella en su propia conciencia. Incluso, puede transformarse en un sufrimiento psicológico que afecte irremediablemente su vida personal y el ambiente laboral donde se desempeña (Lachman, 2012). Hamric, Davis y Childress (2006b) describen la angustia moral como una experiencia común en el entorno clínico, pero a la vez como un fenómeno poco estudiado y comprendido. La importancia de profundizar su estudio radica en que permitirá comprender el significado construido sobre el rol moral y social de la profesión. La imagen de la enfermería como una profesión de sacrificio, deber y servicio, que ha impedido reconocer su complejidad moral a lo largo de la historia, parece ser uno de los factores principales de la angustia moral que sufren los profesionales. Esta naturalización de la angustia es un problema presente que es necesario visibilizar, pues compromete no solo la salud de los profesionales que la experimentan, sino también la calidad de la atención y los cuidados que reciben los pacientes (Jameton, 2013; Hamric *et al.*, 2006b).

Jameton (2013) describe el *dilema moral clásico* como aquel que se produce cuando dos o más acciones opuestas parecen igualmente justificadas éticamente y el agente, incapaz de llevar ambas a cabo, debe elegir cuál es

la más conveniente. La *angustia o estrés moral*, en tanto, se daría cuando el agente sabe o cree que sabe cuál es el curso de acción éticamente apropiado, pero se siente limitado para actuar, ya sea por obstáculos inherentes a la situación, como la falta de tiempo o de recursos, ya por limitaciones institucionales o legales, como las relaciones de poder. Como se ha revisado, las emociones cumplen un rol importante en las decisiones morales profesionales, por lo que cualquier obstáculo que impida realizar lo que un enfermero/a considera correcto lo afectará emocionalmente. Las emociones son una fuente importante de visión moral para los especialistas en ética del cuidado y si la respuesta a un dilema socava estas emociones, se pondrá en peligro la atención. Varios estudios han evidenciado que emociones como la *compasión* contribuyen a mejorar el cuidado y que el sufrimiento moral disminuye la actitud compasiva, lo que afecta directamente el cuidado de los pacientes (Newham, Terry, Atherley, Hahessy, Babenco y Evans *et al.*, 2019; Ekstrom, 2012). La falta de compasión no está bien documentada; es un fenómeno complejo y de análisis reciente, pero es importante tenerla en consideración, especialmente durante el proceso de formación profesional. Algunos autores se refieren a la falta de compasión desde la ética de la justicia e indican que puede ser atribuida a una actitud sociopatológica que dañaría la dignidad de los sujetos de cuidado (Ekstrom, 2012). Otros señalan que el estrés moral de las enfermeras/os es un problema real y común en los servicios de enfermería, pero que los administradores de estas instituciones muestran poca preocupación por hacerse cargo de él (Ulrich, Taylor, Soeken, O'Donnell, Farrar y Danis, *et al.*, 2010a; Ulrich, Hamric y Grady, 2010b). Finalmente, varios concluyen que los enfermeros/as siempre estarán enfrentados a dilemas éticos en su práctica profesional, pero no siempre sabrán cómo enfrentarlos (Musa, Rashid y Sakamoto, 2011; Mihyun, Sang, Hyun y Sung, 2014; Pauly, Varcoe y Storch, 2012).

Enfermería, una profesión que debe revalorizarse

Según Chinn y Kramer (2015), el conocimiento ético es fundamental para la práctica clínica, pues permite reflexionar sobre qué es un buen enfermero/a y cómo se aplican los principios universales, como la justicia y la libertad. Asimismo, permite aclarar valores en conflicto y buscar las mejores alternativas para el beneficio del paciente. Para Feito, el conocimiento ético implica

salir del espacio de confort, pues, dado que el cuidado es relevante para la humanidad, conlleva la responsabilidad de «promover la investigación sobre el papel de la enfermería en la sociedad, su influencia en los valores de la población, su profesionalización y las relaciones con otros profesionales» (2002, 58). Tschuden (1999), en tanto, considera que los profesionales de enfermería han desestimado su propio conocimiento, provocando una tensión ética entre el mundo político, los usuarios y la enfermería, y dificultando el reconocimiento de la función central que cumplen en la sociedad. Para la autora, estos profesionales cumplen un papel vital para los pacientes, dado que cuidar requiere acciones que van más allá de las tareas o actividades técnicas: implica comprometerse con la persona, porque esa persona es única e importante. El profesional de enfermería actúa en eventos vitales sanitarios con la intención de evitar el sufrimiento, pero también de evitar la enfermedad, lo que ha permitido una gran acumulación de conocimiento y experiencia que hoy respalda sus acciones. La dificultad que ha tenido la enfermera/o es traspasar toda esta experiencia al paciente, de modo que este comprenda la importancia de su rol. Esto se relaciona especialmente con la falta de valoración que los mismos profesionales de enfermería le otorgan a su trabajo, una falta de estima profesional que se manifiesta muchas veces en reclamos constantes sobre sus condiciones laborales y profesionales, que generan un ambiente de desesperanza que no contribuye a mejorar su situación ni la del paciente.

Socialmente, la profesión requiere visibilidad y estrategias de cambio que obliguen a repensar la forma en que se interpreta la práctica de la enfermería. La enfermera/o no ha sido políticamente estratégica para acceder a los grupos de poder, que tienen la posibilidad de resolver muchas de las dificultades que afectan al colectivo. Solo los profesionales de la enfermería tienen la responsabilidad primordial de cuidarse a sí mismos, confiar en sus capacidades, visualizar la profesión con un futuro próspero y transmitir la importancia de su rol a los usuarios y los estudiantes. Solo así serán revaloradas en el sistema sanitario (Chinn y Kramer, 2015; Tschudin, 1999). Un buen profesional considera su profesión como un imperativo ético, maneja de buena forma el poder en beneficio de las personas y la sociedad, produce conocimiento para el bien común y busca soluciones a problemas que son importantes para las personas, es eficiente y efectivo, y razona sobre las prácticas sociales que le competen a su quehacer (Lolas y De Freiras, 2013).

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, S. y De Bray, L. (1933). Como dignificar la profesión de enfermera. *Revista de Asistencia Social*, 2(1), 76-84. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-65918.html>
- Aguirre, F. (2016). Enfermería de práctica avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento. *Centros de Estudios Públicos*, (447). Recuperado de https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20161122/asocfile/20161122094316/pder447_faguirre.pdf
- Amaral, M. (1904). *La profesión de enfermera. Necesidad de difundir su enseñanza*. Santiago: Imprenta y Encuadernación El Globo. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0065705.pdf>
- Beauchamp, T. y Childress, J. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Maletá, M., Siufy, G. y Wagenaar, R. (2007). *Informe Tuning Latinoamérica. Reflexiones y perspectivas de la educación superior en Latinoamérica*. Bilbao: Universidad de Deusto/ Universidad de Groningen. Recuperado de http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningLAIII_Final-Report_SP.pdf
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. y Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. California: Jossey-Bass.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brevis, I. y Sanhueza, O. (2007). La Bioética en la enseñanza y la investigación en enfermería. *Revista Cubana Enfermería*, 23(3), 1-10. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192007000300007&lng=es
- Carnevale, F. (2013). Fazendo frente ao sofrimento moral na Enfermagem: reconhecendo as enfermeiras como agentes morais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 33-38. doi: 10.1590/S0034-71672013000700004
- Camp, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 16(1), 3-8. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-los-valores-eticos-profesion-sanitaria-S1575181315000029>
- Castellano, A., Tagle, C., Galdames, C., Riquelme, N., Landman, C. y Peroni, S. (2011). Examen nacional de enfermería en Chile: importancia y desafíos. *Ciencia y Enfermería*, 17(1), 27-36. doi: 10.4067/S0717-95532011000100004

- Cortina, A. y Conill, J. (2000a). El sentido de las profesiones. En *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Navarra: Verbo Divino.
- Cortina, A. (2004b). Educar personas y ciudadanos democráticos. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 38(0), 29-45. Recuperado de <http://revista-seug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/1067/1264>
- Charles, S. (2017). The moral agency of institutions: Effectively using expert nurses to support patient autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 243(8), 506-509. doi: 10.1136/medethics-2016-103448
- Chinn, P. y Kramer, M. (2015). Ethical knowledge development. En *Knowledge development in nursing: Theory and process*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Chuaqui, J., Bettancourt, L., Leal, V. y Aguirre, C. (2014). La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). *Aquichan*, 14(1), 53-66. doi: 10.5294/aqui.2014.14.1.5
- Elmore, J. y Kenneth, D. y Paradis, M. (2016). Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research, *Nursing Ethics*, 25(8), 1-18. doi: 10.1177/0969733016679468
- Ekstrom, L. (2012). Liars, medicine, and compassion. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 37(2), 159-180. doi: 10.1093/jmp/jhs007
- Feito, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 15(3), 167-174. doi: 10.1016/S1130-8621(05)71104-9
- Ferrando, J. (1974). Casta, estamento y clase social. *Revista de Estudios Políticos*, 198(0), 23-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705316>
- Flexner, A. (2001). Is social work a profession? *Research on Social Work Practice*, 11(2), 152-165. doi: 10.1177/104973150101100202
- García, D. (2007). *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Galbany, P. y Comas, D. (2017). Care, autonomy, and gender in nursing practice: A historical study of nurses' experiences. *Journal of Nursing Research*, 25(5), 361-367. Recuperado de <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28877123>
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas. Recuperado de <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5C-Blog%5CCuaderno030.pdf>
- Guerra, V. y Sanhueza, O. (2010). Análisis de resultados de los proce-

- sos de acreditación de la carrera de Enfermería en Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 94-101. doi: 10.1590/S0104-11692010000100015
- Guzmán, L. (1934). Correlaciones entre las escuelas de enfermeras y la salud. *Revista de Asistencia Social*, 3(2), 120-122. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-124963.html>
- Hamric, A., Hanson, Ch., Tracy, M. y O'Grady, E. (2014a) Ethical decision making. An integrative approach. En Hamric, A., y Delgado, S. *Ethical decision making*. Virginia: Elsevier Saunders. Recuperado de <http://nursekey.com/ethical-decision-making/>
- Hamric, A., Davis, W. y Childress, M. (2006b). Moral Distress in health care professionals. What is it and what can we do about it? *Revista The Paros*, 16-23. Recuperado de <http://alphaomegaalpha.org/pharos/PDFs/2006-1-Hamric-et-al.pdf>
- Jameton, A. (2013). A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 297-308. doi: 10.1007/s11673-013-9466-3
- Kottow, M. (2016). Dilemas éticos presentados como conflictos de interés. *Revista Chilena de Salud Pública*, 20(1), p. 57-65. doi: 10.5354/0719-5281.2016.39338
- Kramer, M. y Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28(6), 58-71. Recuperado de <http://ccn.aacnjournals.org/content/28/6/58.long>
- La prensa*. Conmemoraron 40 años de la muerte del primer enfermero en Chile, 14 de julio de 2014. Recuperado de <https://www.diariolaprensa.cl/region/conmemoraron-40-anos-de-la-muerte-del-primer-enfermero-en-chile/>
- Lachman, V. (2012). Applying the ethics of care to your nursing practice. *Medsurg Nurs*, 21(2), 112-116. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Maria_Lavdaniti/publication/273191840_The_Concept_of_Care_in_Nursing/links/55e80c7508ae3e1218421dc8/The-Concept-of-Care-in-Nursing.pdf
- Latrach, C., Fuentes, P., González, I., Caballero, E. e Inalaf, C. (2009). Aseguramiento de la calidad en la formación de las enfermeras desde la perspectiva de los procesos de acreditación nacional. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 79-94. doi: 10.4067/S0717-95532009000200009

- Liaschenko, J. y Peter, E. (2016). Fostering nurses' moral agency and moral identity: The importance of moral community. *Hastings Cent Rep*, 46(1), 18-21. doi: 10.1002/hast.626
- Lindemann, H. (2014). *Holding and letting go. The social practice of personal identities*. Nueva York: Oxford University Press.
- Losa, M., y Becerro, R. (2013). History of bioethics in professional nursing education: a spanish view. *Acta Bioética*, 19(2), 293-297. Recuperado de <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/30009/31779>
- Lolas, F. y De Freiras, J. (2013). *Bioética*. Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Mayers, C. (1929). Valor Social de la enfermera. *Revista Beneficencia*, 1(8), 3-4. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-65910.html>
- Merton, R. (1948a). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193-210. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/4609267>
- Merton, R. (1995b). The Thomas theorem and the matthew effect. *Social Forces*, 74(2), 379-424. Recuperado de <http://garfield.library.upenn.edu/merton/thomastheorem.pdf>
- Mihyun, P., Sang, J., Hyun, H. y Sung, Ch. (2014). A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. *Nursing Ethics*, 21(5), 594-607. doi: 10.1177/0969733013513212
- Musa, M., Rashid, M. y Sakamoto, J. (2011). Nurse managers' experience with ethical issues in six government hospitals in Malaysia: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 12(13). doi: 10.1186/1472-6939-12-23
- Newham, R., Terry, L., Atherley, S., Hahessy, S., Babenko, Y. y Evans, et al. (2019) A moral profession. *Nurs Ethics*, 26(1), 105-115. doi: 10.1177/0969733016687163
- Nowak, E. (2016). What is moral competence and why promote it? *Ethics in Progress*. 7(1), 322-333. Recuperado de <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/eip/article/view/8114/14327>
- Osses, C., Valenzuela, S. y Sanhueza, O. (2010) Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*, 9(1). doi: 10.6018/eglobal.9.1.93761
- Pavez, A. (2013). La enfermería, realidad de ciudadanía y de género en Chile. *Ciencia y Enfermería*, 19(3), 95-102. doi: 10.4067/S0717-95532013000300010
- Pauly, B., Varcoe, C. y Storch, J. (2012). Framing the issues: Moral distress

- in health care. *HEC Forum*, 24(1), 1-11. doi:10.1007/s10730-012-9176-y
- Peter, E., Simmons, A. y Liaschenko, J. (2018). Nurses' narratives of moral identity: Making a difference and reciprocal holding. *Nurs Ethics*, 25(3), 324-334. doi: 10.1177/0969733016648206
- Polo, M. (2014). Ética profesional. *Gestión en el Tercer Milenio*, 6(12), 69-78. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/administrativas/article/view/9863>
- Kohlberg, L. (1971). Stages of moral development. Recuperado de <http://info.psu.edu.sa/psu/maths/Stages%20of%20Moral%20Development%20According%20to%20Kohlberg.pdf>
- Kottow, M. (2016). *Introducción a la bioética*. Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Rest, J. (1979) Development in judging moral issues. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Saxén, S. (2017). Same principles, different worlds: A critical discourse analysis of medical ethics and nursing ethics in Finnish professional texts. *HEC Forum*, 30(1), 31-55. doi: 10.1007/s10730-017-9329-0
- Schwarzenberg, J. (1933). Escuela de enfermeras. *Revista de Asistencia Social*, 2(1), 39-69. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0065749.pdf>
- Tschudin, V. (1999). *Nurses matter. Reclaiming our profesional identity*. Londres: Aardvark.
- Ulrich, M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A. y Danis, et al. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519. doi: 10.1111/j.13652648.2010.05425.x
- Ulrich, C., Hamric, A., y Grady, C. (2010). Moral distress: A growing problem in the health professions? *Hastings Center Report*, 40(1), 20-22. doi: 10.1353/hcr.0.0222
- Urra, E. (2007). La teoría feminista postestructuralista y su utilidad en la ciencia de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 13(2), 9-16. doi: 10.4067/S0717-95532007000200002
- Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J. y Mahoney, et al. (2004). Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 316-325. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03549.x
- Vásquez, A., Apablaza, R., Osorio, L. y Zuñiga, J. (2011). Construcción en red de un currículo basado en competencias. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 35-42. doi: 10.4067/S0717-95532011000300004

CAPÍTULO 6.

LA REGULACIÓN LEGAL DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERA. PASADO, PRESENTE, FUTURO

Paulina Milos Hurtado¹

Preámbulo

Desde los albores del siglo xx y de modo progresivo, las enfermeras chilenas fueron adquiriendo una posición destacada, especialmente en el ámbito de la salud pública. Estos avances se pueden comprender en dos ejes: por una parte, garantizar una atención de enfermería humana y segura, basada en el cuidado de la persona y la evidencia científica, y por otra, perfilar la profesión en los ámbitos epistémico, político, institucional y jurídico.

Estos progresos han sido posibles no solo en virtud del carácter de la profesión en sí misma, sino también del reconocimiento social del que siempre gozó. Factores clave en este proceso fueron su rol decisivo en la lucha contra la mortalidad y la desnutrición infantil, la atención de pacientes crónicos y personas mayores, y la organización profesional de que las enfermeras se dotaron temprana y autónomamente. Asimismo, es importante el hecho de que la carrera sea impartida exclusivamente por universidades, las que otorgan el grado de licenciado antes del título profesional, imparten postítulos y posgrados, y generan investigación científica.

¹ Enfermera, abogada y magíster en Derecho Público e Investigación Jurídica.

Sin embargo, el marco regulatorio de la profesión estuvo incompleto durante casi un siglo, desde que la carrera se empezó a impartir en la Universidad de Chile. El trabajo mancomunado de las enfermeras chilenas por revertir esta situación data de mediados del siglo xx, ha comprometido a generaciones de profesionales y sus organizaciones, y acabó por consolidarse en 1997. Recientemente se han conmemorado veinte años de la incorporación de los «servicios profesionales de la enfermera» al Código Sanitario, acto legislativo que marcó un hito y ha motivado otros.

Este capítulo se refiere precisamente al reconocimiento legal de la profesión de enfermera, apoyándose en una reseña histórica de la profesión en Chile y una relación más detallada del proceso específico que conmemoramos. A la luz de esta mirada, finaliza con un análisis sobre el estado de adecuación del rol jurídico de la enfermera a las necesidades de salud actuales y su prevista evolución.

Con tal propósito hemos consultado estudios nacionales e internacionales sobre la materia y documentos de trabajo generados al interior de la Comisión de Legislación en Enfermería (1995-1997) —algunos de ellos no publicados—. Asimismo, en busca de un conocimiento vivencial de los procesos involucrados, recurrimos a los órganos oficiales del Colegio de Enfermeras: la *Revista Enfermería* y el *Boletín Informativo*, fundados respectivamente en 1965 y 1970. En ocasiones nos apoyamos en publicaciones científicas vinculadas al tema, no para profundizar en los aspectos disciplinares y doctrinarios, sino solo para remitir a ellos.

Cabe tener presente que el panorama regulatorio internacional incide en la práctica de las enfermeras al crear la necesidad de homologar títulos y facilitar el movimiento de profesionales. Además, su conocimiento es fuente de aprendizaje recíproco, multiplicador de experiencias positivas, alerta de resultados no deseados y fuente de cooperación entre los países, hecho que invita a realizar estudios colaborativos que recojan la experiencia de la enfermería latinoamericana.²

Revisar el pasado, pensar el presente y proyectar el futuro a la luz de la legislación relativa a la profesión nos acerca a su naturaleza, sentido y alcance, y contribuye a afianzar la identidad disciplinaria y profesional,

² Una detallada revisión sobre la regulación de la enfermería en América Latina se puede encontrar en: Organización Panamericana de la Salud (2011). *Regulación de la Enfermería en América Latina*. (Serie Recursos Humanos para la Salud, n.º 56). Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-regulacion-alatina-2011-esp.pdf>

a la vez que lo ocurrido y sus efectos son ejemplos que nos permiten re-flexionar y tomar decisiones informadas con miras al futuro.

El pasado

Los primeros tiempos: formación, hito fundante de la profesión

El camino de institucionalización profesional comienza en 1902, cuando se funda la primera escuela de enfermería, de carácter laico y anexa al Hospital San Borja. A partir de este hecho —que da inicio a la enfermería en tanto profesión—, las autoridades emprenden un proceso orientado a asegurar la formación de las enfermeras de modo sistemático y al amparo de un ente superior. Así es como un poco más tarde, en 1906, es instituida la Escuela de Enfermeras del Estado, dependiente de la Universidad de Chile:

El 30 de junio de 1921, el presidente Arturo Alessandri Palma decreta que todas las escuelas de enfermería establecidas en los hospitales que cumplieran las disposiciones como: condiciones de admisión, presentación de planes y programas oficiales, infraestructura adecuada para la formación profesional y vida de las estudiantes, fueran instituciones que otorgaran el título de enfermera universitaria. Esta acción política de otorgar el carácter de un título profesional a la enfermera era un hecho adelantado para la región, dado que en Latinoamérica existían diferentes niveles de formación no profesional, entre ellos el vocacional y técnico. En suma, esta acción revela que es el Estado chileno quien sitúa a una profesión femenina como la enfermería en un estatus universitario, el más alto nivel educacional de la época (Núñez, Urra y Pavez, 2016, p. 139).

Sin perjuicio de estos avances en la formación profesional, la situación general de la salud de la población motivaba cada vez mayores esfuerzos. Por ejemplo, en 1934, el entonces director general de Salubridad, doctor Leonardo Guzmán, informaba que la tasa de mortalidad infantil era de 232 por 1000 nacidos vivos (citado en Pincheira, 1982, p. 32). Estas circunstancias condujeron a que en 1927 se creara la Escuela de Enfermeras Sanitarias, con un enfoque en las nuevas tendencias: «La prevención de las enfermedades, la educación sanitaria, la atención prioritaria del grupo más

vulnerable, la madre y el niño, el control de las enfermedades infecciosas y el mejoramiento del medio ambiente y del nivel de salud» (Pincheira, 1982, p. 32).

Pincheira destaca que la labor de la enfermera sanitaria suscitó «enorme interés y apoyo de la comunidad, despertando en la población conciencia creciente por el cuidado de la salud» (1982, p. 32), lo que motivó la creación de un posgrado de especialidad en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Con posterioridad, a la enfermera sanitaria se la pasó a denominar enfermera de salud pública (Pincheira, 1982, p. 32).

Sin perjuicio de los avances que esto trajo, el paso del tiempo dejó en evidencia la necesidad de incorporar los conocimientos de la enfermera de salud pública, por entonces una especialista, a la formación general de enfermería. Así, durante el V Congreso Chileno de Asistencia Social, Gladys Peake informaba que «se planteó la fusión de los diversos servicios asistenciales como medida imprescindible para conseguir una mayor eficiencia de ellos y terminar con la dispersión de fuerza que la actual organización significa» (1940, p. 137). Esto involucraba a cuatro grupos profesionales: las enfermeras hospitalarias, las enfermeras sanitarias, las matronas y las visitadoras sociales. Mediante una reestructuración cabal de dichas profesiones, la enfermería pasaría a ser una carrera única, con las especialidades de enfermera visitadora y enfermera obstétrica (Peake, 1940).

Sin embargo, de aquel planteamiento original se arribó a una enfermera generalista que unificó a nivel de pregrado a las enfermeras hospitalarias y sanitarias, sin que matronas y visitadoras sociales participaran de la fusión (Peake, 1953). El trabajo conducente a elaborar nuevos programas de estudio se inició en 1947 y su aprobación definitiva por la Universidad de Chile tuvo lugar en 1951 (Peake, 1953). Acerca de los antecedentes que motivaron esta decisión, Peake explicaba:

En un conglomerado nacional como el nuestro, donde los índices de morbo-mortalidad tienen cifras elevadísimas y cuya curva de descenso es lenta y donde el Estado ha debido crear numerosos servicios asistenciales, en su mayoría gratuitos, para realizar la labor médica curativa y preventiva, era indispensable contar con un personal de enfermería capaz de actuar eficazmente en ambos campos (1953, p. 84).

En un contexto de ampliación de la atención en salud, conducida por el Servicio Nacional de Salud —creado en 1952— y caracterizada por un marcado énfasis en la atención cerrada, se produjo un fenómeno de escasez de enfermeras en la atención abierta, tras lo cual «se dirigieron los esfuerzos hacia una reorientación en la utilización del recurso ‘enfermera’, que llevó a un buen número de estas profesionales a ocupar puestos de responsabilidad en la organización y administración de los nuevos servicios de enfermería» de los hospitales (Pincheira, 1982, p. 32).

Autoorganización de las enfermeras: necesidad y estrategia

La organización autónoma de las enfermeras cobró mayor fuerza a partir de 1938, con la formación de la Asociación de Enfermeras Universitarias de Chile, persona jurídica de derecho privado a la que pertenecían todas las enfermeras tituladas que hubieran firmado sus registros. Con posterioridad se constituyeron el Colegio de Enfermeras de Chile, al amparo de la Ley 11161/1953; la Sociedad Chilena de Educación de Enfermería (actual Achieen), en 1963; y las diversas sociedades científicas, a partir de los años sesenta.

Acerca de la historia de las primeras organizaciones gremiales, reproducimos las palabras de Sofía Pincheira, protagonista de este proceso y primera presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile:

Es indudable que el Colegio fue la respuesta a una nueva etapa de desarrollo de la enfermería. Las enfermeras estaban conscientes de la necesidad de una legislación para regular el ejercicio profesional y velar por su perfeccionamiento, limitar el uso del título «enfermera» solo a las personas que han cumplido con los requisitos universitarios y contar con una corporación de derecho público, al igual que otras profesiones universitarias, destinada a incorporar a todas las enfermeras tituladas, así como unificar propósitos y acciones en aras de un bien común y servicio a la comunidad.

Es importante señalar que no se partió de la nada. Se tenía atrás una historia, una tradición y una experiencia: la Asociación de Enfermeras Universitarias, creada en 1938 por un grupo de pioneras, que por largos años hizo suyas las aspiraciones de sus miembros [...].

La iniciativa de crear un Colegio [...] contó desde un comienzo con una

entusiasta aceptación del gremio, así como una favorable acogida de la Asociación de Enfermeras. Fue así como se formó una comisión encargada de estudiar un proyecto de ley que contuviera las aspiraciones de la profesión y llegara a convertirse en ley de la república (Pincheira, 1978, p. 4).

La Ley 11161/1953, que crea el colegio profesional, otorgaba amplias facultades a las enfermeras, entre las que destacó reglamentar el ejercicio profesional de forma autónoma. Así, en 1972 el Colegio dicta el Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Enfermera, norma que define la atención de enfermería como «por esencia, un servicio a la comunidad y a cada uno de sus miembros en particular», preceptuando que «las enfermeras deberán desarrollar sus actividades profesionales al margen de cualquier sectarismo o consideración social, política o religiosa, con la más estricta observancia de los principios éticos» (Colegio de Enfermeras de Chile, 1972).

Dicho cuerpo normativo señala, entre otros aspectos de interés, los actos y las acciones de la enfermería:

a) Programar, dirigir, fiscalizar y evaluar la atención de enfermería que proporcionan las propias enfermeras, así como las actividades de otro personal que participe en estas funciones. b) Programar, dirigir, impartir y fiscalizar la enseñanza total o parcial de la disciplina de enfermería, cualquiera sea el ámbito en que se imparta. c) Servir de árbitro o perito en asuntos propios de la enfermería y asesorar o dirigir los servicios de enfermería de las instituciones y empresas públicas o privadas. d) Determinar y ejecutar los cuidados específicos de enfermería que requiere el individuo sano o enfermo para su recuperación, rehabilitación y mantención de la salud. e) Realizar los tratamientos de enfermería habituales y especializados, y aquellos prescritos por médicos a pacientes en hospitales, clínicas, consultorios privados, domicilios y otros. f) Atender consultas sobre problemas de salud para orientar y ayudar en la adecuada atención de servicios asistenciales. g) Impartir educación para la salud y dar indicaciones de enfermería al individuo, familia y comunidad. h) Prescribir y proporcionar primeros auxilios (Colegio de Enfermeras de Chile, 1972).

Interrupción de un proceso de desarrollo

Más tarde, en ausencia de una discusión pública informada, se dictan dos normas cuyos efectos implicaron dificultades para el desarrollo de la profesión:

1. El Decreto Ley 3621/1981, que fija normas sobre colegios profesionales. A partir de la vigencia de esta norma, todos los colegios profesionales tendrán el carácter de asociaciones gremiales y pasarán a regirse por las disposiciones del Decreto Ley 2757/1979. El DL 3621/1981 establece que «no podrá ser requisito para el ejercicio de una profesión u oficio, ni para el desempeño de un cargo de cualquier naturaleza que este sea, como para ningún otro efecto, el estar afiliado o pertenecer a un colegio profesional o asociación o figurar inscrito en los registros que estos mantengan». Asimismo, deroga «todas las disposiciones legales que facultan a los colegios profesionales para conocer y resolver los conflictos que se promuevan entre profesionales, o entre estos y sus clientes, como consecuencia del ejercicio de la profesión, como asimismo aquellas que les permiten conocer y sancionar las infracciones a la ética profesional» (Ministerio de Justicia, 1981). Al perder el Colegio de Enfermeras de Chile sus facultades regulatorias y sancionatorias —y no hallándose definido en la legislación vigente el ejercicio profesional de las enfermeras—, este quedó comprendido en el libro v del Código Sanitario («Del ejercicio de la medicina y profesiones afines»), en forma genérica, entre los «profesionales de colaboración médica».

2. La Ley 18962/1990, Orgánica Constitucional de Enseñanza. Este cuerpo legal puso término a la exclusividad universitaria de la carrera de Enfermería —entre otras—, tras siete décadas y facultó a los institutos profesionales para formar enfermeras (Ley 18962/1990). Sin perjuicio de esta disposición, en la práctica la carrera continuó siendo impartida solo por universidades y se mantuvo la costumbre de otorgar el grado de licenciatura antes del título (en virtud de la facultad que tienen las universidades de impartir títulos y grados propios).

Con el propósito de reparar esta situación, en 2005 es ingresada una moción parlamentaria que no solo buscaba establecer el carácter exclusivamente universitario de la carrera de Enfermería, sino además de Kinesiología, Fonoaudiología, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional (boletín 3849-04). Si bien

en el caso de Enfermería hubo unánime acuerdo en otorgar la exclusividad, por razones de técnica legislativa no se alcanzó el objetivo, toda vez que no todas las profesiones consideradas obtuvieron la votación requerida. ¡Se otorgaba a la totalidad de las profesiones o a ninguna! ([Información de tramitación de proyecto con boletín 3849-04], s.f.).

El comportamiento parlamentario observado con respecto a la carrera de Enfermería responde a la legitimación y confianza de que las enfermeras siempre han sido depositarias en virtud de la función social que cumplen y su destacada labor en la sociedad, que en su ideario las distingue asignándole el adjetivo «universitaria» a su profesión. Así es como el término «enfermera universitaria» forma parte de nuestro lenguaje habitual para referirnos a estas profesionales.

Más recientemente, en 2016 un grupo de diputados ingresa un proyecto de ley (boletín 10678-04) para restablecer la exclusividad universitaria de la carrera de Enfermería, sin que a la fecha haya experimentado avances ([Información de tramitación de proyecto con boletín 10678-04], s.f.), toda vez que se está a la espera de la actualización de la estructura de títulos y grados del sistema de educación superior (Ley 21091/2018). Destacamos los siguientes extractos de la fundamentación de la iniciativa:

La no incorporación de la carrera de Enfermería entre aquellas de exclusiva formación universitaria, dadas las condiciones sociopolíticas de la época, no fue fundada ni debatida [...].

Se comprendió que la disciplina de Enfermería debía ser impartida al interior de la universidad, toda vez que no solo es este el espacio donde se prepara para ejercer la profesión, sino además el lugar en el que se reflexiona e investiga sobre su aporte a la salud de las personas, familias y comunidades [...].

No obstante el retroceso, a la fecha de hoy, aun existiendo la posibilidad de impartir la carrera de Enfermería en institutos profesionales, la formación de enfermeras/os se ha mantenido conforme a la tradición; es decir, no se ha concretado una carrera de Enfermería en algún instituto profesional (Cicardini *et al.*, 2016, p. 3).

La falta de una legislación, una constante en el discurso de la profesión

No obstante los avances en la institucionalidad de la enfermería, la regulación de su ejercicio profesional siguió siendo insuficiente durante nueve

décadas a partir del inicio de la carrera en la Universidad de Chile. Ciertamente, esta situación no fue consecuencia de una omisión de las profesionales. La búsqueda de un marco regulatorio para la profesión fue una constante histórica que demandó un arduo trabajo de las enfermeras y sus organizaciones.

A inicios de los sesenta, y a instancias del Colegio de Enfermeras de Chile y el Servicio Nacional de Salud, tuvo lugar un estudio respecto de las necesidades y recursos de la enfermería en Chile (Krebs, 1965). Respecto de las conclusiones de dicho análisis, la autora señalaba:

El problema fundamental encontrado fue la falta de consenso sobre lo que es o debe ser la enfermería en Chile. Se vio también, que de este se desprende la mayoría de los demás problemas, tanto los relacionados con el ejercicio profesional como los de la educación y legislación en Enfermería. Igualmente se pudo comprobar que cualquier solución que se daba a estos era solo paliativa, si no se resolvía el problema de fondo [...]. Se pudo comprobar que esta situación tiene consecuencias serias para la profesión, ya que produce frustración, descontento, emigración, crítica, la sensación de estar mal comprendida, mal remunerada y poco aceptada por el medio en que se desenvuelve la enfermera (Krebs, 1965, p. 14).

También en 1965, Sofía Pincheira se refería a las nefastas consecuencias que se evidenciaban por causa de la confusión interprofesional de los actos propios:

A causa de la considerable ambigüedad que ha existido respecto a las funciones de las enfermeras, a menudo se espera de ellas que asuman responsabilidades que no les son pertinentes y que, por el tiempo que absorben, contribuyen a distanciar y deteriorar las relaciones enfermera-paciente o familia, que es indispensable para dar una atención eficiente de enfermería. Esta misma confusión suele a veces llevar a las enfermeras a realizar labores de otras disciplinas con la consiguiente pérdida de tiempo y desviación profesional. Una situación análoga ocurre en el campo médico, con respecto al papel de la enfermera, que resulta en ocasiones en órdenes médicas para realizar labores de enfermería, que las enfermeras deben decidir por sí solas. A esto debemos agregar la delegación cada vez mayor de funciones médicas,

sin el correspondiente respaldo médico, al margen de su competencia profesional (Pincheira, 1965, p. 13).

Categóricas son sus palabras respecto de la necesidad de resolver la situación:

La determinación del papel o funciones que le corresponde a la enfermera en las distintas áreas de trabajo es un aspecto que no admite postergación. Mientras más pronto lleguemos a definir las y tengamos un concepto claro de nuestros deberes y responsabilidades, otros grupos profesionales y colaboradores tendrán un mejor conocimiento de nuestra profesión (Pincheira, 1965, p. 13).

Tras un análisis exhaustivo y crítico de las acciones de la enfermera en la práctica, en 1976, María Figueroa convocaba en la *Revista Enfermería*: «A que cada una de nosotras derive un sentido crítico que nos estimule a pensar cómo debe o debería ser nuestro ejercicio para que cuando llegue el momento de decidir que necesitamos cambiar nuestra función, seamos nosotras mismas quienes lo decidamos y no sean otros quienes tengan que decidir por nosotras» (1976, p. 9).

En el mismo número de la revista, se publicó una descripción del rol de la enfermera, que enumeraba funciones y acciones de acuerdo con la realidad de la época. El artículo da inicio en el siguiente tenor: «El rol de la enfermera es un conjunto de funciones cuyas actividades y tareas cambian continuamente, de acuerdo a las necesidades de salud de la población y la política de salud del Gobierno» (Colegio de Enfermeras de Chile, 1976, p. 38).

En los ochenta se reestudió la definición de funciones y actos propios, considerando —entre otros factores— las percepciones del equipo de salud respecto del profesional enfermera, al que se le asignaba un amplio rol en la atención primaria. En este sentido, deseamos destacar las palabras de Carmen Oye, presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile en 1980, en el discurso inaugural del Congreso Nacional de Enfermeras celebrado ese año en Viña del Mar:

En Chile el concepto de atención primaria no es nuevo para las enfermeras, por haber venido trabajando dentro de lo que él significa desde que se

creó la enfermería en salud pública. A través de todos estos años la enfermera chilena ha estado realizando las acciones de fomento, protección y reparación de la salud, las cuales constituyen la base de lo que hoy llamamos atención primaria (Oye, 1980, p. 5).

A esto añade una crítica acerca de la deuda que tenía la autoridad sanitaria con la profesión, haciendo mención a las tareas pendientes relacionadas con los actos propios:

A pesar de los años dedicados a la salud pública chilena, es necesario reconocer que a nuestras enfermeras no se les ha brindado el apoyo para cumplir con su rol [...]. Tampoco se ha logrado una preparación efectiva para ejercer un rol expandido, puesto que se piensa en una posible competencia con otro profesional de la salud como es el médico (Oye, 1980, p. 5).

Destacaban, entre las carencias regulatorias de entonces, los acuerdos alcanzados en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá de 1978, cuya declaración propiciaba un nuevo paradigma de la enfermería en el ámbito de la atención primaria. Entre sus objetivos declarados figuraba «que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva» (Organización Mundial de la Salud, 1978). Si bien este proyecto suscitó un gran interés entre las enfermeras, no prosperó.

En 1987, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud) se refería principalmente —en lo concerniente al rol de las enfermeras— a acciones clínicas y administrativas de cooperación a la labor médica con una autonomía profesional relativa y de escasa especificidad. Sus normas connotaban, en general, un desequilibrio entre el rol biomédico y el cuidado de enfermería, desfavorable para este último.

Tiempos de cambio

En los inicios de los noventa las profesionales reclaman al Ministerio de Salud el reconocimiento legal de las funciones de las enfermeras, «en todos los niveles jerárquicos, a fin de asegurarles respeto por las actividades propias, tanto como por las delegadas y autonomía suficiente en la organización asistencial y participación a nivel decisional» (Consejo Regional

Concepción del Colegio de Enfermeras de Chile, 1992, p. 40). En tal sentido, las enfermeras reiteraban la necesidad de «generar una normativa jurídica de aplicación general obligatoria [...] [de modo de crear] las condiciones objetivas del desempeño profesional, digno, seguro, eficaz, reconocido socialmente y perfectamente identificable en el ámbito de las profesiones vinculadas a la esfera de la salud» (Colegio de Enfermeras de Chile, 1995, p. 25).

En consecuencia, el Ministerio de Salud —de acuerdo con las políticas del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y varias propuestas provenientes de la enfermería nacional— estudia la necesidad de fortalecer la participación de la enfermera en la planificación y toma de decisiones en el nivel directivo del sistema. Esta idea es apoyada por las organizaciones nacionales de enfermería: el Colegio de Enfermeras de Chile, la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería y las sociedades científicas de la profesión, entre otras.

En 1992, el Ministerio de Salud —liderado por el doctor Julio Montt y con la enfermera Blanca Vial como asesora de gabinete— crea la Comisión Asesora Nacional de Enfermería (CAME). Ese mismo año la OMS, como resultado de la 45.^a Asamblea Mundial de la Salud, dicta la Resolución WHA45.5, destinada a alcanzar «disposiciones legislativas [...] para asegurar la existencia de buenos servicios de enfermería». Esta iniciativa contemplaba otorgar asesoría y apoyo financiero a los países miembros que postularan con una propuesta destinada a lograr este objetivo (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 3).

Así, en noviembre de 1994, se presenta al Ministerio de Salud la propuesta «Bases para una legislación en Enfermería. Chile» (BLECH), de los autores Paulina Milos, Elba Contreras y Carlos Melitón. Este documento, tras ser analizado por el Ministerio, es enviado a la doctora Sandra Land, representante de la OPS para la enfermería, como una iniciativa del Gobierno de Chile. La aprobación del proyecto por parte de la OPS es recibida en nuestro país con beneplácito. Se daba inicio al camino hacia un marco regulatorio profesional.

Estimando necesaria la participación de todos los estamentos de enfermería en la formulación y redacción de un proyecto de ley que incorporase las funciones de la enfermera al Código Sanitario, el Ministerio de Salud tomó contacto con instituciones académicas, sociedades científicas

y otras entidades representativas de la profesión, invitándolas a sumarse al trabajo desplegado por la CAME.

Es de interés recordar que la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica, comprometida con el fortalecimiento de la legislación en enfermería, realiza en agosto de 1995 una reunión de trabajo liderada por las enfermeras coordinadoras de la Sub-Red Cono Sur de la Red de Enfermería de América Latina (REAL), Ilta Lange y Mila Urrutia, que contó con la participación de parlamentarios chilenos y expertos internacionales, constituyendo un valioso aporte en la etapa inmediata al inicio del proceso legislativo (Cubillos, Castellano y Camus, 2000, p. 135).

La Comisión de Legislación en Enfermería

En diciembre de 1995 se constituye la Comisión de Legislación en Enfermería, integrada por Gladys Corral (Colegio de Enfermeras de Chile), Madeleine Álvarez (Colegio de Enfermeras de Chile), Angélica Piwonka (Achieen), Ilta Lange (Achieen), Paulina Milos (sociedades científicas), María Elisa Espinoza (sector privado), Irene Vicente (sector privado), Miguel Ángel Cancino (abogado del Colegio de Enfermeras de Chile), María Eugenia Gómez (Oficina de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud) y Gerardo Herrera (representante del Ministerio de Salud) (Ministerio de Salud, 1995). La Comisión contó con el apoyo de las representaciones en Chile de la OPS y la REAL, las universidades y las organizaciones profesionales, y con la destacada asesoría de Kathleen Hastings, enfermera y abogada estadounidense, en representación del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos, además de otros valiosos expertos.

La función de la Comisión fue «revisar y analizar la normativa existente en materia de enfermería y sugerir las modificaciones más urgentes, para luego continuar con los estudios conducentes a proponer y obtener una legislación en enfermería» (Ministerio de Salud, 1995). Al efecto se plantearon los siguientes objetivos: a) elaborar el contenido de una norma jurídica que defina la enfermería y regule su ejercicio profesional, para ser incorporada en el Código Sanitario; b) definir los elementos que debe contener un proyecto de ley que regule el ejercicio de la enfermería en Chile; y c) compartir experiencias vivenciales en el tema de legislación y formación con enfermeras del área asistencial y docente.

El desafío era mayor: se trataba de elaborar un modelo o referente sobre la base de la tradición y los valores de la profesión, sus fundamentos teóricos y prácticos, los avances científicos y las necesidades sociales de cuidados de enfermería, intentando anticiparse al futuro. Con este fin se analizaron las competencias de las enfermeras, definidas en estudios realizados por las propias profesionales a través de los años, en los ámbitos tanto nacional como internacional. Entre las referencias empleadas se consideró la definición de «enfermera» del CIE (1987):³

La enfermera está preparada y autorizada a (1) llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería, incluida la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas con enfermedades físicas, mentales y discapacitadas de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud y otros contextos de la comunidad; (2) impartir enseñanzas en materia de atención de salud; (3) participar plenamente como miembro del equipo de salud; (4) supervisar y formar a auxiliares de enfermería y de salud; y (5) participar en la labor de investigación.

Componente jurídico de la regulación profesional

La tarea emprendida por la Comisión consistió, en términos generales, en elaborar una definición del rol de la enfermera bajo los principios generales del derecho y en un lenguaje técnico-jurídico —con su carácter general y abstracto— acorde con el ordenamiento nacional. Como es natural, fueron los propios profesionales quienes definieron la profesión, no de forma arbitraria, sino de acuerdo con la función social que esta cumplía en el seno de la comunidad.

En su trabajo, la Comisión hubo de proponer terrenos y límites racionales a la profesión, de modo que la regulación profesional cumpliera su

³ Por su estrecha relación con aquella utilizada por la Comisión, y para referencia de los lectores, a continuación añadimos la definición de «enfermería» del CIE (2002), publicada cinco años después de la promulgación de la ley que introduce los servicios profesionales de la enfermera al Código Sanitario: «La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación».

cometido y el legislador aprobara la reserva en exclusividad del ámbito específico de acción. Esto sin olvidar que dicha reserva necesariamente determina límites a la actividad laboral de otras personas cuyos roles no se encuentran regulados por ley, y que también puede entrar en colisión con otras profesiones reguladas previamente. Por este motivo, la norma que se propusiera debía relacionarse complementariamente con los demás roles integrantes del equipo de salud:

La reserva legal para ciertas y determinadas profesiones da certeza a la población de que quienes, en este caso, los atienden son los más idóneos y responsables en ese determinado ámbito de acción. Y a quienes ejercen la profesión asegura la estabilidad necesaria para desarrollar e innovar, en la disciplina y en la práctica. Todo lo que redundará en un mejor servicio, en protección de la salud de las personas (Campos, Vargas y Milos, 2018, p. 271).

Una característica del marco regulatorio de las profesiones en el ordenamiento nacional consiste en su carácter instrumental y, por tanto, limitado a definir estrictamente las funciones reconocidas a cada profesión, por lo general en un artículo único. En Chile —a diferencia de lo que ocurre en otros países de la región— no se han regulado las profesiones mediante un estatuto jurídico o actas profesionales. En el caso de las profesiones de la salud, es el Código Sanitario —en su libro V, «Del ejercicio de la medicina y profesiones afines»— el cuerpo legal encargado de establecer, con carácter permanente y obligatorio —y, como hemos dicho, de un modo general y abstracto—, el rol correspondiente a las diferentes profesiones que concurren a la atención en salud, facultando su ejercicio con la exigencia del título correspondiente.

El carácter general y abstracto de la ley —tantas veces criticado—, por una parte, permite actualizar las normas de acuerdo con los cambios sociales y tecnológicos mediante resoluciones administrativas sin que las normas de rango legal pierdan su vigencia y, por otra, demanda definir en otras instancias las actitudes y los comportamientos esperados en el ejercicio profesional, materia que queda entregada a la moral personal y al código de ética de la profesión.

Cabe hacer presente que la ley, una vez promulgada, se presume conocida por todos, en particular por quienes que se vinculan directamente

con ella, los que no podrán alegar su ignorancia y a quienes se les permitirá la prueba en contrario solo en casos especiales.

Como se verá más adelante, la interpretación de la ley puede llegar a convertirse en materia de encendida disputa judicial. De requerirse que sea interpretada, la labor del intérprete será dilucidar el sentido de la norma. En términos generales, para determinar el tenor literal de la ley, se deben utilizar los elementos gramatical, histórico, lógico y sistemático; y en subsidio de estos cuatro elementos, recurrir al espíritu general de la legislación y a la equidad natural.⁴

Por último, la ley da certeza a los profesionales de que la situación jurídica no será modificada más que por procedimientos regulares y conductos legales establecidos. Es en este contexto que el legislador regula la intervención de las profesiones con la finalidad de realizar un valor, un bien de interés para la comunidad. Ello, conforme a la idoneidad de cada cual —de la que da cuenta el título profesional—, con la finalidad de velar por un buen servicio, en protección de la salud y la dignidad de las personas.

La fundamentación del proyecto

En una primera fase la Comisión se abocó a definir el objeto de los servicios profesionales de la enfermera y su sustento teórico-práctico, y —luego de revisar una serie de documentos, publicaciones y otros antecedentes históricos— concluyó que se centra en lo siguiente: i) la persona o grupo de personas en estado de necesidad de cuidados de enfermería; ii) las acciones de enfermería de carácter biomédico que requiera la persona atendida; y iii) el entorno sanitario, cultural y familiar de la persona bajo cuidado, a fin

⁴ Las directrices generales para la interpretación de las leyes las hallamos en el párrafo 4, «Interpretación de la ley», del título preliminar del Código Civil (2019), del que transcribimos tres artículos por su particular relevancia en lo tocante a la interpretación del inciso cuarto del artículo 113 del Código Sanitario: «Art. 19. Cuando el sentido de la ley es claro, no se desatenderá su tenor literal, a pretexto de consultar su espíritu. Pero bien se puede, para interpretar una expresión oscura de la ley, recurrir a su intención o espíritu, claramente manifestados en ella misma, o en la historia fidedigna de su establecimiento [...]. Art. 21. Las palabras técnicas de toda ciencia o arte se tomarán en el sentido que les den los que profesan la misma ciencia o arte; a menos que aparezca claramente que se han tomado en sentido diverso. Art. 22. El contexto de la ley servirá para ilustrar el sentido de cada una de sus partes, de manera que haya entre todas ellas la debida correspondencia y armonía. Los pasajes oscuros de una ley pueden ser ilustrados por medio de otras leyes, particularmente si versan sobre el mismo asunto».

de lograr la mejor administración de los recursos de asistencia, con un enfoque integral.

Luego, el estudio se centró en la función social de la enfermera: hubo que precisar cuál es el problema social que resuelve la profesión —en el contexto de la atención en salud— mediante un elemento valioso, específico y esencial. Así, durante el proceso de elaboración de la definición de los servicios profesionales de la enfermera, antes de arribar a una versión definitiva se manejaron los siguientes dos esbozos:

[1] Los servicios profesionales de enfermería aseguran que el cuidado esté dirigido a la promoción, mantención y restauración de la salud, prevención de enfermedades o lesiones y a la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, maximizando el uso de los recursos [...].

[2] Los servicios profesionales de enfermería están centrados en la provisión de cuidados dirigidos a la promoción, mantención y restauración de la salud, prevención de enfermedades o lesiones y a la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, maximizando el uso de los recursos disponibles (en I. Lange, comunicación personal, 22 de marzo de 1996).

Más adelante, ante la necesidad de armonizar la definición con el tenor del Código Sanitario, la redacción propuesta en última instancia por la Comisión utilizó la fórmula «servicios profesionales de la enfermera». No obstante, en la indicación enviada por el Ejecutivo al proyecto en tramitación con boletín 1437-11 —como veremos más adelante— quedó como sigue:

Los servicios de los profesionales de enfermería comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (en Comisión de Salud del Senado, 1996a, pp. 1-2).

El proyecto de ley y su tramitación

En el ordenamiento chileno, la formación de la ley consta de cinco etapas: la *iniciativa* —que puede tener origen en el presidente de la república, en cuyo caso se denomina «mensaje» o «mensaje presidencial», o en senadores o diputados, en cuyo caso se denomina «moción» o «moción parlamentaria»—, la *discusión*, la *aprobación*, la *promulgación* y la *publicación*. Una ley deja de existir solo por su derogación.

Al término del estudio emprendido por la Comisión, se encontraba en trámite en el Senado el proyecto de ley que «modifica el Código Sanitario en materia que indica» (boletín 1437-11). El Ejecutivo estimó oportuno incluir la propuesta de enfermería en dicho proyecto. Con tal fin, el presidente de la república, Eduardo Frei Ruiz-Tagle, en diciembre de 1996 envía una indicación al proyecto, que se encontraba en la Comisión de Salud del Senado, haciendo presente que la enmienda tiene por objeto incluir en el Código Sanitario la definición de la profesión de enfermera, en especial en lo que atañe a su rol específico en el cuidado del enfermo.

En el contexto del trabajo emprendido por la Comisión de Salud, el Colegio de Enfermeras de Chile sostiene que la redacción del inciso que se propone añadir al artículo 113 del Código Sanitario debe contemplar la fórmula originalmente propuesta por la Comisión de Legislación en Enfermería:

En lo referente a la agregación de un inciso tercero, nuevo, en el artículo 113 del Código Sanitario, propuesta por el Ejecutivo, el Colegio de Enfermeras de Chile A.G. hace presente su reparo y aprensión respecto del cambio de la expresión «los servicios profesionales de la enfermera» por «los servicios de los profesionales de enfermería», ya que así no se sigue la idea original aprobada durante el estudio de la materia en el seno del Ministerio de Salud, bajo la asesoría de expertos extranjeros de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En consecuencia, el citado Colegio sostiene que la frase «los servicios de los profesionales de enfermería», como reza la indicación del Ejecutivo, debiera sustituirse por la frase «los servicios profesionales de la enfermera», quedando de esta forma la materia en plena armonía con el resto de las disposiciones del Código Sanitario, las que definen los servicios profesionales de los médicos, matronas y psicólogos, preceptos que se refieren en forma

explícita a las personas que ejercen la profesión respectiva.

Del mismo modo, agregan, el cambio indicado se justifica en la medida que, por una parte, deja claramente delimitado el campo de quienes ejercen la profesión de enfermera y, por otra, fija los límites legales del ejercicio profesional, que es precisamente el fundamento y la razón de ser de los cambios legales que el Colegio ha promovido por tantos años.

Por último, dicha asociación gremial manifiesta estar en las demás materias plenamente conforme (Comisión de Salud del Senado, 1996b, pp. 22-23).

El mismo mes, por lo avanzado de la tramitación y aduciendo la necesidad de aumentar el debate, la iniciativa es devuelta al Ejecutivo para que sea reingresada (Comisión de Salud del Senado, 1996b, pp. 25-26). Esto se traduce en la incorporación de un artículo nuevo a un proyecto de ley en elaboración a la fecha, el que es enviado el 31 de enero de 1997 a la Cámara de Diputados, mediante mensaje presidencial, ingresando bajo el boletín 1986-11 (Presidencia de la República de Chile, 1997).

En consecuencia, el nuevo proyecto es de carácter misceláneo, toda vez que, además de hacerse cargo del rol profesional de las enfermeras, contempla el otorgamiento de una bonificación extraordinaria a enfermeras y matronas.

En lo concerniente al Código Sanitario, las ideas matrices o fundamentales —contenidas en el artículo 7— son: i) modificar el inciso primero del artículo 112 del Código Sanitario, con el objeto de agregar enfermería a las profesiones mencionadas explícitamente (paradigmáticas), de entre todas las relacionadas con la conservación y el restablecimiento de la salud; y ii) agregar un inciso nuevo al artículo 113, con el objeto de definir el contenido del ejercicio profesional de la enfermera, principalmente en su rol específico del cuidado del enfermo.

El mensaje presidencial explicita que la necesidad de diferenciar el quehacer de la enfermera se fundamenta, entre otros «en el cambio en el perfil epidemiológico de la población, que se caracteriza por el aumento de la expectativa de vida y la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas» (Presidencia de la República de Chile, 1997, p. 3). A modo de corolario, subraya que «el modelo sanitario se vuelca desde el ‘curar’ hacia el ‘cuidar’», contexto en que «la enfermera juega un rol crucial, pues otorga cuidados aplicando sus especiales conocimientos, con el fin de proteger y fomentar la salud de aquellas personas» (Presidencia de la República de

Chile, 1997, p. 3). En un pasaje que alude indirectamente a la importancia de diferenciar con claridad los actos propios de las diversas profesiones que integran el equipo de salud, agrega que «la necesidad de diferenciar el quehacer de la enfermera, se fundamenta en que esta profesional, junto al médico y al químico farmacéutico, conforman la triada básica en la atención en salud, pues es a ella a quien corresponde con mayor frecuencia resolver la demanda en salud de la población» (Presidencia de la República de Chile, 1997, p. 3).

En sintonía con lo anterior, el texto afirma que no basta con «identificar a la enfermera como profesional de colaboración médica, ya que su quehacer es más amplio y específico, en atención al carácter de su aporte al cuidado y a las necesidades de la salud integral de las personas», y que «se requiere dar seguridad a la población de que serán las enfermeras las depositarias legítimas de las indicaciones médicas y las mejor calificadas para ejecutarlas» (Presidencia de la República de Chile, 1997, p. 4). Así, el mensaje afirma que, con el proyecto, «las enfermeras son incorporadas como garantes y agentes éticos de los derechos e intereses de los usuarios, entendiéndose, en este caso, que actuarán dando un servicio en beneficio de otro con un sentido finalista, cual es la consideración de la persona como un ser único e integral» (Presidencia de la República de Chile, 1997, p. 4) .

Ahora bien, este proyecto de ley utiliza nuevamente la fórmula de «servicios de los profesionales de enfermería», lo que fue enmendado en el transcurso de la tramitación, recogiendo la postura compartida por la Comisión de Legislación en Enfermería y el Colegio de Enfermeras de Chile, en el sentido de referirse a los «servicios profesionales de la enfermera».

En el contexto de la discusión parlamentaria, dirigiéndose a la Cámara de Diputados, el ministro de salud señaló:

[En el Código Sanitario], encargado de regular el ejercicio de las profesiones y actividades auxiliares en salud, existía una omisión flagrante de la profesión de enfermería que, sin duda, se constituía en una falta de reconocimiento histórico del Estado para con estas profesionales de alta necesidad social.

Ante esta situación, proponemos que se defina a la enfermera como la profesional encargada de gestionar los cuidados de las personas, familias

y comunidades, tanto en el ámbito de la promoción de la salud, como de la prevención y curación de las enfermedades, rehabilitaciones y cuidados paliativos. Es un reconocimiento que el país tiene el deber de entregar a las enfermeras y enfermeros del país (Figuerola, 1997, p. 32).

Durante la tramitación del proyecto, se presentó una indicación para modificar la definición del ejercicio profesional de la matrona, contenida en el artículo 117 del Código Sanitario. En su momento se observó que la propuesta guardaba similitud con la relativa a la enfermera y se advirtió sobre las consecuencias que podría acarrear la falta de precisión y claridad del texto, como el riesgo de colisión entre ambas normas. La respuesta fue que se trataba de una modernización del rol de la matrona y que la semejanza venía dada por una homogeneización del lenguaje del Código, sin darse lugar a una discusión.

Finalmente, el proyecto fue aprobado por unanimidad, en lo relativo a los «servicios profesionales de la enfermera», en todas las instancias legislativas. Sin embargo, la propuesta referida a modificar el inciso primero del artículo 112 del Código Sanitario, con el propósito de incorporar «enfermería» entre las profesiones paradigmáticas, no fue aceptada. Disparos fueron los argumentos que sustentaban esta decisión:

i) El relator de la Comisión de Salud informó lo siguiente al pleno de la Cámara:

En relación con la proposición de incorporar a las enfermeras en el artículo 112 del Código Sanitario, los representantes del Ejecutivo concordaron con lo expresado en la Comisión. Ante el hecho de que esto pudiera prestarse para pensar que se desea privilegiar a un grupo de profesionales respecto de otros, coincidieron en agregar solo la definición de la profesión de la enfermería en el artículo 113 y no modificar la norma en comento, puesto que con ello, igualmente, se está cumpliendo el objetivo de otorgarle un reconocimiento a dicha profesión en el Código Sanitario (Masferrer, 1997, p. 25).

ii) Sobre la base de la técnica legislativa, se argumentó que la indicación incorporaría una norma de tipo orgánico-constitucional, en la medida en que modificaba la Ley 18962/1990, Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE).

Cabe recordar que, treinta años antes, en el contexto del trabajo emprendido en 1967 con el fin de reformar el Código Sanitario, las enfermeras solicitaron la inclusión explícita de la profesión en el artículo 112 de dicho cuerpo legal, de modo de establecer por ley la exclusividad universitaria. El director del Servicio Nacional de Salud respondió que aquello no era necesario, toda vez que la enfermería se hallaba ya incluida mediante la fórmula «u otras [profesiones] relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud» (citado en Colegio de Enfermeras de Chile, 1968, p. 8).

A modo de resumen

En este escenario histórico, la Comisión de Legislación en Enfermería, con el patrocinio del Ministerio de Salud y la asesoría de expertos, trabajó arduamente —durante aproximadamente dos años— en la fundamentación y la elaboración del proyecto de ley.

La tramitación exitosa y, en definitiva, la concreción del proyecto en la Ley 19536/1997 (artículo 7), publicada el 16 de diciembre de 1997, se logró gracias al irrestricto compromiso del Ejecutivo en las instancias legislativas, el alto grado de legitimación social de las enfermeras —evidenciado en las intervenciones parlamentarias— y el liderazgo ejercido por el Colegio de Enfermeras de Chile.

Así, finalmente se incorpora un nuevo inciso al artículo 113 del Código Sanitario, a través del cual se definió el rol jurídico de la enfermera, que comprende tres grandes funciones vinculadas entre sí: i) la gestión del cuidado, ii) la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y el tratamiento médico, y iii) el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

El presente

Sobre el presente, delinearemos a grandes rasgos los últimos veinte años de la profesión, tratando de identificar tanto los avances como las dificultades, que las hay. Este periodo se inicia con la publicación de la Ley 19536/1997, que, entre otras materias, regula el ejercicio profesional de la enfermera, incorporando su definición en el nuevo inciso cuarto del artículo 113 (libro v, «Del ejercicio de la medicina y profesiones afines») del Código Sanitario:

Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (Ley 19536/1997).⁵

Efectos de la regulación por ley de los servicios profesionales de la enfermera

Con la incorporación de los «servicios profesionales de la enfermera» al Código Sanitario, por el solo ministerio de la ley, en nuestro ordenamiento jurídico se configura una reserva legal para la profesión, con sus consecuentes efectos. De estos, el principal es el aporte de la profesión a la protección de la salud de las personas y la prestación de servicios seguros. Para el logro de dicho fin, le asisten las facultades de autonomía y discrecionalidad profesional, junto con las atribuciones de autoformación, autoorganización y delegación o encargo de sus actos propios en equipos de trabajo consolidados, entre otras. Son actos propios aquellas actividades que se encuentran dentro de las competencias que la ley ha establecido para las respectivas profesiones en virtud de su especificidad.

La base disciplinar (o saber específico) que sustenta la práctica o ejercicio profesional confiere a las profesionales la autonomía para emitir juicios, es decir, diagnosticar, prescribir, tratar, pronosticar, discernir, decidir y asumir la responsabilidad ética y jurídica de las decisiones tomadas, en su ámbito reservado por ley. Complementariamente —y desde una perspectiva epistemológica—, Núñez (2011) se refiere a la autonomía profesional al señalar que «la ‘disciplina de enfermería’ valida a la ‘enfermera/o’ en una continua retroalimentación entre profesión y disciplina», agregando que «son las enfermeras y enfermeros quienes al realizar cuidados definen cómo se organizarán estos conocimientos».⁶

⁵ A la fecha, este inciso no ha sido modificado. El Código Sanitario completo, modificado por última vez en 2019, se puede consultar en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595&i-Parte=0>

⁶ Una relación detallada sobre el desarrollo de la enfermería en Chile —incluyendo lo atinente a la formación y producción científica— se puede encontrar en la fundamentación del proyecto de ley que modifica el DFL 2/2010, del Ministerio de Educación, con el objeto de establecer la exclusividad universitaria de la carrera de Enfermería (boletín 10678-04), citado más arriba en este mismo artículo e incluido en las referencias (Cicardini et al.).

De este modo, la concepción jurídica de los servicios profesionales de la enfermera recogida en la ley los configura como un conjunto de elementos que funcionan como un todo que comparte una misma tradición, valores, principios éticos, conocimientos y prácticas, sustentados en una base disciplinar común que irradia a los diferentes ámbitos de la profesión: la asistencia, la docencia y la investigación. Este trasfondo conceptual permite a las enfermeras desarrollar competencias en los ámbitos humanista, científico-técnico y administrativo.

Por último, las tres grandes funciones de la enfermera se complementan entre sí con el carácter de «servicio». Cabe mencionar que, contrariamente al uso habitual de la época, se optó por el concepto «servicio profesional» en lugar de «ejercicio profesional». De esta manera se enfatiza la idea de prestaciones orientadas a la satisfacción de necesidades sociales de otras personas, en un ámbito específico, recogiendo la visión humanista del cuidado: una praxis centrada en las personas, con pleno respeto por su dignidad y sus derechos:

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (Poblete y Valenzuela, 2007, p. 501).

La regulación ética del ejercicio profesional de la enfermera

La intervención profesional de la enfermera se rige por un conjunto de normas de fuentes diversas. Además del inciso cuarto del artículo 113 del Código Sanitario, están todas las demás leyes, normas de rango administrativo y jurisprudencia que aluden a las enfermeras, la enfermería y su principal función específica, la gestión del cuidado.

Asimismo, existe un precepto más, el Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile (2008), que —como indica su prólogo— «constituye el conjunto de normas que permitirá la autorregulación del ejercicio profesional de la enfermera en beneficio de la sociedad y reafirmar los valores que sustentan su quehacer profesional». El prólogo señala además que,

entre los factores que hicieron necesario actualizar la disposición, se halla la incorporación de los servicios profesionales de la enfermera en el Código Sanitario. Esta normativa gremial es de aplicación universal, independientemente de si la enfermera se encuentra o no colegiada, sin perjuicio de lo cual la siguiente instancia procesal es en sede judicial, la corte de apelaciones respectiva.

Por su marcado sentido ético en el ámbito de la atención en salud, cabe mencionar aquí la Ley 20584/2012, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Esta norma, al poner en el centro a la persona que recibe la atención, resguardando su dignidad y sus derechos fundamentales, impone deberes y obligaciones a los prestadores individuales⁷ e institucionales de salud.

Socialización de la gestión del cuidado: hacia la plena autonomía profesional

La entrada en vigencia de la ley causó júbilo en la profesión. El Colegio de Enfermeras de Chile inició de inmediato su socialización mediante publicaciones en la *Revista Enfermería*, charlas y presencia en los medios de comunicación, ejerciendo un fuerte liderazgo. Sus intervenciones se centraron en la gestión del cuidado y tuvieron gran impacto entre las enfermeras y las autoridades de la salud. Transcurridos unos años, la gestión del cuidado se volvió el principal eje temático con que se profundiza sobre el nuevo paradigma y la autonomía de la profesión, con una visión de futuro.

En el discurso inaugural del XV Congreso de Enfermeras de Chile, la entonces presidenta del Colegio de Enfermeras, Gladys Corral Neira, señaló:

[En esta oportunidad se] ha querido persistir en profundizar en dos conceptos, dos ideas, dos anhelos igualmente importantes y estrechamente relacionados entre sí; me refiero a la autonomía profesional y a la gestión del cuidado, verbo rector de nuestro reconocimiento profesional, cuya consolidación es posible si las enfermeras y enfermeros comprendemos

⁷ En palabras de la Superintendencia de Salud (s.f.), los «prestadores individuales son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o por medio de un convenio con este, otorgan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de estas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud a que se refiere el libro V del Código Sanitario».

que el sustento que nos proporciona el marco jurídico y legal que nos rige permite demandar su implementación para que este se lleve a cabo (2004, p. 6).

Al año siguiente, con ocasión del Día de la Enfermera, Corral (2005) afirma que «solo la real autonomía modificará el paradigma» (p. 3), y explica que «es necesario apropiarse y empoderarse de un nuevo modelo que permita la transformación cultural, que promueva el tránsito a una práctica profesional, que transmita de manera nítida, a los sujetos de la formación, el carácter de autonomía que la profesión posee» (pp. 5-6).

Sin embargo, no ha sido sencillo cambiar la cultura organizacional tradicional de la atención en salud —caracterizada por el paradigma biomédico y centrada más en la técnica que en la persona—, situación que en el caso de las enfermeras se traduce en un escaso ejercicio de su autonomía:

Se observa que las enfermeras tienen dificultad para concebir como propia la gestión del cuidado por su rol predominantemente biomédico, situación que es mirada con preocupación por el gremio de enfermeras profesionales en Chile, «son las mismas enfermeras las que no conciben como propia la gestión del cuidado, observándose en las profesionales intrahospitalarias que las actividades que realizan son en su mayoría derivadas del diagnóstico y tratamiento médico» (Colegio de Enfermeras de Chile, 2004), a esto se agrega la limitación de su ejercicio de autonomía profesional en su quehacer diario (Poblete y Valenzuela, 2007, p. 501).

Esta problemática no es nueva ni exclusiva de Chile; por el contrario, ha sido una constante para las enfermeras en la historia. Al respecto, Poblete y Valenzuela señalan que, según la eminente enfermera francesa Marie Françoise Collière, «el saber ancestral de enfermería ha estado oculto por la hegemonía de la racionalidad técnica, encarnada en el saber médico, que ha prevalecido en los sistemas de salud» (2007, p. 502).

De la función a la estructura

La regulación de los servicios profesionales de la enfermera trajo consigo la necesidad de dotar a la profesión de la estructura orgánica necesaria, en palabras de María Teresa Castillo, «para desempeñarse de forma efectiva

en el ámbito de su ejercicio profesional, y así lograr una adecuada toma de decisiones que les permita realizar sus distintas funciones en forma rigurosa» (en Colegio de Enfermeras de Chile, 2003, p. 22).

Con dicho propósito, las enfermeras llevaron sus propuestas a los diferentes ministros de Salud, pero no fue sino hasta que se empezó a discutir la reforma que la estructura orgánica de la enfermería en los servicios de salud comienza a abrirse camino hacia la regulación jurídica. Entre los obstáculos que hubo que sortear se halló la completa ausencia de las propuestas de las enfermeras en el proyecto de ley de Autoridad Sanitaria (Colegio de Enfermeras de Chile, 2003, p. 23), pero ni esta ni otras dificultades impidieron que el gremio persistiera en sus demandas, logrando que en 2005 se instaurara la Subdirección de Gestión del Cuidado en la orgánica de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2005).

En la misma línea, en 2007 se dicta la norma general administrativa que regula las nuevas unidades de gestión del cuidado en los hospitales, las que han de ser conducidas por enfermeras «con formación y competencias técnicas y de gestión, en el área de gestión del cuidado» (Ministerio de Salud, 2007). Sin perjuicio de estos avances y de los esfuerzos desplegados, a la fecha aún no se han dictado normas de rango administrativo que regulen las unidades de gestión del cuidado en los establecimientos de atención primaria.

Ahora bien, la implementación de esta estructura orgánica no ha estado exenta de polémica. Un informe del Colegio Médico, de agosto de 2009, expuso aprensiones ante la implementación de estas unidades, sosteniendo que implicarían una escisión de la gestión clínica, con posibles consecuencias negativas en la atención en salud e incluso responsabilidades jurídicas imputables a médicos por efectos adversos que no son de su responsabilidad (citado en Milos, Bórquez y Larraín, 2010, p. 20).

Más adelante, en 2013, el gremio médico solicita que las unidades de gestión del cuidado dependan de la subdirección médica del establecimiento respectivo, lo que implicaría una dependencia directa no de una enfermera sino de un médico:

La objeción que se hace no es a la creación e implementación de estas unidades, sino a su dirección. No se discute su necesidad ni la idoneidad de las enfermeras para gestionar el cuidado. Lo que preocupa es la estructura de enfermería propuesta que respalda la autodeterminación de las

enfermeras en la toma de decisiones de enfermería en la organización (Milos y Larraín, 2013, p. 8).

Interpretación del término «gestión del cuidado»

Como se ha adelantado, el contenido de la función de gestión del cuidado ha sido objeto de controversias. Si bien se trata de un campo de competencia reconocido a las enfermeras, su sentido y alcance ha sido objeto de confusiones e interpretaciones erróneas, por lo que ha debido ser revisado en contraste con el rol de otras profesiones de la salud.

En la dilucidación de este asunto son de gran relevancia el inciso cuarto del artículo 113 del Código Sanitario —que adjudica la gestión del cuidado a las funciones que componen los servicios profesionales de la enfermera— y la Ley 19937/2004 —cuyas disposiciones se hallan hoy contenidas en el DFL 1/2005, del Ministerio de Salud—, en lo referente a la gestión del cuidado. Un dato clave es que en ninguna de las dos normas se determina la locución «gestión del cuidado» con el complemento «de enfermería» u otro equivalente.

En el primer caso (Código Sanitario) se consideró natural y obvio que la norma hace referencia a la enfermería, dada la identidad de dicha profesión con la disciplina del cuidado y considerando, además, que la expresión «gestión del cuidado» se encontraba ya inserta en un término más amplio, a saber, «los servicios profesionales de la enfermera», sin que estuviese adjudicada a ninguna otra profesión.

En el segundo caso (Ley 19937/2004), durante la tramitación del proyecto se tuvo en cuenta que el legislador ya había asignado a las enfermeras la función de gestión del cuidado, por lo que se consideró innecesariamente redundante aprobar las indicaciones 158 y 159, que proponían disponer: «Un reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso cuarto del Código Sanitario» (Comisión de Salud del Senado, 2003, p. 82). A fin de evitar ambigüedades que pudieran conducir a una errónea interpretación de la función de gestión del cuidado como no exclusiva de las enfermeras, «la Comisión convino en dejar *constancia* de que la gestión del cuidado deberá hacerse conforme a lo dispuesto por el artículo 113, inciso cuarto, del Código Sanitario» (Comisión de Salud del Senado, 2003, p. 82. Énfasis en el original).

Con todo, en ocasiones las organizaciones de enfermería —en especial el Colegio de Enfermeras y la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros (FENASENF)— se han visto en la necesidad de recurrir a la Contraloría General de la República (CGR) para que se pronuncie sobre el alcance de la «gestión del cuidado» en tanto función y estructura (Milos *et al.*, 2010; Milos, Bórquez y Larraín, 2011). Asimismo, estas organizaciones han interpuesto acciones de protección y han sido recurridas judicialmente. Esta situación se mantiene hasta hoy, observándose una tendencia hacia la estabilización, como queda en evidencia en los últimos dictámenes de la CGR.⁸

El futuro

A dos décadas de la publicación de la ley que incorpora los servicios profesionales de la enfermera al Código Sanitario, damos inicio al futuro con el anuncio de su modificación. El Ministerio de Salud ha señalado que la propuesta se hace necesaria toda vez que en la actualidad no se hallan incluidas expresamente todas las profesiones que concurren a la atención en salud (Ministerio de Salud, 2019a). Al efecto, plantea incorporarlas en el artículo 112 del Código Sanitario (Ministerio de Salud, 2019a) y redactar un proyecto de ley «que entregue al Ministerio de Salud la potestad para determinar, por la vía reglamentaria, los ámbitos de ejercicio de los profesionales de la salud que no están actualmente considerados en el Código Sanitario» (Ministerio de Salud, s.f., p. 1).

Respecto de su propuesta de regular las profesiones por vía administrativa, el Ministerio ha señalado:

La legislación que se dicte al efecto debe contemplar ciertas flexibilidades, para así adecuar los ámbitos de competencia a los nuevos avances en materia de tecnologización de actividades y nuevas habilidades o competencias que se requieran en el ámbito de la salud, por lo que se estima prudente que la propuesta que se formule indique que las competencias sean determinadas en el ámbito reglamentario, atendiendo los estados de la técnica así como las necesidades de salud pública del país, determinadas estas como una ‘política de Estado’ (Ministerio de Salud, s.f., p. 3).

⁸ Véase, por ejemplo, el Dictamen 46357/2005, de la CGR. Recuperado de <http://www.contraloria.cl/pdfbuscador/dictamenes/046357N15/html>

Cabe mencionar que los colegios profesionales, en reuniones de trabajo con el Ministerio, han sostenido su postura, a saber, que la regulación de sus respectivos servicios profesionales se haga por vía legal, en el Código Sanitario (Ministerio de Salud, 2019a).

En lo relativo a la enfermería, también hay propuestas en curso. Una de ellas es un proyecto ingresado en 2012 por iniciativa parlamentaria, cuyo propósito es otorgarles a las enfermeras la facultad de prescribir medicamentos, con protocolos y restricciones que se definirían por vía reglamentaria (Macaya *et al.*, 2012).

La enfermera en el camino hacia el acceso y la cobertura universal

Estas iniciativas conducentes a mejorar la regulación y las condiciones del desempeño profesional en el ámbito de la atención en salud están en consonancia con las políticas sanitarias promovidas por la OMS y la OPS, enmarcadas en la «Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud» (2014). De esta resolución destacamos el punto 2.f), conforme al cual se insta a los estados a que

mejoren la capacidad de recursos humanos en el primer nivel de atención, aumentando las oportunidades de empleo, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas; consoliden equipos colaborativos multidisciplinarios de salud; garanticen el acceso de estos equipos a información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina); introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes, en función del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 4).

Cabe mencionar que, de las cuatro acciones contenidas en el punto citado, la primera alude al «primer nivel de atención», toda vez que se considera de prioridad el fortalecimiento de la atención primaria, especialmente en el papel que le cabe en la promoción y mantención de la salud, con énfasis en la prevención y en la garantía de atención de los grupos vulnerables.

Esta preocupación también fue manifestada en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de 2017:

Hubo consenso en que sería imposible lograr la cobertura universal de salud y garantizar el derecho de todos al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr si no se disponía de suficientes recursos humanos de buena calidad. Para garantizar que los grupos vulnerables y subatendidos tuvieran acceso a los servicios de salud, se consideraba fundamental asegurar que hubiera suficiente disponibilidad de personal de salud capacitado de la manera apropiada al nivel de la atención primaria (Organización Panamericana de la Salud, 2017, p. 29).

En lo que cabe a la enfermería dentro de este nuevo paradigma, Fernando Antonio Menezes da Silva, jefe de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la OPS, afirma que «la enfermería puede contribuir considerablemente al desarrollo y buen funcionamiento de los sistemas de salud de la región. Sin embargo, sus profesionales enfrentan hoy en día situaciones que limitan su capacidad y su pleno potencial a menudo no es reconocido ni aprovechado» (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. xi).

Por estos motivos, prosigue Menezes da Silva, se ha planteado la ampliación del rol de las enfermeras:

En un futuro cercano, la ampliación del rol de enfermeras y enfermeros mediante la formación y la regulación adecuadas podría ser una medida que apoye el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, ya que estos profesionales poseen una formación en niveles avanzados, además de las habilidades y los conocimientos basados en la evidencia necesarios para promover la salud, la prevención y el control adecuado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. xi).

Así, se plantea un nuevo perfil, la «enfermera de práctica avanzada» (EPA), «una profesional con formación de posgrado que, integrada al equipo interprofesional de los servicios de primer nivel de atención de salud, contribuye a la gestión de los cuidados de pacientes/usuarios con enfermedades agudas, leves y trastornos crónicos diagnosticados, bajo las directrices de protocolos o guías clínicas» (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. 11).

En cuanto a la aplicación de estas nuevas políticas, se ha observado una buena experiencia a nivel internacional:

Una revisión del rol de la EPA aplicada a la APS [...] mostró que las enfermeras pueden contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud y a reducir los tiempos de espera de los usuarios (Delamaire y Lafortune, 2010). Asimismo, se encontró que las EPA pueden ofrecer la misma calidad de atención que los médicos y que esta es una práctica eficiente para los programas que requieren seguimiento de rutina (Delamaire y Lafortune, 2010; Martínez-González, Tandjung y Rosemann, 2015) (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. 9).

Desde luego, esto implicaría un ajuste en la legislación relativa a los servicios profesionales de las enfermeras, toda vez que involucra una ampliación de los roles establecidos (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. 17).

No hay salud pública sin enfermería

Con ocasión del lanzamiento de la campaña Nursing Now, el doctor Jaime Mañalich, actual ministro de Salud, anunció importantes avances para la profesión, además de darle un merecido reconocimiento. Reproducimos a continuación algunos extractos de sus declaraciones:

Autoridad nacional de gestión del cuidado

Hemos trabajado con la directiva del Colegio [...] en avances muy importantes que tienen que ver con la designación de una autoridad nacional de aseguramiento de la calidad y de gestión del cuidado [...], y avances concretos también en la formación de especialistas en enfermería.

Enfermeras en altos cargos

Se han abierto una gran cantidad de concursos mediante el mecanismo de servicio civil, alta dirección pública, y hay muchas enfermeras y enfermeros postulando a directores de servicio, subdirectores técnicos de hospitales, directores de hospitales [...]. Poner a un enfermero de director de un tremendo hospital en Santiago hoy día se ha transformado en algo normal, y eso me alegra mucho porque la capacidad que tiene enfermería para gestionar recursos, para generar las mejores prácticas en el cuidado en la atención primaria, y por supuesto en los hospitales, es enorme.

El rol fundamental de las enfermeras en la salud pública

La gente tiene que cambiar su conducta: los pacientes tienen que empoderarse

para efectivamente ser ellos también agentes de su cuidado, y ahí el rol de enfermería es algo fundamental, en lo que yo espero que progrese muy rápido. No hay salud pública sin enfermería y eso es algo que sabemos desde siempre: todo lo que ha sido control de niño sano, atención primaria de salud, vacunaciones, que es un tremendo programa para Chile que nos pone a la cabeza en el mundo, todo ha sido liderado por enfermería [...].

Formación de postítulo y posgrado para los nuevos desafíos

Hemos conversado con distintas autoridades, tanto de escuelas de Enfermería como de escuelas de medicina o salud que incluyen Enfermería, y creo que el ambiente está extraordinariamente propicio para avanzar.

Futura ampliación de los servicios profesionales de la enfermera

Estamos trabajando como se sabe en dos comisiones en reformas del Código Sanitario [...]. En particular, a nosotros nos preocupa dar potencia, dar fuerza a enfermería para el manejo, el buen control de la enfermedad crónica; por ejemplo, para la prescripción de medicamentos frente a una hipertensión arterial, depresión, en fin, ir ajustando los medicamentos de acuerdo a los niveles de glicemia en diabetes [...]. Son cosas que claramente van a hacer mejor las enfermeras que una consulta cada muchos meses con un médico especialista (en Colegio de Enfermeras de Chile, 2019a).

El primero de los anuncios ya es una realidad. El 20 de agosto de 2019, el ministro Mañalich designó a Ana María San Martín como la primera directora nacional de Enfermería (Ministerio de Salud, 2019b).

Con ocasión de este nombramiento, María Angélica Baeza, presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile, declaró:

Sin duda, es un hito importantísimo para la enfermería del país, porque nos devuelve una mirada más fresca para la enfermería que hoy se necesita, desarrollar cuidados continuos y seguros para la población [...]. Además, este nombramiento nos pone un tremendo desafío en lo que dice relación con el ámbito de la gestión del cuidado, así como de la promoción y prevención en salud (citado en Colegio de Enfermeras de Chile, 2019b).

Consideraciones finales

Como sabemos, el contenido y el carácter *sui generis* de los servicios de la enfermera con presencia profesional efectiva en todos los niveles

de atención —tanto en personas sanas como enfermas y en todas las especialidades— inciden en que sus servicios sean determinantes para el éxito de las variables clave de la atención en salud actual: acceso, oportunidad, continuidad, interdisciplinariedad, calidad, seguridad y sostenibilidad.

El devenir histórico de las enfermeras y la enfermería, como hemos visto, no depende exclusivamente de las enfermeras; existen otros factores: sociales, culturales, económicos, políticos y de poder, que pueden tanto favorecer como entorpecer el desarrollo de la profesión. De ahí el carácter de gesta histórica de que, con el esmerado trabajo de generaciones de enfermeras, se haya alcanzado en 1997 el reconocimiento de sus funciones y su rol profesional. La incorporación de los servicios profesionales de la enfermera al Código Sanitario es un acto legislativo que pone de manifiesto la expresión máxima del reconocimiento y la legitimación social alcanzados en el tiempo.

Revisada la particular historia de las enfermeras en Chile, nos preguntamos: ¿se encuentra en peligro el «sistema enfermera»? No nos parece que las dificultades suscitadas lo pongan en peligro. Más bien se trata de desafíos intrínsecos al desarrollo de la sociedad en general y de la profesión en particular. Tenemos por delante la oportunidad de honrar una tradición que ya es más que centenaria, madurar profesionalmente, identificar y conceptualizar los elementos involucrados en el rol profesional y, en síntesis, asumir nuevos modelos, con sus demandas teóricas y prácticas en una realidad que es cambiante.

Al recordar el pasado salubrista de las enfermeras —abruptamente diluido con la creación del Servicio Nacional de Salud y su énfasis en el aspecto biomédico de la enfermería—, y de cara a un futuro que se avizora más centrado en la atención primaria, nos preguntamos: ¿cuán preparada está la enfermería para asumir este, que después de tanto tiempo transcurrido, se presenta como «nuevo» paradigma (al menos para las enfermeras chilenas)?, ¿qué grado de desarrollo existe en el modelo de atención propuesto?, ¿existen suficientes recursos económicos y evidencia científica para el logro del acceso y cobertura universales?

Por otra parte, los desafíos actuales demandan que las enfermeras multipliquen la generación autónoma de conocimientos, sobre la base de su especificidad disciplinar y profesional. Destacamos, en este sentido, las palabras de Viviane Jofré:

Se requiere desarrollar investigación basada en evidencias científicas, así como de una estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y se produzcan las transformaciones que muestren un quehacer profesional y humanizado. Las interrogantes que surgen en este proceso deben ser resueltas mediante la investigación, para generar y/o contrastar conocimientos destinados a contribuir a mejorar el cuidado en salud, lo que distingue al saber y al hacer de enfermería, lo que a su vez confiere autonomía profesional para diagnosticar necesidades de cuidado y tomar decisiones con responsabilidad ética y legal (2009, p. 7).

No obstante, y ya sea que se trate de una profundización del rol de la enfermera o de su expansión a otras áreas de dominio disciplinar y práctico, la implementación de estos nuevos modelos no está libre de riesgos. Estos subyacen, sobre todo, en el empirismo y la falta de regulación. Para alcanzar los objetivos planteados será necesario asegurar la formación, la práctica y un marco regulatorio acorde.

Respecto de este último punto, ¿será necesaria una modificación en la legislación? Por de pronto podemos adelantar que el estado de desarrollo de la disciplina de enfermería, la formación básica de las enfermeras — que incluye el grado de licenciada —, las políticas de calidad y seguridad asociadas y el ámbito de la práctica regulado por ley constituyen una base suficiente para consolidar sus intervenciones bajo esta nueva perspectiva. Desde luego, es posible que se requiera hacer algunos ajustes normativos sin alterar la esencia de la profesión ni de sus actos propios.

La profesión enfrenta el futuro con el fundamento sólido de sus actos propios, cuya importancia demanda conocer su especificidad y tener siempre presentes su naturaleza, sentido y alcance:

1. *La gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, y la prevención de enfermedades y lesiones.* Se refiere a actos y acciones de enfermería centrados en la persona o grupo de personas sanas o enfermas, en estado de necesidad de cuidados de enfermería, en todas las etapas del ciclo vital. La gestión del cuidado recoge las dos etapas que constituyen el acto enfermera: la valoración y la intervención o cuidado, ya sea en forma directa o bajo delegación o encargo. Se entiende por gestión del cuidado «la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados,

oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución» (Ministerio de Salud, 2007).

2. *La ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.* Se refiere al acto enfermera de carácter biomédico o biopsicosocial, relativo a la salud o enfermedad de las personas, como asimismo el reconocimiento de cambios de signos y síntomas que manifiesten el estado de gravedad o mejoría de las personas bajo cuidado.

3. *El deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.* Se refiere al acto enfermera de carácter ético y administrativo dirigido a adecuar el entorno sanitario, cultural, familiar y tecnológico a las necesidades de la persona o grupo de personas sanas o enfermas, optimizando el uso de los recursos disponibles (profesionales, materiales y técnicos) mediante acciones dirigidas a distribuir, organizar, instruir y optimizar el uso de los recursos, contribuyendo sustancialmente al acceso, oportunidad, humanidad, calidad, seguridad y sostenibilidad de la atención en salud.

¡Lo que cambia es la realidad, no la profesión! Este marco del ejercicio, comprendido en sentido amplio, permite incorporar nuevas acciones que satisfagan las necesidades en salud, en constante cambio, de acuerdo con los progresos tecnológicos y científicos. Por la misma naturaleza de la atención en salud, su regulación jurídica debe aspirar a un estado de equilibrio, con un margen apropiado de flexibilidad que permita la constante actualización e innovación, manteniendo la especificidad de la profesión, en un proceso permanente de mejora continua, asegurando la prestación de servicios valiosos a la sociedad. ¡Ese es el desafío!

BIBLIOGRAFÍA

- Campos, C., Vargas, X. y Milos, P. (2018). Los servicios profesionales de la enfermera/o en la legislación chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 270-277. doi: 10.1016/j.rmcl.2018.03.003
- Cicardini, D., Espinoza, F., Fernández, M., Gahona, S., Girardi, C., Monsalve, M. et al. (2016). *Modifica el Decreto con Fuerza de Ley 2/2010, del Ministerio de Educación, con el objeto de establecer la exclusividad universitaria de la carrera de Enfermería*. Recuperado de http://www.senado.cl/apps Senado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=10678-04
- Código Civil. (2019). Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?id-Norma=172986&idParte=8717776>
- Colegio de Enfermeras de Chile. (1968). *Memoria anual* [junio 1967 - junio 1968]. *Revista Enfermería*, (17), 1-12.
- Colegio de Enfermeras de Chile. (1972). Reglamento del ejercicio de la profesión de enfermera. *Boletín Informativo*, (23 y 24), 9-10.
- Colegio de Enfermeras de Chile. (1976). Rol de la enfermera/o. *Revista Enfermería*, (50), pp. 38-40.
- Colegio de Enfermeras de Chile. (1995). Enfermeras por una respuesta humanizada en salud... Abramos camino. *Revista Enfermería*, (100), 19-25.
- Colegio de Enfermeras de Chile. (2008). Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile.
- Colegio de Enfermeras de Chile. (2019a). *Ministro de salud: «No hay salud pública sin enfermería»*. Recuperado de <https://colegiodeenfermeras.cl/2019/08/14/ministro-de-saludno-hay-salud-publica-sin-enfermeria/>
- Colegio de Enfermeras de Chile. (2019b). *Ministro de salud oficializa nombramiento de directora nacional de Enfermería*. Recuperado de <https://colegiodeenfermeras.cl/2019/08/27/ministro-de-salud-oficializa-nombramiento-de-directora-nacional-de-enfermeria/>
- Comisión de Salud del Senado. (1996a). *Indicaciones formuladas durante la discusión general del proyecto de ley que modifica el Código Sanitario en materias que indica*. Recuperado de http://www.senado.cl/apps Senado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=1437-11
- Comisión de Salud del Senado. (1996b). *Segundo informe de la Comisión de Salud, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el Código Sanitario en materias que indica*. Recuperado de

- http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=1437-11
- Comisión de Salud del Senado. (2003). *Segundo informe de la Comisión de Salud, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el Decreto Ley 2763/1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana*. Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=2980-11
- Consejo Internacional de Enfermeras. (1987). [Definiciones de «enfermera» y «enfermería»]. Recuperado de <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2002). [Definiciones de «enfermera» y «enfermería»]. Recuperado de <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Consejo Regional Concepción del Colegio de Enfermeras de Chile. (1992). Conclusiones del Seminario «Rol profesional y desarrollo de los servicios de enfermería en la VIII región». *Revista Enfermería*, (96), 40-41.
- Corral, G. (2004). Autonomía para la gestión del cuidado. *Revista Enfermería*, (127), 6-8.
- Corral, G. (2005). Solo la real autonomía modificará el paradigma. *Revista Enfermería*, (128), 3-6.
- Cubillos, L., Castellano, A., y Camus, P. (2000). *Historia de la Escuela de Enfermería «Isidora Lyon Cousiño». 1950-2000*. Santiago, Chile: Centro de Documentación e Investigaciones Históricas de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Figueroa, A. (1997). [Intervención del ministro de Salud en discusión del proyecto (boletín 1986-11) en Sala]. En Cámara de Diputados (ed.), [Diario de la sesión 19.^a de la 335.^a legislatura, del 15 de julio de 1997] (pp. 30-33). Valparaíso, Chile: Cámara de Diputados de la República de Chile.
- Figueroa, M. (1976). Análisis crítico del ejercicio profesional. *Revista Enfermería*, (50), pp. 4-9.
- [Información de tramitación de proyecto con boletín 3849-04]. (s.f.). Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=3849-04
- [Información de tramitación de proyecto con boletín 10678-04]. (s.f.).

- Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=10678-04
- Jofré, V. (2009). La investigación como herramienta de la gestión del cuidado. *Ciencia y Enfermería*, 15(3), p. 7. doi: 10.4067/So717-95532009000300001
- Krebs, W. D. (1965). ¿Por qué estudiamos nuestras funciones? *Revista Enfermería*, (4), 14-15.
- Macaya, J., Pérez, L., Rubilar, K., Santana, A., Torres, V. y Verdugo, G. (2012). *Modifica el Código Sanitario, estableciendo la facultad de prescribir medicamentos por los profesionales de la enfermería*. Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8298-11
- Masferrer, J. (1997). [Relación del diputado Masferrer ante el pleno de la Cámara sobre el trabajo de la Comisión de Salud en discusión del proyecto (boletín 1986-11)]. En Cámara de Diputados (ed.), [Diario de la sesión 19.^a de la 335.^a legislatura, del 15 de julio de 1997] (pp. 22-26). Valparaíso, Chile: Cámara de Diputados de la República de Chile.
- Milos, P., Bórquez, B. y Larraín, A. (2010). La «gestión del cuidado» en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 17-29. doi: 10.4067/So717-95532010000100003
- Milos, P., Bórquez, B. y Larraín, A. (2011). La «gestión del cuidado» en la legislación chilena (II). Estado actual. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 23-33. doi: 10.4067/So717-95532011000300003
- Milos, P. y Corral, H. (2014). Presentación. *Cuadernos de extensión jurídica*, (25), 5-6.
- Milos, P., y Larraín, A. (2013). La gestión del cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Ciencia y Enfermería*, 19(2), 7-10. doi: 10.4067/So717-95532013000200001
- Ministerio de Educación. (1990). Ley 18962/1990, Orgánica Constitucional de Enseñanza. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?id-Norma=30330>
- Ministerio de Justicia. (1981). Decreto Ley 3621/1981. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=7195>
- Ministerio de Educación. (2018). Ley 21091/2018. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1118991&buscar=21091>
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Minuta: Modificación Código Sanitario. Profesiones del área de la salud*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/>

- wp-content/uploads/2019/01/Minuta-Proyectos-de-Ley-Profesiones-de-la-Salud-Modificaci%C3%B3n-CS.pdf
- Ministerio de Salud. (1995). Resolución Exenta 1252/1995.
- Ministerio de Salud. (1997). Ley 19536/1997. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=81502>
- Ministerio de Salud. (2005). DFL 1/2005. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=249177>
- Ministerio de Salud. (2007). Resolución Exenta 1127/2007. Recuperado de http://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1127_07.doc
- Ministerio de Salud. (2019a). *Proyecto Modificación Código Sanitario, Libro V: «Del ejercicio de la Medicina y Profesiones Afines»*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Presentaci%C3%B3n-Consejo-Asesor-29012019.pdf>
- Ministerio de Salud. (2019b). Resolución Exenta 1443/2019.
- Núñez, E. (2011). Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florencia Nightingale. *Ciencia y enfermería*, 17(1), 11-18. doi: 10.4067/S0717-95532011000100002
- Núñez, E., Urrea, E. y Pavez, A. (2016). Identidad e institucionalidad de las enfermeras chilenas en la mitad del siglo xx. *Ciencia y enfermería*, 22(1), 135-145. doi: 10.4067/S0717-95532016000100012
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Resolución WHA45.5. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202731>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. *Informe final*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (con Menezes da Silva, F. A.). (2018). *Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34959>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Resolución CD53.R14. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf?ua=1>
- Oye, C. (1980). Discurso de la presidenta del Colegio de Enfermeras, Car-

- men Oye G., en la sesión inaugural del IX Congreso Nacional de Enfermeras, Viña del Mar, octubre 1980. *Revista Enfermería*, (66), 4-6.
- Peake, G. (1940). Reorganización de la Enfermería en Chile: carrera única. *Revista de Asistencia Social*, 9(1), 137-142. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-65949.html>
- Peake, G. (1953). Formación de la Enfermera y Auxiliares de Enfermería. *Actas de las Segundas Jornadas Chilenas de Salubridad* (pp. 84-116). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Salubridad. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-65952.html>
- Pincheira, S. (1965). La enfermera profesional y sus responsabilidades. *Revista Enfermería*, (3), 13-14.
- Pincheira, S. (1978). Historia de una ley. *Revista Enfermería*, (55), 3-6.
- Pincheira, S. (1982). Evolución de la enfermería en salud comunitaria y su repercusión en el desarrollo de la enfermería. *Revista Enfermería*, (73), 32-24.
- Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503. doi: 10.1590/S0103-21002007000400019
- Presidencia de la República de Chile. (1997). *Mensaje de S.E. el presidente de la república con el que inicia un proyecto de ley que concede bonificación para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica*. Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=1986-11
- Superintendencia de Salud. (s.f). [Información general sobre la Ley 20584/2012]. Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6061.html>

CAPÍTULO 7. PATRÓN DE CONOCIMIENTO ESPIRITUAL EN ENFERMERÍA

María Julia Calvo Gil¹

Introducción

Este capítulo propone algunos lineamientos para aproximarse al patrón de conocimiento espiritual de la enfermería. Se divide en cuatro partes: la primera está dedicada al aporte de Florence Nightingale e Hildegard Peuplau y a las contribuciones de las teóricas Virginia Henderson y Faye Abdellah. También considera las cuatro dimensiones que Inés Astorquiza define para el ser humano: biológica, social, psicológica y espiritual, y los planteamientos de Joyce Travelbee sobre el significado y el propósito de la vida. La segunda parte aborda los cuatro patrones de conocimiento de Bárbara Carper: personal, estético, empírico y ético; el patrón sociopolítico de Jill White, y el patrón emancipatorio de Jacobs y Chinn, además de la teoría del cuidado humano de Jean Watson.

La tercera parte está dedicada al qué, el cómo y el porqué de un patrón espiritual en la atención de personas en distintos procesos vitales y situaciones de salud o enfermedad, en contextos familiares y sociales. Aunque en la última década se ha enfatizado la preocupación por la dimensión espiritual del ser humano, esta se ha limitado a personas con

¹ Enfermera y doctora en Enfermería. Su línea de investigación es la ética y la bioética.

diagnóstico de cáncer que requieren cuidados paliativos porque están cursando la etapa terminal de la enfermedad. Si la enfermería reconoce en el ser humano cuatro dimensiones, entonces, los cuidados para una atención integral y holística deben orientarse a responder a los requerimientos de todas ellas, independientemente del proceso que esté viviendo en el continuo salud-enfermedad.

Son muchas las situaciones que pueden producir desesperanza, menoscabo del sentido de la vida o angustia, y que quebrantan la armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad moral y ética de valorar en cada encuentro profesional con el sujeto de cuidados la dimensión existencial, independientemente del contexto en que este se realice. La enfermería es una disciplina privilegiada porque está presente en todas las etapas del ciclo de vida del ser humano y participa en los cuidados que requiere según su contexto personal, familiar y social lo que permite a los profesionales resaltar su humanidad y humanizarse en el proceso.

El concepto de espiritualidad se utiliza en el sentido más amplio de la palabra. La Real Academia Española (2014) lo define como el conjunto de ideas referentes a la vida espiritual, dimensión que responde a preguntas existenciales del ser humano y cuyas respuestas revelan su visión y sus interrogantes acerca de la vida, el dolor, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Esto conduce a buscar un sentido, un motivo, un fin y un propósito, enfoque que regulará la perspectiva de sí y de otros, la relación con un ser superior o con el entorno y las energías existenciales. Por ende, la espiritualidad no se reduce a una postura religiosa o de fe, aunque algunas personas la conciben así. Por ello, que los profesionales de enfermería realicen actos de cuidado para satisfacer las necesidades del ámbito espiritual tiene un profundo significado para las personas, sus familias y sus grupos comunitarios.

La última parte ofrece algunas reflexiones que espero sean un impulso para que los enfermeros/as de la academia y la práctica se reúnan a reflexionar cómo incorporar explícitamente esta dimensión del ser humano en la formación de los nuevos profesionales y el trabajo de los que ya ejercen. Esto indudablemente fortalecerá la identidad, la autonomía y el reconocimiento social de la disciplina, a través de la contribución que las modificaciones del contexto, la participación, la gestión y la administración de normas y políticas en las instituciones de salud puedan hacer respecto a la justicia social.

De Florence Nightingale a los patrones de conocimiento de Bárbara Carper

Con bastante certeza se puede afirmar que el ejercicio de la enfermería es tan antiguo como la humanidad. Desde la aparición del ser humano en la faz de la tierra, las personas han requerido, participado y recibido cuidados, que fueron inicialmente brindados por mujeres, madres, hermanas o esposas. Las formas de cuidar se transmitían de manera oral en la familia y la comunidad, generación tras generación y, en ese sentido, son ancestrales (Attewell, 1998; Díaz, 2013). Sin embargo, como disciplina profesional, la ciencia del cuidado es joven (Fawcett, 1984).

La enfermería ha evolucionado desde ser una práctica netamente empírica hasta desarrollar modelos, teorías y filosofías propias a partir de la década del cincuenta. Se considera la ciencia del cuidado por su visión integradora del ser humano, cuyos fundamentos se refuerzan con investigaciones aplicadas a los fenómenos de cada uno de los procesos vitales de la persona, la familia y los grupos comunitarios, lo que ha cimentado su epistemología y crecimiento disciplinar, y permitido visibilizar su esencia y su razón de ser (Díaz, 2013 y Fawcett, 1984).

El campo ontológico propio de la enfermería es el ser holístico, integral, único e irrepetible, filosofía humanista que se refleja en su ciencia, técnica y arte (Durán, 2001). Los profesionales de la enfermería aportan al desarrollo epistemológico de la disciplina en los distintos ámbitos de su ejercicio laboral y a través del pensamiento crítico, toda vez que construyen y documentan cuidados basados en la experiencia y la evidencia científica, ética y moral, lo que les permite otorgar cuidados de calidad en los procesos de salud y enfermedad que vive el ser humano, su familia y comunidad (Durán, 2001).

La filosofía de la enfermería explica el significado de los fenómenos observados a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica (Durán, 2002). En esta categoría se han incluido los primeros trabajos que condujeron a la construcción de los modelos teóricos y al desarrollo de los conocimientos de la disciplina, definiendo las bases de los trabajos futuros. Los modelos conceptuales (estructuración de ideas y teorías) comprenden los estudios de las llamadas teorías grandes o pioneras en el campo de la enfermería, o sea, ofrecen un marco de referencia para sus seguidores (Durán, 2001). La mayoría de los autores considera que la obra de

Nightingale está estrechamente relacionada con su orientación filosófica, sobre la que sustentó su práctica y sus publicaciones, más que con el desarrollo de un modelo conceptual, aunque todavía es motivo de controversia.

Entonces ¿cuál ha sido la trayectoria de la disciplina desde que Nightingale expusiera sus análisis y argumentos respecto de la profesión hasta la importante contribución que hizo al conocimiento de la enfermería Bárbara Carper en 1978?

A Florence Nightingale (1820-1910) se le atribuye haber generado una filosofía de la enfermería, pues sus ideas respecto a la interacción paciente-entorno, y los principios y las reglas en que basó sus escritos y su práctica dieron inicio al desarrollo de la enfermería profesional. Se dice que rompió esquemas en su época acerca del rol asignado a la mujer y que con tenacidad logró que sus padres aceptaran su interés por estudiar matemáticas, latín, geometría, álgebra y estadística, disciplinas que fundamentaron sus ideas para organizar el ejercicio de la profesión (Macário y Pereira, 2010). Para cumplir su sueño, tuvo que defender su postura ante sus padres y familiares: era una mujer de sociedad destinada al matrimonio y quienes se dedicaban al cuidado de los enfermos eran personas de baja condición social y mala reputación. Consagró su vida a la asistencia de quienes más lo necesitaban, pobres, marginados y enfermos, con el propósito de otorgarles bienestar, mejorar su salud o hacer más tolerables sus últimos días (Beck, Dossey y Rushton, 2010).

En 1850 Nightingale inicia su preparación como enfermera en Alejandría (Egipto) y visita el Hospital de Kaiserwerth (Alemania), ciudad a la que regresa un año después para recibir un entrenamiento de tres meses en el Instituto para Diaconisas Protestantes; posteriormente, pasa un tiempo en el Hospital Saint Germain, cerca de París. En 1853, en Londres, asume *ad honorem* como superintendente en un establecimiento para damas de sociedad (Miracle, 2008; Macário y Pereira, 2010).

En 1860 funda la primera escuela de Enfermería en el Hospital de St. Thomas en Londres, que bautizó Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale. Dicha escuela se sostenía en dos premisas: una, que las futuras enfermeras adquirieran experiencia práctica en los hospitales y, dos, que contaran con una residencia que les permitiera formar, desarrollar y realizar una vida moral muy disciplinada. La escuela fue financiada por el Fondo Nightingale, lo que demuestra su compromiso, convicción y talento respecto a la empresa que se había propuesto (Young, Hortis, Chambi y Finn, 2011).

En 1854 se inicia la guerra de Crimea (1854-1856), conflicto que tiene relevancia para la enfermería porque, aunque lograba triunfos bélicos, Inglaterra perdía un importante número de vidas y debía hacerse cargo de muchos soldados heridos. Por ello, Sidney Herbert, secretario de Estado para la Guerra, solicita a Nightingale que supervise la introducción de enfermeras en los hospitales militares. Su título oficial fue superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. Nightingale llegó a Escutari, suburbio asiático de Constantinopla (hoy Estambul), con un grupo de enfermeras para atender a los heridos. Ahí fue relacionada con la Dama del Candil, debido a la lámpara que portaba en sus rondas nocturnas por el hospital de guerra. Es recordada por acompañar a los enfermos hasta su muerte y ayudarles a escribir sus últimas palabras. La lámpara se convirtió en un símbolo de esperanza, cultura y estudio (Attewell, 1998; Stanley, 2007; Young, Hortis, Chambi y Finn, 2011; Tan y Holland, 2006).

Charles Dickens tuvo una importante influencia en el pensamiento de Nightingale, tanto en su definición de la enfermería como en su concepción de la atención sanitaria. También influyeron en sus ideas otros intelectuales y reformadores de la época, como John Stuart Mill y Harriet Marineau, para muchos, la primera socióloga de la historia. Activista social, filósofa y economista, uno de sus principales intereses fue la defensa de los derechos de la mujer, lo que se refleja en el pensamiento filosófico y lógico de Nightingale y en sus valoraciones sobre la práctica de la enfermería. El objetivo de Nightingale era entender las razones y las relaciones esenciales que se dan entre las personas y la naturaleza, proyectar la enfermería como disciplina científica y construir un sistema propio de creencias respecto a los seres humanos, la salud, el medio ambiente y la enfermería concebida como un proceso (Young, Hortis, Chambi y Finn, 2011).

Diversos autores plantean que la enfermería profesional nace a fines del siglo XIX con Florence Nightingale. Sus reformas definieron la enfermería como una vocación cuyos valores están centrados en el paciente; establecieron que las candidatas debían ser personas idóneas e inteligentes, seleccionadas por sus aptitudes morales e intelectuales, y luego remuneradas por la calidad de sus servicios (Díaz, 2013); estipularon que la dirección de las escuelas debía ser ejercida por una enfermera, que la enseñanza tenía que ser metódica (no ocasional) y práctica (Attewell, 1998), y que cada cinco o diez años las enfermeras debían realizar estudios de perfeccionamiento (Seymer

citado en Attewell, 1998). Seymer (en Attewell, 1998), señala que Nightingale citó una frase que escuchó en un discurso pronunciado en la Universidad de St. Andrew's que reflejaba su postura acerca de la importancia de la práctica: «Educación es enseñar a los hombres no a saber, sino a hacer».

Dada su determinación, inteligencia, percepción e influencia, logró alcanzar sus objetivos. Fue innovadora y utilizó su experiencia durante la guerra de Crimea para demostrar que la investigación, la teoría y la práctica están interconectadas. Al regresar de la guerra, usó su influencia para hacer campañas en pro de la salud pública y promover sistemas educativos a través de cartas y libros. Su libro más famoso, *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*, se transformó en lectura obligatoria para los profesionales de la disciplina y está lleno de sabiduría, ingenio, historia y conocimiento (Attewell, 2010).

Hoy algunas de sus prácticas de observación, investigación, experiencia y arte han comenzado a redescubrirse, con el propósito de insertarlas en el ejercicio actual de la profesión, incluido el respeto por el ser humano. Reconocida como pionera en el pensamiento filosófico, científico y ético sobre enfermería, dejó un legado lleno de bondad y compasión, que estableció el cuidado como la base de la práctica de enfermería (Debra, 2010; Dossey, 2010).

En síntesis, sus aportes a la disciplina fueron iniciar la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios; plantear que los fenómenos sociales pueden calcularse, y que cuando los valores personales o de una profesión se oponen a los sociales es una oportunidad para impulsar cambios (Young, Hortis, Chambi y Finn, 2011); organizar la enseñanza, la educación y la investigación en enfermería; ser la primera en escribir sobre la disciplina; utilizar la estadística y el concepto de higiene dentro de la profesión; plantear la relevancia de la interdisciplinariedad y la culturalidad, y estructurar la enfermería en los hospitales y el ámbito militar (Attewell, 1998).

Durán (2002) define el marco epistemológico de la enfermería como el conocimiento generado a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar en respuesta a las necesidades de la práctica. En conjunto, las teorías de la enfermería fomentan la comprensión y el análisis de fenómenos relacionados con la ciencia y guían la práctica enfermera a través de la investigación.

En los párrafos siguientes, se expone una breve reseña del aporte que hicieron algunas teóricas antes de Bárbara Carper (1978). Hildegaard Peplau (1992) publica en 1952 *La teoría interpersonal de la enfermería*, después

de casi un siglo de silencio desde los escritos de Nightingale. Su trabajo teórico y clínico contribuyó sobre todo al desarrollo de la disciplina en relación con la psiquiatría y, aunque no hace referencia directa a la dimensión espiritual, fue un aporte relevante al encuentro entre enfermera y paciente. En 1955 Virginia Henderson realza el arte de la enfermería al proponer catorce necesidades humanas básicas para la atención, una de ellas «rendir culto según la propia fe». La referencia al plano espiritual es explícita pero circunscrita al ámbito religioso. Sus principales aportes fueron a la definición de la enfermería, sus funciones autónomas, los objetivos de interdependencia para el paciente y los conceptos de independencia. Faye Abdellah (1960) publica *Veintiún problemas de enfermería*, una tipología específica para la disciplina que, aunque a su juicio requería dirección médica, es resultado de investigaciones propias del campo de la enfermería. Su trabajo evidencia un enfoque centrado en la filosofía de la disciplina y en los propósitos de sus servicios: satisfacer las necesidades del paciente. Uno de ellos, «facilitar el progreso hacia la consecución de los objetivos espirituales personales» alude intencionalmente al tema que nos interesa (Raile y Marriner, 2011, p. 58).

En 1966 Joyce Travelbee da a conocer su teoría de la relación entre los seres humanos, influenciada por Rollo May y Viktor Frankl. May pensaba que su misión era ayudar a las personas a darle significado a su vida y superar las dificultades mejorando su potencial humano. Frankl había escrito en 1945 *El hombre en busca de sentido*, donde plantea que, aun viviendo situaciones límite de deshumanización y sufrimiento, las personas tienen la capacidad de encontrar una motivación para vivir, apoyadas por su dimensión espiritual (Frankl, 1991). Con estos aportes, Travelbee señala que el objetivo de la enfermería es «ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza» (citado en Raile *et al.*, 2011, p. 61). Su teoría se refiere en forma explícita a la espiritualidad del paciente y del profesional de enfermería; qué valores espirituales y opiniones filosóficas determinarán su percepción de la enfermedad y en qué grado la enfermera o el enfermero podrá ayudar a un paciente a encontrar significado en situaciones de enfermedad y sufrimiento.

Es importante destacar la contribución a la disciplina de una enfermera chilena, Inés Astorquiza Maldonado, exacadémica de la Universidad

Austral de Chile, que, con motivo de un congreso del Colegio de Enfermeras realizado en Santiago en 1970, presenta su ponencia «El enfoque modelo de enfermería aplicado a la educación superior». Este modelo, que posteriormente se denominó modelo conceptual de las necesidades humanas, señala que un enfoque holístico del ser humano supone conocer sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas de su ciclo vital, y reconoce a la persona como una unidad biopsico-social y espiritual, que se comporta como un todo integrado e indivisible (Astorquiza, 1970). En estos dos conceptos (enfoque holístico y persona), Astorquiza se refiere a la dimensión espiritual del ser humano y entiende que toda persona es única e irrepetible. De acuerdo con su noción del estado de necesidad, cada proceso vital se presenta de forma individual y propia, según la etapa del ciclo vital, las experiencias, el entorno interno y externo, etc. De esta manera, lo que el profesional de enfermería puede percibir es el estado en que se expresa esa necesidad, para centrar el cuidado en él.

De Bárbara Carper a la actualidad

En su tesis doctoral Carper (1978) se propuso establecer el campo que la enfermería debía abordar y la forma de sistematizar, demostrar y utilizar como fundamento el cuidado integral del ser humano en sus transiciones vitales, en concordancia con las respuestas de las personas ante procesos de salud y enfermedad, tipología que denominó patrones. Carper definió cuatro patrones fundamentales: el conocimiento empírico, que corresponde a la ciencia de la enfermería; el conocimiento estético, que corresponde al arte de la enfermería; el conocimiento moral, que corresponde a la ética de la enfermería, y el conocimiento personal, que corresponde al uso terapéutico del yo. Para ella, «la enfermería depende del conocimiento científico de la conducta humana en la salud y en la enfermedad, de la comprensión personal de la individualidad única de uno mismo y la capacidad de elegir dentro de situaciones concretas implicadas en juicios morales particulares» (Carper, 1978, p. 31). Con el propósito de clarificar los cuatro patrones establecidos por Carper, Jacobs y Chinn (1988) publicaron un modelo de conocimiento de enfermería, que les permitió presentar las dimensiones que identificaron en cada patrón: creativa, expresiva y de evaluación. A continuación, se expone una

síntesis de los cuatro patrones de Carper y los dos que posteriormente identificaron White (1995), y Jacobs y Chinn (1988).

El patrón de conocimiento personal es el más representativo para comprender la salud como bienestar (Carper, 1978). La enfermera/o debe conocerse a sí misma/o como persona y como profesional, proceso no exento de complejidad, pero trascendental para comprender la situación que vive otro y concebirse y ser concebido como un ser terapéutico. *Estar ahí, ser para otro*, en palabras de Heidegger, es brindar un cuidado solícito guiado por las cualidades subsidiarias de la consideración, como la paciencia, la preocupación y el interés, que para ser auténtico debe anticiparse a las potencialidades del sujeto y ayudarlo a conocerse a sí mismo, liberarse del cuidado de otros y responsabilizarse por su propio cuidado (Heidegger, 2006). Comprender al otro implica respetarlo, comprometerse y aceptar su autonomía para tomar decisiones, sus opiniones, sus creencias y sus valores, aunque la cosmovisión de la persona que cuida sea diferente a la del sujeto de cuidados, lo que no significa eludir la responsabilidad profesional. De este modo, se logra una relación entre humanos en un proceso interpersonal y transpersonal, un cuidado que se sustenta en la interacción, la relación y la transacción con el consultante, el paciente, la familia o el grupo comunitario, con el propósito de ayudarlo a crecer y desarrollar de la forma más plena sus potencialidades. Jacobs y Chinn (1988) plantean que el modelo de conocimiento personal parte de dos preguntas fundamentales: ¿sé lo que hago?, ¿hago lo que sé?, y su índice de credibilidad es la congruencia.

El patrón de conocimiento empírico proporciona fundamento teórico a la disciplina tanto para su desarrollo como para el progreso de la investigación; sus productos contribuyen a acrecentar y fundamentar en la práctica la calidad del cuidado (Carper, 1978). Hablar de ciencia de la enfermería con un cuerpo de conocimientos propio antes de la segunda mitad del siglo xx era casi impensable, pues las investigaciones y las publicaciones eran mínimas. El surgimiento de programas de formación de nivel terciario para profesionales de enfermería, primero en Estados Unidos y Canadá, y luego en Colombia, México y Brasil propició el desarrollo de teorías y modelos conceptuales que, además de representar, predecir y determinar fenómenos concernientes a la disciplina, inspiraron su filosofía. Asimismo, la evidencia científica obtenida en las investigaciones permitió organizar y clasificar mejor el conocimiento y la práctica de una

enfermería fundamentada, es decir, el cuidado de calidad basado en un saber teórico y un saber práctico (Escobar y Sanhueza, 2018). De esta forma los profesionales aportan a la epistemología disciplinar, y los patrones se articulan de manera integrada e inherente a los actos de cuidar y a las acciones de la enfermería, con el objetivo de brindar un cuidado holístico y, a la vez, ser conceptos fundamentales para el desarrollo del conocimiento (Durán, 2005; Díaz, 2013). Este patrón responde a las preguntas ¿qué es lo que representa?, ¿cómo es representativo?, y su índice de credibilidad es la validación.

El patrón de conocimiento estético es el arte de la enfermería, un aspecto destacado desde Nightingale que, si bien no es empírico, fáctico, objetivamente descriptivo ni generalizable, es reconocido por los sujetos de cuidado, los familiares, los amigos y los miembros del equipo de trabajo. El arte en el ejercicio de la profesión lo observa, siente e intuye la persona cuidada en la calidad de la relación interpersonal que la enfermera/o establece con ella cuando realiza acciones de valoración, como observar, entrevistar o hacer una revisión física para identificar aspectos objetivos y subjetivos y reconocer sus necesidades. Asimismo, cuando ejecuta procedimientos, enseña, asesora, consuela, consensua objetivos, plantea indicadores y parámetros de evaluación de cuidado y se preocupa por su entorno interno y externo, entre otras acciones. Por tanto, para desarrollar el arte de la enfermería, el profesional debe poseer ciertas características, articuladas en cualidades personales y profesionales que le permitan exteriorizar este conocimiento. Debe demostrar competencias de comunicación, iniciativa, creatividad, compromiso, empatía, responsabilidad y sentimientos de humanidad para comprender el proceso vital que atraviesa la persona, su experiencia de salud o enfermedad, sus valores, creencias, relaciones familiares y el modo en que esta se relaciona con su entorno. Es muy importante desarrollar este patrón de conocimiento, porque permite construir relaciones humanas eficientes, eficaces y terapéuticas entre el profesional, el sujeto de cuidados y su familia, un aspecto esencial en el proceso de cuidar.

Siles y Solano (2011) señalan que la estética de los cuidados está muy conectada con las capacidades perceptivas del profesional en sus cinco sentidos y que ocurre en la práctica, donde confluyen los valores, los sentimientos y los aspectos ético-culturales que la componen. Carper (1978), y Jacobs y Chinn (1988) argumentan que el conocimiento estético en enfermería se

expresa a través de las acciones, actitudes, aptitudes e interacciones que se construyen entre la enfermera y el sujeto de cuidados. La pregunta en este patrón es ¿qué significa esto?, y su índice de credibilidad, el significado consensual.

El patrón de conocimiento ético es el aspecto fronético del cuidado. La enfermería es una práctica moral, por lo que entre las preocupaciones más relevantes de Nightingale respecto a la formación de las enfermeras estuvieron el deber, los derechos, las obligaciones y los imperativos morales. Una de las reglas que estableció fue que las estudiantes, junto con la formación práctica, recibieran y desarrollaran un conocimiento ético que guiara su práctica, cuya expresión material eran las conductas, las actitudes y los comportamientos. Este conocimiento corresponde al deber ser de la disciplina, a los principios y códigos éticos, los imperativos morales, y los valores personales, profesionales e institucionales congruentes con los valores humanísticos de la profesión. En los actos de cuidado la enfermera/o debe reflejar compromiso, honestidad, respeto por sí misma y el otro, tolerancia, solidaridad, beneficencia y justicia, entre otros valores (Chinn y Kramer, 2011).

Sin embargo, hace ya casi cinco décadas los avances científicos y tecnológicos, y el aumento de la complejidad de los procesos de salud y enfermedad pusieron de manifiesto que los códigos deontológicos eran insuficientes, aunque necesarios, para regir toda la actuación profesional. Se necesitaban procedimientos que permitieran a los profesionales tomar decisiones frente a la incertidumbre y se acrecentó el interés por el estudio de la ética, la bioética, las humanidades, al tiempo que los sujetos de cuidado se involucraban en las decisiones relacionadas con la gestión de su cuerpo. El conocimiento ético también contempla juicios y acciones que, aunque no son imperativos morales ni obligatorios, pueden ser buenos, nobles u honorables (Fernández, Madero, Vallejo y Carrillo, 2019). El conocimiento ético es comunicable a través de símbolos del lenguaje, no es público, verificable ni común en el mismo sentido que el empírico. Pueden existir desacuerdos legítimos sobre si el mismo curso de acción es correcto o incorrecto, ético o no ético, noble, honorable, bueno o no. Las preguntas de este patrón responden a ¿es correcto?, ¿es justo?, y el índice de credibilidad es la justicia.

Diecisiete años después de que Carper planteara sus cuatro patrones de conocimiento, Jill White (1995) propone el patrón sociopolítico, que incluye tanto el contexto de la enfermera/o y el paciente como el del ejercicio

profesional, vale decir, las políticas respecto a la enfermería y la concepción que tiene la sociedad de ella, lo cual le permite progresar y legitimarse como disciplina que contribuye al bienestar social, además de lograr mayor visibilidad en ella (Osorio, 2016).

En este sentido, la visión de la enfermera se extiende más allá de la relación interpersonal enfermera-paciente a un contexto más amplio, e incorpora términos como autonomía, visibilidad, empoderamiento y gobernabilidad, que enfatizan la representación social de la profesión y sustentan su identidad. Un profesional que es agente de cuidado, que se reinventa en congruencia con las transformaciones sociales, políticas y económicas sin perder la esencia de la profesión, logra optimizar las condiciones del mundo laboral y otorgar una atención de calidad en pro de la salud de la sociedad. La pregunta de este patrón es ¿dónde se establecen las relaciones de cuidado en la práctica?, y el índice de credibilidad es la participación (Osorio, 2016).

En 1999 Jacobs y Chinn propusieron el patrón emancipatorio, concebido como la conciencia de la justicia y la equidad en la profesión, es decir, el reconocimiento de las barreras sociales que tienen efectos negativos en la salud y el bienestar de las personas (Osorio, 2016). El aprendizaje de este patrón requiere, quizá con más énfasis que los otros, utilizar metodologías activas que promuevan la reflexión crítica de los profesionales y los estudiantes acerca de situaciones de injusticia social e inequidad y los insten a plantear propuestas para generar o modificar estructuras políticas y jurídicas que permitan reducirlas o revertirlas, además de establecer relaciones equitativas en pro de la salud y el bienestar de la población, coherentes con su contexto, cultura, valores y creencias, entre otras perspectivas. Este patrón respondería a la pregunta ¿cuáles son las estructuras políticas y jurídicas que se deben modificar?, y su índice de credibilidad es la justicia social (Osorio, 2016).

Jean Watson publica en 1979 su teoría del cuidado humano, que se sustenta en la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Carl Rogers, cuya teoría transpersonal influyó en Watson, plantea que el cuidado es ir más allá del propio yo y del aquí y el ahora, porque permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. La relación de cuidado transpersonal depende del compromiso moral de la enfermera, cuyo objetivo es proteger, realzar

y conservar la dignidad, la humanidad, la integridad y la armonía interior de la persona. La teoría sitúa el foco en el espacio y el tiempo en que la enfermera/o y el paciente están juntos, es decir, un encuentro que crea la ocasión o el momento para el cuidado humano (Watson, 1979). Para Fawcett (2002) la acción de cuidar implica un desarrollo ontológico y espiritual bidireccional entre quien realiza el cuidado y quien lo recibe, por lo que el proceso enriquece a ambos participantes y a su entorno familiar y social.

Esta teoría es existencialista-fenomenológica y humanista, y tiene un fundamento espiritual. Originalmente, Jean Watson planteó diez factores caritativos o momentos de cuidado, de los cuales dos remiten directamente al aspecto espiritual. Estos factores aumentan a cinco cuando define el proceso clínico caritas (1985) y adopta una orientación más existencialista, reconoce la influencia de Emmanuel Lévinas y profundiza en los aspectos éticos y metafísicos del cuidar, la base teórica, filosófica y práctica para el momento de cuidado, el acto más sublime de la enfermería. El cuidado humano es un acto, una dimensión ontológica, existencial, que se mueve en un proceso de relación, reciprocidad, confianza e involucramiento afectivo con otro ser humano (Watson, 1988, 2005, 2008).

Aproximación al patrón de conocimiento espiritual en enfermería

Desde una mirada antropológica el ser humano es un ser vulnerable por el solo hecho de existir. Su finitud hace que sea probable que padezca daños o lesiones (enfermedad, dolor, sufrimiento, limitación, daño moral o emocional), la muerte o el fin de su existencia (muerte biológica y biográfica). Dos acepciones de la palabra vulnerabilidad interesan para estos efectos: la antropológica, que se refiere a la fragilidad propia e intrínseca que comparten los seres humanos por su dimensión biológica y psíquica, y la vulnerabilidad sociopolítica, que son las carencias o necesidades que predisponen a las personas al sufrimiento y el daño, como el grupo, el género, la condición socioeconómica, la enfermedad, las necesidades especiales, la cultura o el ambiente. Kottow (2003) propone designar a este último sentido «susceptibilidad» y reservar el término vulnerabilidad para la condición humana que todos compartimos, lo que es interesante porque las formas de propender a una solución serían diferentes.

Todavía no hay consenso respecto a los conceptos de espiritualidad y religiosidad. Para algunos autores son nociones diferentes; para otros,

la primera contiene a la segunda. Este último es el enfoque del presente capítulo: la espiritualidad es una dimensión humana, definida como un conjunto de relaciones que dan coherencia a la existencia y a la búsqueda del propósito o el sentido de la vida, mientras que la religiosidad es una de las vías que tienen las personas para expresar su dimensión espiritual. El sentido de la vida lo descubre cada persona desde su propia individualidad, como ser único e irrepetible. La espiritualidad se relaciona con experiencias que van más allá de los fenómenos sensoriales. En su capacidad de trascender, el ser humano encuentra la forma de superar o mitigar el sufrimiento existencial y el dolor espiritual, debido a que es un ser en relación (Astrow, Puchalski y Sulmasy, 2001; Sánchez, Sierra y Zárate, 2014).

Según Sulmasy (2002), muchas personas expresan su espiritualidad a través de la experiencia religiosa sobre la base de una divinidad. Sin embargo, hay otras que lo hacen mediante el contacto con la naturaleza, la filosofía, la poesía, la música, la escritura, la lectura, la pintura, un conjunto filosófico de creencias o el encuentro con amigos o familiares. Así, aunque las personas no tengan una religión, requieren otorgar un sentido a su vida y trascender. Esto es la espiritualidad. El ser humano pasa toda su vida buscando una explicación para su existencia en el mundo y la de todos los sucesos que se agregan a ella, es decir, algo o alguien que pueda justificar que «él es» (Rodríguez, 2011).

Frankl (1991) considera el espíritu como un eje que atraviesa el consciente, preconsciente e inconsciente, y a la persona como un ser existencial, dinámico y capaz de trascenderse a sí mismo. La competencia espiritual es una exigencia ética para los profesionales de la salud y, para la enfermera/o, implica comprometerse con la realidad en que vive; incorporar esta dimensión en los cuidados es humanizarlos. La humanización de los cuidados supone comprender el significado de la vida del ser humano, un trabajo complejo, porque engloba principios éticos, aspectos espirituales, culturales, económicos, sociológicos y educativos; la humanización se siente, se percibe (Bettinelli, Waskiewicz y Erdmann, 2006).

Dado que la espiritualidad responde a preguntas o inquietudes existenciales, es importante volver a la visión de cuidado de Heidegger (2006). *Dasein* es la expresión alemana que significa *ser-ahí, aquí, allí*, y Heidegger la enuncia para comprender la existencia humana: ser en el mundo, ser uno mismo, es la conciencia que determina al ser a través de la persistencia en el tiempo y en el espacio, es la existencia de sí, es estar ahí. Para

este autor, el cuidado es inseparable de la condición humana, emerge y se amplifica en el proceso de la vida, se basa en la comprensión del ser del *Da-sein*, y le da significado a la existencia. El cuidado es ontológicamente anterior a toda otra actitud, simboliza un modo de ser esencial y nace cuando el ser de otro ser tiene valor para mí y me impulsa a expresar interés por él con desvelo y solicitud. En *Ser y tiempo* (2006), Heidegger plantea que el cuidado o *Sorge* es cuidar de y velar por otros.

El cuidado se refiere esencialmente a la existencia humana, nace de cada ser, y también es una función de los profesionales de enfermería *estar ahí*, con la conciencia, la voluntad y el conocimiento de sí mismo/a para conocer las necesidades del otro, en un encuentro de alteridad que conducirá a comprender sus valores, experiencias y visiones de mundo a través del diálogo y el respeto en una integración armónica; eso es brindar un cuidado diligente, solícito y auténtico, opuesto a un cuidado deficiente y sin consideración (Ramírez, Cárdenas y Rodríguez, 2015). Por ello, para desarrollar el cuidado, la enfermera/o tiene que comprender su propia existencia, su *Dasein*. En Heidegger la palabra cuidado tiene dos significados que están íntimamente ligados: el primero, actitud de desvelo, solicitud y atención para y con el otro, y el segundo, preocupación e inquietud. Gracias a esto, la persona que es sujeto de cuidados se siente acogida y cariñosamente ligada con el otro ser y con el mundo gracias a un propósito determinado, lo que se expresa en la praxis. Cuidado es ayudar al otro a crecer, desarrollarse y realizarse como persona para vivir en forma plena; es un imperativo moral.

Para Jean Watson, la enfermería comporta una disciplina personal: el desarrollo ontológico y espiritual de sus profesionales y el cultivo de ámbitos profundos de la propia humanidad, el sufrimiento humano y el proceso de sanación (Fawcett, 2002). La enfermería impulsa la necesidad de autodescubrirnos, autoconocernos, querer y apreciar cada parte de nuestro cuerpo, lo que nos exige vivir en armonía con nosotros mismos, con los demás y con la naturaleza. Esta disciplina personal ayuda a la enfermera/o a percibir el poder de sus manos para acariciar, establecer contacto, realizar procedimientos o ayudar al sujeto de cuidados a levantarse. El corazón le permite valorar estas percepciones para brindar un cuidado de salud que acreciente la dignidad del ser humano, realizado con arte y exteriorizado a través de distintas expresiones artísticas, que contribuyen no solo a reconocer la belleza del cuidado, sino que evoquen sensaciones

y emociones que lleven a las personas a aceptar y considerar el cuidado como un valor, un derecho y una necesidad de crecimiento espiritual. Este ideal de perfección es lo que Diego Gracia, escritor, filósofo y bioeticista español, llama cuidado de excelencia (Real Academia Nacional de Medicina de España, 2013).

La espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que cada persona requiere desarrollar para mantener una actitud de búsqueda permanente del significado de la vida, sus porqués, sus objetivos y sus aspiraciones, para lo cual el profesional debe brindar un cuidado espiritual con responsabilidad, respeto y dedicación (Tosao, 2012). La persona con necesidades espirituales es aquella que reconoce carencias y déficits en recursos personales, familiares o del entorno, que le impiden alcanzar el bienestar espiritual y lograr un estado de paz interior. Reconocer la importancia de la espiritualidad como inherente al proceso de cuidado implica investigar esta dimensión con amor y delicadeza, para estimular la reflexión con la persona respecto a qué le da sentido a su vida, e identificar los recursos personales, profesionales e institucionales para ayudarla a mantener su integridad, esperanza y salud mental positiva, o resignificar sus experiencias, aunque esté viviendo una situación adversa. Esta dimensión humana presupone y obliga a dar sentido a la vida a través de las realizaciones y estimula a crear y proyectar legados.

Además de las competencias que tienen los profesionales de enfermería para identificar la dimensión espiritual del ser humano, existen instrumentos de *screening* que permiten descubrir la presencia de una crisis espiritual profunda que requiera la derivación inmediata a un experto. Así, la enfermera/o debe evaluar sus propios recursos y reflexionar acerca de su preparación personal y disponibilidad para satisfacer la necesidad según el evento, el contexto, las circunstancias especiales y la necesidad de que participen otros profesionales. La entrevista permite elaborar una historia espiritual de la persona, conocer su vida interior y los recursos que en otras situaciones lo hubieran ayudado a afrontar una situación difícil. La historia clínica es más amplia y profunda, y permite captar información relevante acerca de necesidades, esperanzas y herramientas. Uno de los principios básicos en la entrevista es el respeto a las creencias y valores de los pacientes y sus familiares. Esta debe consistir en una aproximación delicada, empática y acogedora, en un entorno armonioso y discreto, con una actitud de escucha activa, estableciendo contacto ocular y

disponiendo de tiempo para evitar interrupciones, respetando los silencios, las negativas y los ritmos del paciente, para proporcionarle efectos terapéuticos y de ningún modo yatrogénicos.

Varios y profundos son los objetivos en una historia espiritual: que la persona comparta sus creencias espirituales o religiosas, su concepción de espiritualidad y sus metas; identificar creencias y valores que puedan influir en las decisiones que se toman respecto a su salud y prácticas espirituales que puedan ser útiles en el tratamiento y el plan de cuidados; y evaluar el sufrimiento y el origen de la fuerza espiritual, junto con reconocer los recursos internos que tiene la persona para la aceptación.

Puchalski y Romer (2000) sugieren que para evaluar el bienestar espiritual se utilice la mnemotecnica FICA: F (fe), I (importancia e influencia), C (comunidad), A (orientación-dirección), una herramienta útil en la intervención multidisciplinar para aliviar el sufrimiento, que abre un diálogo respecto a las necesidades reales, especialmente con las personas que acuden a los centros de atención primaria. La escala FACIT-Sp-1218 permite valorar el bienestar espiritual y los posibles cambios en la búsqueda del sentido tras utilizar estrategias de afrontamiento. Oros instrumentos que permiten una evaluación inicial son el cuestionario HOPE, SPIRIT, el modelo de Kristeller *et al.*, la escala de bienestar espiritual FACIT-Sp-12, la escala de afrontamiento religioso Brief-Rcope y la escala de valoración del sufrimiento espiritual de Ortega (Pérez, 2016). Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella (1999) aplicaron la escala Functional Assessment Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp) y obtuvieron que la espiritualidad se encontraba asociada con la calidad de vida en el mismo grado que el bienestar físico, y que el bienestar espiritual estaba relacionado con la capacidad de disfrutar la vida, incluso con síntomas. Según los autores, estos resultados apoyarían la utilización del modelo espiritual biopsicosocial para medir la calidad de vida en oncología. Esta escala consta de dos subescalas: una evalúa la paz y el sentido de la vida, y la otra evalúa la fe.

Uno de los componentes más importantes de la dimensión espiritual es la dignidad. Para evaluarla se han diseñado varios modelos en distintas situaciones y lenguajes, que son útiles para personas en cualquier situación y contexto, aunque se han usado principalmente con pacientes diagnosticados de cáncer que se encuentran en la etapa final de la vida. Estos modelos se clasifican en teóricos o de base empírica, y consideran

el concepto de dignidad como un rasgo intrínseco del ser humano y una dimensión subjetiva que depende de la experiencia de la persona. Algunos cuentan con un enfoque multidisciplinar y otros con la perspectiva de la enfermería. Ejemplos son el modelo de Clark (2010), que ayuda a comprender la forma en que puede ser promovida la dignidad en el proceso de cuidado, y el de Chochinov (2002), que fue diseñado para abordar la angustia psicosocial y existencial en personas que están en la etapa terminal de la enfermedad (Chochinov, 2002; Errasti, Martínez, Carvajal y Arantzamendi, 2014).

La terapia de la dignidad plantea temas centrados en aspectos vitales que han sido significativos y por los que las personas quieren ser recordadas, aspiraciones aún no logradas y la necesidad de buscar la persistencia del «yo», dejando un legado a familiares y amigos, y reencontrándose con la búsqueda personal del sentido y la profundidad de su existencia. La espiritualidad es una característica innata y universal de la naturaleza humana, aunque exclusiva de cada persona y diferente en cada cultura. Desarrollarla permite descubrir el potencial de uno mismo, tener confianza y valor, amar, y ver más allá de las circunstancias para trascender el sufrimiento y asumirlo como una oportunidad personal de desarrollo, aprendizaje y sentido. Todas las personas tienen esta facultad, pero no todas la desarrollan de igual manera. El despertar espiritual acontece de diferentes formas, surge de manera suave y natural en nuestra biografía o irrumpe bruscamente en momentos de intenso sufrimiento (Chochinov *et al.* 2005 y Chochinov, 2009).

Otra intervención es la logoterapia o terapia del sentido, que se concentra en ayudar al paciente a encontrarle sentido a su vida, independientemente de la situación que esté viviendo. Según Frankl (1991), aunque la persona se encuentre en un estado avanzado o terminal de enfermedad, puede encontrarle un sentido a su vida, y el sufrimiento, lejos de ser un obstáculo, puede ser una oportunidad para examinar lo que la vida espera de ella. Es importante definir las necesidades espirituales de las personas con instrumentos de detección y evaluación, no obstante, la principal herramienta es el propio profesional de enfermería, su intuición, observación, capacidad de relación, sensibilidad a las diferencias individuales y variaciones temporales en una misma persona, y las estrategias que le permitan afrontar esta responsabilidad con eficacia e independencia de sus propios valores y creencias. El sufrimiento existencial-espiritual es

universal, propio de cualquier persona que descubre una posible amenaza para su vida. LeMay y Wilson (2008) describieron las ocho intervenciones para atenuar el distrés existencial en pacientes con diagnóstico de enfermedades graves. Algunas preguntas ontológicas del profesional pueden ser: ¿cuán sensibilizada/o estoy con mi propia espiritualidad? y ¿me siento capacitada/o para acompañar a otro ser en la búsqueda del significado de su vida?, mientras que la pregunta epistemológica puede ser: ¿cómo se conoce el bienestar espiritual y la paz interior en el ser humano?

Reflexiones finales

A más de un siglo de que publicara sus escritos, los profesionales de enfermería siguen valorando el legado de Florence Nightingale para el conocimiento, la organización, la investigación y la educación de la disciplina.

Las relaciones son imprescindibles para comprender y aprender a crear lazos trascendentes entre dos seres humanos: el sujeto de cuidados y el enfermero/a. Es necesario un proceso de comunicación interpersonal dialógico que permita al profesional penetrar en el mundo del otro para conocer el significado de la experiencia que vive en los distintos contextos de encuentro y construir una verdadera relación comprensiva y de cuidado que responda a sus necesidades espirituales (Guerrero, 2016).

El principal propósito de este capítulo es invitar a las enfermeras/os, independientemente de cuál sea su ámbito de trabajo, a identificar, reconocer y valorar la espiritualidad en cada sujeto de cuidados con que se relacionan en su práctica habitual: niños/as, adolescentes, hombres y mujeres en edad adulta, personas con las que se vinculan diariamente en controles de salud o que atraviesan enfermedades crónicas o situaciones de vulnerabilidad social. Diversas situaciones biológicas, psicológicas y sociales pueden hacer que una persona tenga dependencia total o parcial de otras, una realidad que genera sentimientos de soledad, desesperanza, tristeza, ansiedad, dolor, sufrimiento o estrés; la percepción de ser una carga física y económica, y la pérdida del rol social.

Estas experiencias pueden contribuir a que el sentido de la vida disminuya o se pierda, y a que la persona piense en acelerar el fin de su existencia. Esta persona requiere un cuidado amoroso, delicado y respetuoso, que reconozca su dignidad y se la devuelva en caso de que la sienta disminuida; eso es practicar la esencia de la disciplina. Un enfermero/a cuyos actos de

cuidar exteriorizan conocimientos, habilidades, actitudes, valores y su propio ser demuestra preocupación, dedicación e interés por su alter ego (Guevara, Evies, Rengifo, Salas, Manrique y Palacio, 2014).

Ser profesional de enfermería es sentir el calor humano de las personas, brindar amor con las manos y el corazón, comprender al prójimo y brindarle cariño y afecto. Es cuidar con conocimientos, dedicación, respeto, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. Es ayudar al otro a crecer, oírlo y verlo con atención; esta es la mejor comunicación, la comunicación del alma y del corazón entre dos seres humanos (Guerrero, 2015).

Actualmente en Chile los cuerpos académicos de las escuelas de Enfermería cuentan con un valioso capital humano, que debería reunirse en jornadas de reflexión para analizar y proponer metodologías que permitan al profesional en formación lograr competencias en los patrones de conocimiento personal, sociopolítico, emancipatorio y espiritual, y desarrollar en los profesionales que ya ejercen capacidades para otorgar cuidados auténticos y holísticos, reconociendo sus saberes situados.

Quizá algunos colegas considerarán esta propuesta una osadía. Justamente, esa es la idea: movilizar a las académicas/os y profesionales de la práctica a profundizar, discutir y modificar el patrón espiritual de enfermería en el contexto nacional, como una manera de fortalecer este conocimiento inestimable para el sujeto de cuidados y para quienes ejercen la noble labor de cuidar. Por último, quisiera señalar que los estudiantes de Enfermería requieren conocimientos y experiencias que aborden todos los patrones de conocimiento integrados e instancias metodológicas que les ofrezcan esta oportunidad. Si queremos que comprendan al ser en forma holística, las asignaturas deben comprometerse con este principio y hacer de la integración una responsabilidad compartida del proceso de aprendizaje, lo que contribuirá a su madurez, crecimiento personal e inteligencia espiritual.

BIBLIOGRAFÍA

- Astrow, A., Puchalski, M. D. y Sulmasy, D. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *The American Journal of Medicine*, 110(4), 283-287. doi: 10.1016/S0002-9343(00)00708-7
- Attewell, A. (1998). Florence Nightingale (1820-1910). *Perspectivas: Revista Trimestral de Educación Comparada* 28(1), 173-189.
- Attewell, A. (2010). Florence Nightingale's Relevance to Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1): 101-106. doi: 10.1177/0898010109357245
- Astorquiza, I. (1970). El enfoque modelo de enfermería aplicado a la educación superior. *Revista Enfermería*, 5(26).
- Beck, D. M., Dossey, B. y Rushton, C. (2010). The 2010 International Year of the Nurse Initiative. Viewpoint. *AJN*, 110(4), 11.
- Beck, D. M. (2010). Remembering Florence Nightingale's Panorama 21st-Century Nursing. At a Critical Crossroads. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 291-301. doi: 10.1177/0898010109354919
- Bettinelli, L. A., Waskiewicz, J. y Erdmann, A. L. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 27(27), 231-239.
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M. y Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psicooncología*, 8(5), 417-428.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24. Recuperado de http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf
- Chinn, P. L. y Kramer M. B. (2011). Nursing's fundamental patterns of knowing, en *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Chinn, P. L. y Kramer, M. B. (2004). Nursing's knowledge development pathways, en *Integrated Knowledge development in nursing*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Chochinov, H., Hack, T. Hassard, T. Kristjanson, L., McClement, S. y Mike, H. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J. Clin Oncol*, 23(24), 5520-5. doi: 10.1200/JCO.2005.08.391
- Chochinov, H. (2002). Dignity-conserving care-a new model for palliative

- care: Helping the patient feel valued. *JAMA*, 287(17), 2253-2260. doi: 10.1001/jama.287.17.2253
- Chochinov, H. (2009). Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad. *Med Pal*, 16(2), 95-99. doi: 10.1200/JCO.2005.08.391
- Díaz, M. G. (2013). Filosofía de la ciencia del cuidado. Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. *RICS. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 2(3), 21-35 Recuperado de <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/17>
- Dossey, B. M. (2010). Florence Nightingale's vision for health and healing. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 221-224. doi: 10.1177/0898010110383111
- Durán, M. (2001). *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo*, 26-38. Bogotá: Proyecto Innovar, Universidad Nacional de Colombia.
- Durán, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichán*, 2(1), 7-18.
- Durán, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5(1), 86-95.
- Escobar, B. y Sanhueza, O. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 57-72. doi: 10.22235/ech.v7i1.1540
- Errasti, B., Martínez, M., Carvajal, A. y Arantzamendi, M. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. *Cuadernos de Bioética* xxv(2), 243-256.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. doi: 10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x
- Fawcett, J. (2002). The Nurses Theorist: 21st-Century Updates. Jean Watson. *Nursing Science Quarterly*, 15(3), 214-219.
- Fernández, S., Madero, K., Vallejo, S. y Carrillo, S. (2019). Aplicación del patrón de conocimiento ético por parte del profesional de Enfermería. *Ética de los Cuidados*, 12(e278), 1-6. Recuperado de <http://ciberindex.com/p/et/e278>
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Guerrero, R. (2015) Proceso caritas en una narrativa de enfermería: cuidando al adulto mayor. *Revista Cultura del Cuidado*, 12(2), 79-89.
- Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D. y Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Global*, 33, 318-327.

- Heidegger, M. (2006). *El ser y el tiempo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Jacobs, M. y Chinn, P. (1988). Perspectives on Knowing: A Model of Nursing Knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 2(2): 129-139.
- Kottow, M. (2003). The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, 17, 460-471. doi: 10.1111/1467-8519.00361
- LeMay, K. y Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 472-93.
- Macário, L. y Pereira, S. (2010). Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (2), 181-189. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllin2/serllin2a19pdf>
- Miracle, V. A. (2008). The life and impact of Florence Nightingale. *Dimens Crit Care Nurs*, (27), 21-3. doi: 10.1097/01.DCC.0000304670.76251.2e
- Osorio, J. H. (2016). Patrón de conocimiento sociopolítico en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352-7. doi: 10.15649/cuidarte.v7i2.319
- Ortega, Á. M. y González de Haro, M. D. (2016). El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Medicina Paliativa*, 23(2), 93-98. doi: 10.1016/j.medi-pa.2013.09.004
- Peplau, H. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Pérez, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41-45. doi: 10.22235/ech.v5i2.1286
- Puchalski, C. y Romer, A. (2005). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Paliative Medicine*, 3(1), 129-137. doi: 10.1089/jpm.2000.3.129
- Raile, M. y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Ramírez, M., Cárdenas, M. y Rodríguez, S. (2015). El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 144-151. doi: 10.1016/j.reu.2015.07.003

- Real Academia de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Real Academia Nacional de Medicina de España. (2013). Biografía de Diego Gracia Guillén. Recuperado de www.ranm.es
- Rosas, C. (2001). *Modelo conceptual de las necesidades humanas*, documento inédito. Instituto de Enfermería, Universidad Austral de Chile.
- Rivera, M. S. y Herrera L. M. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto & Contexto Enferm*, 15(esp), 158-163. Recuperado de www.scielo.br/pdf/tce/vnpe/v15spea19.pdf
- Rodriguez, A. (2011). La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. *Enfermería Global*, 10(2). Recuperado de www.um.es/global/
- Sánchez, R., Sierra, F. y Zárate, K. (2014). ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Rev Colomb Cancerol*, 18(2), 62-68. doi: 10.1016/j.rccan.2014.04.002
- Stanley, D. (2007). Lights in the shadows: Florence Nightingale and others who made their mark. *Contemp Nurse*, 24, 45-51. doi: 10.5555/conu.2007.24.1.45
- Siles, J. y Solano, M. (2011). La historia cultural y la estética de los cuidados. *Revista Latino-Am Enfermagem* Ribeirão Preto, 19(5). Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_06.pdf
- Sulmasy, D. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontological Society of America*, 42(3), 24-33. doi: 10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Tan, S. Y. y Holland, P. (2006). Florence Nightingale (1820-1910): Founder of modern nursing. *Singapore Med J*, 47(3), 185-6. Recuperado de <http://sma.org.sg>
- Tosao, C. (2012). Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. *FMC*, 19(6), 331-338.
- Young, P., Hortis, V., Chambi, M. y Finn, B. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev Med Chile*, 139, 807-813.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. a theory of nursing*. Nueva York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: FA Davis.
- Watson, J. (2008). *Nursing. Human caring science*. Colorado: Jones & Bartlett Learning.

- Watson, J. (2010). Florence Nightingale and the enduring legacy of trans-personal human caring-healing. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1), 107-108. doi: 10.1177/0898010110361779
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *ANS Adv Nurs Sci*, 17(4), 73-86.
- Willis, D. G. y Leone-Sheehan, D. M. (2019). Spiritual knowing: Another pattern of knowing in the discipline. *ANS Adv Nurs Sci*, 42(1), 58-68. doi: 10.1097/ans.000000000000236

CAPÍTULO 8.
PATRÓN SOCIOCRTICO EN LA FORMACIÓN
DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS. HISTORIAR CONFLICTOS Y
LEGITIMIDADES EN TORNO AL PASADO RECIENTE

Edith Rivas Riveros,¹ colaboración de Yaqueline Catalán Melinao²

Introducción

La historia le ha entregado a la enfermería la incomparable misión social del cuidado de la vida. Como práctica social, es una profesión que posee un desarrollo científico y una base ética y política de valores relativos al derecho a la salud con equidad, excelencia, tolerancia, solidaridad y con el cuidado como valor existencial. Estos valores han propiciado el principio ético de mantener o restaurar la dignidad de los pacientes en todos los ámbitos de la vida.

En este capítulo, la historicidad de la formación de las enfermeras es el eje central de reflexión. Por qué y para qué estudiar historia en enfermería quizá sea una de las preguntas más recurrentes entre las enfermeras y los enfermeros. La respuesta acaso sea que la historia contribuye a que comprendan mejor sus prácticas cotidianas y su formación integral. En función de esta convicción, entendemos que enseñar historia y ciencias sociales nos interpela sobre los desafíos que plantea ser un profesional de la enfermería.

¹ Enfermera, magíster en Salud Pública y doctora en Enfermería. Vocal de difusión y publicación de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (2006-2017), directora adjunta de la revista *Aladefe* (2011-2017). Académica e investigadora de la Universidad de La Frontera, directora del Magíster en Enfermería de la Universidad de La Frontera.

² Enfermera de la Universidad de La Frontera.

Los procesos de salud, enfermedad y muerte nos interesan en tanto han ingresado al debate público y han impulsado modificaciones en las estructuras del Estado y cambios en las relaciones profesionales y de género. Abordar dichos procesos nos permite comprender la complejidad del mundo y prestar atención a las voces silenciadas, pues las historias acerca de los procesos de enfermedad, salud y cuidados están ceñidas por la fragmentación y la tensión entre los diferentes actores y niveles de complejidad. Por ello, es vital reconstruir los múltiples contextos en los que esas historias se han inscrito: contextos específicos y puntuales del pasado que requieren un examen exhaustivo para analizar sus causas, regularidades, filiaciones, motivos e impulsos implícitos y explícitos.

Este capítulo discute la importancia y la utilidad de la historia social en la formación de la enfermería y su implicación en la enseñanza de las políticas sanitarias y la formación integral. Intenta responder cómo se integraron las asignaturas orientadas a las humanidades, lo que permite abordar los procesos históricos y sociales de la enfermería. El recorrido está centrado en el estudio del sistema sanitario y las características de la formación de la enfermería, y se divide en dos ejes. El primero transita por los posibles entrecruzamientos entre el proceso de construcción de las políticas de salud y la formación en Chile, y el segundo, por el papel que desempeñan las enfermeras respecto a las medidas vinculadas con la salubridad pública.

El objetivo es desentrañar los conceptos que atraviesan estos armados institucionales, como el higienismo y el sanitarismo, ideas desde donde se impulsará gran parte de las intervenciones públicas en salud del siglo xx. La dimensión moral y emocional son ejes vertebradores de la formación, marcada por la relación de servicio y asistencia, e interconectada con la profesionalización de ocupaciones feminizadas, como la enfermería.

La estrategia de este capítulo está orientada a motivar a las nuevas generaciones y buscar constantes conexiones entre el pasado y el presente, o entre problemáticas generales y circunstancias concretas con su futura (o actual) formación profesional, ya que la historia carece de sentido si quienes la estudian no le asignan algún tipo de valor o función con relación a sus intereses, dudas y necesidades. En efecto, no hay posibilidad de aprendizaje significativo si este no puede ser relacionado con los conocimientos previos de los distintos sujetos que encaran la tarea de aprender, así como tampoco si no hay una disposición afectiva o motivación que los lleve a involucrarse en ella.

Contexto

Mujeres y educación en Chile

Para hablar de la formación profesional en enfermería es menester desarrollar breves ideas respecto del proceso de inclusión de las mujeres en la educación chilena. Desde 1900 las mujeres se han incorporado a los ámbitos del acontecer nacional a través de instituciones públicas y privadas, especialmente de la salud, un protagonismo por el que son objeto de estudio en disciplinas como la medicina, la matronería y la enfermería. Sin embargo, las publicaciones históricas sobre la incorporación de la mujer son escasas, salvo por las que desde los setenta abordan su participación en movimientos sociales y políticos (Ramos, 1992).

La Constitución de 1833 define la educación como un componente importante del progreso del país y sienta las bases para establecer el Estado docente, que asumirá la responsabilidad de educar a la población, como un indicador de prosperidad. En el siglo XVIII, el énfasis estaba puesto en la educación primaria. La educación secundaria es impulsada en el siglo XIX y la preocupación por los estudios universitarios se consolida en 1842, cuando se funda la Universidad de Chile.

La educación femenina comienza a vivir un proceso complejo alrededor de 1825, cuando algunas voces de la época expresan que es necesario ocuparse de las mujeres y evitar su ignorancia (Radkau, 1986). El interés por educarlas apeló al objetivo de hacerlas mejores madres, esposas y amas de casa. Finalmente, son ellas quienes, durante el gobierno liberal de Aníbal Pinto (1876-1881), solicitan al ministro de Justicia e Instrucción Pública, Miguel Luis Amunátegui, ser admitidas en la universidad. Su deseo se concreta el 6 de febrero de 1877, cuando se dicta el Decreto 547/1877, conocido como decreto Amunátegui. Este derecho fue fruto de las primeras demandas de los grupos sufragistas de fines del siglo XIX y comienzos del XX³ y constituyó uno de los canales a través de los cuales las mujeres se incorporaron a la vida pública. El decreto Amunátegui señala:

³ Los países del continente americano otorgaron el derecho a sufragio pleno a las mujeres recién en el siglo XX: Estados Unidos en 1920, Ecuador en 1929, Brasil en 1932, Uruguay en 1932, Cuba en 1933, Argentina en 1947, Venezuela en 1947, Costa Rica en 1949, Chile en 1949, México en 1953, Nicaragua en 1955, Perú en 1955, Colombia en 1957 y Paraguay en 1961 (Organización de Estados Americanos, 1965).

Considerando: que conviene estimular a las mujeres a que realicen estudios serios y sólidos; que ellas pueden ejercer con ventaja algunas de las profesiones denominadas científicas; y que importa facilitar los medios de que puedan ganar la subsistencia por sí mismas. Decreto: *Se declara que las mujeres deben ser admitidas a rendir exámenes válidos para obtener títulos profesionales, con tal que se sometan para ello a las mismas pruebas a que están sujetos los hombres* (Archivo Nacional de Chile, s.f.).

El mandato trae aparejadas grandes modificaciones sociales y administrativas, como que las mujeres podrían disponer autónomamente de sus propios bienes. Ellas se incorporan lentamente a los estudios superiores en razón de los siglos de postergación intelectual y el condicionamiento cultural de género (por creer que su rol era ser esposas y madres antes que profesionales o técnicas). Un dato anecdótico es que las primeras estudiantes mujeres asisten a la universidad acompañadas por sus madres, tías o abuelas. Así, su incorporación al mundo de los estudios es un proceso difícil que requiere de mucha valentía para cargar con un peso agregado por el simple hecho de haber nacido mujer (Archivo Nacional de Chile, s.f.).

Entre 1907 y 1940, la participación de la mujer en las universidades es reducida y se concentra casi exclusivamente en Pedagogía y Enfermería. Entre 1960 y 1990, su ingreso aumenta en todas las carreras, aunque continúa prevaleciendo en esas dos. El acceso de las mujeres a la instrucción pública o privada constituye un avance, aunque su orientación tiende a reproducir los papeles que les asigna la cultura (madre, esposa y ama de casa). Esto incide en la elección de oficios y profesiones que refuerzan los roles considerados naturales, a pesar de responder a una construcción cultural. En Chile, en términos generarles, el acceso de las mujeres a la educación es significativo y se destaca del resto de Latinoamérica. Esto les ha otorgado poder para actuar en la vida económica, política y social del país.

Formación de enfermeras en Chile

Para desarrollar este apartado, es necesario describir de forma resumida el perfil epidemiológico de la época y algunos hitos del desarrollo del sistema de salud. En 1960 la mortalidad infantil era de 120 por 1000 nacidos vivos (NV), cerca del 60 % de las muertes ocurría antes de los 15 años de edad y aproximadamente un 60 % de los menores de 6 años de las comunas de

Chile central presentaba algún grado de desnutrición (Mönckeberg, 1993), lo que contribuía a aumentar la mortalidad infantil por enfermedades entéricas y respiratorias. Por su parte, la mortalidad materna era potencialmente alta: en 1965 se producían 27,9 defunciones por cada 10 000 NV (Viel y Campos, 1987), el número de mujeres hospitalizadas por aborto alcanzaba las 57 368 en 1960 y más de un tercio de estos abortos eran clandestinos (Rossetot y Meneguello, 1990). La atención profesional del parto era solo de 52 %, y en algunas provincias no superaba el 40 % (Celade en Szot, 2002). Sin embargo, a pesar de los deficientes indicadores de salud, existían legislaciones como la Ley 4054/1924, del Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez; la Ley 6174/1939, de Medicina Preventiva; la Ley 6236/1938, conocida como la ley de la madre y el niño; el DFL 245/1953, que establece la Asignación Familiar Obrera, y la asignación familiar prenatal estipulada en el artículo 26 de la Ley 12401/1956, además de entidades como la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia, creada en 1942, y las unidades sanitarias (Mardones, 1991), que fueron las primeras estructuras encargadas de responder a los problemas de salud de la población a nivel primario y tuvieron entre sus funciones la vigilancia epidemiológica.

En este escenario, las políticas de salud dirigidas a madres y niños buscaron disminuir las altas tasas de mortalidad a través del Servicio Nacional de Salud (SNS), un sistema único de acceso universal creado en 1952 y pionero en Latinoamérica. Inspirado en la medicina social, constituyó un hito institucional que consolidó los esfuerzos desplegados por la comunidad médica y parte de la clase política (Molina, 2006).

Sin embargo, el país no contaba con suficientes profesionales sanitarios y personal administrativo calificado para brindar la asistencia que requería la población. Según datos de Zarate y Godoy (2011) en 1960, el Programa de Salud Materno Infantil (PSMI) concentraba el 23,4 % del presupuesto total y, en 1961, las atenciones brindadas representaban más de la mitad de las acciones del SNS, lo que situó al PSMI en un importante lugar dentro del nuevo servicio de salud.

La decisión política de formar enfermeras en Chile fue propiciada por médicos que tuvieron la oportunidad de observar el trabajo que desempeñaban en Europa y por el apoyo de la Asistencia Internacional para el Desarrollo (AID), que se implementó después de la Segunda Guerra Mundial. Definida como un fenómeno geopolítico, tecnocrático o humanitario que impuso fuerzas modeladoras a las estructuras estatales

en los países receptores, la AID operó como un canal a través del cual los Estados poderosos, (países donantes), influyeron sobre el proceso de «modernización» de los países no desarrollados, institucionalizando normas y principios que determinaban su comportamiento interno e internacional. El programa introdujo patrones de asistencia por medio del ejercicio profesional, práctica que a su vez determinó el proceso de formación estatal y «modernización» de las sociedades receptoras. De esta forma, la asistencia permeó la transformación económico-social y la formación estatal de los países receptores, proceso que lleva aparejados el manejo de poder, la hegemonía y la riqueza. Pero más que responder a intereses económicos de seguridad reducidos, promover el progreso económico de los países subdesarrollados, disminuir la pobreza, satisfacer las necesidades básicas o servir al bienestar de las burocracias internacionales creó Estados desarrollistas, con responsabilidades y funciones frente a las sociedades, los mercados internos y el sistema internacional.

La Fundación Rockefeller (FR) participó en el proceso de cambio de la salud, desde la remodelación de las estrategias coloniales hasta el nuevo diseño de las políticas públicas, antes, durante y después de la Segunda Guerra Mundial y hasta fines de la década del 1960. El modelo desarrollista proporcionó el capital físico y los recursos humanos necesarios para plantear la necesidad de contar con enfermeras en América Latina (Montúfar, 2004).

De acuerdo con Montúfar (2004), la FR mostró preocupación por la salud pública como una responsabilidad de Estado, comportamiento denominado «acomodamiento» por la teoría de la hegemonía cultural. La asistencia sanitaria, dirigida a la formación de profesionales (enfermeras) entrenadas en esta doctrina, se enfocó en resolver los problemas de la salud pública de forma práctica y apoyar los procesos de producción norteamericanos. Vessuri (2001) señala que el modelo de educación médica norteamericano sirvió para formar enfermeras en Venezuela con preparación médico-científica y capaces de desempeñarse en la salud pública.

Contribuyeron al adoctrinamiento las becas de la FR y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que los profesionales se perfeccionaran en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. La FR no fue, como plantearon Rockefeller y Rusell, «un acto de amor al género humano», sino una institución que actuó en beneficio

de sus propios intereses y los de Estados Unidos. En un estudio respecto al rol de la FR en Venezuela y Ecuador, Quevedo *et al.* (2004) concluyen que influyó en el desarrollo de la enfermería y la formación de docentes para sus escuelas. Asimismo, de acuerdo con Uribe (2008), en 1941 la Fundación Rockefeller impulsó las visitas a domicilio y la educación del paciente, un modelo exitoso que se convertiría en la esencia de la formación de las enfermeras de salud pública en Chile.

Cuadro 1. Hitos en la formación de la enfermería, 1902-1980

1902	Curso de Enfermería en el Hospital San Francisco de Borja
1918	Código Sanitario
1919	Escuela de Enfermeras en Valparaíso (enfermeras danesas)
1919	1.ª Escuela de Beneficiencia, Escuela de Enefremería del Servicio Nacional de Salud
1925	Plan de Salubridad
1927	1.º curso de Enfermería Sanitaria
1929	Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile
1933	Escuela de Enfermeras Carlos van Buren
1941	Unidades sanitarias
1948	Escuela de Enfermería de la Universidad de Concepción
1952	Departamento de Enfermería del Servicio Nacional de Salud
1953	Colegio de Enfermeras de Chile
1956	Normas para la organización del trabajo de enfermería del SNS
1961	Estudio <i>Necesidades y recursos de enfermería en Chile</i> , de Doris Krebs
1961	Convenio Tripartito para el Desarrollo de la Enfermería (Chile, OMS, UNICEF)
1963	1.º curso de Enfermería el Colegio Universitario Regional de Temuco. Escuela de Enfermería de la Universidad Austral (Valdivia)
1965	<i>Revista Enfermería</i> del Colegio de Enfermeras de Chile
1973	Pérdida del Colegio de Enfermeras de Chile
1980	Reorganización de los servicios de salud (traspaso a las municipalidades)
1980	Nueva ley de universidades: la formación de las enfermeras deja de ser exclusivamente universitaria

Fuente: elaboración propia.

Escuelas de enfermería

La primera iniciativa de formación de enfermeras en Chile se le atribuye al médico Eduardo Moore Bravo. Comisionado a Inglaterra por la Universidad de Chile para buscar respuestas a los problemas sanitarios de la época, Moore se interesó en la labor que realizaban las enfermeras laicas preparadas de acuerdo con la Escuela Nightingale y regresó persuadido de la necesidad de mejorar los cuidados en salud. En 1902, logró formar el primer curso de Enfermería del país en el Hospital San Francisco de Borja, con carácter de profesión femenina. En su acta de constitución se lee:

Art. 2.º: La enseñanza será gratuita, y ningún profesor ni ayudantes serán remunerados.

Art. 3.º: Para ser admitida como alumna de la escuela, se necesitan los siguientes requisitos:

1. Tener buena educación.
2. Poseer instrucción primaria.
3. Tener una moralidad irreprochable.
4. Ser muy de buena salud.
5. No tener menos de 18 años ni más de 37 años.

Art. 4.º: Los estudios durarán mínimo tres años divididos en seis semestres. Los trabajos serán esencialmente prácticos, de tres horas a lo menos diarias.

Art. 12.º: Las enfermeras tendrán un vestuario uniformado (Flores, 1965, p. 21).

Esta primera promoción se graduó en 1904 y las egresadas debieron soportar el rechazo de algunos sectores de la sociedad que, por razones sociales o religiosas, no las aceptaban. Sin embargo, la calidad de los cuidados, los cambios observados en los servicios, el sentimiento de seguridad expresado por los enfermos y el reconocimiento de los médicos a su pericia y seguridad aumentó la demanda de estas profesionales (Flores, 1965). La prensa se refirió a las nuevas enfermeras en los siguientes términos:

Saben acomodar sin agitaciones al paciente sobre su lecho, adivinan lo que les molesta, y lo disponen todo sin ruido, de una manera sencilla, que no se les había ocurrido a los demás. Los familiares pueden salir un

momento a respirar, y si alguien pregunta con sobresalto: «¿La enferma está sola?», otro responde seguro: «Está con la enfermera». Y todos se tranquilizan (Flores, 1965, p. 22).

Un reconocimiento destacado es el que hizo el doctor Moisés Amaral con la ponencia «La profesión de enfermería», que presentó en el Congreso Médico Latinoamericano realizado en Argentina en 1904. En su exposición señaló: «Los sacrificios de los facultativos no serán ciertamente los benéficos resultados que deberían obtenerse, si aquellos no cuentan con ayudantes o enfermeras suficientemente preparadas» (Amaral, 1904, p. 6). En uno de los acuerdos del Congreso se puede leer: «Se recomienda a los países latinoamericanos la creación de escuelas de Enfermería» (Amaral, 1904, p. 7).

Es así como en junio de 1906 se crea la Escuela de Enfermeras del Estado, dependiente de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile, el primer programa de esta índole en Sudamérica (Flores, 1965), que funcionó en una sala de la sección de mujeres del Hospital San Vicente de Paul. También se elabora el primer uniforme para la atención en domicilio y en 1917 se revisan y reformulan los planes y programas con el fin de adecuar las materias a las necesidades sanitarias de aquel entonces.

En 1919 se fundan la Escuela de Enfermeras en Valparaíso, responsabilidad del médico Jean Thierry junto con un grupo de enfermeras danesas; la Escuela de Enfermería de Beneficencia, y la Escuela de Enfermería del Servicio Nacional de Salud, anexa al Hospital de niños Manuel Arriarán, en Santiago, con características de la Escuela Nighthingale, en régimen de internado de tres años y acreditación especial en atención de niños. Su plan de estudios era similar al de la Escuela de Enfermeras del Estado y en 1924 se graduaron cinco alumnas de sus aulas. Las docentes fueron becadas para perfeccionarse en el extranjero.

Uno de los grandes hitos fue la normativa que estableció que «la educación de las enfermeras debe ser responsabilidad de las universidades» (Archivo Nacional de Chile, s.f.). Este decreto determinó la uniformidad de la educación de las enfermeras y su carácter universitario. Otro hito fue la decisión de que la enseñanza fuera supervisada por enfermeras instructoras, que contó con un gran respaldo y se transformó en un generoso estímulo para la carrera.

El plan de salubridad elaborado en 1925 por el doctor John Long, higienista norteamericano y asesor técnico en salubridad, planteó la necesidad

de contar con enfermeras sanitarias, ya que en la época Chile solo preparaba enfermeras para la atención de enfermos en el hospital y el hogar. Por ello, en 1926, la enfermera sanitaria norteamericana Sara Adams Stewart organizó la Escuela de Enfermeras Sanitarias con la colaboración de Cora Mayers y Eleanira González. Los aportes de Adams elevaron el nivel de la enfermería en Chile, y la Escuela de Enfermeras Sanitarias abrió su matrícula en 1927, para comenzar a formar enfermeras hospitalarias en tres años y enfermeras sanitarias con un cuarto año de estudios. A este curso podían acceder las enfermeras egresadas de la Escuela de Beneficencia que optaban por la enfermería sanitaria.

Posteriormente, se empieza a exigir a los candidatos estar en posesión de conocimientos equivalentes al sexto año de enseñanza secundaria para ingresar. La formación tenía una duración de tres años en un régimen de internado con práctica hospitalaria, lo cual enriquece notablemente el plan de estudios. Un aporte a la imagen de la identidad de la enfermera de la época es la creación en 1926 del Hogar de Enfermeras, en cuyos estatutos se puede leer:

Velar por los legítimos intereses de la profesión y contribuir a que esta adquiriera la dignidad y significación social que tenía en otros países; facilitar el perfeccionamiento profesional y cultural de sus socias mediante la formación de una biblioteca; cursos de perfeccionamiento para graduadas, conferencias, becas, comisiones al extranjero; editar una revista y crear una oficina de informaciones para el público (Van Buren, Del Río, Greve, 1935, p. 403).

En 1929 la fusión de la Escuela de Enfermeras del Estado, dependiente de la Facultad de Medicina, y la Escuela de Enfermeras Sanitarias da origen a la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile: «El mejoramiento del programa de estudios, la calidad de sus docentes y la nueva orientación de la enseñanza, como la elevación de los requisitos de ingreso del estudiante, califican esta fecha como el de la iniciación de la verdadera profesión» (Flores, 1965, p. 64). Su primera directora fue Rosalba Flores, que estructuró y presidió la Asociación de Enfermeras en 1943, organización que antecedió al Colegio de Enfermeras de Chile, fundado en 1953. Esta mujer visionaria y comprometida dejó un enorme legado en la docencia, gracias a su capacidad de interpretar las tendencias de la salud

mundial, adecuarlas a la realidad chilena y diseñar estrategias para que la enfermera pudiera dar respuestas integrales a los nuevos desafíos.

Cuatro años más tarde, en 1933, se crea la Escuela de Enfermeras Carlos van Buren. Una de sus primeras egresadas fue Gladys Peake, que llegaría a ocupar el cargo de enfermera jefe del Hospital Van Buren de Valparaíso. Un nuevo hito ocurre en 1941, cuando la Fundación Rockefeller y la enfermera Elizabeth Brackett crean las unidades sanitarias con el objetivo de fortalecer la formación práctica de las enfermeras y preparar profesionales docentes que cursarían estudios de posgrado en Canadá y Estados Unidos. En 1947 comienza un programa de formación de tres años y tres meses en Concepción, que otorgaría el título de enfermera con formación hospitalaria y de salud pública. En 1965 tenía una matrícula de 193 alumnas y en 1970 pasa a ser la Escuela de Enfermería de la Universidad de Concepción (Valenzuela, 2007). En 1950 se crea la Escuela Isidora Lyon Cousiño, que funcionó con la asesoría profesional de dos enfermeras de la Escuela de Beneficencia y la dirección de una religiosa, y que en 1952 es incorporada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica.

El trabajo de estructuración y funcionamiento de la enfermería continúa durante los años siguientes y, en 1956, la Sección de Enfermería del Servicio Nacional de Salud presenta las «Normas para la organización del trabajo en enfermería, hospitales y en salud pública». Sin embargo, a pesar de estos avances continúan los problemas, especialmente «el déficit de enfermeras»: el 49 % de los hospitales del país no contaba con enfermeras y 6 de ellos tenían una capacidad superior a 400 camas. A comienzos de 1961, el número de médicos inscritos en el Colegio Médico de Chile era de 4933 y el país disponía de 1433 enfermeras, lo que constituye una notoria desproporción (Sandoval, 1966).

Este argumento dio pie para que Chile, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (Unicef) suscribieran el Convenio Tripartito para el Desarrollo de la Enfermería, cuyo objetivo era incentivar la formación de enfermeras en el país. De esta forma, en 1963 se crean la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile en Valdivia y el primer curso de enfermeras de los colegios regionales de Temuco (que posteriormente sería la carrera de Enfermería de la Universidad de La Frontera), La Serena, Antofagasta y Talca. Los requisitos para ingresar a estas escuelas eran cursar una solicitud de admisión, tener la licencia secundaria, asistir a una entrevista con el jefe de carrera,

someterse a un examen médico, y rendir un test de razonamiento abstracto, razonamiento verbal, razonamiento mecánico, habilidad numérica, relaciones espaciales, velocidad y exactitud, lectura e interés.

Posteriormente, se crean carreras y escuelas de Enfermería en el Instituto Profesional de Chillán, la Universidad del Biobío y la Universidad de Magallanes en 1988; la Universidad Católica del Maule en 1991; la Universidad de La Serena (mediante la fusión de la Universidad Técnica del Estado, la sede de la Universidad de Chile y la Escuela Normal) y la Universidad Diego Portales en 1992; las universidades de Santiago y Tarapacá en 1994-1995; la Universidad Arturo Prat, la Universidad de la Santísima Concepción y la Universidad Mayor en 1997, y la Universidad Andrés Bello en 1999.

Todas estas escuelas desarrollaron un estricto sistema de formación personal, social y académico, y sus alumnos debieron cumplir rigurosos requisitos en el proceso de admisión, mantención y egreso (Flores, 1965).

Análisis crítico

En razón de los hechos descritos respecto a la constitución de la enfermería en Chile, se puede decir que en un comienzo sus procesos de formación fueron muy normativos y rígidos, enmarcados en la perspectiva positivista, tradicionalista y con un reduccionismo dominante. Sus enfoques educativos estaban centrados en la atención individual a nivel hospitalario y domiciliario, con énfasis en el desarrollo de la habilidad para atender pacientes.

El positivismo, también conocido como pensamiento racionalista o empírico-analista fue el paradigma dominante desde el siglo *xix* hasta el *xx* (García, 1981). Esta corriente filosófica sostiene que el único conocimiento válido es el «conocimiento científico» (Ferrater, 1994), de manera que las ciencias físicas-naturales son el único método y modelo legítimo hasta avanzado el siglo *xx* (Bacon, 1980). Bajo este paradigma, que convierte a la razón en un instrumento positivista (Contreras, 2006), mientras que la técnica subyuga al desarrollo en el hombre (Horkheimer, 1973), la enfermería es una mera aplicadora de técnicas, subordinada a la figura del médico respecto al cual debe coexistir como su auxiliar. Mientras que la enfermera es una simple manipuladora externa respecto del estado de salud, el paciente es un receptor pasivo de procedimientos y tratamientos.

Las funciones de la enfermería están afectas a las estructuras hegemónicas, las que fueron enmarañando su actuar y perpetuando su dependencia.

Vistos los primeros textos descriptivos, las enfermeras que lideraron el proceso de profesionalización intentan que su actividad alcance el estatus que merece en el ámbito de la salud. Así, despliegan un itinerario de arduo trabajo para transformar una ocupación catalogada como ayudante del médico en una profesión propia. Un aliciente importante en este proceso fue el perfeccionamiento al que tuvieron acceso gracias a las becas que recibieron para estudiar en EE. UU., una oportunidad de actualización y progreso profesional y personal, que les permitió adquirir nuevos conocimientos que incidieron directamente en su práctica de la enfermería.

El modelo de enseñanza de esa época era la pedagogía de la transmisión, donde el docente era el conocedor de la información y el alumno, el desconocedor. Los conocimientos teóricos y la práctica estaban centrados en la enfermedad y en materias como la patología y la parasitología, impartidas por clínicos (Vessuri, 1999). El currículo seguía un orden deductivo, subdividido en disciplinas sin mayor relación entre ellas y centrado en los aspectos biomédicos y técnicos.

El método de enseñanza era el teórico-práctico, es decir, la instructora dictaba clases magistrales y evaluaba a los estudiantes individual y periódicamente mediante exámenes escritos, orales y prácticos, con la finalidad de validar el método de enseñanza y la capacidad de los alumnos. Asimismo, prevalecía el modelo de formación autoritario, que tenía sus raíces en la disciplina como instrumento de vigilancia; la responsabilidad normalizada como parámetro de eficiencia, y la subordinación profesional análoga a la subordinación de género. La marcada tendencia a obedecer y respetar a la autoridad y la norma generaba relaciones de opresor-oprimido entre el maestro y el alumno, que reforzaban una pasividad que se traducía en sumisión.

El enfoque de la formación que recibían las enfermeras era eminentemente biologicista, ya que los planes de estudios se organizaban en torno a especialidades médicas tradicionales y asignaturas del área, como técnicas y procedimientos de enfermería, cuidados de enfermos de medicina general y cirugía general. El modelo pedagógico se fundamentaba en el patrón «aprender haciendo» y en la vigilancia moral y técnica de las aprendices, sistema que surge de la Escuela Nightingale (Long, 2004). La orientación curricular estaba centrada en el individuo y en la enfermedad, o sea, una

formación tradicional que no preparaba para el cambio. Por último, la evaluación permitía jerarquizar y vigilar la cantidad del trabajo realizado, pero muy pocas veces la calidad del conocimiento (Romero, 1993).

En este contexto, a nivel internacional se crea la Organización Mundial de la Salud, que influye positivamente en el desarrollo de la enfermería, ya que establece un nuevo concepto de salud y le da especial relevancia a la formación del personal sanitario, recomendando a los países miembros las características de la educación de las enfermeras y la orientación curricular de las escuelas (Fagin, 1989).

Un aspecto fundamental de la formación durante el periodo comprendido entre 1920 y 1960 es el desarrollo valórico de las enfermeras: a pesar de las paupérrimas condiciones de trabajo y la falta de incentivos (no necesariamente económicos), su motivación es alta y se identifican positivamente con su profesión. En los años setenta, el proceso de enseñanza-aprendizaje se dirige hacia el espacio comunitario y la participación social, y la población se transforma en el recurso más importante para el cuidado, con énfasis en la promoción y la protección de la salud (De Roux, Pedersen, Pons y Pracilio, 1990). En estos mismos años, la teoría de la liberación de Freire (1970) defiende los enfoques críticos de la educación y tiene una influencia significativa en la enfermería, especialmente en los currículos, transmitiendo conocimientos y valores de la cultura. Al respecto, Mangay-Manglacas (1992) hace hincapié en la atención primaria: «Las enfermeras han internalizado el reto de la salud para todos y la estrategia de atención primaria, sin embargo, por las numerosas restricciones, las innovaciones que se desarrollan con gran creatividad no están sistemáticamente estudiadas o documentadas» (pp. 267- 270).

En los años ochenta y noventa, el currículo aborda científicamente al paciente y la comunidad con énfasis en los problemas sociales, incorpora cuestiones éticas y morales, es más creativo, y aumenta su capacidad de propiciar el pensamiento crítico y defender los derechos del usuario (Bevis y Weston, 1989). Asimismo, favorece la inclusión de las ciencias sociales, la comunicación social y la planificación urbana para conocer mejor a la población y sus dinámicas de organización y participación social.

A fines del siglo xx surgen nuevos modelos de enseñanza, en los que el estudiante pasa a ser el protagonista, el centro de atención, y requiere participar más activamente en su formación. En enfermería se hace evidente la necesidad de incorporar a los currículos asignaturas relacionadas con

las ciencias sociales, las humanidades y la investigación. Con este modelo, el docente no solo debe actualizar sus estrategias metodológicas, sino también comprometerse con la formación permanente, para dominar las nuevas formas de aprendizaje y adecuarse a los objetivos educacionales. A nivel de pregrado, se enfatiza el desarrollo del ser humano en sus diferentes etapas y se utilizan las necesidades humanas propuestas por Abraham Maslow como referente teórico. En tal sentido, se incorporan asignaturas para que el estudiante conozca, interactúe y aprenda el cuidado de la persona en cada una de las etapas de su vida y en su entorno, dentro de la familia y la sociedad.

A partir del desarrollo de las teorías y los modelos de enfermería, el proceso de enfermería, los diagnósticos enfermeros y los planes de cuidados, se añaden nuevos conceptos y contenidos a la estructura de la enseñanza, generando cambios en la educación y la práctica de la disciplina. Si bien prevalece el modelo biomédico asentado en los conceptos de síntomas, diagnóstico y tratamiento, el Consejo Internacional de Enfermería recomienda que la formación esté orientada y fundamentada en el principio de la persona que es cuidadora por virtud de su humanidad.

Aunque en los años ochenta y noventa se discute respecto al pensamiento crítico y el paradigma sociocrítico y se intenta que forme parte de la identidad de la enfermería, se trata de un proceso largo cuyo desarrollo es aún incipiente y poco visible. Como se ha descrito, la enfermería en Chile transitó desde ser una profesión hasta constituirse en una disciplina. Para ello, requirió un lenguaje científico capaz de organizar los conocimientos y darles significación global. El conocimiento se estructuró sobre la base de conceptos, proposiciones, modelos y teorías americanas y aún no se ha desarrollado un marco teórico propio que encuadre la disciplina en la realidad social de los problemas del cuidado de la salud latinoamericana.

Si bien el modelo conceptual benefició la comunicación significativa, la guía práctica y la docencia, y permitió representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera, sigue estando pendiente la toma de conciencia de la autonomía y la responsabilidad que conlleva la disciplina. Aun cuando en los años setenta y posteriormente en la última fase de los noventa, se puede apreciar una incipiente alineación con el pensamiento crítico y su defensa del paradigma sociocrítico, que promueve el abandono del tradicionalismo y el reduccionismo positivista, no ha existido mayor avance: el paradigma demanda conocer la realidad como praxis (Powkewitz, 2003),

unificar teoría y práctica, establecer procesos de autorreflexión y toma de decisiones consensuadas, y fundamentalmente transitar desde la racionalidad técnica a la práctica reflexiva, otorgando importancia a lo teórico por sobre lo práctico y distanciándose de la concepción positivista que reduce la práctica a la técnica.

Un análisis curricular permite reparar en la centralidad de la técnica por sobre el pensamiento. Por ello, una actitud activa respecto de las epistemologías y las metodologías productoras de conocimiento ayudaría a evitar las tecnocracias y la dominación social generadas por la instrumentalización, y desarrollar «una conciencia crítica, orientada a la emancipación y la autonomía, con el propósito del mejoramiento de la experiencia individual y social» (Habermas en Minguez y Siles, 2014, p. 599). Esto, en palabras de Habermas (2002) se acerca al conocimiento emancipatorio. Una enfermería sociocrítica puede definirse como «el tipo de conocimiento que es propio de una enfermería social inmersa en un proceso dialéctico y subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades sociosanitarias» (Siles en Minguez y Siles, 2015, pp. 599-600). Esta enfermería sociocrítica es la que estudia al sujeto y los sucesos históricos (Medina, 1999). Con la llegada del nuevo paradigma, el proceso de formación (Siles y Solano, 2009) se modifica para dar satisfacción a un concepto donde cada ciudadano es responsable de su propia salud. Al respecto, los estudios de Profetto-McGrath (2003), y White (2004) muestran la diferencia en la toma de decisiones de carácter clínico cuando la atención es prestada por enfermeras con pensamiento crítico.

Habermas describe cuatro etapas para la práctica reflexiva: descripción e interpretación de la situación que se aborda, búsqueda de los motivos que generan esa situación, modificación de la situación y evaluación de la capacidad para modificarla (Moreno, 2014). En enfermería, la teoría crítica y el saber emancipador son procesos y productos de un trabajo que aún tiene un largo camino por delante para abordar las perspectivas individuales y desafiar las desigualdades e injusticias sociales. Al respecto, la teoría es crítica en el sentido de que el análisis indica que las raíces y las consecuencias de las desigualdades sociales privilegian a un grupo por sobre otro (Carnegie y Kiger, 2009). Para Chinn (2011), el saber emancipador significa cuestionar la naturaleza del conocimiento, las formas en que se adquiere ese conocimiento y los modos en que contribuye a disminuir los problemas sociales. Así, el saber se construye de una manera que refleja

la hegemonía imperante o las suposiciones problemáticas acerca de *cómo son las cosas* y da lugar a lo que es posible cambiar. Esta toma de conciencia puede ocurrir cuando la situación se vuelve intolerable o frente a retos del *statu quo*. Otro aspecto son los desequilibrios de poder que están incrustados en los discursos simbólicos a través de imágenes, anuncios, obras de arte, cuestiones lingüísticas y la escritura no verbal de la realidad social. Aquí, el postestructuralismo crítico analiza cómo funciona el discurso, cómo se crean desequilibrios, cómo surgen desventajas para algunas clases sociales, y cómo se deslumbran e iluminan las posibilidades para el cambio (Doering, 1992; Foucault, 1980, 1984).

Como ya se ha mencionado, el sistema de aprendizaje que ha prevalecido sitúa a las enfermeras en un contexto que no solo explota el trabajo de las mujeres en los hospitales, sino que también socava los valores fundamentales de la enfermería (Kagan, 2006). En este sentido, Roberts (1983) las describe como un grupo oprimido, que desea que pueda liberarse y desarrollar una profesión autónoma.

Traer las injusticias sociales a la conciencia es también una cuestión crítica. El cuestionamiento crítico asume que las libertades se encuentran, lo que significa que las posibilidades de ser libre y desarrollar el potencial individual están determinadas por la situación de cada persona. Desde la perspectiva emancipadora, al hacerse visibles las condiciones que limitan el desarrollo del potencial del ser humano, la persona es consciente de que lo imaginado puede llegar a ser real y mejorar. El cuestionamiento crítico requiere una profunda conciencia, que no es fácil de cultivar o internalizar. Exige ver más allá de la experiencia personal y medir la situación fuera de ella. Es fácil aceptar un *statu quo* injusto respecto de la hegemonía, pero para llegar a la toma de conciencia se requiere de una gran dosis de coraje, persistencia y apoyo de pares o del colectivo (Giddings, 2005).

Otra arista del problema son los procesos creativos emancipadores, que requieren tener conciencia de lo no equitativo, es decir, darse cuenta de que algo no está bien y tiene que cambiar. Imaginar las posibilidades de cómo las situaciones podrían ser más equitativas y justas es una dimensión que se desarrolla a través del diálogo y el intercambio de información. Así, la crítica y la imaginación son activistas frente a las injusticias. En un ejemplo, las personas que buscan la liberación son enfermeras y los asociados son educadores de enfermería que conocen la experiencia práctica de las enfermeras clínicas. Los miembros del grupo comparten un interés

por cambiar un *statu quo* que les parece problemático y discuten para dar a conocer las condiciones que lo sostienen. Al ocurrir el intercambio, ocurre el conocimiento y se crea un futuro más enriquecedor. Es a partir de las exploraciones en la praxis que el saber emancipador comienza a emerger. Freire llamó a este proceso de concientización «aprender a percibir las contradicciones sociales, políticas y económicas, para tomar medidas contra el elemento opresor» (Freire, 1970, p. 19).

Palabras finales

Históricamente, la enfermería ha tenido una formación comprometida y responsable con la sociedad, ha trabajado intensamente y ha intentado desarrollar la autonomía profesional. Los logros han sido muchos, pero no han estado exentos de dificultades, riesgos y oportunidades. La profesión se ha perfeccionado con un trabajo de gran sentido social para entregar su saber, brindar atención y resolver los problemas de salud de la población (Dal Poz, Galin, Novick y Varella, 2000).

En este transcurrir se ha avanzado en las ideas de Nájera y Castrillón (2011) sobre concentrar la atención en el futuro deseado, con miradas integrales y creativas a partir de acuerdos convergentes. Se espera que las enfermeras/os sean portadores de proyectos innovadores que desde lo ideológico generen un cambio cultural en las concepciones y prácticas ante la vida y la salud, y desde lo cognoscitivo-tecnológico involucren la producción y utilización de conocimientos y técnicas coherentes con los supuestos políticos requeridos por los usuarios. Y finalmente que, producto de su trabajo, se hable de un paradigma social de la salud y de la gestión social de la salud (Vilaca, 1996).

BIBLIOGRAFÍA

- Amaral, M. (1904). *La profesión de enfermera. Necesidad de difundir su enseñanza*. Santiago: Imprenta y Encuadernación El Globo. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0065705.pdf>
- Archivo Nacional de Chile. (s.f.). *Decreto Amunátegui. Mujeres a la universidad*. Recuperado de https://www.archivonacional.gob.cl/616/w3-article-8046.html?_noredirect=1
- Arellano, J. (1985). *Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984*. Santiago: Cieplan.
- Armijo, R. y Monreal, T. (1964). Epidemiología del aborto provocado en Santiago. *Revista Médica de Chile*, 1964. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7284225&pid=So717-752620140005000010
- Bacon, F. (1980). *Ensayos*. Buenos Aires: Aguilar.
- Bevis, O. y Weston, J. (1989). *Toward a caring curriculum: a new pedagogy for nursing*. Nueva York: NLN.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f.). *Periodo 1925-1973. Profundización y crisis de la democracia*. Recuperado de https://www.bcn.cl/historiapolitica/hitos_periodo/detalle_periodo.html?per=1925-1973
- Carnegie, E. y Kiger, A. (2009). Being and doing politics: An outdated model or 21st century reality? *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1976-1984.
- Centro Latinoamericano de Demografía (s.f.). *Marco teórico: Evolución de la mortalidad infantil en Chile: periodos 1940-1960 y 1961-1980*.
- Chinn, P. y Kramer, M. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Contreras, F. (2006). Estudio crítico de la razón instrumental totalitaria en Adorno y Horkheimer. *Revista Científica de Información y Comunicación*, (3), 63-84.
- Doering, L. (1992). Power and knowledge in nursing: A feminist poststructuralist view. *Advances in Nursing Science*, 14(4), 24-33.
- Dal Poz, M., Galin, P., Novick, M. y Varella, T. (2000). *Relaciones laborales en el sector salud: Fuentes de información y métodos de análisis*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.
- Dávila, O. (1998). Estado y políticas sociales: del Estado protector al Estado subsidiario. *Última Década*, (9). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19500906>

- De Roux, G., Pedersen, D., Pons, P. y Pracilio, H. (1990). *Participación social y sistemas locales de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud.
- Fagin, C. (1989). *Enfermería del siglo XXI en América Latina*. Pennsylvania: National League for Nursing.
- Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel.
- Flores, R. (1965). *Historia de la enfermería en Chile: Síntesis de su evolución educacional*. Santiago: s.i.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Nueva York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1984). *The Foucault reader*. Nueva York: Pantheon Books.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra nueva.
- Garcés, M. (2002). *Tomando su sitio. El movimiento de pobladores de Santiago, 1957-1970*. Santiago: LOM Ediciones.
- García, J. (1981). *Positivismo e ilustración: la filosofía de David Hume*. Valencia: Departamento de Historia de la Filosofía de la Universidad de Valencia.
- Giddings, L. S. (2005). Health disparities, social injustice, and the culture of nursing. *Nursing Research*, 54, 304-312.
- Godoy, L. y Zárata, M. (2015). Trabajo y compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(3), 411-430. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5436045>
- Habermas, J. (2002). *Teoría de la acción comunicativa*. Barcelona: Laertes.
- Horkheimer, M. (1973). *Crítica de la razón instrumental*. Buenos Aires: Editorial Sur.
- Kagan, P. N. (2006). Joann Ashley 30 years later: Legacy for practice. *Nursing Science Quarterly*, 19, 317-327.
- Krebs, D. (1961). Necesidades y recursos de enfermería en Chile. Recuperado de <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-valparaíso/introduccion-al-cuidado-de-enfermeria/otros/necesidades-doris-krebs/4657006/view>
- Long, K. (2004). Formación de los profesionales de enfermería. *Nursing*, 22(10), 34-37.
- Mangay-Manglacas, A. (1992). Nursing in developing countries: needs and prospects. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 267-270.
- Mardones, R. F. (1991). Salud materno-infantil. Últimos 30 años. Evolución

- de la atención médica. En Winter, E. A. y Puentes, R. R., *Medicina Infantil*. Santiago: Speed Printer.
- Martínez, J. y Palacios, M. (1996). *Informe sobre la decencia. La diferenciación estamental de la pobreza y los subsidios públicos*. Santiago: Ediciones SUR.
- Medina, J. (1999). *La Pedagogía de cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Meller, P., Valdés, G. y Lara, B (2010). *Perspectiva de la discriminación femenina a nivel profesional*. Recuperado de <http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2010/09/Perspectiva-de-la-discriminaci%C3%B3n-femenina-a-nivel-profesional.pdf>
- Meller, P., Valdés, G. y Lara, B. (2011). Female discrimination at the professional level in Chile. *Interciencia*, 36(11), 823-830. Recuperado de <https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2018/01/823-MELLER-8.pdf>
- Minguez, I. y Siles, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4), 594-604. doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.13
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (1991). *Evaluación de las políticas sociales en Chile, 1920-1991*. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/evol.pol.soc.1920-91.pdf>
- Molina, C. (2006). Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile: 1932-1952. *Cuadernos Médicos Sociales*, 46(4), 284-304.
- Mönckeberg, F. (1993). *Jaqué al subdesarrollo ahora*. Santiago: Dolmen.
- Montúfar, C. (2004). Hacia un nuevo marco interpretativo de la asistencia internacional para el desarrollo. En Gómez, J. M. (comp), *América Latina y el desorden global neoliberal. Hegemonía, contrahegemonía, perspectivas* (pp. 245-258). Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca-virtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101030025223/12montufar.pdf>
- Nájera, R. y Castrillón, M. (2011). *La enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo*. Recuperado de http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf
- Organización de Estados Americanos. (1965). Comisión Interamericana de Mujeres. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cim/>

- Powkewitz, S. (2003). Las tecnologías culturales como control. Prácticas culturales. *Revista Educación y Pedagogía*, 15(37), 33-51.
- Profetto-McGrath, J. (2003). The relationship of critical thinking skills and critical thinking dispositions of baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 569-577.
- Quevedo, E. et al. (2004). *Café y gusano, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Radkau, V. (1986). Hacia una historiografía de la mujer. *Nueva Antropología*, 8(30), 77-94.
- Ramos, C. (1992). *Género e historia: la historiografía sobre la mujer*. Ciudad de México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior: Implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(4), 21-30.
- Romero, M. (1993). Algunos aspectos del modelo pedagógico de enfermería: una proyección del papel histórico social de la mujer. *Perspectiva: Salud-Enfermedad*, 8(1), 65-82.
- Rosselot, E. y Meneguello, J. (1990). Salud de la familia y paternidad responsable, la experiencia de Chile, 1965-1988. *Revista Médica de Chile*, (118), 330-38.
- Sandoval, L. (1966). *Perspectivas de enfermeras de Chile; trabajo final de investigación*. Santiago: NU/Cepal/Celade. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/20987>
- Siles, J. (1999). *Pasado, presente y futuro de la enfermería: una perspectiva histórica y epistemológica*. Alicante: Fundación José Llopis.
- Siles, J. y Solano, M. (2009). *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Alicante: Marfil.
- Szot, J. (2002). Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(2), 129-135. doi: 10.4067/S0717-75262002000200009
- Uribe, J. (2008). *Nurses, philanthropies, and governments: The public mission of Chilean nursing 1900-1945* (tesis doctoral, University of Pennsylvania, Philadelphia, EE. UU.). Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/304493901>
- Valenzuela, S. (2007). Boletín de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería.
- Van Buren, C., Del Río, A. y Greve, G. (1935) *Revista de Beneficencia Pública*,

- (3). Recuperado de <http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/visor/BND:65907>
- Vessuri, H. (2001). Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 8(3), 507-539. doi: 10.1590/S0104-59702001000400002
- Vessuri, H. (2001). La ciencia y sus culturas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 53(2). Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000123917_spa
- Viel, B. y Campos, W. (1987). La experiencia chilena de mortalidad materna e infantil, 1940-1985. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, (número especial), 24-28. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7184371&pid=So717-752620040001000040
- Vilaca, E. (1996). *Un nuevo sanitario: la producción social de la salud*. Sao Paulo: Hucitec.
- White, R. (2004). Discourse analysis and social constructionism. *Nurse Researcher*, 12(2), 7-16.
- Zárate, M. y Godoy, L. (2011). Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud en Chile (1952-1964). *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 131-51. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-59702011000500008

CAPÍTULO 9.
DESARROLLO PROFESIONAL DE
LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL GÉNERO: CONSTRUCCIÓN
DESDE LA PERSPECTIVA MASCULINA¹

Aylinne Castro Peña²

Introducción

El surgimiento y desarrollo de la enfermería chilena ha sido un tema de análisis en el último tiempo. La perspectiva socioantropológica y la búsqueda incesante por descubrir quiénes fueron las primeras líderes de la profesión han orientado el estudio hacia el rol de la mujer y el sentido que ella le otorga a la comunidad en que se inserta. La relación entre la enfermería y la visitación social determinó el marcado rol colectivo que comenzó a gestarse en el siglo XIX, el cual, junto con la figura de la mediadora, hicieron resaltar atributos altamente femeninos, que dieron forma a los constructos *enfermera* y *cuidado*.

Resulta innegable la necesidad de valorar a quienes fueron las primeras enfermeras y discutir las implicancias históricas relacionadas con el género: ellas asumieron y respondieron a las figuras de poder masculinas que dominaban las estructuras jerárquicas en que se cimentó la profesión y, en ese ambiente, se propusieron como objetivo de vida

¹ Agradezco la colaboración de la Escuela de Enfermería de la Universidad Mayor, sede Temuco, y del Magíster en Enfermería con mención en Gestión del Cuidado de la Universidad de La Frontera.

² Enfermera, magíster en Enfermería con mención en Gestión del Cuidado. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Mayor, sede Temuco.

mejorar la asistencia sanitaria y el cuidado. Estos hechos se visualizan en el centro, en el eje de la profesión. Sin embargo, es interesante destinar esfuerzos para revelar esa arista de la enfermería que aún no ha sido profundizada: ¿cuál es su asociación con lo femenino?, ¿quiénes fueron los primeros hombres que, fervientemente y con un marcado rol de caridad y sentido social, se atrevieron a incursionar en una labor ejercida de forma absoluta por mujeres? Pareciera que la historia de las mujeres siempre fue hablada por hombres, pero hoy, son mujeres las que relatan la historia de los primeros hombres en la profesión.

En este capítulo se expone el contexto en que la femineidad se asoció con la profesión, una herencia innegable y casi invisible que sigue hasta hoy; la forma en que el aporte del libro *Notas de enfermería: qué es y que no es*, de Florence Nightingale, se vivió en un colectivo global; las regulaciones nacionales de la profesión hacia principios del siglo XIX; la lenta y paulatina inclusión del hombre en la profesión y su desarrollo; los prejuicios y las estigmatizaciones sociales que vivió; el rol cuidador masculino, y el análisis actual, según el cual el cuidado es indistinto del género. La síntesis final expone cómo la enfermería destaca en etapas de profesionalización y profesionalismo, que llegan con la gestión del cuidado y la desestigmatización de su experiencia.

Contexto: construcción de la enfermería

Desde sus inicios, la identidad de la enfermería ha sido construida alrededor de la femineidad y reconocida como una profesión ejercida principalmente por mujeres. La tarea de cuidar se vincula con el instinto maternal, como si fuera un impulso necesario para atender a las personas enfermas, con lo que la imagen de la mujer se enlaza con el quehacer de la enfermería. El fundamento viene de la ontología hegeliana sobre la identidad de la mujer como cuidadora doméstica, dada la división sexual ancestral del trabajo y la ejecución de tareas claramente marcadas en la vida cotidiana: embarazo, parto, lactancia y crianza.

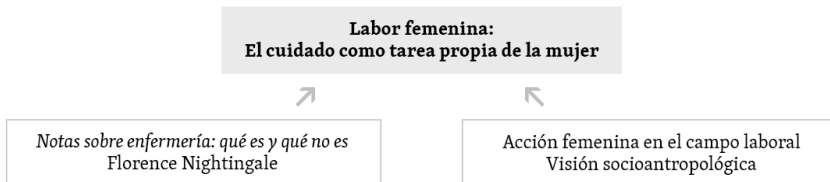
De esta forma, la relación entre la realidad profesional y la perspectiva de género no ha quedado exenta de análisis debido a los innegables atributos sociales femeninos vinculados con la mujer, como la obediencia, la pasividad, la compasión, la sensibilidad, la dependencia y la emotividad, que han contribuido a la feminización del cuidado y a crear un sistema de

subordinación que pareciera ser histórico en el desarrollo de la identidad de la enfermería. A pesar del reconocido aporte de Florence Nightingale, su legado dejó una herencia costosa en este ámbito, pues sus postulados recurrieron a cualidades innatas que debía poseer cualquier mujer que decidiera entregar su vida a la enfermería, atributos que quedaron establecidos explícitamente como requisitos de ingreso: ser joven, tener un sentido maternal desarrollado, y ser atenta y compasiva. De la misma forma, en su libro *Notas sobre enfermería, qué es y qué no es*, Nightingale (1859) utiliza un lenguaje dirigido a las mujeres, lo que devela que hasta ese entonces la enfermería era considerada una labor propia de la mujer.

La regulación chilena no fue ajena a esto. El proceso de normar la disciplina comenzó en el siglo XIX liderado por mujeres, y la realidad nacional no fue diferente a la de otros países. De hecho, se desarrolló internacionalmente de manera simultánea. Las médicas Cora Mayers y Amanda Labarca, por ejemplo, encabezaron la idea de que el cuidado debía ser ejercido exclusivamente por mujeres, mientras que la regulación del ejercicio de la matronería y la enfermería, y el ingreso de la mujer a la carrera de Medicina, abrieron la posibilidad a normativas que orientaron la feminización de la enfermería a inicios del siglo XX (Zárate, 2013).

El cruce de las corrientes socioantropológicas y la obra de Nightingale definió el cuidado como un oficio y luego como una profesión propia del género femenino. Resulta interesante citar el prólogo de *Notas sobre enfermería*: «Si cada mujer, en algún momento de su vida, tiene que ser una enfermera, es decir, tener a su cargo la salud de alguien, qué inmenso y qué valioso sería el fruto de sus experiencias unidas, si cada mujer pensara bien cómo cuidar a otros» (Nightingale, 1859, p. 1).

Figura 1. Influencias en el ejercicio profesional de la enfermería



Fuente: elaboración propia.

Existen dos aspectos vinculados a la feminización del cuidado: la herencia de Nightingale y la acción de la mujer en el campo laboral, que resulta mediadora y conciliadora en la relación entre el Estado y el pueblo. Esas determinaciones se entrelazaron con algunas necesidades de la sociedad chilena de fines del siglo XIX, como contar con mujeres instruidas que se hicieran cargo de la educación de sus hijos o pudieran paliar la estrechez económica con algún tipo de formación u oficio. A raíz de estos hechos, el debate público animó a crear regulaciones respecto de la relación entre las mujeres y la profesión universitaria desde la década de 1870, y en 1877 un decreto autorizó el acceso de las mujeres a la universidad. Dicho mandato, conocido como Decreto Amunátegui, en recuerdo del ministro de Educación que lo firmó, se basó en tres argumentos: la conveniencia de estimular en las mujeres la dedicación al estudio continuado; la arraigada creencia de que las mujeres poseían ventajas naturales para ejercer algunos oficios relacionados con la asistencia a otras personas; y la importancia de proporcionar los instrumentos para que algunas mujeres, que no contaban con el auxilio de su familia, tuvieran la posibilidad de generar su propio sustento. De este acontecimiento, que parece invisible, se desprende de la relación con la herencia de Nightingale, que adquirió fuerza debido al proceso de cambio de las regulaciones sobre el ejercicio laboral de la mujer en Chile.

En sus inicios, la incorporación de la mujer al campo laboral dio respuesta a necesidades sociales y retomó atributos directamente relacionados con el género, como el rol mediador de la mujer chilena en la sociedad (Illanes, 2006). El sistema de la visitadora social fue creado para mediar entre el Estado y el pueblo, frente a la imposibilidad de mejorar las condiciones de vida de la época y con el objeto de ejercer un sistema de beneficencia pública. En la realidad histórica del Estado asistencial, los dirigentes de estas acciones fueron médicos y la labor de visitación fue ejercida exclusivamente por mujeres, lo que permitió una ampliación en la clase obrera. Resulta necesario entonces preguntarse ¿por qué la mujer desempeñó un rol mediador entre el Estado y el pueblo?

Hasta aquí se podría establecer una relación entre las visitadoras sociales y el comienzo de la enfermería en Chile, entendiendo ambos fenómenos como una ampliación del campo laboral, o bien, que los orígenes de la enfermería chilena también poseen un cimiento en el ejercicio de la visitadora social, ya que en algún momento se planteó la idea de unificarlas

para que cumplieran una sola función: la asistencia sanitaria y el recorrido por el pueblo (Illanes, 2010). Sin embargo, las regulaciones nacionales y principalmente del Colegio Médico de la época, que dirigían la formación de las enfermeras, permitieron diferenciarlas y, finalmente, el camino de la enfermería fue unificarse y crecer como cuerpo disciplinar.

Hasta entonces, la enfermería era desarrollada de forma exclusiva por mujeres y la participación del hombre en el escenario sanitario y de atención a la persona enferma se daba mediante dos figuras de poder que estaban a la cabeza de la organización: el médico y el sacerdote. Esta estructura resulta muy similar en ambos casos respecto a la mujer: la enfermera es obediente frente al médico y frente a la autoridad religiosa, pues, para ese entonces, la enfermería se desarrollaba en torno al sentido de la compasión, la caridad del cuidado y la vocación de servir a la comunidad.

Otro aspecto importante es que en sus inicios la enfermería se definió como una profesión paramédica, es decir, la responsabilidad médica en cuanto a la formación de las primeras enfermeras era patente. Esto causó un cierto grado de sometimiento respecto a la medicina que ha dificultado el proceso de independencia, pues la figura de la mujer subordinada se ha vinculado con la imagen de la enfermera y la enfermera se ha visto históricamente subordinada al médico.

En Chile la evolución profesional de la enfermería comienza en 1902 con la creación del primer curso para enfermeras a cargo del doctor Eduardo Moore y continúa en 1906 con la fundación de la primera escuela de Enfermería en el Hospital San Vicente de Paul, la Escuela de Enfermeras del Estado. Posteriormente, en 1927, se crea la Escuela de Enfermeras Sanitarias y, dos años más tarde, ambas se fusionan dando origen a la actual Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Durante todo este proceso, la dirección de las escuelas se mantuvo a cargo de médicos, y la formación de las enfermeras, aunque orientada a la adquisición de conocimientos de la disciplina, incluyó asignaturas derivadas del quehacer médico. El Servicio de Beneficencia y Asistencia Social (1936) estableció para el segundo año las siguientes asignaturas: Patología Quirúrgica, teórica y práctica, con tres horas semanales, y Patología Médica, con dos horas semanales.

Resultan interesantes los hallazgos sobre la regulación nacional de ese entonces y la forma en que rigió la formación de las enfermeras, sobre todo respecto a las implicancias que tuvo en la feminización de la profesión. El lenguaje es claro y está dirigido a enfermeras (mujeres), mientras

que las directrices están explícitamente destinadas a alumnas. Los artículos que se exponen a continuación forman parte de la Reglamentación de las Escuelas de Enfermería de la Junta General de Beneficencia y Asistencia Social, aprobada en 1936:

I. Disposiciones generales:

Las escuelas mencionadas tendrán como objetivo fundamental preparar enfermeras que puedan cooperar técnica y científicamente a la labor del médico, en la atención de enfermos.

II. De la dirección:

[...]

3.º La dirección inmediata de la escuela corresponderá a la directora y su administración al director del hospital.

[...]

5.º La dirección técnica y disciplinaria residirá en una directora. Sus atribuciones y deberes serán los siguientes:

[...]

e) Llevar un registro especial para anotar los datos referentes al aprovechamiento, conducta, vocación, interés profesional y salud de cada una de las alumnas.

[...]

IV. De las alumnas:

[...]

12.º Para ingresar como alumna será necesario:

a) Tener más de 18 y menos de 30 años de edad.

b) Poseer una salud compatible con el ejercicio de la profesión de enfermera y no tener defectos físicos aparentes.

[...]

14.º Se aceptará como alumnas a prueba a aquellas que figuren en los primeros lugares de dicha lista.

15.º Toda alumna que ingrese por primera vez a la escuela, será aceptada en carácter de prueba. (Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, 1936, pp. 1-8).

Esta reglamentación tiene la rigidez de un sistema que comienza a regularse. Parece una herencia del afamado libro de Florence Nightingale, lo que permite concluir que la enfermería se desarrolló en todas partes

con un legado implícito y casi invisible pero palpable en su ejercicio: la feminización.

Ya hacia la década de 1940 crece el rol social y sanitario de la enfermería, aumenta su regulación, y ya cuenta con dos escuelas: la de la Universidad de Chile y la del Hospital Carlos van Buren en Valparaíso. Un momento clave de autonomía se produce en 1944, cuando la dirección de esta escuela queda a cargo de enfermeras. Este hito permitió impulsar el desarrollo profesional de una disciplina que hasta entonces había tenido que crecer a la sombra de una profesión fuerte y culturalmente dominante como la medicina.

Los primeros enfermeros: la inclusión del hombre en la profesión

Hasta 1960, el cuidado se mantuvo como una tarea propia de la mujer: el ingreso a las escuelas de Enfermería era exclusivo para las mujeres y no se admitían hombres. La inclusión de estos últimos a la profesión se realizará de forma lenta y paulatina. Recordemos que las regulaciones utilizaban un lenguaje que solo se dirigía a mujeres enfermeras o alumnas.

La incorporación del hombre a la enfermería es significativa en varios aspectos, entre ellos, la relación con el médico, que tiende a ser más horizontal que la que hay entre el médico y la enfermera, atravesada por el imaginario maternal y doméstico. Hasta entonces, el análisis de género permitía explicar que la profesión había sido construida como una labor femenina. Sin embargo, cuando los hombres deciden ejercer la enfermería surge otro fenómeno asociado al género: los enfermeros deben hacer frente a los cuestionamientos sociales, rendir cuentas y explicar por qué han decidido ejercer una profesión tan feminizada. Sus características personales, el trato cordial que brindan, su generosidad, su actitud de servicio e incluso su identidad sexual son enjuiciados por la sociedad. La masculinidad del enfermero es puesta en entredicho y su comportamiento tildado de afeminado porque el estereotipo de la enfermera lo persigue.

La asociación simbólica entre cuidados enfermeros y cualidades intrínsecamente femeninas derivaron en la falta de reconocimiento social de la profesión. Los hombres que ingresaron a las diferentes universidades chilenas a estudiar la carrera debieron experimentar prejuicios sociales y un ambiente institucional en que la relación con sus pares y los docentes les recordaba constantemente que eran los primeros varones en una pro-

fesión históricamente liderada y ejercida por mujeres. En la década de 1960 las universidades chilenas ya impartían carreras de Enfermería de cuatro años de duración a lo largo del país, con un desarrollo importante en la zona sur. A la Universidad de Chile (1929), se pueden agregar la Universidad de Concepción (1948), la Pontificia Universidad Católica de Chile (1950), la Universidad Austral de Chile (1963) y la sede en Temuco de la Universidad Técnica del Estado (1963), que posteriormente daría origen a la Universidad de La Frontera (1981).

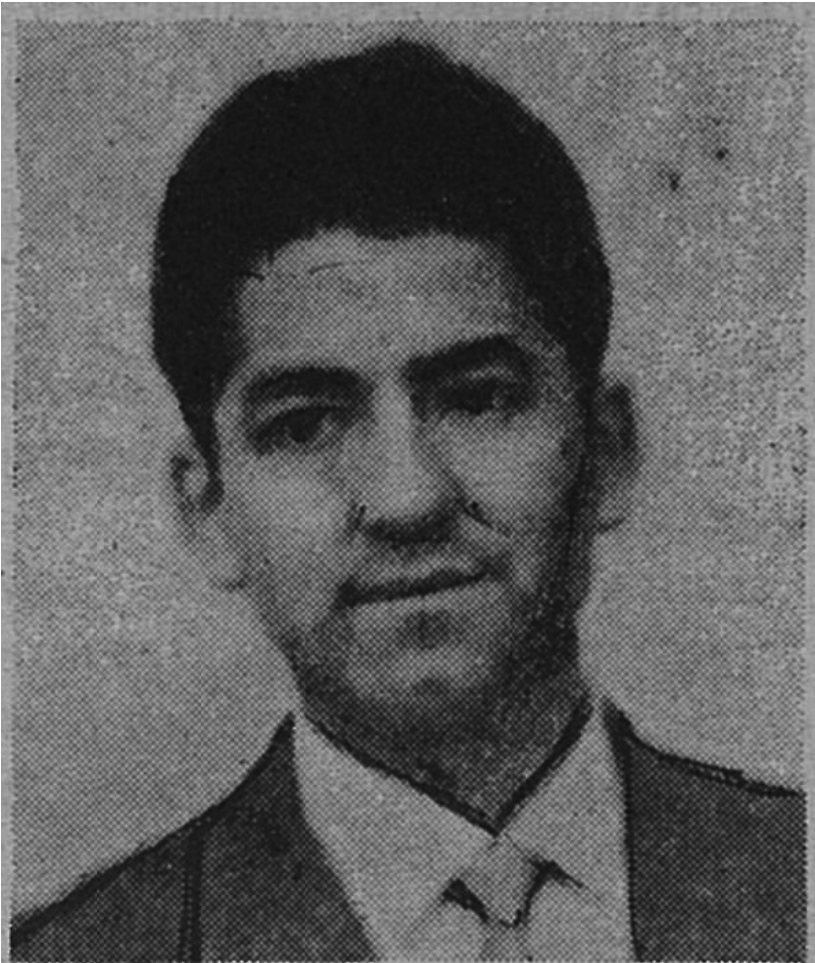
El primer enfermero chileno fue Waldo César Alfaro Retamal, que estudió en la Escuela de Enfermería del Servicio Nacional de Salud y se graduó en 1966 como el mejor alumno de su promoción. Había comenzado a trabajar como practicante y auxiliar paramédico en 1961 en el Hospital de Linares, desde donde fue enviado a la Universidad de Chile para formarse profesionalmente. Fue fusilado en Temuco inmediatamente después del golpe militar en 1973. Es recordado como un hombre afable y cariñoso, que se relacionaba por igual con todas las personas, independientemente de su condición social, política y cultural. A estos atributos, que pueden ser relacionados con las características atribuidas al cuidado femenino, se agrega la labor social que alcanzó a realizar en el marco de su profesión.

Para analizar estos temas desde la perspectiva masculina, resulta fundamental conocer la experiencia de quienes fueron los primeros enfermeros del país. Los relatos que se exponen a continuación son el resultado de una investigación cualitativa con enfoque biográfico, para la cual fueron seleccionados cuatro enfermeros con más de treinta años de ejercicio profesional, que estudiaron en universidades del sur de Chile e ingresaron a ellas entre 1970 y 1975. La metodología utilizada fue la entrevista semiestructurada y el foco estuvo puesto en la experiencia laboral que tuvieron entre 1970 y 1990.

Desarrollo profesional, 1970-1990

En el Chile de las décadas comprendidas entre 1970 y 1990, la sumisión y la obediencia a las figuras de poder en el ejercicio profesional de la enfermería se vieron fortalecidas a raíz del momento histórico-político que vivía el país. Durante este periodo, se produjeron transgresiones en el ámbito de la salud: ingresó personal militar a los recintos hospitalarios

Imagen 1. Waldo Alfaro Retamal, 1966



WALDO ALFARO, mejor alumno de la promoción de egresados en 1966 de la Escuela de Enfermería del SNS.

Fuente: Consejo Regional Santiago, Colegio de Enfermeras de Chile.

y los profesionales fueron públicamente amenazados. En el ejercicio de la enfermería, se acentuó la hegemonía del poder médico, la rigidez y el respecto a la jerarquía.

Si consideramos que el género es un constructo sociocultural, que se da dentro de un proceso histórico, económico y político, donde intervienen diferentes instituciones y agentes para explicar las diferencias entre hombres y mujeres, es fácil entender por qué este periodo tiene una importancia crucial para la historia de la enfermería chilena. Adscritas socialmente, las diferencias de género reproducen las imágenes y el simbolismo de los distintos roles sociales y ocupaciones atribuidos a un cuerpo con determinado sexo que es vinculado a las desigualdades de poder. De esta manera, el análisis de poder y género en enfermería podría dar respuestas a las preguntas que plantea el desarrollo profesional actual y, a su vez, contribuir a resolver las problemáticas de la disciplina.

De los relatos obtenidos en las entrevistas, emergieron las siguientes metacategorías y categorías intermedias en relación con la identidad profesional.

Cuadro 1. Identidad profesional de la enfermería a través del género, 1970-1990

Metacategorías	Categorías intermedias
Ejercicio profesional y hegemonía médica	Relación médico-enfermera/o
	Formación profesional
	Contexto sociopolítico
Profesión feminizada	Feminización del cuidado

Fuente: elaboración propia.

En la metacategoría *ejercicio profesional y hegemonía médica*, surgieron las categorías intermedias *relación médico-enfermera/o*, *formación profesional* y *contexto sociopolítico*, mientras que, en la metacategoría *profesión feminizada*, surgió la categoría intermedia *feminización del cuidado*.

La categoría intermedia *relación médico-enfermera/o* se manifiesta de forma diferente dependiendo de si el profesional con el cual se vincula el médico es hombre o mujer, pues el poder y el autoritarismo se ejercen

con más intensidad cuando se trata de una enfermera. Asimismo, hay más intimidación y sumisión femenina, producto del rol social histórico y el legado de la obediencia. Los relatos abordan las relaciones asimétricas de género en diversas dimensiones:

E.9.2: El concepto cuidado estaba dado a las mujeres, estaba dado a las esposas, estaba dado a las religiosas y, más aún, desde el punto de vista propio de ser mujer ellas se encargaban de eso. Los hombres deciden, los hombres dominan, los hombres mandan. La relación de enfermera-médico también es así, el médico mandaba, en el fondo el concepto hasta hoy día se da. Es que la enfermera hace lo que el médico indica. La relación del enfermero con el médico es distinta.

E.9.1: Es que por el hecho de ser hombre, te respetan. La relación médico-enfermera no es lo mismo que la relación médico-enfermero. Una vez un cirujano nos dijo: «Si ustedes son enfermeros nomás y tienen que obedecernos» [...]. Y yo estaba solo en el pasillo y observé que no estaba mi enfermera supervisora ni el jefe de servicio y respondí: «A los que hay que soportar aquí simplemente porque son médicos, váyase lejos, pero conmigo no». Este médico no me dijo nada más, ninguna reacción. Después su trato conmigo fue distinto.

E.9.2: Entonces el ser enfermero en una carrera que estaba predominada por las mujeres, eso a mí como hombre me permitía no ser pasado a llevar ni ser pisoteado como yo veía que lo hacían con las colegas mujeres, como algunas que terminaban llorando porque el médico las trataba muy mal.

La categoría intermedia *formación profesional* se exterioriza en la calidad de los médicos en tanto formadores, su responsabilidad respecto a las primeras enfermeras y la formación recibida por estas enfermeras (médicos clínicos y enfermeras con incipiente carrera docente), con un marcado estereotipo de la mujer obediente, pasiva y sumisa.

E.9.2: En ese tiempo, como siempre ha sido una carrera de mujeres, era muy difícil que un hombre pudiera ingresar a Enfermería. Y ya ingresado, mantenerse dentro, porque no era por una cosa de no poder atender a los pacientes, sino que había un prejuicio, como era de mujeres, y el prejuicio era, ¿cuál crees tú que era?: que podría haber sido de una tendencia sexual

diferente a la que te mostraba su sexo, o sea, haber sido gay u homosexual, por una identidad sexual diferente.

E.9.2: El ejercicio de la profesión, lo que también se traducía en la formación, era una cierta obediencia al sexo masculino de otra profesión ejercida en la medicina porque básicamente en las carreras con poder, entre eso estaba el ser médico, incluso eso hoy en día se da, el médico es más creíble cuando es hombre que cuando es mujer. Antes se hacía alusión de la enfermera sinónimo de mujer y eso tenía una característica especial; la cultura de una sociedad marca estereotipos y ¿cuál es el estereotipo de ser mujer?: obediencia, sumisión, pasividad, dependencia.

E.9.1: En el año 1976, entonces estábamos en un periodo difícil para Chile, donde había una fuerte concepción machista por la misma razón, es más, fue difícil, pero con los años ya se fue aceptando que los hombres estudien Enfermería.

La categoría intermedia *contexto sociopolítico* hace referencia al ejercicio profesional en un periodo difícil para la enfermería con un incremento de la obediencia a las figuras de poder dentro del ámbito sanitario. Esta obediencia acentuó el poder masculino desde una concepción sexista que impedía la libertad de expresión, mientras que la organización gremial y las mejoras laborales eran casi inexistentes. Así queda expuesto en uno de los relatos:

E.9.1: Pero en Chile ocurrió algo distinto que favoreció la sumisión que fue la dictadura militar, no solo para enfermería, sino para todos los otros y eso también se transmitió hacia abajo y a las generaciones de mi tiempo. Yo creo que eso es una consecuencia también de ese periodo para todos en general. No se podía responder como uno quisiera.

En cuanto a la metacategoría *profesión feminizada* y su categoría intermedia *feminización del cuidado*, los relatos hacen una construcción social de la enfermería estrechamente relacionada con atributos femeninos y dan cuenta de la inclusión del hombre en el ejercicio profesional, los cuestionamientos de que fueron objeto los enfermeros y las explicaciones que debieron dar a la sociedad. Los prejuicios en cuanto a su sexualidad hacían que fueran catalogados de afeminados, y tanto los pacientes como el personal intrahospitalario ponían en duda sus gestos de

cariño y la manera en que otorgaban los cuidados. Para subsistir en una carrera dominada por mujeres, los enfermeros debieron desarrollar sus capacidades femeninas, aunque entregando el cuidado con precaución y temor a ser mal interpretados. Estas situaciones quedan expuestas en los siguientes relatos:

E.9.2: Al principio la gente miraba como sorprendida, por qué un hombre estudiaba Enfermería, porque siempre se vio como un campo hecho por las mujeres.

E.9.2: Del punto de vista de la formación universitaria y luego en el trabajo, todo el mundo se refería a enfermeras y no enfermeros. Hoy día sí se habla de enfermeras y enfermeros, pero al Colegio aún no le han cambiado nombre, sigue siendo Colegio de Enfermeras.

E.9.2: En el ejercicio profesional, el hombre tenía que ser muy cuidadoso en su forma de actuar porque podría interpretarse como un gesto amoroso, uno tenía que rayar bien la cancha con el personal y ser muy respetuoso con las pacientes mujeres [...]. La mujer es mucho más delicada en el trato, en su presencia, en la caricia, en la mano que te toca, en cambio la mano del hombre es mucho más fuerte, mucho más ruda. Sin embargo, los hombres enfermeros hemos tenido que desarrollar el lado femenino. En ese sentido, la caricia, la comprensión, debe ser más maternal, siendo hombre [...]. Por el cuidado, yo desarrollo la capacidad sensitiva que tiene la mujer, como hombre, como enfermero, porque yo he desarrollado la percepción, la sensibilización, el estar con el paciente, el poder abrazarlo, el poder hacerle una caricia, y no por eso yo me he feminizado, como lo toman algunos de una forma literal.

E.9.1: Yo creo que las mujeres son buenas para los detalles y subrayan con rojo en el cuaderno, a mí si escriben con rojo, con verde en el cuaderno o sin subrayar me da lo mismo, si dice lo mismo. Igual que ese afán o manía que «la tarjetita del tratamiento tiene que ser amarilla para esto y de este porte, y verde para este otro, para que quepa en el tarjetito que es de este porte» y así.

E.9.1: A pesar de que yo fui presidente del Colegio Regional, otro colega también fue coordinador. Parece que los hombres, en el subconsciente colectivo dicen: «¿Cómo nosotros vamos a estar mandando a las mujeres, si es su campo?» [...]. Fui el primer enfermero coordinador del hospital. Nunca hubo un enfermero en la Dirección del Servicio de Salud

asumiendo un cargo directivo, ni como supervisor dentro del hospital. Es por esto que cuando yo asumí el cargo, mis colegas mujeres tenían mucho temor de mí, por ser hombre, pero yo hablé con ellas y les dije que no tuvieran miedo porque yo me había capacitado y tenía cualidades igual que las supervisoras para poder asumir ese cargo. Pero eso puede tener varias razones, yo creo que puede ser que los hombres no presenten mucho interés en esa línea, pero también creo que los directores necesitan o quieren personas que les obedezcan más. A mí no me ocurrió eso.

Desarrollo profesional, 1990-2010

En Chile, la historia de la inclusión del hombre a la enfermería comenzó hace sesenta años. Se trata de un proceso lento que en las últimas dos décadas se ha visto incrementado debido a las características propias de la profesionalización de la enfermería: ampliación del mercado de trabajo, aumento de las escuelas de formación, asociación profesional, reglamentación y adaptación del código de ética.

A pesar de ser un hecho contemporáneo, resulta interesante analizar el ejercicio profesional masculino entre 1990 y 2010, considerando los hitos nacionales que han contribuido a la formación de nuevos profesionales y, con ello, al aumento del número de hombres que ingresan a la profesión, lo que hace que la idea del cuidado deje de estar ligada intrínsecamente a la mujer. La idea de que el cuidado es una labor propia de enfermeras y enfermeros se ha expandido a raíz de la inclusión de la enfermería en el Código Sanitario chileno (1997) y la regulación para implementar la gestión del cuidado en la atención cerrada (2007). Estas normativas han sido determinantes para la labor de la enfermería, pues han permitido el crecimiento y empoderamiento del rol que cumplen los enfermeros, excluyendo la problemática que ha existido en algunas regiones de Chile en cuanto a la implementación de la gestión del cuidado para la atención cerrada, que escapa a los propósitos de este trabajo.

En cuanto a la ampliación de la enfermería como campo laboral, el ingreso de los hombres ha sido un proceso diferente al de la inclusión de la mujer. Si antes, la enfermería era una labor caritativa que resultaba atractiva para las mujeres pues les permitía insertarse en un espacio social y desempeñar una tarea completamente nueva, hoy en día, la profesión no

está asociada a motivos religiosos o de caridad. La rentabilidad y la estabilidad laboral han sido algunas de las razones que han despertado el interés de los jóvenes por estudiar Enfermería. La llamada «necesidad» de enfermeras que tuvo el país entre 1990 y 2010 permitió recibir a un número creciente de hombres en la profesión, a la par que surgían nuevas instituciones de educación superior que dictaban la carrera. Al respecto, cabe preguntarse: ¿fue la apertura de nuevas instituciones la responsable de la pérdida del sentido caritativo y maternal de la profesión? Sin duda, los cambios sociales han determinado que la labor de enfermería se concrete hoy en términos de profesionalización y profesionalismo.

El ingreso de los hombres a la carrera de Enfermería ha sido paulatino, pero con un incremento significativo en la última década. La siguiente tabla muestra el ingreso de hombres a Enfermería en dos universidades de la región de la Araucanía en 2007 y entre 2016 y 2019.

Tabla 1. Distribución porcentual del ingreso de hombres a Enfermería

Universidad	Promoción	% de hombres
Universidad de La Frontera	2007-2011	15,8
Universidad Mayor (sede Temuco)	2016-2020	11,5
	2017-2021	24,6
	2018-2022	20,3
	2019-2023	10,6

Fuente: elaboración propia.

La profesión ha presentado un giro en términos de sus atributos característicos, separados en femeninos y masculinos. Esto se relaciona con el desempeño del enfermero, que se vincula con servicios críticos y cuyo interés sobresale en áreas como las unidades de pacientes críticos (UCI), las unidades de tratamiento intermedio (UTI) y los servicios de atención médica de urgencia (SAMU), donde su número es mayor que el de las enfermeras. Este hecho, que se desarrolla sobre todo en la década del 2000, consolida el reconocimiento de atributos masculinos como la competencia, la fuerza y la independencia, los cuales se conciben como

«característicos y necesarios» para desempeñar estas áreas. Esto invita a replantear la idea principal con que se inició este capítulo: ¿son los atributos femeninos una condicionante en su desempeño laboral?

Consideraciones finales

Los hitos mencionados orientaron el análisis y la reflexión sobre el desarrollo de la identidad profesional y de género en la enfermería chilena. Por una parte, el conocimiento de los estereotipos creados permite a la profesión facilitar el posicionamiento y las herramientas necesarias para enfrentar o bien cambiar esa realidad. Por otro lado, es necesario considerar el aporte de la investigación histórica, ya que esta se presenta como el método que aporta los fundamentos que llevan a caracterizar la identidad profesional, tanto individual como grupal, en un determinado contexto social. El análisis histórico entrega elementos que favorecen la identificación de aspectos constitutivos de la conciencia del rol profesional en la sociedad.

Lejos de ser innatas, las diferencias de género en enfermería se han creado socioculturalmente y se adscriben socialmente. Actualmente, la inserción y el desempeño del hombre en la profesión responden a la imagen de una ocupación estable y que asegura solvencia económica a corto plazo. A nivel nacional, se dio paralelo a la apertura de nuevas instituciones de educación superior.

Finalmente, aunque el desempeño del enfermero se vincula actualmente a los servicios críticos como la UCI, la UTI y el SAMU, dada la realidad actual de saturación en los espacios laborales, no se observa que los hombres (enfermeros) se desempeñen solo en estas unidades, ya que la necesidad de una fuente laboral prevalecería por sobre su interés en estas áreas.

BIBLIOGRAFÍA

- Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(4), 567-574. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414414>
- Arroyo, A., Lancharro, I., Romero, R. y Morillo, M. (2011). La enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=es
- Bernalte, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global*, 14(1), 328-334. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/198631>
- Blásquez, M. (2005). Los componentes de género. *Index de Enfermería*, 14(51), 50-54. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-129620050003000010&lng=es
- Camacho, D. (2013). Identidad socioprofesional de las y los enfermeros de Santa Marta (Colombia). *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3(1), 23-29. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/60/>
- Carrasco, M., Márquez, M. y Arenas, J. (2005). Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*, 2(18), 52-59. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/995/1/culturacuidados_18_09.pdf
- Ceballos, P., Jofré, V. y Mendoza, S. (2016). Desigualdades en el ejercicio del cuidado a través del enfoque de género. *BENESSERE*, 1(1), 47-57. Recuperado de http://benessere.uv.cl/images/revista/revista_n1/5_desigualdad_cuidado_genero.pdf
- Celma, M. y Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, 9, 119-136. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1984>
- Chuaqui, J., Bettancourt, L., Leal, V. y Aguirre, C. (2014). La identidad profesional en la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). *Aquichan*, 14(1), 53-66. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2413/3405>

- Consejo Regional Santiago. (s.f.). *Boletín Informativo de la Comisión de Derechos Humanos*. Santiago: Colegio de Enfermeras de Chile.
- Illanes, M. A. (2006). *Cuerpo y sangre de la política, la construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940)*. Santiago: LOM Ediciones.
- Illanes, M. A. (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- Medina, J., Schubert, V., Lenise do Prado, M. y Sandin, M. (2010). La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 609-617. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/o2.pdf>
- Biblioteca Nacional de Chile. Memoria Chilena. (s.f.). Mujeres y profesionales universitarias. 1900-1950. Recuperado de <http://www.memoria-chilena.gob.cl/602/w3-article-755.html>
- Muñoz, C., Isla, X. y Alarcón, S. (1999). Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. *Cultura de los Cuidados*, año III (5), 45-51. Recuperado de http://www.enfermeriajw.cl/pdf/evolucion_historica-enf_chile.pdf
- Nightingale, F. (1946). *Notes on nursing: What it is and what is not*. En Castro, J. (1991). *Notas sobre enfermería: qué es y que no es*. Ciudad de México: Salvat.
- Núñez, E., Urra, E. y Pavez, A. (2016). Identidad e institucionalidad de las enfermeras chilenas en la mitad del siglo xx. *Ciencia y Enfermería*, 22(1), 135-145. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-95532016000100012
- Osses, C., Valenzuela, S. y Sanhueza, O. (2010). Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*, 9(1), 1-7. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/93761>
- Paredes, P. y Rivas, E. (2014). Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 9-21. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_02.pdf
- Servicios de Beneficencia y Asistencia Social. (1936). Reglamentación de las Escuelas de Enfermería de la Junta General de Beneficencia y Asistencia Social. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0065707.pdf>
- Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Índex de Enfermería*, 14(50), 07-09.

Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200001

- Via, G., Snajuán, M., Martínez, M., Pena, M., Utrilla, C. y Zarragoikoetxea, I. (2010). Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva*, 21(3), 104 -112. doi: 10.1016/j.enfi.2009.11.004
- Zárate, M. S. (2013). Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones Sanitarias, Chile, 1889-1950. En Stuvén, A. M y Fermandois, J. (eds.), *Historia de las mujeres en Chile*, tomo 2 (pp. 119-155). Santiago: Taurus.
- Zúñiga, Y. y Paravic, T. (2009). El género en el desarrollo de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192009000100009&lng=es

CAPÍTULO 10. PATRÓN SOCIOCRÍTICO EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Edith Rivas Riveros,¹ colaboración de Yaqueline Catalán Melinao²

Introducción

El rol profesional de la enfermería en la sociedad ha recibido influencias de distintas corrientes sociopolíticas a lo largo del tiempo. Reflexionar sobre el ejercicio profesional desde el ámbito histórico es un ejercicio desafiante y esclarecedor en materia de prácticas, intervenciones y cuidados de la salud. En este tenor, las enfermeras/os han sido considerados trabajadores esenciales para alcanzar una mejor salud para todos (Consejo Internacional de Enfermeras, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2019). Sin embargo, su historia profesional es desconocida y tiene un mínimo reconocimiento.

Históricamente, se sostiene que los roles que la enfermería ha ostentado en la sociedad han sido producto de los contextos políticos, económicos y sociales, incluyendo la mirada de género (Fajardo y Germán, 2004; Paredes y Rivas, 2014; Siles, 2014). A través de la historia se puede ver a

¹ Enfermera, magíster en Salud Pública y doctora en Enfermería. Vocal de difusión y publicación de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (2006-2017), directora adjunta de la revista *Aladefe* (2011-2017). Académica e investigadora de la Universidad de La Frontera, directora del Magíster en Enfermería de la Universidad de La Frontera.

² Enfermera de la Universidad de La Frontera.

la enfermera y el enfermero actuando con la subordinación propia del modelo biomédico de la salud, que establecía una relación con el paciente desde la moral propia de la formación y posteriormente desde la ética. Bajo este argumento se ha señalado que su ejercicio profesional es el más cercano a los pacientes y que son el grupo más numeroso dentro del total de los profesionales de la salud, frecuentemente los únicos disponibles en comunidades en situación de vulnerabilidad social y cuya importancia es vital para que los usuarios puedan ejercer su derecho a la salud, ya que son capaces de resolver los problemas de las personas en situación de salud/enfermedad dentro de la relación terapéutica.

Este capítulo describe el largo y dificultoso transitar de la enfermería para ser reconocida como profesión y posteriormente como disciplina, con un pasado, una historia, unos conocimientos propios y unos métodos específicos. Profesión y disciplina que sin duda se ha desarrollado en el tiempo, adaptándose a los cambios sociales y demandas de la población. Las funciones, los roles y los cuidados se han modificado, avanzado, perfeccionado y adaptado a las necesidades de salud de la sociedad, cambios que se han desarrollado a la par del progreso, lo que ha implicado una remodelación del propio conocimiento.

Entonces, se puede decir que el rol profesional ha evolucionado de acuerdo con los paradigmas imperantes y las corrientes sociopolíticas que se han sucedido a lo largo de la historia. El pasado reciente se caracterizó por corrientes que se configuraron desde el paradigma de la enfermedad, es decir, que concebían la salud como ausencia de enfermedad, a la persona como un conjunto de órganos y sistemas con funciones concretas, y a la medicina ejercida por hombres como la profesión hegemónica, en un modelo de atención con orientación mayoritariamente biologicista.

Para elaborar este capítulo se revisaron fuentes documentales, libros publicados en el periodo de estudio y fuentes secundarias. Además, se realizaron entrevistas a enfermeras, lo que facilitó la reconstrucción, el seguimiento, la evaluación y el análisis de los hechos investigados. El periodo de estudio abarca desde fines del siglo xix hasta fines del siglo xx. La reflexión se centra en algunos hitos de la evolución del sistema sanitario y discute los procesos, las ideas y el espíritu crítico en los ámbitos laborales: aborda la relación entre el trabajo y la mujer, el ejercicio profesional y la carga de trabajo, y analiza el vínculo entre el poder y la

enfermería, acudiendo a la visión de género desde un análisis crítico e instando a revitalizar el trabajo del cuidado en salud.

Relación entre el trabajo y la mujer

La enfermería es una creación humana que no se comprende si no es analizada desde la historia. Gracia (1992) se pregunta por qué la enfermería es lo que es, para mostrar que, si no se analiza desde su gestación, no se puede comprender. Un profesional ha de tener conciencia de su rol histórico y social. Para iniciar esta reflexión, a continuación se describe brevemente el contexto del trabajo de la mujer.

A fines del siglo xix e inicios del xx, el trabajo de la mujer en Chile se daba acorde con los procesos de urbanización e industrialización y tenía sus raíces en los profundos cambios que experimentaba la economía nacional. La incorporación de la perspectiva de la mujer, posteriormente llamada de género, permitió visualizar la concentración femenina en determinadas ocupaciones y sectores de la producción, como también dar cuenta de los múltiples significados sociales que se han construido en torno a la presencia de las mujeres en el ámbito laboral.

La división genérica del trabajo, expresada en la desigual valoración de hombres y mujeres, tiene relación con una distribución de actividades de acuerdo con supuestas capacidades y habilidades cuyo origen se instala en la «naturaleza» de cada género. Así, cuando las mujeres desempeñan una ocupación remunerada tenderían a situarse en puestos que requieren meticulosidad y prolijidad, para realizar labores manuales debido a su «naturaleza» y no a características adquiridas por la cultura. Esto redundaría, entre otras cosas, en que las ocupaciones desarrolladas por las mujeres tengan menos prestigio que las efectuadas por los hombres (Valdés, 1988).

En contraposición, el aporte de las mujeres a la producción del país es un indicador interesante: en 1950 la fuerza laboral femenina representaba el 28,9 %, en 1960 el 18,1 %, y en 1970 el 14,3 % de la fuerza productiva total (Celade en Valdés y Gomáriz, 1992). Por su parte, las mujeres que contaban con educación superior, especialmente las profesionales, trabajaban por realización personal, pero tenían que conciliar los roles de esposa, dueña de casa, madre y trabajadora, patrones que se viven en forma ambivalente (Rojas, 1994). De esta forma, el discurso dominante elaboró la necesidad de que las mujeres estudiaran,

trabajaran o se superaran alrededor de su «naturaleza» sin siquiera pensarse como sujetos sociales.

Visto así, la participación de la mujer en el trabajo tuvo que ver con su trato respetuoso y delicado, el clima infinitamente más humano que generaba su presencia y su capacidad de ejercer la labor diaria con suavidad. Esto quiere decir que se valoraba la contribución de su «femineidad» y no su eficiencia como trabajadora. En relación con el liderazgo, a principios del siglo xx la formación cultural no las había preparado para ejercer el poder, de manera que difícilmente alguna pudo destacar en organizaciones políticas, gremiales o sociales. Esto cambiaría con el transcurso de los años, cuando las mujeres se reconocen y toman conciencia de que pueden mejorar sus condiciones de vida si se organizan colectivamente.

Políticas sanitarias 1900-1990

En un ejercicio sucinto se puede decir que, por cada 1000 nacidos vivos (NV), en 1900 morían 342 niños y en 1920, 263 (Instituto Nacional de Estadísticas, 1999). En 1925, la tasa de mortalidad infantil (TMI) alcanzaba los 258 por 1000 NV, la que descendió a 136 en 1950. La tasa de mortalidad neonatal bajó de 124 en 1925 a 50 en 1950 (Medina, 1977). Ese año, la población tenía una estructura joven y solo el 42,5 % de las muertes se producían después de los 44 años (1955-1956). Las enfermedades infecciosas y perinatales causaban el 44 % de la mortalidad general y las enfermedades de tipo degenerativas y crónicas (endógenas o no transmisibles del adulto) eran del orden de 17,5 % en 1960.

A partir de 1920 (cuando la TMI era de 263 por 1000 NV), se inicia un descenso sostenido hasta llegar a 16 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990, consecuencia del mejoramiento de las condiciones perinatales y la disminución de los nacimientos con malformaciones congénitas y de las infecciones respiratorias (Zepeda y Monteverde, 2016). En este escenario de políticas de modificación epidemiológica, el Programa de Salud Materno Infantil (PSMI) se convirtió en uno de los ejes articuladores más importantes del Servicio Nacional de Salud (SNS), tanto por sus recursos como por las acciones que realizó. A partir de 1960, las principales políticas sanitarias fueron el control prenatal, la hospitalización del parto y el mejoramiento de la calidad de la alimentación materno-infantil, que comprometieron tempranamente el trabajo de matronas y enfermeras.

Durante muchos años, las enfermeras y los enfermeros de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) colaboraron para divulgar las funciones que desempeñaban en la salud pública, mediante acciones como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades infecto-contagiosas, la vigilancia epidemiológica, la educación de la comunidad y la coordinación con las instituciones locales. El papel que desempeñaron las enfermeras/os en la vacunación demostró su calidad ética y responsabilidad, y la sociedad comenzó a reconocer gradualmente su solvencia y capacidad profesional (Fernández, Araujo, Crespo y Alonso, 2006).

Ejercicio profesional de la enfermería: maternalismo

Para abordar el imaginario enfermera-mujer y avanzar en la trayectoria del trabajo de las enfermeras, es necesario examinar la ideología familista y el maternalismo. En la ideología familista, la maternidad es el hilo conductor en la problematización de los cuidados, por medio de discursos y prácticas que ensalzan el rol materno femenino (Aguirre, 1997) y se han constituido en argumentos ideológicos. Para Jelin (1994), la configuración de un modelo dominante de familia, maternidad y cuidados ha sido característico en los países de colonización española donde se produjo un «entronque patriarcal». La idea de que «el cuerpo de las mujeres es para la maternidad y el cuidado» (Molyneux 2001, p. 10) es un simbolismo cultural que se fortaleció y legitimó a través del espíritu independentista del siglo XIX, que atribuyó a las mujeres una moralidad republicana como madres y guardianas del hogar. Sin embargo, este espíritu coexistía con un lenguaje ambivalente sobre la diferencia, que, por una parte, descalificaba la capacidad política de las mujeres y, por otra, defendía las virtudes femeninas «innatas» relacionadas con el altruismo y la moralidad, que mejorarían la vida política y la «higiene social».

En este contexto, las mujeres realizan tareas en doble jornada: trabajan fuera del hogar sin abandonar las labores domésticas. Para Molyneux, «en América Latina la maternidad y la domesticidad estaban dotadas de una importancia moral y política duradera» (2001, p. 11), que proveyó a las mujeres de cierto «poder compensatorio» situado en un régimen de subordinación. El trabajo asalariado se relacionó con lo masculino y una división temporal androcéntrica (Luna, 2009).

Ejercicio profesional de enfermeras y enfermeros

Inicialmente, el trabajo de las enfermeras se expresó como parte de la extensión de la esfera pública del rol femenino, estipulado de forma natural como parte de la cultura de las mujeres (Germán, 2004; Huercanos, 2010). En consecuencia, algunos teóricos (Germán, 2004; Lunardi y Gastaldo, 2006) argumentan que la enfermería ha tenido históricamente una baja valoración social debido a que ha sido asimilada a los cuidados femeninos del hogar y, por ello, ha tenido escaso reconocimiento económico y las diferentes acciones que configuran los cuidados a los otros han sido invisibilizadas (Fajardo y Germán, 2004). Por otra parte, no se puede eludir la estrecha ligazón del trabajo de la enfermería con la actividad religiosa (García-Carpintero, 2007), que también contribuyó a invisibilizar los cuidados de la salud.

El ejercicio de la enfermería comenzó a consolidarse en el ámbito hospitalario, lo que dio origen a un vínculo histórico entre la profesión y un actuar ético (Monzón, 2010) caracterizado por la rigidez y la obediencia a la jerarquía, probablemente con influencias heredadas de la filosofía de Nightingale. Además, dicho fenómeno quedó afecto a las condiciones socioeconómicas y los acontecimientos históricos de los distintos países (Hernández y Guardado, 2004).

La práctica dominante fue sanitaria e incluyó la lucha contra las enfermedades transmisibles. Primero, se desarrollaron los hospitales (medicina curativa) y la profesión se caracterizó por una excesiva dureza y delimitadas funciones. Posteriormente, evolucionó de acuerdo con la organización y la influencia del entorno sociopolítico del país. Según Pincheira (1978, p. 3), «la enfermera profesional es aquella que ha seguido un programa general de formación en el sistema de educación superior, lo cual le proporciona amplias y sólidas bases para la práctica efectiva de la enfermería profesional y la formación superior de posgrado».

Al parecer, la práctica y el saber en enfermería estaban ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica del país, y un factor determinante era el tipo de asistencia clínica y la educación en la disciplina (Paredes y Rivas, 2014). Por su parte, distintas ramas de las ciencias sociales dan cuenta de la incursión del trabajo de enfermería como elemento crítico, máxime que la misma profesión históricamente ha estado permeada por una potente carga ideologizada y estigmatizada

sobre el desempeño de las mujeres en el ámbito doméstico (Arango y Molinier, 2011). Ellas trabajaron con un místico idealismo que emergió desde la humanidad, la bondad y el sacrificio, con características especiales como la dignificación y el imperativo determinante de cumplir (Servicio Nacional de Salud, 1959).

Este aspecto, común a las profesiones sanitarias desempeñadas preferentemente por mujeres, muestra una estrecha relación entre la naturaleza del trabajo sanitario y las características personales atribuidas a las mujeres. Considerando solo las cualidades personales femeninas y no la capacidad intelectual que demanda el ejercicio profesional, A. Mattelart y M. Mattelart (1968, p. 184) adujeron que las profesiones médicas y paramédicas eran ideales para las mujeres (de clase media), por su compatibilidad con la naturaleza femenina, por ser más «humanas» y «porque [las mujeres] demostraban mayor abnegación y mayor comprensión del sufrimiento ajeno». Asimismo, señalaron que la mujer se relacionaba con el enfermo con dulzura y abnegación, un tipo de atención que la sociedad percibía como de alta calidad, afirmación que valoraba el componente humano por sobre el técnico.

Con el transcurso de los años, el imaginario de la enfermería evoluciona e incorpora el componente técnico que se une al humano-femenino. El aspecto técnico-profesional y la experiencia de práctica rigurosa se transforman en aspectos altamente valorados, que transmiten la convicción de que el sacrificio, la abnegación y la sensibilidad, las hacía especialmente aptas para el desarrollo del rol profesional. El consistente compromiso y abnegación adquirieron un sentido particular en el marco del ejercicio profesional, inflexión que se expresa en los objetivos y estrategias de los programas de salud del niño y la mujer, y en forma más general en las políticas sanitarias. El contacto permanente de las mujeres profesionales (enfermeras) con las madres les permitió conocer de primera fuente sus vivencias y sus graves conflictos socioeconómicos y familiares (pobreza, marginación social), agravados por la violencia, el alcoholismo y los problemas de salud mental.

De acuerdo con Thompson y Perks (1993), «las prácticas cotidianas y los sentidos otorgados al trabajo de quienes fueron responsables de implementarlas, contribuye —como afirma Thompson— a una configuración más compleja del pasado y a una ampliación de la historia social de las políticas sanitarias chilenas» (en Godoy y Zárata 2015, p. 427). Así, los

espacios de práctica para la enfermería eran limitados por la influencia de los grupos hegemónicos dominantes, la poca injerencia en la toma de decisiones y la falta de posicionamiento de las enfermeras/os frente a su quehacer y la salud de la población.

Condiciones de trabajo

Desde sus inicios, la inserción laboral en la enfermería está ligada a los servicios de salud y vinculada al empleo en el sector público. En el siguiente cuadro se puede observar el número de enfermeras y su alta concentración en Santiago en dos momentos distintos.

Tabla 1. Número de enfermeras en Chile y en Santiago, 1965 y 1975

1965	Médicos	Enfermeras
Chile	4071	1095
Santiago	2439	503
1975	Médicos	Enfermeras
Chile	4414	1731
Santiago	2697	86

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, 1980.

Un grave problema fue la crisis en la fuerza de trabajo, que se tradujo en una escasez de enfermeras y condiciones laborales deficientes. En el siguiente cuadro se puede apreciar la magnitud del déficit de enfermeras en 1956.

De acuerdo con Paredes y Rivas (2014), el ejercicio de la enfermería en Chile entre 1940 y 1960 se caracteriza por los valores sociales y una alta vocación de servicio, rasgos propios de las profesionales de la época que son coherentes con los requisitos de admisibilidad de las escuelas, como el test de personalidad y aptitudes (Lozier, 2011). Otra particularidad es la sumisión, la obediencia y el respeto hacia las estructuras de poder, manifestados en el estricto cumplimiento de las normas y el recto uso del uniforme, que se explican por la hegemonía médica, frente a la cual la enfermera solo ejecuta órdenes (Hernández, 2010). No obstante, a la vez, es posible identificar cierto grado de autonomía en aspectos administrativos.

Tabla 2. Normas técnicas: Distribución de enfermeras en atención hospitalaria y salud pública, 1956

Niveles de atención	Atención hospitalaria	Atención hospitalaria	Salud pública
Primer nivel	24 x 100 camas	4 enfermeras 20 auxiliares	7000 habitantes 1 enfermera (jefe de centro) 1 enfermera 1 auxiliar de sector
Segundo nivel	24 x 100 camas	Menos de 4 enfermeras 18 a 20 auxiliares	20 000 habitantes 1 enfermera (jefe de centro) 1 enfermera 2 auxiliares de sector
Tercer nivel	14 x 100 camas	2 enfermeras y 12 auxiliares (enfermera: única en hospital y terreno)	Más de 20 000 habitantes 1 enfermera (jefe de centro) 1 enfermera 1 auxiliar de sector por cada 10 000 habitantes
		(Escasez de auxiliares se compensa con empleada en sala)	
Cuarto nivel	12 x 100 camas	No hay enfermera de supervisión. Ocasional: enfermera como jefe de zona	1 auxiliar 1 enfermera jefe zonal

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, 1980.

Una de las mayores preocupaciones de las enfermeras de aquel entonces era la limitada relación que podían tener con los pacientes, debido al insuficiente número de profesionales que brindaban servicios en las instituciones públicas (50 a 100 pacientes por enfermera). Fue para resolver este grave problema que ellas asumieron la responsabilidad de formar personal auxiliar de enfermería, con énfasis en el trato humanizado y el respeto a los pacientes. En el rol asistencial, la preocupación central es el cumplimiento de las indicaciones médicas y la realización de procedimientos clínicos. Según Bocaz y Figueroa (1980, s.p.), «en Chile la enfermería había evolucionado de oficio a profesión enmarcada en los contextos autoritarios y de obediencia ciega a las instituciones militares, religiosas y asistenciales». Los profesionales se desempeñaban mayoritariamente dentro de sistemas hospitalarios burocráticos, fluctuando entre las fuerzas de poder médico y administrativo (Figueroa, 1977).

Desde los años setenta, la atención en enfermería comienza a caracterizarse por la realización de procedimientos de arsenalería, el suministro de anestesia, la asistencia directa en cirugía y la administración de quimioterapia. De acuerdo con Pincheira (1977, s.p.), la enfermera «ejecuta funciones que son del campo de los especialistas y que se han convertido

en acciones de enfermería tales como: hemodiálisis, anestesia, manejo de máquinas de circulación extracorpórea, manejo de monitores, toma de electrocardiogramas (ECG) e interpretación y manejo de respiradores». Por otra parte, la situación de los recursos era desproporcionada considerando las necesidades asistenciales del país (Figueroa, 1977).

Al inicio de los años setenta el ejercicio profesional se vio afectado por la situación política que vivía el país, además de que la enseñanza universitaria era altamente selectiva, lo que separó a las enfermeras de la fuerza laboral de la salud que tenía una condición social más baja. A fines de 1970 se mantenía la grave escasez de enfermeras, y ellas expresaron a las autoridades la necesidad de crear cargos para absorber a las promociones egresadas anualmente, además de integrar a las profesionales en la planificación de salud y el Código Sanitario (Colegio de Enfermeras, 1970). Entre 1972 y 1973 se buscaron acuerdos respecto de la supresión de puestos vacantes del último grado del escalafón; la creación de cargos de 5.^a categoría para el ascenso, y la incorporación de las enfermeras a la Ley 15076/1962, para establecer una carrera funcionaria, sobre lo que no se obtuvo respuesta (Colegio de Enfermeras, 1973).

Luego del golpe de Estado, los profesionales se vieron afectados por vigilancias, seguimientos y un clima de control y miedo. Fue un periodo de dificultades y crisis durante el cual la congelación de las plantas de trabajo y la pérdida de autonomía del Colegio de Enfermeras perjudicaron seriamente el ejercicio de la profesión. La dictadura implicó un proceso de inflexión en el desarrollo profesional y disciplinar. A nivel hospitalario, el cargo de enfermera jefe fue reemplazado por el de coordinador bajo dependencia médica. El ejercicio profesional se desplegó bajo la hegemonía del poder médico y una carencia en la interrelación enfermera-paciente. Hacia 1980, existe un crecimiento tecnológico, persiste el déficit de enfermeras y disminuye la matrícula en las escuelas de Enfermería del país (Castro, Rivas, Catalán y Flores, 2017).

En cuanto al déficit de enfermeras, la Organización Panamericana de la Salud anunció que esperaba nuevas reformas de salud en América Latina, especialmente para aumentar la relación de enfermeras por 10 000 habitantes (para Estados Unidos era de 97 y para Brasil y Colombia de 4). Asimismo, definió la inequidad para el cuidado de los niños, los ancianos, los indígenas y las mujeres como una altísima deuda social (Organización Panamericana de la Salud, 1999). En 1980 aparecieron las primeras Normas

de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) (Ministerio de Salud, 1980). Si bien tanto las autoridades como los profesionales de la salud reconocieron su vital importancia, aparentemente el déficit de recursos en los hospitales retrasó su implementación. Posteriormente, la aparición de la epidemia de VIH/SIDA favoreció la implementación de las normas con estándares internacionales en el manejo y la manipulación de sangre y fluidos corporales, la obtención de recursos de mejor calidad y la utilización de materiales desechables.

En la función administrativa, debido al proceso político que vivía el país, en 1980 se reestructuró el sistema de salud y las enfermeras clínicas asumieron la responsabilidad en la solución de problemas y la supervisión de los servicios de salud, aspectos que concuerdan con los señalados por el Colegio de Enfermeras (1976, s.p.): «El rol administrativo tiene entre sus funciones la planificación, dirección, control, supervisión, coordinación, evaluación de las actividades y prestaciones de la enfermera en las diferentes áreas de trabajo». En el rol educador, se destaca la formación de personal auxiliar de enfermería.

Otro hito en la década de los ochenta es la reorganización de los servicios de salud a nivel central y el traspaso de los consultorios a las municipalidades. Lo primero significó la eliminación de la estructura nacional de enfermería (el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud), con la supresión del cargo de enfermera jefe a nivel nacional y zonal, lo que ocasionó un grave impacto en la moral de las profesionales y el desarrollo del trabajo. En esta línea de transformaciones, el Colegio de Enfermeras, organización que regía el trabajo de las enfermeras, pierde su condición y se transforma en una asociación gremial (la adscripción al Colegio para ejercer la profesión deja de ser obligatoria). En estos años la práctica estuvo sometida a las condiciones del mercado del trabajo, es decir, a las relaciones entre oferta y demanda de profesionales calificados, mientras que el Estado continuó siendo el mayor empleador hasta los procesos de reforma sectorial que generan movilidad hacia las instituciones privadas a inicios de los años noventa.

Al respecto, Castrillón señala:

Los profesionales de enfermería, cuya formación tiene un alto costo social, así como un buen nivel de conocimientos, actitudes y aptitudes individuales, están subutilizados por las instituciones de salud, y marginados

totalmente en su ejercicio profesional, con graves consecuencias, tanto en la calidad de la atención en salud, como en la satisfacción profesional. Las razones para esta situación se encuentran en la insuficiencia cuantitativa de este personal en las instituciones de salud, demostrada también por estudios diversos (en Nájera, 2011, p. 12).

Por otra parte, la ausencia de consenso sobre las funciones del profesional de enfermería convierte en problema el establecimiento de una política asistencial de enfermería en las instituciones de salud. Además, el extenso campo de acción en el que se desenvuelve no solo afecta la coherencia interna de sus conductas, sino que divide al grupo constituido por sus pares, creando fracturas artificiales en sus relaciones profesionales y gremiales, e impidiéndoles actuar organizadamente para reconstruir y reorientar sus perfiles profesionales (Castrillón, 1997; Castrillón, Orrego, Pérez, Ceballos y Arenas, 1999).

En cuanto a la investigación, no existió desarrollo. Sin embargo, el déficit de producción de conocimientos durante la época se relaciona, según Figueroa (1977) con el desinterés y la falta de independencia y poder. Si bien durante la década del sesenta las enfermeras realizaron sus primeras investigaciones, estas se abocaron a la formación y las áreas del ejercicio profesional (Mendoza y Paravic, 2004), características que se mantuvieron en los ochenta.

Un hito importante lo constituye la incorporación de la función de la enfermera al Código Sanitario que hizo la legislación chilena a fines de los noventa, por medio de la Ley 19536/1997. A partir de entonces, el artículo 113 del Código da cuenta del rol social de la enfermera en Chile. Posteriormente, sobre la base a la reforma a la salud, la Ley 19937/2004 estableció la gestión del cuidado como requisito mínimo y común en la reorganización de los servicios de salud, hospitales y centros de atención ambulatoria, lo cual estructura la instalación de las unidades responsables de dicha gestión. En 2007 se aprueba la Norma General Administrativa n.º 19, que establece el modelo de gestión del cuidado para la atención cerrada, con la finalidad de hacer operativa la implementación de las unidades de gestión del cuidado. Al respecto, si bien la legislación ha incorporado aspectos que fortalecen el quehacer autónomo de la enfermería, esto no necesariamente se observa en las profesionales, sobre todo, en su capacidad de liderar. Se debe recordar que ejercer liderazgo demanda aplicar el pensamiento

crítico en la toma de decisiones, resolución de conflictos y también en la gestión del cuidado con estándares de calidad (Guerrero y Cid, 2015).

Globalmente, se puede decir que el ejercicio profesional transitó desde una etapa doméstica a una profesional, donde el cuidado basado en la experiencia y el conocimiento natural se transformó en una tecnificación y, finalmente, en una actividad profesional (Martínez y Chamorro, 2012). Lo anterior significó pasar desde la carencia de un cuerpo de conocimientos propios y la ausencia de identidad profesional hacia una profesión cuyo centro de estudio es el cuidado, acto de exclusiva responsabilidad de la enfermera (Milos, Bórquez y Larraín, 2010, 2011).

Ejercicio profesional: atención primaria

En los años ochenta emerge un nuevo paradigma que se construye alrededor de puntos de contacto interprofesional y comunitario. Este modelo concibe la salud como parte importante del desarrollo, dentro de un enfoque socioambiental y el concepto de atención primaria, que envuelve ciertos principios fundamentales como la distribución equitativa, la participación comunitaria, la tecnología apropiada, un enfoque de promoción y prevención, y una direccionalidad multisectorial. En este contexto, el Consejo Internacional de Enfermeras (2016) reconoce a estas profesionales como trabajadores esenciales para conseguir una mejor salud para todos (Consejo Internacional de Enfermeras, 2016; Register Nurses Association of British Columbia, 1992), al ser el grupo más numeroso de la salud, el más cercano y frecuentemente el único disponible para solucionar problemas en comunidades que están en situación de vulnerabilidad social. De igual forma son un grupo social vital para asegurar la garantía del derecho a la salud en el entorno de la estrategia de atención primaria de salud (APS), que se constituye en el primer nivel de contacto y acceso a los servicios de salud mediante tecnologías sencillas fundamentadas científicamente, en tanto están al alcance de las personas, las familias y las comunidades a un costo aceptable para la comunidad y el país (Organización Mundial de la Salud, 1978). De esta forma, el profesional puede identificar y resolver adecuadamente los problemas de las personas en situación de salud/enfermedad dentro de la concepción de relación terapéutica personal de salud, identificar a quienes requieren servicios y cuidados de esta índole y llevar lo más cerca posible la atención al lugar donde residen:

Las enfermeras de atención primaria están en una posición única para identificar los riesgos potenciales y promover la salud entre las poblaciones que ellas atienden. Esto se debe a la posición que ellas ocupan dentro del sistema de salud y su preparación como educadoras. Necesitan aplicar el enfoque epidemiológico en la evaluación del cuidado primario y en el desarrollo de investigación en la comunidad. Necesitan desarrollar una capacidad analítica y evaluativa que permita reconocer los aspectos sociales involucrados en los problemas de salud de la comunidad y las reglas de comunicación existentes en la comunidad (Guevara, 1991, p. 36).

A medida que transcurre el tiempo, la práctica evoluciona y es en 1988 cuando se habla de una perspectiva de trabajo y compromiso con actividades de cuidado, con elevados niveles de competencia, conocimientos y habilidades. Al respecto, en la Conferencia sobre Liderazgo en Enfermería, realizada en Japón en 1986, el director general de la Organización Mundial de la Salud señaló: «Entre los profesionales de la salud, la enfermería siempre ha desplegado una mayor dedicación y compromiso con las causas sociales; una aceptabilidad y preparación para el cambio» (Mahler, 1986, p. 4). Y se habló del papel de la enfermera para conseguir cambios en los sistemas de salud basados en la atención primaria, porque está en contacto directo con la mayoría de la población; es frecuentemente la principal conexión entre el individuo y la familia, y el resto del sistema de salud; su grupo es más numeroso que los del resto de los profesionales del área; es testigo de la pobreza de la población y la incapacidad creciente de los servicios de salud para dar respuesta a sus necesidades y, fundamentalmente, porque su conciencia, formación y sensibilidad pueden generar mayor credibilidad y apoyo. Visto así, las enfermeras constituyen una fuerza social importante en la comunidad y son las responsables de liderar el cambio, identificando los problemas, las estrategias y las acciones requeridas para ejercer el liderazgo (Mahler, 1986).

Ejercicio profesional y liderazgo de enfermeras y enfermeros

En los años ochenta y noventa se inicia como competencia profesional el desarrollo del liderazgo, dentro del marco de referencia establecido por la Organización Panamericana de la Salud (1986), los líderes debían comprender la dimensión intersectorial de salud; orientar y aplicar las

políticas nacionales de salud; analizar las fuerzas políticas existentes; utilizar la información para identificar y actuar sobre las áreas críticas que emergen en la implantación de las estrategias nacionales hacia la salud para todos; tener capacidad de dirigir y motivar a otros grupos y personas en un compromiso conjunto para buscar la salud; poseer don de mando y excelencia en su propia práctica, y asumir un compromiso real con la comunidad en la búsqueda de bienestar.

La Organización Mundial de la Salud (1986) señaló que era indispensable que los gobiernos incorporaran a las enfermeras en todos los niveles de la administración y que estas participaran activamente en la adopción de políticas públicas y en la toma de decisiones. De acuerdo con la OMS, su aporte era imprescindible para elaborar los planes nacionales de salud y decidir cuestiones relativas a la dirección de los servicios destinados a la comunidad (centros de salud, clínicas, hospitales). La entidad sugirió que, por su desempeño, las enfermeras eran las más informadas de todos quienes trabajan en los servicios hospitalarios y de los centros de salud.

Examinados así los hechos, las enfermeras debían articular el conocimiento y la experiencia para tomar decisiones en los servicios de salud. Además, se requería que tuviesen conciencia política para interpretar los resultados de las medidas que se tomaban en salud y participar en la aprobación de legislaciones que favorecieran su práctica. Con esto, los organismos internacionales (OMS, OPS) buscaban la sensibilidad social y la claridad en la fundamentación de los problemas para orientar cambios y tomar decisiones más seguras. Se debe recordar que, para la época, muchas de las decisiones eran tomadas a partir de información verbal y no cuantificable, por lo que posteriormente se hace preciso contar con información fidedigna que permita medir la efectividad y la eficacia de la atención. Con este panorama general, la década del noventa representa un reto para rectificar los daños producidos en el desarrollo humano y constituye un momentum para lograr las metas esenciales para el año 2000 (Manfredi, 1993).

Por su parte, la relación enfermera-paciente había sido sometida a una concepción utilitarista de costo-beneficio y subordinada a las regulaciones de coacción propias de la atención del modelo norteamericano de salud (Iriart, Merhy y Waitzkin, 2000). Además, a inicios de los noventa, el capital financiero adherido al modelo neoliberal introdujo en el sector un modelo gerencial del cuidado de la salud, que creó competencia entre los

prestadores de servicios alrededor de la «clientela consumidora inteligente» (Abadía y Oviedo, 2009). Esto llevó a racionalizar costos, recortar beneficios y disminuir la calidad de los actos de cuidado, al tiempo que las reformas en el sector exigían hacer ajustes en el personal de salud siguiendo la lógica de los intereses del capital financiero (Abadía, 2010; Iriart, Merhy y Waitzkin, 2000).

Los organismos internacionales exhortaban a que la enfermería ampliara sus horizontes, expandiera la comunicación y aumentara su radio de acción fundamentalmente con la población, otros profesionales y la comunidad, ya que hasta entonces había operado más que nada intraprofesionalmente. En este sentido, el liderazgo solo se aprende en el trabajo comprometido con la comunidad, ya que el poder de las enfermeras/os radica en su práctica (Manfredi, 1988). Respecto de la toma de decisiones, recomendaban cambiar un modelo centralizado por uno descentralizado (1990), con decisiones compartidas y una administración participativa que, en vez de ejercer poder, lo ofreciera, propiciando el trabajo responsable. Este concepto requiere de a) una visión, es decir, la meta de la organización (que debe ser clara, realista, optimista y compartida por todos); b) una arquitectura social, o sea, formas de relación que permitan el trabajo en equipo y den oportunidad para el desarrollo individual; c) confianza organizacional, tanto del líder como del seguidor, y d) autoestima, de manera que las relaciones individuales y grupales conduzcan a la creatividad, la innovación, el poder para tomar decisiones y la seguridad (Baker en Manfredi, 1993).

Ejercicio profesional y ética de cuidado

El trabajo de los cuidados puede ser considerado un derecho y, en estricta ética del cuidado, una política social que resignifica el concepto de justicia que lo enmarca. Como derecho, el cuidado incluye obligaciones como proveer los medios para que participen en condiciones de igualdad y sin discriminación mujeres, hombres, el Estado, el mercado y la sociedad civil (Pautassi, 2007). El rol asignado al cuidador impacta en su identidad y llega a generar con frecuencia vínculos emocionales con la persona cuidada. A este tenor, Karina Batthyány (citada en Flores y Guerrero, 2014, p. 2) retoma la definición de cuidado de Arlie Russell Hochschild, como «el vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados

y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad».

De lo anterior se desprende que el esfuerzo psicológico y emocional que representan los cuidados lleva implícito lo que Gilligan llamó la ética del cuidado, es decir, la existencia de un «imperativo moral» que orienta a las mujeres hacia la interpretación de un «problema moral, como problema de cuidado y responsabilidad en las relaciones, y no de derechos y reglas» (1985, p. 126). Esta forma de pensamiento que ella vislumbró como primordialmente femenina requiere la capacidad de registrar y atender las necesidades de cada persona, pero también las propias.

Esta expectativa doble que tienen las mujeres representa para Lagarde (2004) un sincretismo de género o lo que Balbo (1978) llamó «doble presencia» en la vida de las mujeres, en la que de manera sincrónica se vinculan el tiempo laboral y el tiempo de cuidar. En este sentido, podemos hablar de una ética del trabajo y una ética del cuidado hacia los otros. Las propuestas de Gilligan y Utrilla (1985) generaron arduos debates al interior del feminismo de los años ochenta y noventa, por su contribución a un posible dualismo esencialista al identificar a las mujeres con la ética del cuidado sin problematizar lo suficiente sobre su carácter histórico y su configuración a partir de procesos de socialización de género (Flores y Guerrero, 2014).

Ejercicio profesional: género y poder

El camino de las mujeres en el mundo profesional de la enfermería — tradicional y de hegemonía médica— permite reflexionar sobre cómo deciden moverse en un universo supuestamente masculino. ¿Será gracias a que poseen cualidades supuestamente masculinas como un estilo sobrio y cierta rigidez y rectitud? Esta atribución permite preguntar ¿cómo ejercen el poder las mujeres, si hacerlo se asocia a la ambición y la ambición se considera un atributo masculino? ¿Significa esto que las mujeres que buscan ascender y tener prestigio no coinciden con los atributos marcados por su sexo, que solo les permite un lugar subordinado y desinteresado? El poder está unido a la imagen y la imagen transmite ideas, valores, emociones, adhesiones, rechazos; moviliza afectos y proporciona sensaciones y no solo conocimientos. Entonces ¿cuáles son las

ideas que han transmitido las enfermeras hasta fines del siglo xx? Han transmitido imágenes polisémicas, ya que los procesos sociales no pueden ser entendidos de una sola manera, lo que promueve el desarrollo del pensamiento crítico.

Mujeres enfermeras que deciden perfeccionarse y se desarrollan en el ámbito académico son juzgadas muchas veces porque buscan de espacios de poder y prestigio dentro de la comunidad científica, y cuestionadas por un supuesto rol naturalizado. También están expuestas a la misoginia y a cierto grado de segregación y discriminación tanto al interior de la profesión como fuera de ella. Por lo tanto, se requieren avances en los cuidados, especialmente los individualizados, para favorecer la autonomía, medir su producto y aumentar el conocimiento disciplinar.

El avance de la disciplina recae en el desarrollo de un conocimiento distinto acerca de fenómenos relevantes. Sin embargo, este tiene que ser validado en la realidad concreta y a través de la investigación. Asimismo, es importante utilizar modelos de enfermería como guía para la investigación en la disciplina, porque para algunos teóricos la investigación desarrollada adolece de una perspectiva de enfermería (Fawcett, 1984).

Consideraciones finales

A fines de los años noventa, Chinn y Kramer (1998) matizaron la noción de cuidado y la describieron como un proceso intencional de encuentro con el otro, para ayudarlo en su proceso de salud enfermedad o muerte, fundado en el conocimiento teórico y ético de respeto por la persona humana y de responsabilidad por mantenerse actualizado y desarrollar conocimientos pertinentes al rol profesional. Distinguieron el cuidado como una actividad planificada, fundada y compleja, porque admite perspectivas teóricas referentes a la salud y la enfermedad, y requiere de las habilidades del cuidador, que acompaña al otro en sus experiencias, donando seguridad y confianza.

A la luz de lo desarrollado en este capítulo, se debe profundizar en el ejercicio profesional y en las relaciones de género; en la posición política y en la seguridad social de nuestros usuarios, que parece cada vez más débil. Al mismo tiempo, es importante desarrollar e interpretar una ética del cuidado, que hoy deja intacta la división sexual del trabajo y las formas de desigualdad, que debe avanzar hacia una mirada de respeto e integración.

Por otra parte, el proceso de desarrollo exige un conocimiento emancipador de la praxis, con una mirada que vaya más allá de la experiencia personal y reflexione sobre las implicaciones sociales y culturales, para considerar los alcances políticos. Así, se podrá proponer una ética social del cuidado de la salud, en un sentido estricto a favor de la igualdad y el reconocimiento de los diferentes contextos de vida, que integre los marcos de sostenibilidad de la vida y los derechos humanos. Entretejer estos marcos con el trabajo de cuidados podría constituir una estrategia que articule su demanda con algunos de los referentes importantes en la región, como la interculturalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadía, C. E. y Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1153-1160.
- Aguirre, R. (1997). Maternalismo y definición de necesidades. En Arboleda, M. y Montalvo, M. (coords.), *Los procesos de reforma del Estado a la luz de las teorías de género* (pp. 113-126). Quito: IULA.
- Instituto Nacional de Estadística (1980). *Anuarios estadísticos de salud (1965-1975)*. Santiago: INE.
- Arango, L. y Molinier, P. (2011). *El trabajo y la ética del cuidado*. Medellín: La Carreta Social.
- Ayala, R. A., Thulin, M. y Núñez, E. R. (2019). Cold interests, hot conflicts: How a professional association responded to a change in political regimes. *Nursing History Review*, 27(1), 57-86. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30567779>
- Balbo, L. (1978). La doppia presenza. *Inchiesta*, (32), 3-11.
- Bocaz, I. y Figueroa, M. (1980). Educación continuada y estudios de graduados. *Revista Enfermería* (64), 3-7.
- Castrillón, M. C. (1997). *La dimensión social de la práctica de enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Castrillón, M. C., Orrego, S., Pérez, L., Ceballos, M. E. y Arenas, G. (1999). La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(1), 13-33.
- Castro, A., Rivas, E., Catalán, Y. y Flores, M. (2017). Percepción del rol de la enfermera, años 1970-1997, desde el cambio de estructura política del país, en dos hospitales del sur de Chile. Poster presentado en el VI Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, San José, Costa Rica.
- Medina, E. (1977). Evolución de la salud pública en Chile en los últimos 25 años. *Revista Médica de Chile*, 105(10), 739-745.
- Chinn, P. L. y Kramer, M. K. (1998). *Theory and nursing, integrated knowledge development*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Colegio de Enfermeras. (1970). VI Consejo Consultivo Nacional del Colegio de Enfermeras. *Revista Enfermería*, (26), 49-50.
- Colegio de Enfermeras. (1973). Memoria anual del Consejo General del

- Colegio de Enfermeras de Chile, periodo 1972-1973. *Revista Enfermería*, 35(36), 5-9.
- Colegio de Enfermeras. (1976). Rol de la enfermera. *Revista Enfermería*, (50), 38-40.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2016). *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: Mejorando la capacidad de recuperación de los sistemas de salud*. Ginebra: CIE.
- Fajardo, M. E. y Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Índex de Enfermería*, 13(46), 09-12. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200002
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87.
- Fernández, A., Araujo, P., Crespo, L. y Alonso, A. (2006). *Papel de la enfermería en la vacunación*. Oviedo: Centro de Salud de Ventanielles. Recuperado de www.vacunas.org/es/info-profesionales/enfermeria
- Figuerola, M. (1977). Aspectos dinámicos del trabajo en equipo. *Revista Enfermería*, (51), 4-15.
- Flores, R. y Guerrero, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 27-42.
- García-Carpintero, E. (2007). Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería Global*, 6(2). Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/358>
- Germán, C. (2004). Género y enfermería. *Índex de Enfermería*, 13(46), 7-8. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200001
- Gilligan, C. y Utrilla, J. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Godoy, L. y Zárate, M. (2015). Trabajo y compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(3), 411-430. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5436045>
- Gracia, D. (1992). Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. I.^a Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: *La enfermería en el siglo xx de oficio a profesión, los momentos del cambio*. Madrid, España.

- Guerrero, S. y Cid, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*, 15(1), 129-140. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.12
- Guevara, E. (1991). *El papel de enfermería en el cuidado del adulto en énfasis en la promoción de la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Hernández, A. y Guardado, C. (2004). La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(2), 1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192004000200007
- Hernández, C. (2010). Estilos de liderazgo de enfermeras y enfermeros del Servicio Cántabro de Salud. *Reduca* 2(1), 593-606. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/197/219>
- Hueranos, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Las Casas*, 6(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco510.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1999). *Estadísticas de Chile en el siglo xx*. Santiago: INE.
- Iriart, C., Merhy, E. y Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 95-105. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100010
- Jelin, E. (1994). *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas*. Buenos Aires: Cepal.
- Lagarde, M. (2004). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En *Congreso Internacional SARE 2003, Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado* (pp. 155-160). Vitoria-Gasteiz: Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer.
- Lozier, H. (1951). *El problema de la selección de alumnas para las escuelas de Enfermería*. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v3on3p38o.pdf>
- Luna, L. (2009). Familia y maternalismo en América Latina. Siglo XX. En Pinar, F. J. (ed.), *La familia en la historia* (pp. 247-260). Salamanca: Ed. Universidad de Salamanca/Aquilafuente.
- Lunardi, P., Peter, E. y Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16(5), 268-174.

- Mahler, H. T. (1986). Why leadership for health for all. Ponencia presentada en Conference on Leadership in Nursing for Health for All, Tokio, Japón.
- Manfredi, M. (1988). Liderazgo. ¿Es necesario promover el liderazgo en enfermería para el avance de los programas docente-asistenciales? *Educación Médica y Salud*, 22(1), 3-11.
- Manfredi, M. (1993). El desarrollo de enfermería en América Latina: una mirada estratégica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1(1), 23-35. doi: 10.1590/S0104-11691993000100004
- Martínez, M. y Chamorro, E. (2011). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Elsevier.
- Mattelart, A. y Mattelart, M. (1968). *La mujer chilena en una nueva sociedad. Un estudio exploratorio acerca de la situación e imagen de la mujer en Chile*. Santiago: Editorial del Pacífico.
- Mendoza, S. y Paravic, T. (2004). Organización y tendencias del conocimiento de enfermería en Chile. *Revista Brasileña de Enfermería*, 57(2), 143-51. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a03v57n2.pdf>
- Milos, P., Bórquez, B. y Larraín, A. (2010). La «gestión del cuidado» en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 17-29. doi: 10.4067/S0717-95532010000100003
- Milos, P., Bórquez, B. y Larraín A. (2011). La «gestión del cuidado» en la legislación chilena (II) estado actual. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 23-33. doi: 10.4067/S0717-95532011000300003
- Ministerio de Salud (1980). *Control de infecciones intrahospitalarias*. Circular 183. Santiago: Ministerio de Salud.
- Molyneux, M. (2001). Género y ciudadanía en América Latina: cuestiones históricas y contemporáneas. *Revista Debate Feminista*, 12(23), 3-66.
- Monzón, M. (2010). Adaptación de los códigos deontológicos de enfermería nacionales de la UE al código ético y deontológico para la enfermería europea. *Reduca*, 2(1), 57-70. Recuperado de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/126>
- Nájera, R. M. (2011). La Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería y su aportación a la docencia, la investigación y la práctica en enfermería. *Aladefe*, 1(1), 12-16.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Health for all leadership development initiative conceptual classification: Issues and challenges. First In-*

- ter-Regional Dialogue on HFA Leadership Resource and Support Network Development. Nueva Delhi: OMS.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2019). *El personal de enfermería es esencial para avanzar hacia la salud universal*. Recuperado de <http://origin.who.int/topics/nursing/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (1886). *Proyecto de Promoción del Liderazgo en el Campo de la Salud*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1999). *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/index.php?lang=es>
- Paredes, P. y Rivas, E. (2014). Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532014000100002
- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como una cuestión social desde un enfoque de derechos*. Serie Mujer y Desarrollo, núm. 87. Santiago: Cepal.
- Pincheira, S. (1977). Necesidades de enfermería, editorial. *Revista Enfermería*, (51), 3.
- Pincheira, S. (1978). Bases para una política de enfermería. *Revista Enfermería*, (56), 29-32.
- Register Nurses Association of British Columbia. (1992). *Determinants of health: empowering strategies for nursing practice: a background paper*. Londres: ABC.
- Rojas, C. (1994). *Poder, mujeres y cambio en Chile (1964-1973): un capítulo de nuestra historia* (tesis de maestría, Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México). Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0062367.pdf>
- Servicio Nacional de Salud. (1956). Normas para la Organización del Trabajo de Enfermería del Servicio Nacional de Salud.
- Servicio Nacional de Salud. (1959). *El Servicio Nacional de Salud, 1 Etapa 1952-1958*. Santiago: Imprenta Central de Talleres del SNS.
- Siles, J. (2004). La construcción social de la historia de la enfermería. *Índice de Enfermería*, 13(47), 7-10. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300001
- Thompson, P. y Perks, R. (1993). *An introduction to the use of oral history in the history of medicine*. Londres: British Library National Sound Archive, National Life Story Collection.

- Valdés, T. y Gomáriz, E. (1992). *Mujeres latinoamericanas en cifras. Avances de investigación. Chile. VIII. Organismos y acción de promoción de la mujer. Serie Estudios Sociales, núm. 37.* Santiago: Flacso.
- Valdés, X. (1988). Feminización del mercado de trabajo agrícola: Las temporeras. En *Mundo de Mujer. Continuidad y Cambio* (pp. 389-430). Santiago: CEM Ediciones.
- World Health Organization y United Nations Children's Fund. (1978). Atención primaria de salud. En *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>
- Zepeda, A. y Monteverde, L. (2016). Compresión de la mortalidad en Chile: 1969-2002. *Papeles de población*, 22(87), 265-291. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000100265

CAPÍTULO 11.

ENFERMERÍA Y GÉNERO: HISTORIA DE SUBORDINACIÓN Y TRANSGRESIÓN PARA UN FUTURO CON AUTONOMÍA

Amaya Pavez Lizarraga¹

El por qué y para qué de este escrito

La motivación para escribir estas reflexiones se inicia hace varios años, cuando a la luz de la teoría de género pude comprender la experiencia de ser enfermera. Me permitió entender por qué es tan difícil hacer enfermería en las instituciones de salud y apreciar la distancia que hay entre el estudio de la disciplina y la práctica de la profesión, centrada en la racionalidad instrumental y lejana a la racionalidad simbólica² de la ciencia del cuidado. Pude comprender los mecanismos de devaluación, silenciamiento y usurpación del conocimiento, que en numerosas ocasiones implicaban un demérito social y de nuestras capacidades. Esto suponía una continua resistencia y un intento de validación permanente para demostrar conocimiento propio, iniciativa e inteligencia.

Comprendí por qué, cuando este comportamiento no provocaba ofuscación y era reprimido, desencadenaba respuestas que, ahora sé, obedecen a acciones sexistas benevolentes como sorprenderse y atribuir

¹ Enfermera matrona, antropóloga social, magíster en Antropología y doctora en Antropología. Profesora titular de la Universidad de Santiago de Chile y académica del Programa Centro de Salud Pública.

² Para comprender mejor estos conceptos, véase la obra de Habermas, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social*, tomo 1. Madrid: Taurus.

dichas propuestas y fundamentos a una excepción propia del azar en lugar de ser producto de un estudio sistemático y complejo. O, ante una opinión experta de una enfermera, exclamar con sorpresa ¿por qué no estudió medicina? Esta opinión reiterativa a través de los años revelaba desconocimiento y entregaba un mensaje sobre la enfermería que dificultaba su ejercicio al insertarla en una estructura que la despojaba de autonomía.

Hasta que no descubrí la teoría feminista y su conceptualización de género, no logré desentrañar el misterio de la subordinación estructural de las mujeres a los hombres y sus mecanismos de subyugación, que se extienden al ámbito de la enfermería. En esta reflexión feminista descubrí que yo no era la única afectada, sino que compartía esta experiencia con muchas enfermeras: algunas conscientes de la situación devaluada de su profesión en el ámbito de la salud, otras todavía inconscientes del yugo de los mandatos culturales de género.

El propósito de estas palabras es abrir espacios reflexivos para las enfermeras que contribuyan a que ejerzan su profesión con la autonomía y el empoderamiento que merece nuestra disciplina. Estoy convencida de que el siglo xxi requiere una propuesta de salud más compleja que la hasta ahora vigente, de marcada orientación biomédica y alópata. Los tiempos convulsos de esta modernidad radical requieren enfoques eclécticos y saberes situados, interdisciplinarios, alternativos y tradicionales, que aúnen sus potenciales para favorecer la salud de las personas y las comunidades: una visión de la salud como un arte y una ciencia, en tanto característica consustancial de la ciencia del cuidado.

Breves antecedentes de la enfermería moderna: ciencia y arte del cuidado

Cuando Florence Nightingale define la enfermería como la ciencia y el arte del cuidado (Martínez, 2008) marca un contrapunto muy complejo y difícil de comprender: dado que el pensamiento en el siglo xix opone el conocimiento científico a la estética, la medicina como ciencia de la salud se sustenta en el paradigma positivista eminentemente cuantitativo. Solo hacia el último tercio del siglo xx se iniciará un proceso de apertura sobre el concepto de salud que integre la interdisciplinariedad, cuando la inclusión de las ciencias sociales para comprender la salud de las poblaciones

abra el paradigma biomédico. No obstante, la conjunción de ciencia y arte en el concepto de salud sigue siendo poco comprendida.

Otro aspecto de gran relevancia es haber inaugurado la primera profesión liberal para mujeres cuyo objeto es un trabajo realizado por mujeres, atribuido a su condición femenina y naturalizado en la feminidad. Es decir, una mujer creó una profesión liberal para la mujer que, por un lado, contribuiría a la labor social de cuidar la salud de las personas y las comunidades, y, por otro, redundaría en beneficio de las mujeres, quienes por primera vez podrían tener autonomía económica mediante el ejercicio profesional de un saber que les era conocido —familiar—, propiciando su presencia en el espacio público. La enfermería fue una puerta que se abrió para las mujeres del siglo XIX y la primera mitad del XX, y la posibilidad de independencia que les ofreció resquebrajó el sometimiento a la masculinidad representada por el padre y el marido. Un nuevo horizonte se visualizaba.

Asimismo, la enfermería inicia un cuerpo teórico propio que se consolidará en una nueva ciencia: la ciencia del cuidado. A diferencia de las otras ciencias, esta se concibe para generar conocimiento en torno a la complejidad de la salud humana y, para ello, integra diversas disciplinas y saberes, construyendo una propuesta compleja y holística para abordar los problemas de salud. En el contexto de purismo disciplinar de las ciencias naturales, es la primera ciencia que reconoce la importancia de la interdisciplinaridad. Para lograr su objeto, el cuidado de la salud se apoyó en las matemáticas, la microbiología y la nutrición. Entre otras innovaciones, se refiere a la importancia de atender al medio ambiente y la aireación de los espacios, el saneamiento de las aguas y los desechos, la división de áreas limpias y sucias, el cuidado de las heridas, la administración de los recursos materiales y humanos, la planificación de los cuidados y la organización del quehacer sanitario. Más aún, amplía el cuidado al ámbito de las necesidades afectivas y espirituales de las personas, y propone centrarse no solo en la persona afectada, sino ampliar la valoración a las familias y las comunidades, por estar relacionadas y ser parte de un todo que no se explica con la división de sus partes, sino en las diversas relaciones de interacción que las constituyen. La salud también concierne a lo público (García de Lima, 2010).

Al pensar en estas tres características con las que fue investida la nueva enfermería, identifico una emergencia de cambio en el orden social,

especialmente, en lo que ahora reconocemos como sistema sexo-género (Rubin, 1986). Y no puedo dejar de decir que es una transgresión. Sí, aunque parezca incoherente, la enfermería, profesión liberal y ciencia del cuidado, fue y sigue siendo transgresora desde la perspectiva de género, una falta en plena época victoriana. Entonces, sobrevienen dos preguntas: ¿cómo pudo concretarse y perdurar por más de cien años? y ¿cómo se puede hablar de transgresión si la enfermería es un saber a disposición del quehacer médico, y las enfermeras, sus colaboradoras?

Mi respuesta se sustenta en tres puntos: el primero, la herencia simbólica de la enfermería premoderna; el segundo, el contexto histórico-cultural en el que vivió Florence Nightingale; el tercero, el análisis de género.

Herencia simbólica de la enfermería premoderna

La presencia de la enfermería en la historia se remonta en el tiempo a las distintas culturas; está entrelazada con la supervivencia y el desarrollo de las sociedades en tanto el cuidado es consustancial a la humanidad. En Occidente ha tenido distintos énfasis según los contextos sociohistóricos, los cuales nos permiten identificar el valor social y las características de quienes tienen la responsabilidad de procurarlo (Carrasco, Márquez y Arenas, 2005). Así, el cuidado ha ostentado un alto valor social atribuido a la continuidad de la vida, la superación de la enfermedad y la recuperación de la vitalidad. Paradójicamente, no generó poder ni riqueza para quienes lo ejercieron. Esta divergencia entre valor y prestigio se puede comprender cuando identificamos quiénes ejercían esta función, las motivaciones que tenían para elegirla y el conocimiento que los habilitaba para su ejercicio. Desde la antigüedad hasta la modernidad quienes cuidaban eran principalmente mujeres, las que en un inicio prolongan los cuidados desde el ámbito doméstico hacia el social en situaciones de guerras y epidemias, entre otras. En estos contextos, se entrelazan mujeres de distintos orígenes y espacios sociales, pues las de clases acomodadas se encontraron con aquellas que vieron en la enfermería una forma de subsistencia. A veces, los cuidados estuvieron vinculados con las prácticas tradicionales de las curanderas; otras fueron un trabajo reformativo para penitentes o prostitutas, así como una labor propia de religiosas y mujeres cristianas (Games, 2011).

De este modo, la enfermería estuvo marcada tanto por la baja estima de las mujeres de dudosa reputación como por el prestigio asociado a la

vida religiosa, donde era considerada un escudo para mantener la virtud de las mujeres que la practicaban. La historia también revela la presencia de hombres enfermeros, que se va consolidando en la Edad Media a través de los monjes y las guerras, aunque sigue siendo minoritaria; el ejercicio de la enfermería se imprimirá con cara de mujer en la dualidad de las buenas-castas y de las malas-sexualizadas. Ambas tendrán un estatus de subordinación.

La motivación de cuidar contiene un fuerte componente de renuncia a sí misma/o por el bien de la persona en condición de desmedro, impregnado de valores humanitarios o, en el caso de religiosos y religiosas, de valores cristianos de ayuda al enfermo y desvalido. También ofrece la posibilidad de expiar los pecados ejerciendo la caridad y puede ser una forma de obtener dinero para la supervivencia. Con respecto al conocimiento que avalaba el ejercicio de la enfermería, se sustentaba en los saberes atribuidos a las mujeres y generaba una dicotomía entre mujeres *virtuosas* (asexuadas) y mujeres *de mala reputación* (hipersexualizadas). Cuando el cuidado era ejercido por las primeras se validaba e incluso podía formalizarse en la práctica de los monjes y de las monjas; en cambio, cuando lo realizaban mujeres de *mala reputación*, el cuidado podía ser asociado al conocimiento tradicional de las curanderas, cuyos fundamentos eran oscuros y desconocidos.

En general, los saberes de cuidar tuvieron un valor reducido, lo que se tradujo en poco prestigio y pocos privilegios para las personas, en su mayoría mujeres, que los ejercían; una gran diferencia con el saber construido y transmitido a través de procesos formativos reglados para curar, que investían de prestigio y poder a quienes los practicaban, en su mayoría hombres pertenecientes a las elites, consolidando así sus privilegios y autoridad. Esto es una expresión de lo que la teoría feminista define como la división sexual del trabajo: las mujeres están en espacios reproductivos y de cuidado, y los hombres en espacios productivos del ámbito público. Así, la feminidad se subordina a la masculinidad a través de procesos de devaluación de la primera y sobrevaloración de la segunda.

Contexto histórico-cultural en que vivió Florence Nightingale

La descripción de este contexto permite hacer un análisis situado que nos permita comprender el proceso de desarrollo de la enfermería moderna. De modo esquemático, quisiera destacar tensiones y emergencias culturales del

siglo XIX más allá de la asociación entre la época victoriana y el puritanismo, que mitifica el eterno femenino de la mujer subordinada a la tutela del padre o el esposo. Esta norma de género también afecta a Florence Nightingale, en tanto algunas historiadoras (Amaro, 2004; Arroyo, Lancharro, Romero y Morillo, 2011) señalan que el mandato cultural quedará impreso y reforzado en la enfermería moderna. Es decir, pese a que tiene una función central en el cuidado, esta no conlleva protagonismo social, y la enfermera concibe su trabajo como una colaboración con el quehacer médico, lo que supone un reforzamiento y una continuidad de la subordinación de la mujer al hombre en la relación profesional. Pero ¿podía Florence Nightingale contravenir explícitamente la norma cultural?, ¿habría podido consolidar su obra si hubiese confrontado radicalmente lo que se consideraba una obligación moral? Pienso que, tal vez, lo que nos muestra es una forma de transgresión (Nuñez, 2011) adecuada a los principios y valores de la época, que podríamos utilizar como estrategia para identificar claves de nuestra coerción contemporánea. Cabe recordar que ella pertenecía a una familia burguesa, profesaba la religión anglicana y había sido socializada en la representación de la enfermería premoderna, que exacerbaba la moral conservadora.

Sin embargo, de forma simultánea, durante la época victoriana se producen grandes cambios en la sociedad inglesa que favorecen su obra. Entre ellos, destacan la consolidación de la industrialización; la expansión del imperio, al tiempo que se fraguan procesos de transformación política y cultural iniciados siglo XVIII que afectan al orden social; las reivindicaciones de clase y del feminismo ilustrado; la consolidación de la ciencia moderna, y la apertura filosófica al liberalismo. Florence Nightingale tuvo acceso al conocimiento formal y sabemos que también mantuvo correspondencia con exponentes de las nuevas corrientes culturales (González, 2005; Castro, 2016) y las mujeres a las que tenía como referentes. Entre ellas, destaco a la reina Victoria, una mujer conservadora que tuvo la capacidad de articular propuestas divergentes y paradójicas, y a Mary Wollstonecraft, cuya posición respecto a los pilares que sostienen la feminidad-mujer son muy cercanos a los de Nightingale.

El cuidado y la maternidad son condiciones por las cuales Mary Wollstonecraft (2012) interpela a Jacques Rousseau, reivindicando el derecho de las mujeres a la ciudadanía. A su vez, Florence Nightingale instala una profesión sustentada en un saber y conocimiento interdisciplinar, cuyo objeto es propio de la feminidad y de las mujeres: una profesión para mujeres con

reconocimiento social. Aunque el precio haya sido reproducir aspectos clave de la asimetría de género, su osadía fue mayor, en tanto ella, una mujer, creó la primera profesión liberal cuyo objeto era de mujeres para mujeres. Con ello, abrió un espacio de empoderamiento que permitió a muchas lo que Virginia Woolf (2008), setenta años después, reclamaría para las mujeres: autonomía económica, respeto social y vida propia.

Análisis de género

Cuando se analiza con enfoque de género la profesión y ciencia de la enfermería, son dos los tópicos que más resaltan, los que tienen una relación de interdependencia. Primero, está la continuidad de la subordinación de la mujer al hombre en la relación entre enfermera y médico, que se extiende también a la disciplina de la enfermería respecto de la medicina, lo que establece un orden de prestigio y poder diferenciados. Segundo, una división sexual del trabajo³ que mantiene la asimetría de valor, donde las mujeres-enfermeras son las responsables del cuidado y el trabajo reproductivo en salud, mientras que los hombres-médicos están a cargo del trabajo productivo.

Ambos tópicos son pilares constitutivos de la institución patriarcal y posibilitan una organización social específica, otorgando a las personas estatus y roles de acuerdo con el valor que supone su condición de hombre o mujer. Esto tiene como resultado una distribución desigual del poder y de los privilegios, que se refleja en la construcción de una sociedad jerarquizada y desigual. Para la justicia actual, enmarcada en los derechos humanos, esta tendencia es profundamente inequitativa.

Este análisis sociocultural es uno de los grandes aportes del feminismo, pero aún queda pendiente comprender y explicar los mecanismos que posibilitan la pervivencia del patriarcado. Desde la teoría crítica feminista, el feminismo construyó la teoría de género, que posibilitó un análisis exhaustivo de la condición subordinada de las mujeres a los hombres, mediante la reproducción sistemática de la sobrevaloración de la masculinidad en desmedro de la feminidad, estructuralmente devaluada. Este

³ Separación válida actualmente y que, paradójicamente, hace a la mujer corresponsable de la producción y provisión en condiciones de menor prestigio y poder, mientras que no aplica a los hombres respecto a la reproducción, dado que continúan con la prerrogativa de ser colaboradores y no corresponsables.

feminismo escudriñó en los intersticios culturales de la cosmovisión y la denominó androcéntrica, con el fin de diferenciar al sujeto de poder hombre de la asimilación de la mujer al hombre propia del antropocentrismo. Los estudios de género son interdisciplinarios y ahí radica parte de su fortaleza, dado que a través de distintos métodos y disciplinas indagan en el mismo objeto: la masculinidad en el centro de la cultura, hacedora de la red de significados que crean realidad, donde los hombres son quienes *de facto* ostentan el poder. Las mujeres estudian a los hombres y desenredan el entramado de poder construido en pos de la masculinidad, durante siglos y hasta en las antípodas culturales de las sociedades humanas, lo que se tradujo en una verdad indiscutible y única hasta el siglo xx.

Entonces, cabe preguntarse ¿qué es el género? Es un constructo teórico que devela la asimétrica relación de poder entre hombres y mujeres, culturalmente establecida (Méndez, 2007). Denuncia las desigualdades e inequidades estructurales asociadas al valor del sexo y su significación cultural. Tensiona la hegemonía de las sociedades al reivindicar los derechos humanos para las mujeres y las personas con diversidad sexual y de género, abriendo nuevas propuestas de orden social que se sustenten en el eje de la igualdad-equidad. Promueve una cultura alternativa que remece al sistema sexo-género y al orden heteronormativo, y es un elemento revulsivo para los grupos de interés hegemónicos (Pavez, 2018), incluidos los del ámbito de la salud, dado que en él se reproduce a la perfección la sujeción de los colectivos subordinados y la desigual distribución de los privilegios. El género es la primera desigualdad humana, ya que significa a las personas antes de su nacimiento, construyendo un orden heterosexual diferenciado entre hombres y mujeres, donde la feminidad es subordinada a la masculinidad y, por tanto, las mujeres a los hombres (Millet, 1987).

En esta lógica de interpelación a la realidad, durante casi setenta años de reflexión sistemática y social, han ido emergiendo diversas respuestas a la pregunta de cuáles son los mecanismos de reproducción del sistema sexo-género patriarcal y androcéntrico. Para contestarla en el contexto de la enfermería, selecciono distintos aportes de la teoría de género: el sexismo (Glick y Fiske, 1996), la violencia, la socialización en el no poder y la pérdida de la memoria social. En primer lugar, destaco el sexismo como estrategia de exclusión y subordinación, que se expresa en una ambivalencia que conjuga la hostilidad con la benevolencia, según el grado de amenaza que suponga la mujer fundamentado en su expresión de feminidad. Esta

táctica, que pone límites y somete a través de la violencia de género, se sustenta en dos estereotipos negativos de las mujeres. Por un lado, la encarnación de la sexualidad,⁴ que atenta abiertamente contra el poder de los hombres y limita la acción de las mujeres mediante una socialización en el no poder. Por otro lado, la feminidad devaluada e invisibilizada, cuya expresión es un continuo que va desde la madre abnegada hasta la mujer siempre niña y, por lo tanto, incapaz. Podemos identificar fácilmente el ejercicio de ambos sexismos en la relación profesional enfermera-médico y en la relación disciplinar enfermería-medicina, que produce una baja autoestima y autoeficacia en las enfermeras y un silenciamiento de su voz mediante la naturalización de su saber científico-estético de la salud, que cuestiona la rigurosidad de su cuerpo teórico y la margina del ideario de la ciencia. Además, el criterio del médico-medicina,⁵ sujeto y saber que detenta la hegemonía en salud, restringe el espacio de acción de la profesión de enfermería y le resta autonomía y empoderamiento social.

Cabe analizar de manera más detenida la violencia de género en el contexto de la enfermería. La violencia es una estrategia estructural de control que ejerce la autoridad para mantener su poder. La violencia de género es una de las más efectivas expresiones de control y ejercicio de autoridad para la subordinación de la mitad de la población humana: las mujeres. En la enfermería, que no está exenta de la violencia de género, identifiqué dos niveles: la violencia horizontal, que es ejercida dentro del mismo colectivo, y la violencia vertical, que es ejercida por quienes ostentan puestos de poder y prestigio dentro de las instituciones de salud.

Violencia horizontal

Las identidades depreciadas o subordinadas en una constante de reproducción del poder y el orden asimétrico repiten las lógicas violentas de socialización en la formación que vivieron. Lo hacen, en parte, por haberse ganado el derecho de ejercer la autoridad al haber completado el proceso

⁴ A través de un tinte maléfico se pretende encubrir el miedo de la masculinidad a la capacidad, inteligencia, conocimiento y autonomía de las mujeres.

⁵ Es importante destacar que el poder arraigado en la masculinidad es también ejecutado por mujeres que comparten el simbolismo del sistema sexo-género que es patriarcal-androcéntrico, es decir, una dimensión transgenérica de las identidades. Véanse Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de sueños, y Amorós, C. (2000). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.

de formación y, en parte, para proteger a las nuevas integrantes del colectivo, para evitarles situaciones de confrontación con la autoridad, las expectativas sociales y las normas de género asociadas.

De esta forma, gran parte de las integrantes de esas colectividades reprime a sus iguales; sus subordinados; enfermeras noveles y estudiantes. La violencia se ejerce entre pares —enfermeras— que tienen funciones de autoridad, sea en la práctica —dentro del sistema de salud— o en la formación en las escuelas de enfermería. Muestra de lo anterior es el control sobre la apariencia física para lograr pulcritud y belleza en los contextos de formación profesional de las enfermeras, que exponen a las estudiantes mujeres a situaciones violentas con una fuerte carga sexista, restringiendo su libertad y movimiento. Las emociones de culpa y miedo facilitan la inacción y la asunción de comportamientos esperados. Como telón de fondo, las creencias compartidas sobre la feminidad y la enfermería contribuyen al ejercicio de una autoviolencia pasivo-agresiva.

Violencia vertical

Este tipo de violencia se expresa en relación con otras profesiones en el espacio institucional. Podemos distinguir dos ámbitos: el primero, compuesto por las instituciones de salud, y el segundo, constituido por la institucionalidad científica y las universidades.

En el espacio institucional de salud, la violencia se asocia a la devaluación del ejercicio profesional, el silenciamiento de la autonomía, el sexismo benevolente y la infravaloración del rol, vinculándolo con el espacio doméstico. Esta violencia tiene un fuerte componente simbólico arraigado en los estereotipos negativos de la feminidad y normalizados en la enfermería como disciplina y en las enfermeras como mujeres. El orden de poder en las instituciones de salud es jerárquico. En este orden de saber-experto marcado por la autocracia de la medicina, la enfermería ocupa un espacio subordinado, cuya visibilidad tiene relación con una parte de sus funciones: el apoyo al tratamiento médico. La hegemonía se difunde a través de las creencias compartidas con otras profesiones del área, de manera que la enfermería tiene una imagen reducida para el equipo de salud y para la sociedad.

El sexismo benevolente es la representación de que las enfermeras son cálidas y acogedoras, pero no es su inteligencia lo que las destaca (Ramírez, 2014).

Un ejemplo que permite comprender la complejidad de esta violencia es la comparación de las enfermeras con las dueñas de casa, el traspaso de una función social propia de la feminidad a una función profesional. Este apelativo devalúa y silencia. Ninguna enfermera puede argumentar científicamente su acción y aporte a la salud si su opinión es recibida como la voz de una dueña de casa, expresión de la máxima reclusión sociocultural de las mujeres modernas; un rol cargado de estigma, que las mujeres han podido ir abandonando como eje central de su identidad.

En el campo científico y universitario, esto supone un esfuerzo añadido para validar a la ciencia del cuidado como un conocimiento científico y alejarla de la imagen de un saber natural de la feminidad y propio de las mujeres, que se transmite espontáneamente. Aunque la enfermería forma parte de las profesiones universitarias y ha logrado tener una categoría específica como área de conocimiento internacional y nacional, en Chile su validación científica continúa siendo complicada. En ocasiones, he recibido cuestionamientos sobre la pertinencia y el valor de la investigación en enfermería y la formación de posgrado de las enfermeras, especialmente respecto a los programas de doctorado.

La violencia se ejerce con una mecánica de estímulo-respuesta: frente a la trasgresión que lleva a la subversión, se desencadena la coerción. Teresa del Valle (1992/1993) plantea que las mujeres somos socializadas en el no poder, un proceso continuo a lo largo de nuestras vidas que mediante distintos estadios normaliza identidades subalternas, las cuales incorporan mandatos de género de escaso valor social y baja autopercepción. Las enfermeras somos, en primer lugar, mujeres construidas en la misma cultura del sistema sexo-género, patriarcal y androcéntrico. Por tanto, hemos asimilado estas creencias, emociones y prejuicios sociales, sabemos cuáles son los castigos por transgredirlos y los beneficios de la obsecuencia. Al igual que para todas las personas, sin distinción de sexo, clase o etnia, este universo simbólico compartido que nos posibilita vivir en sociedad es un proceso inconsciente, que pocas veces sabemos en qué está cimentado. Es decir, el primer desafío que debemos afrontar para nuestra autonomía como enfermeras es tomar conciencia de la sujeción en que estamos inmersas como mujeres. Cabe destacar que este proceso socializador es sellado durante el aprendizaje formal de la profesión, en la práctica institucional en todos los espacios de salud y, por si fuera poco, en la representación social de la enfermería convergente con el orden simbólico hegemónico del sistema de salud.

La efectividad del sexismo y la socialización en el no poder se alcanza junto con la activación de los mecanismos de exclusión de la memoria social descritos por del Valle (1995), de los cuales he elegido cuatro: devaluación, usurpación, lapsus genealógico y silenciamiento. La memoria es clave en la construcción de las identidades y en el valor que la sociedad les da. Es un registro siempre vigente que permite la continuidad de los significados sobre o de algo específico. La memoria nos permite orientarnos en el universo simbólico y en el orden de las cosas; perder la memoria social implica perder la identidad, porque el colectivo no reconoce los atributos que un individuo se atribuye a sí mismo. He seleccionado estos cuatro mecanismos por la claridad que observo en su aplicación y activación ante el riesgo de alterar el orden del sistema de género a través del empoderamiento de las mujeres, así como de la autonomía que podrían ejercer con una profesión que, sobre la base de un conocimiento complejo, se atrevió a integrar saberes científicos con conocimientos tradicionalmente femeninos. Doble transgresión: igualdad en la condición humana para las mujeres y validación de la interlocución profesional sustentada en el cuerpo teórico construido.

La devaluación es una práctica recurrente de la sociedad y del sistema de salud a la que estamos sometidas las enfermeras en el ejercicio profesional, que se retroalimenta con la desvalorización de la profesión y su saber a través de la ridiculización y la descalificación. Esto provoca emociones de vergüenza, pudor, culpa y miedo que limitan la acción y la toma de decisiones —y de la palabra— utilizando los fundamentos de nuestra ciencia. La usurpación y el lapsus genealógico son los mecanismos más sutiles y eficaces. El primero se refiere a la apropiación indebida del saber u ocupación propios de la enfermería y de las enfermeras. A medida que profundizo el análisis de género de nuestra profesión, identifico más conocimientos propios de la enfermería que son abordados por otras disciplinas. En ocasiones, cuando leo planes, políticas o modelos de salud que se postulan como grandes novedades, me sorprende que no se mencione que pertenecen al campo de la enfermería. Muchas veces, somos las enfermeras quienes aceptamos esta usurpación, sin cuestionarla ni defenderla, porque está naturalizada. Si hiciésemos un estudio del aporte que las ciencias de la salud han hecho a la salud y el bienestar de las personas y las comunidades, estoy segura de que las contribuciones de la ciencia del cuidado nos sorprenderían.

Este mecanismo se perfecciona en combinación con el tercero, el lapsus genealógico, que consiste en el olvido de la autoría y justificación de ese olvido, un plagio validado culturalmente. Su resultado es un vaciamiento de la matriz de la memoria que, para una disciplina, está representada por el desconocimiento de su cuerpo teórico y, para una profesión, por el retiro del sustento que configura su ontología. La consecuencia de esta expoliación es el bajo prestigio y poder de la profesión y el silenciamiento de las enfermeras.

Quisiera ejemplificar lo anterior a través de lo que sucede con el cuidado y la vejez. Desde fines del siglo xx, el cuidado es un asunto social cuya responsabilidad recae en las personas y el Estado. El cuidado y la dependencia son temas abordados por distintas disciplinas, entre ellas, la economía, la sociología, la antropología y la psicología. Pero en los debates, los congresos, las políticas públicas y los organismos internacionales que se refieren al cuidado, está ausente la ciencia del cuidado, ¿por qué? Cuando les hago esta pregunta a expertas en Chile, la primera reacción suele ser de sorpresa, pues parece absurda —¿por qué tendría que estar la enfermería hablando de esos temas?—. También hay algunas que señalan que la relevancia del tema exige que sea abordado por expertos, y la enfermería no tiene el prestigio para estar en ese grupo. En tercer lugar, hay quienes contestan que las enfermeras son muy técnicas; es entonces cuando quedo perpleja, ¿por qué no somos reconocidas como expertas en el cuidado?

Existe otro concepto que actúa de forma sincrónica para obstaculizar el empoderamiento, la visibilidad política y la movilidad institucional basada en los méritos; constituirse como experta en salud y ser un referente en el estudio y la toma de decisiones a nivel de políticas públicas: el techo de cristal. Las enfermeras tenemos un techo de cristal (Valcárcel, 1997) que impide el posicionamiento social de la enfermería, porque no podemos superar el sistema de cooptación ni el sistema difuso de la influencia.⁶

Cuando se analiza la experiencia de ser enfermera y la ciencia del cuidado desde este prisma, es sorprendente descubrir que el maltrato y la falta de reconocimiento no es personal, sino que obedece a una lógica

⁶ «Es como si existiera una barrera invisible sobre las cabezas femeninas en una pirámide jerárquica, barrera que no puede traspasarse mediante esfuerzos individuales. Los tramos bajos están feminizados y los superiores son masculinos» (Valcárcel, 1997, p. 99).

coercitiva de la hegemonía ante el riesgo de que un cambio en el sistema sexo-género altere el orden social. En el ámbito de la salud, supondría una redistribución de los privilegios, el prestigio y el poder, que implicaría reorganizarlos en una estructura más horizontal.

Desafíos para la autonomía

A partir de esta toma de conciencia podemos sacar grandes conclusiones. Para mí, es muy significativo constatar la riqueza de nuestra disciplina y profesión, así como la transgresión que supone para las sociedades occidentales, cuya hegemonía ha respondido con represión y descalificación. Aunque, ni en los inicios de Florence Nightingale ni ahora, hemos adherido como colectivo al feminismo —pero sí ha habido y hay enfermeras feministas—, considero que vivimos un proceso reivindicativo muy cercano y que su causa nos interpela constantemente. Esto también ocurre en la sociedad en general: muchas mujeres no son feministas y se benefician de los logros del feminismo, porque ese es uno de los fines del movimiento social y de su filosofía. El problema es que en nuestro caso aplica la *interseccionalidad*, y la suma de condiciones de exclusión produce un efecto sinérgico que profundiza la subordinación y la desigualdad.

A la luz de estas reflexiones, cabe preguntarse ¿debemos permitir que se continúe saqueando nuestro saber y devaluando nuestra profesión? Si la respuesta es afirmativa, entonces tomemos palco: desde mi perspectiva, en Chile ese momento está bastante próximo. El reduccionismo de la profesión y de su epistemología está siendo muy efectivo, no hay más que ver la dificultad de acceder a puestos de poder y lo surrealista que suena la posibilidad de, en un futuro cercano, tener una enfermera como ministra de salud. Lo cierto es que, aunque el panorama no sea halagüeño, tenemos todo por hacer. Por eso, terminaré con algunos puntos que considero claves para forjar la autonomía y el empoderamiento de la enfermería como profesión y como disciplina. Esto implica transformarnos en sujetos políticos para, nuevamente, ejercer una ciudadanía activa en contextos de respeto.

Es prioritario centrarnos en la formación profesional de las nuevas enfermeras. Para esto, debemos modificar las mallas curriculares, imprimiendo con propiedad la interdisciplinariedad; nuestra profesión debe poner énfasis en los factores socioculturales e incluir la dimensión

de ciencia social de la enfermería. Un currículo orientado a romper los estereotipos de género que merman el prestigio y la autoridad del saber experto en salud. Considero que las universidades públicas están especialmente llamadas a promover este cambio por la responsabilidad social que las convoca.

También es necesario reforzar y ampliar la autonomía de la profesión, cuyo cuerpo de conocimiento, o saber experto, debe ser reapropiado. Esto, para potenciar la experiencia política y construir una profesión con una identidad sólida, cuyos integrantes ejerzan una ciudadanía activa en el ámbito de la salud, incluida la formulación de políticas públicas del área e intersectoriales, dada su condición de ciencia interdisciplinar.

Es imperativo, asimismo, fortalecer las áreas de investigación propias y la aplicación del conocimiento generado. Debemos reivindicar la genealogía del saber construido, para que se constituya en una voz experta en salud para la sociedad. Asimismo, hay que superar las barreras que generan la baja autopercepción y autoeficacia de la profesión, liberándola de la marginalidad en el ámbito de la salud y estableciendo una comunicación directa con la sociedad.

Ninguno de los puntos anteriores puede alcanzarse si no establecemos relaciones de confianza entre nosotras y aprendemos a relacionarnos teniendo como base la sororidad. Debemos protegernos colectivamente en la exposición social, trabajar colaborativamente y, si es necesario, implementar acciones afirmativas que consoliden nuestra identidad y el reconocimiento externo. Para ello debemos superar nuestra introversión como gremio, expresando nuestra opinión experta no solo dentro del ámbito de la enfermería, sino —más aún— fuera de este. Tal tarea resulta complicada si la hacemos individualmente.

Finalmente, debo señalar la importancia de abordar la violencia de género en la profesión. La enfermería no está exenta de esta violencia. Como se dijo, la capacidad coercitiva de la violencia provoca baja autoestima y baja autoeficacia en las enfermeras. Es prioritario afrontar la doble condición opresiva en nuestra situación: por una parte, responsabilizarnos de la violencia que ejercemos hacia las subalternas y las enfermeras en formación, para no continuar reproduciendo el patrón de violencia, y, por la otra, aprender como colectivo a identificar, afrontar y denunciar las situaciones de abuso y violencia en los ámbitos profesional y científico.

En síntesis, resulta imperativo cambiar la representación social del rol de la enfermera en el sistema de salud y la sociedad, ampliando sus atribuciones profesionales. Esta transformación tiene que ver con reivindicar nuestra ciencia y el conocimiento construido, reforzarnos y aprender a ejercer la sororidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaro, M. C. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192004000300009&lng=es&tlng=es
- Arroyo, A., Lancharro, I., Romero, R. y Morillo, M. S. (2011). La enfermería como rol de género. *Índex de Enfermería*, 20(4), 248-251. doi: 10.4321/S1132-12962011000300008
- Castro, F. J. (2016). La enfermera victoriana: género e imperio. *Cultura de los Cuidados*, 20(46). doi: 10.14198/cuid.2016.46.09
- Carrasco, M. C, Márquez, M., Arenas, J. (2005). Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados*, año IX (18), 52-59. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/995/1/culturacuidados_18_09.pdf
- Del Valle, T. (1995). Identidad, memoria y juegos de poder. *DEVA Revista Cultural*, (2), 14-21.
- Del Valle, T. (1992/1993). Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio. *KOBIE*, (VI), 5-15.
- Games, M. I. (2011). Tópicos y arquetipos de la opinión pública: la construcción social de la enfermera. *Enfermería Global*, 10(22). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200018&lng=es&tlng=es
- García de Lima, R. (2010). Notas sobre enfermería: enfermeras haciendo la diferencia en la salud global, Editorial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_01.pdf
- Glick, P. y Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512.
- González, T. (2005). Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los Cuidados*, año IX (17), 33-40. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1006/1/culturacuidados_17_06.pdf
- Martínez, M. (2008). Arte y ciencia de la enfermería. *Revista Médica Electrónica* 30(1). Recuperado de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/481/html>

- Méndez, L. (2007). *Antropología feminista*. Madrid: Síntesis.
- Millet, K. (2017). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.
- Núñez, E. (2011). Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florencia Nightingale. *Ciencia y Enfermería*, 17(1), 11-18. doi: 10.4067/S0717-95532011000100002
- Pavez, A. (2018). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(2), 11-16. Recuperado de <https://view.joomag.com/cuadernos-m%C3%A9dicos-sociales-2018-vol-58-n2/0693623001533850079?short>
- Ramírez, N. (2014). *Significado social del concepto cuidado en tres países de Latinoamérica* (tesis doctoral, Universidad de Concepción, Concepción, Chile). Recuperado de <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/1703>
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 8(30), 95-145.
- Valcárcel, A. (1997). *La política de las mujeres*. Madrid: Cátedra.
- Woolf, V. (2008). *Un cuarto propio*. Ciudad de México: Colofon.
- Wollstonecraft, M. (2012). *Vindicación de los derechos de la mujer*. Madrid: Taurus.

CAPÍTULO 12.

DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN VALDIVIA: INFLUENCIA DEL TERREMOTO DE 1960

María José Marín Soto¹

Introducción

El desarrollo de la enfermería responde al contexto histórico, social y político en que se inserta. Actualmente, se concibe como una disciplina social con una base científica compleja y un rol cambiante, que aspira a trazar su propio camino e identidad. Es necesario saber de dónde venimos para determinar adónde vamos. Para adquirir este conocimiento es posible describir la evolución de la disciplina a partir de la investigación histórica (Arratia, 2000; Parentini, 2002).

Las profesiones sanitarias aplicadas, como la enfermería, tienen tres responsabilidades esenciales que les permiten cumplir con las demandas sociales que justifican su existencia. Estas responsabilidades son lograr las metas que imponen los fundamentos sociales que la justifican; reclutar, educar y retener suficientes profesionales preparados y motivados para satisfacer las necesidades sociales, y fomentar el desarrollo científico para robustecer la base de conocimiento de la profesión (Durán de Villalobos, 2001).

A propósito de la relación entre las responsabilidades de las profesiones sanitarias aplicadas y las demandas sociales, debemos considerar las

¹ Enfermera y candidata a magíster en Enfermería con mención en Gestión del Cuidado de la Universidad de La Frontera. Docente de la Universidad San Sebastián, sede Valdivia.

catástrofes naturales como factores que modifican los requerimientos de la sociedad, contemplando el impacto físico, psicológico y económico que genera en la población (Schonhaut, 2013). La enfermería, como ciencia aplicada de la salud, debe adaptarse a las contingencias provocadas por los desastres naturales.

El 22 de mayo de 1960 ocurrió un gran sismo en Chile, territorio acostumbrado a los cataclismos que dejan colosales daños humanos y materiales. Un maremoto y un megaterremoto de magnitud 9,5, conocido como el más grande de la historia de la humanidad desde que existen registros, provocó la muerte de dos mil personas y una gran destrucción en el sur, especialmente en la ciudad de Valdivia (San Francisco, Castro, Cortés, Larios y Soto, 2017). Este desastre generó importantes cambios en la geografía de la ciudad, su arquitectura, economía y, desde luego, sus servicios de salud, que no solo vieron modificada su infraestructura, sino también la forma en que se dispensaban los cuidados (Cristi, 2016).

En la actualidad, existen pocos artículos que describan el quehacer de la enfermería en el periodo posterior al terremoto de Valdivia de 1960 y cómo este evento afectó el desarrollo de la disciplina en la región. Este capítulo tiene por objetivo analizar el desarrollo de la enfermería en la ciudad de Valdivia entre 1960 y 1973, cuando el sistema sanitario, incluidos los profesionales de enfermería, lucharon por cubrir los requerimientos de la población y contribuir a que las personas alcanzaran el mayor nivel salud posible.

Contexto político y socioeconómico de la época

Para comprender lo ocurrido tras el terremoto de 1960, es necesaria una mirada general de algunos aspectos políticos, sociales y económicos del Chile de la época. A inicios de los sesenta, Chile tenía 7 683 200 habitantes y su territorio se dividía administrativamente en provincias, departamentos y comunas (Vásquez, 2013). El 45 % de la población vivía en condiciones de extrema pobreza, gran parte en zonas rurales, donde las construcciones de adobe y una albañilería de cuestionable calidad acarrearían nefastas consecuencias luego del terremoto (Cárdenas, Lefian, Muñoz y Rodríguez, 2006).

El Chile de mediados del siglo xx era una nación pobre que pasaba por un periodo de inflación. La precariedad de los recursos se expresaba en las condiciones habitacionales, la escasez de viviendas, la vulnerabilidad frente

a las enfermedades, la desnutrición, las malas condiciones sanitarias y la baja escolaridad. En esta época aparece el término población *callampa* para hacer referencia a los barrios periféricos instalados en sitios eriazos con viviendas de material ligero, sin agua potable ni alcantarillado. La mayoría de estos asentamientos estaban en la capital, pero la realidad que en ellos se experimentaba se repetía en todo el territorio. Era común observar niños harapientos, casi desnudos y descalzos que jugaban con perros flacos, en basurales y rodeados de moscas (San Francisco *et al.*, 2017; Vásquez, 2013).

El fenómeno migratorio del campo a la ciudad se instalaba a paso fuerte (Dibam, s.f.). Uno de cada tres habitantes de la capital era inmigrante de zonas rurales (Vásquez, 2013) y el 58,4 % de la población habitaba en centros urbanos. Este desplazamiento fue consecuencia de una industrialización que, lamentablemente, no estuvo acompañada por la urbanización adecuada (San Francisco *et al.*, 2017). Las cifras de salud concuerdan con este escenario. Por ejemplo, para 1960 el 50 % de los jóvenes de 18 años había sufrido desnutrición, la mortalidad infantil ascendía al 18 % y el bajo peso al nacer representaba el 23 % de todos los nacidos vivos. Para el mismo año, el 14,3 % del total de defunciones se debió a enfermedades infecciosas y parasitarias, y el 17,9 % de ellas correspondió a menores de 5 años (San Francisco *et al.*, 2017). En cuanto a la educación, era frecuente que los niños de sectores populares abandonaran la escuela o la combinaran con el trabajo. Las oportunidades educacionales eran escasas: de 573 010 personas de entre 20 y 24 años, solo 26 592 tenían algún tipo de instrucción, y solo un tercio de estas en universidades. Esta realidad se repetía en los otros niveles educativos (San Francisco *et al.*, 2017).

La atención sanitaria de Valdivia

Desde tiempos remotos, Valdivia ha sido considerada una ciudad de belleza única. Cien años después de atraer a los primeros colonos alemanes contaba con una relativa mixtura cultural (Hernández, 2011). Desde 1910 la industrialización se había incrementado y con ello había crecido la proletarianización. Para 1960, Valdivia era reconocida como una ciudad económicamente próspera, pero muy desigual. Los obreros ganaban remuneraciones paupérrimas, residían en viviendas de mala calidad, la mayoría de madera, y en condiciones miserables. Esto repercutía en el nivel de salud de la población: antes del terremoto, Valdivia

tenía el índice de mortalidad infantil más elevado del país (Hernández, 2011; Lazo, 2008).

La historia valdiviana incluye la evolución de las estructuras hospitalarias donde se dispensaron los cuidados de salud. Entre ellas, se pueden mencionar el Hospital Real, que cumpliera sus funciones en el siglo xvii, y el Hospital San Juan de Dios, que fuera el antecesor de lo que hoy conocemos como Hospital Regional.

Hospital San Juan de Dios

El Hospital San Juan de Dios destacaba por su luminosidad y era utilizado como albergue para pacientes que padecían de tuberculosis. El año 1960 fue uno de los últimos que le vio funcionar (Jara de la Maza, 1995). En su historia destaca la presencia de dos profesionales de enfermería: Francisca Salom, enfermera jefe, y Ercira Ulloa, enfermera tratante. Contaba con quince camas para pacientes con infecciones respiratorias y venéreas, doce camas en el servicio de cirugía, cuarenta camas en el servicio de pediatría y veinte camas en el pensionado.

Sanatorio Alemán

Fue la entidad de salud precursora de la actual Clínica Alemana de Valdivia. En 1960, su edificio se encontraba en uno de los barrios altos de la ciudad. Era espacioso, rodeado de jardines, con buena ventilación e iluminación natural. Fue construido entre 1919 y 1923, por iniciativa privada, y su estructura de madera sin forro de cemento se consideró ideal para el clima lluvioso de la zona. Además de contemplar modernos estándares de higiene y salubridad para la época, visualmente, era un edificio vistoso y grato (Avendaño, 2019).

El recinto contaba con cien habitaciones para los servicios de medicina general, cirugía y maternidad. La atención era brindada por médicos, religiosas y una enfermera, Eva Seeger, quien organizó los cuidados por más de cincuenta años (Avendaño, 2019).

Hospital Base

El Hospital Base de Valdivia fue inaugurado en 1939. Emplazado en el terreno del fundo Huachocopihue, donado por Carlos Haverbeck, contaba

con 19 000 metros cuadrados donde se erguía la imponente edificación de ocho pisos que incluía el zócalo y una terraza panorámica (Ministerio de Salud, 2009). El hospital tenía una capilla con capacidad para 300 personas, apta para todo tipo de celebraciones religiosas (Viñas y Rodríguez, 1997). En palabras de Atlántida Viñas, que ejerció el cargo de enfermera jefe durante 30 años, «aunque en un principio fue un proyecto criticado, fue visionario. En el transcurso de los meses y años se notó una extraordinaria capacidad de trabajo, solidaridad y cohesión del personal» (*Diario Austral*, 2009).

Desde sus inicios, el recinto asistencial contó con seis enfermeras designadas por la Dirección General del Servicio de Salud: Atlántida Viñas, Fresia Sepúlveda, Teresa Mendoza, Osvaldina Sánchez, Teresa Flores y Guillermina Osorio. La presencia de religiosas en el cuidado de los usuarios era predominante en casi todos servicios (Viñas y Rodríguez, 1997).

Imagen 1. Hospital Base de Valdivia, 1941



Fuente: Archivo Fotográfico, Museo Nacional de Medicina.

El terremoto

Existen relatos que describen lo desastroso que fue el evento. La catástrofe se hizo sentir con fuerza, cobrando vidas, infraestructuras y formas de desarrollo, y arrasando con fuentes de trabajo y la percepción de seguridad de la población (Vásquez, 2013). En la provincia de Valdivia, más de veinticuatro mil viviendas resultaron dañadas y miles de familias quedaron desposeídas y sin hogar (Lazo, 2008).

Imagen 2. Casa removida de su base a consecuencia
del terremoto, 1960



Fuente: Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico Nacional.

Pocas horas después del terremoto, el intendente de Valdivia adoptó una medida que pocos comprendieron e incluso fue tildada de inconstitucional: declaró estado de sitio en la ciudad. Esta determinación incluía el toque de queda, que redundó en que las fuerzas armadas arremetieran contra los ciudadanos que circularan por las calles después de la hora permitida, hiriendo y fusilando a varias personas (Hernández, 2011). Esto aumentó los ya considerables requerimientos en la atención de salud. Cuando las autoridades centrales se enteraron de las injusticias que ocurrían en el área de la catástrofe, el sur de Chile fue decretado zona de desastre (Paredes y Rivas, 2014)..

Los numerosos cortes en las vías terrestres produjeron un desabastecimiento severo, y el restringido acceso a la zona, por aire y por mar, si las condiciones climáticas lo permitían, hicieron que vivir en Valdivia fuera un riesgo en sí mismo. Además de las contingencias sanitarias propias de este tipo de catástrofes, como lesiones, infecciones por vectores, y falta de agua potable, alimento, abrigo y vivienda, existía el riesgo inminente de que un alud de toneladas de metros cúbicos de agua proveniente del lago Riñihue cayera sobre los campos de cultivo, los poblados y la propia ciudad.

Imagen 3. Calle García Reyes, 1960



Fuente: *Bifurcaciones. Revista de Estudios Culturales Urbanos*.

Todas estas circunstancias determinaron que más de veinte mil personas fueran evacuadas desde Valdivia y sus alrededores hacia Santiago, Valparaíso, Concepción y Temuco. Tal fue la envergadura del operativo que esta evacuación es considerada la más numerosa de la historia de Chile. Fue un fuerte golpe para las familias que ya sufrían por los azotes del posterremoto y ahora se veían obligadas a fragmentarse para que sobrevivieran los más vulnerables. En efecto, los evacuados fueron en su mayoría mujeres y niños (más de un millar). Atlántida Viñas fue separada de sus tres hijas menores de edad y permaneció en la ciudad brindando atención en el hospital provisorio (Hernández, 2011; Viñas y Rodríguez, 1997).

Los requerimientos sanitarios aumentaron súbitamente y el personal debió satisfacerlos en difíciles condiciones. La terraza y los tres pisos superiores del Hospital Base se desmoronaron y los demás pisos quedaron inutilizables. El ala central se partió, separándose casi dos metros del cuerpo principal. El recinto quedó inhabilitado. La desesperación se propagó entre los funcionarios y pacientes. Durante el movimiento telúrico, muchos enfermos aterrorizados intentaron arrojar por las ventanas. Pasado el evento, el hospital quedó resquebrajado, amenazando con partirse en dos y estuvo a punto de desplomarse (Ministerio de Salud, 2009).

La atención en el recinto era inviable. Improvisadamente, se trasladó a las dependencias de la Escuela Normal, donde funcionó hasta 1963, año en que se instaló en el Hospital de Emergencia John F. Kennedy, donación del Gobierno de Estados Unidos (Jara de la Maza, 1995).

Imagen 4. Soldados norteamericanos montando el Hospital de Emergencia John F. Kennedy. De fondo se observa el dañado Hospital Base, 1960



Fuente: Bifurcaciones. Revista de Estudios Culturales Urbanos.

Desarrollo de la enfermería en el periodo de 1960-1973

No está claro el número de profesionales de enfermería con que contaba la región de los Ríos en 1960, pero se puede inferir que no superaba los quince (Viñas y Rodríguez, 1997). Como medida de contingencia, la Cruz Roja chilena decidió trasladar a doce enfermeras capitalinas a Valdivia el 30 de mayo de ese año. Ellas colaboraron en la organización de los servicios de apoyo a la comunidad, como la entrega de ropa y alimentos, y desempeñaron un importante rol en su vacunación (Hernández, 2011).

El Sanatorio Alemán dejó de funcionar pocos días después del terremoto. Sin embargo, las numerosas demandas de salud de la afectada sociedad valdiviana no solo obligaron al equipo médico a retomar sus funciones, sino que dejaron en evidencia la necesidad imperiosa de contar con más profesionales de enfermería. Fue así como Eva Seeger, que había sido la única enfermera del establecimiento durante cincuenta años, logró que se incorporara al Sanatorio la enfermera de operación Anne Marie Bartz, medida que duplicó la dotación (Avendaño, 2019).

A pesar de los esfuerzos realizados por diferentes entidades para reducir el déficit de profesionales de enfermería, las acciones no fueron

suficientes. A partir de estudios que confirmaron la urgencia de formar nuevos profesionales en el país, se elabora un proyecto en el Programa de Asistencia al Desarrollo de la Enfermería en el seno del convenio entre Chile, la Organización Mundial de la Salud y la Unicef, y se establece un acuerdo entre el Servicio Nacional de Salud y la Universidad Austral de Chile. Estas iniciativas impulsaron el nacimiento de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral, diseñada por la enfermera María Mendoza Cuevas, su primera directora. Mendoza recibió el apoyo de Gladys Peake, jefa de la sección de enfermería del Servicio Nacional de Salud; Sofía Pincheira, del Colegio de Enfermeras de Chile, y el doctor Italo Caorsi, decano de la Facultad de Medicina, todos dirigidos por la experta en educación en enfermería designada por OMS en la zona, Mary Rogan. Es así como la Escuela de Enfermería Universidad Austral inició sus funciones el 23 de abril de 1963. La carrera tenía una duración de ocho semestres y las primeras internas llegaron al Hospital de Emergencia John F. Kennedy en 1966. Ese año se titularon veintidós nuevas enfermeras (Arratia, 2000; Paredes y Rivas, 2014).

Paralelamente, el 1 de abril del mismo año, se empieza a impartir la carrera en la región de la Araucanía, como muestra del compromiso por potenciar el número de profesionales de enfermería. El programa nació al alero del Colegio Regional de Temuco, sede de la Universidad de Chile y precursor de la Universidad de La Frontera, donde se desarrollaban los dos primeros años de preparación de un ciclo que duraba cuatro y se completaba en la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral (Universidad de la Frontera, 2011). El hecho de que la Universidad Austral aportara en la formación de profesionales de enfermería trascendiendo las fronteras de su región es en extremo relevante si se considera que en 1960 existían solo tres escuelas de Enfermería en el país: la de la Universidad de Chile, la de la Universidad Católica de Chile y la de la Universidad de Concepción. Con la creación de estas dos nuevas escuelas en el sur los centros de formación profesional en enfermería aumentaron en un 60 % (Ibarra, 2011).

El precipitado aumento de las escuelas de Enfermería en Chile da lugar a una nueva necesidad: crear una entidad que unificara a los enfermeros docentes y la formación en sí misma. Este requerimiento ya se había sentido antes, como muestra el acuerdo para formar la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería, suscrito en el I Seminario de Educación

en Enfermería realizado en 1954 y que no se concretaría hasta 1963. Esta organización agrupó a los docentes de todas las escuelas del país y fue la precursora de la actual Asociación Chilena de Educación en Enfermería (Escuela de Enfermería, s.f.; Ibarra, 2011).

Estos hechos podrían explicar por qué en 1965 Valdivia se levanta como sede del IV Congreso Nacional de Enfermería a pesar del deterioro que aún existía en la ciudad. La instancia se orientó a definir las funciones de la enfermera en Chile (Ibarra, 2011). Un año antes, con motivo de la creación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral, la sección de Enfermería de la Dirección General del Servicio de Salud, a cargo de la destacada enfermera Gladys Peake, manifestó la urgencia de contar con el apoyo de enfermeras norteamericanas para fortalecer la dotación profesional de Valdivia, que contaba con solo quince enfermeras entre el hospital y los consultorios. Este aporte, que potenciaría la calidad de los servicios y, por ende, fortalecería la formación de los nuevos profesionales, se formalizó en un convenio entre la Dirección General del Servicio de Salud y la Organización del Cuerpo de Paz de Estados Unidos. Así, arribaron a Valdivia nueve enfermeras norteamericanas el 1 de diciembre de 1964 (Viñas y Rodríguez, 1997).

En 1968 la Universidad Austral fue declarada autónoma, gracias a lo cual pudo comenzar a otorgar títulos profesionales y grados académicos de las disciplinas que impartía. Ese mismo año se inicia el llamado Convenio Docente Asistencial de la XI Zona de Salud Valdivia-Osorno, suscrito con el Servicio Nacional de Salud, cuyo objetivo era seguir acortando la brecha de profesionales de enfermería en la región (Paredes y Rivas, 2014; Viñas y Rodríguez, 1997). Los convenios docentes asistenciales tenían el propósito de elevar la calidad de la atención y contribuir a la formación de profesionales, y fueron llevados a cabo con gran seriedad y compromiso. En 1969 los docentes de Enfermería suscritos a dicho convenio se plantearon los siguientes objetivos:

General: elevar el nivel asistencial del campo clínico y desarrollar una mayor docencia en enfermería.

Específicos: establecer un diagnóstico de los servicios de enfermería de las unidades básicas de atención (medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y consultorio materno infantil), colaborar en la organización y funcionamiento de los servicios de enfermería, promover el perfeccionamiento de

los profesionales y, por último, contribuir a la formación y actualización del personal de colaboración (Viñas y Rodríguez, 1997, p. 276).

Para cumplir estos objetivos, se destinó un promedio diario de tres docentes de Enfermería a los servicios básicos, que adquirirían responsabilidades asistenciales de ocho a diez pacientes durante cuatro horas, de lunes a viernes y, ocasionalmente, sábado y domingo (Viñas y Rodríguez, 1997). Así lo confirman las enfermeras entrevistadas para este capítulo que señalan que las docentes de la Universidad Austral tenían responsabilidades asignadas en los servicios, donde acudían con sus estudiantes y debían hacerse cargo de la atención de los pacientes de una sala o sector (E.12.1; E.12.2).

Paralelamente, las atenciones del nivel terciario tenían lugar en el Hospital de Emergencia John F. Kennedy que, a pesar de su carácter provisorio —fue diseñado para satisfacer las demandas durante tres años—, funcionó hasta 1995 (Jara de la Maza, 1995). Las enfermeras que trabajaron ahí relatan que el recinto ocupaba «una manzana», los servicios clínicos estaban distribuidos en el primer piso y las oficinas administrativas estaban en el segundo piso, cuya superficie era menor.

Imagen 5. Hospital de Emergencia John F. Kennedy, 1965



Fuente: Archivo Fotográfico, Museo Nacional de Medicina.

Contrario a lo que podría pensarse, este hospital contaba con una completa gama de servicios clínicos, como medicina interna, cirugía, ginecología, obstetricia, pabellones de maternidad y cirugía general, neonatología, pediatría, urología, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, neurología, neurocirugía, unidad de tratamiento intermedio y oncología, además de servicios de apoyo, como esterilización, central de alimentación, lavandería, laboratorio e imagenología. Los servicios se distribuían en salas de ocho camas y los de más capacidad eran medicina y cirugía, con setenta y dos camas en total. El hospital contaba con enfermeras las veinticuatro horas, distribuidas entre profesionales diurnas, que trabajaban desde las 8:00 h hasta las 17:00 h; volantes, que ingresaban a las 17:00 h y salían a las 20:00 h, y las enfermeras de jornada nocturna, que ejercían sus funciones entre las 20:00 h y las 8:00 h, y quedaban a cargo de todos los servicios del hospital (E.12.1; E.12.2).

De acuerdo con las enfermeras entrevistadas, hacia 1970 se empezó a vivir una inusitada escasez de insumos: carecían de material tan básico como alcohol, algodón y tela. La ausencia de estos recursos era irremplazable en la época y gatilló la suspensión de cirugías y otras atenciones (E.12.1; E.12.2). Hay documentos que se refieren a la desgastada estructura de este hospital en 1973 y los años posteriores. Las enfermeras entrevistadas afirman que dentro de los servicios clínicos había cucarachas y ratones, aunque no hubo incidencia de enfermedades intrahospitalarias desencadenadas por estos vectores (E.12.1; E.12.2).

En 1970, en Valdivia todavía funcionaba el hospital Traumatológico, en el edificio que hoy ocupa el Servicio de Salud. Ahí, el quehacer de la enfermería también era arduo y las funciones estaban asignadas a una sola profesional, que muchas veces debió incluso adoptar el rol de ayudante en neurocirugías (E.12.1, 2017).

Discusión y conclusión

El patrón de conocimiento sociopolítico, descrito por Jill White en 1995, se entiende como el conocimiento del contexto enfermera-paciente y la comprensión del contexto más amplio del ejercicio de la profesión, que incluye el entendimiento que tiene la sociedad de la enfermería y el que forja la enfermera con respecto a la sociedad. El patrón sociopolítico puede adoptar diferentes formas de expresión, la más importante de las cuales es la participación, ya que le otorga credibilidad (Osorio, 2016).

La participación de los profesionales de enfermería de la región en el periodo estudiado fue un elemento central. Es la profunda comprensión del entorno y la persona la que impulsa a tomar decisiones para elevar la calidad de los cuidados en condiciones en que sostener la vida resuelta difícilmente. Este comprometido interés social y político por inyectar recursos tanto materiales como humanos en un área geográfica llegó a Valdivia de la mano de enfermeras que comprendían su quehacer desde el patrón de conocimiento sociopolítico incluso antes de que este se describiera teóricamente.

La investigación histórica en enfermería provee perspectiva a la profesional (Arratia, 2000). Resulta esencial fomentar el estudio de la historia local de la disciplina para impulsar su avance, comprender el contexto, valorar el trabajo que desarrollaron nuestros antecesores y plantearnos de forma consciente en nuestra realidad local.

La enfermería profesional en Valdivia se vio afectada por el terremoto y posterior tsunami de 1960. Los antecedentes demuestran que sus profesionales debieron ejercer en condiciones difíciles e incluso precarias, pero jamás abandonaron la labor. Tuvieron la capacidad de reestructurar desde cero los servicios clínicos y todo el Hospital Base. Se adaptaron a espacios físicos que no estaban diseñados para ser usados como recintos sanitarios, como la Escuela Normal, que funcionó como hospital provisorio durante mil doscientos días (Jara de la Maza, 1995).

Por otro lado, el desarrollo académico de la enfermería en Valdivia tuvo su origen en la catástrofe de 1960. A raíz del aumento de requerimientos sanitarios que ocasionó el terremoto, se impulsaron programas para la formación de nuevos profesionales de enfermería en las regiones vecinas.

En conclusión, el daño humano y estructural que las catástrofes naturales traen consigo influye directamente en la vida de las personas y el quehacer profesional de la enfermería. Nuestra disciplina se adapta al contexto social, político y económico: de cada experiencia es posible adquirir un aprendizaje que debe ser consciente y reflexivo para resignificar los hechos históricos que nos han afectado como personas, profesionales y ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Arratia, A. (2000). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 14(4), 567-574. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf>
- Avendaño, J. (2019). Clínica Alemana de Valdivia. Recuperado de <https://historiadevaldivia-chile.blogspot.com/2015/04/clinica-alemana-de-valdivia.html>
- Cárdenas, J., Lefian, A., Muñoz, D. y Rodríguez, O. (2006). Antecedentes históricos. Recuperado de <http://memoriasdevaldivia.blogspot.com/>
- Cristi, D. (2016). *Estado y barrios tras el terremoto de Valdivia: una aproximación al problema de la vivienda en el sur de Chile (1960 - 1970)* (tesis de licenciatura, Universidad Austral, Valdivia, Chile). Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2016/ffc933e/doc/ffc933e.pdf>
- Diario Austral. (2009). *Hospital Regional celebra 70 años de servicio para todo el sur de Chile*. Recuperado de http://www.australvaldivia.cl/prontus4_notas/site/artic/20090930/pags/200909300000607.html#top
- Dibam. (s.f.). Protección social, inclusión política y expansión del gasto fiscal: el Estado de bienestar social (1924-1973). Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-3411.html#presentacion>
- Durán de Villalobos, M. (2001). *Enfermería, desarrollo teórico y práctico*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Escuela de Enfermería. (s.f.). Historia de la Escuela de Enfermería. Recuperado de <http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/escuela-de-enfermeria>
- Hernández, J. (2011). *1960 memorias de un desastre*. Valdivia: Arte Sonoro Austral.
- Ibarra, X. (2011). Historia de la enfermería en Chile. En Siles, J., Oguisso, T. Fernandes de Freitas, G. y Souza, P. (comps.), *Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana*. Alicante: Editorial Club universitario.
- Jara de la Maza, M. (1995). Historia del servicio de cirugía del Hospital Regional de Valdivia. *Revista Chilena de Cirugía*, 47(6), 635-643.
- Lazo, R. (2008). *Estudio de los daños de los terremotos del 21 y 22 de mayo de 1960. memoria de pregrado, Universidad de Chile*.
- Ministerio de Salud. (2009). *Historia Hospital Regional Base de Valdivia*.

- Osorio, J. (2016). Patrón de conocimiento sociopolítico en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352-1357. doi: 10.15649/cuidarte.v7i2.319
- Paredes, P. y Rivas, E. (2014). Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 9-21. doi: 10.4067/s0717-95532014000100002
- Parentini, M. R. (2002). *Historia de la enfermería: aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo xx*. Montevideo: Trilce.
- San Francisco, A., Castro, J. M., Cortés, M., Larios, G. y Soto, Á. (2017). *Historia de Chile 1960-2010*. Santiago: Universidad San Sebastián.
- Schönhaut, L. (2013). Terremotos, solidaridad y movilización nacional. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(1), 20-25. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v84n1/arto3.pdf>
- Universidad de La Frontera. (2011). *Informe de autoevaluación 2011*. Temuco.
- Vásquez, R. (2013). *Historia y memoria : Impacto del terremoto de 1960 en la sociedad de Paillaco, región de los Ríos, Chile* (tesis de licenciatura, Universidad Austral, Valdivia, Chile). Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/ffv335h/doc/ffv335h.pdf>
- Viñas, A. y Rodríguez, B. (1997). *Pioneros y visionarios de la salud valdiviana: Hospital Regional (1940-1972)*. Valdivia: Imprenta América.

CAPÍTULO 13. ENFERMERÍA TARAPAQUEÑA: INVISIBLE Y VISIBLE EN LA HISTORIA

Lidia Osorio Olivares,¹ Sonia Cruz Cisternas² y Cecilia Moya Suárez³

Introducción

La relación entre las enfermeras/os y las personas y comunidades se establece en el acto de cuidar como una experiencia arquetípica y universal que no reconoce fronteras ni tiempos. Sin embargo, se expresa con características diferentes dependiendo del contexto sociohistórico y con un factor común: la invisibilidad social que sufre la profesión redonda en que su historia no sea valorada. Diversas son las explicaciones que surgen ante esta realidad, principalmente, su condición de profesión «feminizada» (Ortiz, 2001).

La región de Tarapacá no es ajena a esta situación. Aunque la enfermería profesional comienza en la región hace menos de un siglo, el desafío es

¹ Enfermera y magíster en Educación. Se desempeñó en atención primaria en Iquique, fue directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Arturo Prat, presidenta del Consejo Regional de Iquique del Colegio de Enfermeras (1990-1998) y miembro del Consejo Regional de la Cultura (2010-2015).

² Enfermera. Fue presidenta del Consejo Regional de Iquique del Colegio de Enfermeras (1983-1990) y ha trabajado en el Hospital Regional Iquique, la Clínica Mutua de Seguridad y el Centro de Diálisis Paul Harris.

³ Enfermera y dirigente gremial del Colegio de Enfermeras. Académica de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica, directora del Centro de Salud APS, enfermera del Ministerio de Salud, consultora de la Organización Panamericana de la Salud y asesora externa de la Escuela de Enfermería de la Universidad Arturo Prat.

recuperar su memoria y su aporte en esta tierra ubicada en el desierto más árido del planeta. Su historia no difiere de la de otros lugares: es desconocida y no ha sido rescatada ni registrada. Esta región minera la esconde como un tesoro más entre la pampa y el mar. Develarla y valorarla es una forma de construir identidad; conocer a sus protagonistas y sus logros es un ejemplo y un estímulo para las nuevas generaciones. Es un homenaje a quienes nos anteceden.

La enfermería en el país

Múltiples son los factores que inciden en la calidad de vida de las personas. Uno de los más relevantes es el cuidado de la salud, en el cual la enfermería ha tenido un rol preponderante. Para recuperar su historia y comprenderla, resulta necesario revisar el contexto en que se ha desarrollado como profesión, entendiendo que cualquier quehacer humano está conectado con la historia social. En Chile se pueden distinguir varias etapas en el desarrollo de los cuidados de la salud:

1550-1850, etapa de la caridad: la atención de salud estaba a cargo de religiosas y se centraba en la supervivencia y el consuelo, el alivio del dolor y la ayuda para el bien morir.

1850-1960, etapa de la ciencia y el Estado: con las epidemias de viruela, cólera y tuberculosis y las catástrofes naturales, como los terremotos que acarrearán pérdidas materiales y humanas, los gobiernos se vieron impelidos a mejorar del sistema sanitario y aumentar los recursos estatales para la atención de salud, creando hospitales y consultorios. La necesidad de contar con personas preparadas para el cuidado de la salud, incentivó la creación del primer curso de tres años para formar enfermeras. En 1929 nace la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, que se transformó en el pilar para fundar otras escuelas en el país.

1960-1973, etapa de descentralización y políticas: las condiciones de la población se caracterizaban por una alta tasa de mortalidad infantil, déficit de viviendas, deficiente acceso a agua potable y alcantarillado, y dificultad de acceso a educación y salud. En esta etapa, las enfermeras que egresaban de las escuelas eran insuficientes para cubrir las demandas, lo que obligó a formar personal auxiliar de enfermería (Illanes, 2010). El Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud los distribuía a las distintas regiones según la necesidad. El nivel central dictaba las políticas y normas

sobre la base de un diagnóstico de la población general del país, gracias a un sistema estadístico cada vez más preciso que permitía priorizar políticas y programas, y distribuir recursos (González, 1990). Las tasas de mortalidad infantil seguían siendo altas por las precarias condiciones de vida de la época. En este contexto, las enfermeras de salud pública organizaban su quehacer en relación con la situación de la población, mantenían un registro de cada familia, y conocían a sus integrantes y sus condiciones de salud, lo que les permitía priorizar sus actividades. Igualmente, manejaban las coberturas de vacunas, el número de niños y niñas en control, el número de recién nacidos, etc. También identificaban a los sectores más vulnerables y trabajaban con la comunidad y otros servicios públicos otorgando importancia a la educación enfocada en la prevención. En este periodo se definieron los índices de enfermería tanto para los hospitales como para la salud pública (Muñoz, Alarcón, 1999) y se desarrolló la atención rural a través de las postas rurales ubicadas en sectores con más de quinientas familias a cargo de una auxiliar de enfermería, con un sistema de comunicación directa con el centro de salud urbano (la mayoría de estas acciones se mantienen hasta hoy) (Ministerio de Salud, 1991). En los hospitales, la labor de las enfermeras profesionales estaba restringida por el insuficiente número de profesionales.

1973-1989, etapa de cambios en el Estado, reducción y privatización: los acontecimientos políticos que sufrió el país desde 1973 hasta 1989 produjeron cambios drásticos en el sistema de salud y ocasionaron un retroceso en el desarrollo de la atención. Desapareció la estructura nacional de enfermería (el Departamento de Enfermería) y las decisiones respecto a la profesión pasaron a depender de los médicos, mientras que la atención de los consultorios quedaba a cargo de las municipalidades. En los recursos humanos, el traspaso de los funcionarios les significó perder las garantías laborales, y en cuanto a la formación, la nueva ley de universidades (1980) establecía que la formación de enfermeras dejaba de ser exclusivamente universitaria. En este periodo de oscuridad y restricciones la ayuda internacional permitió formar organizaciones no gubernamentales (ONG), donde se desarrollaron valiosas experiencias en el cuidado de la salud y diferentes estrategias con excelentes resultados. Estas experiencias fueron la base de las políticas de salud dictadas tras la recuperación de la democracia.

La salud tarapaqueña

De la historia de la salud occidental en Tarapacá se ha escrito muy poco y las inquietudes al respecto parecen dirigirse a las pestes y las catástrofes, particularmente, las ocurridas entre 1867 y 1869, *anni horribiles*. Los terremotos, la lluvia, los incendios y los tsunamis fueron impactantes y develaron la precariedad de la población que vivía en Iquique, cuyas condiciones insalubres y plagas favorecieron las epidemias de pestes. Iquique era entonces una ciudad comercial del sur peruano de gran importancia económica. Las condiciones sanitarias incidieron en que los barcos europeos suspendieran sus recaladas en el puerto. Esta situación impulsó la implementación de un lazareto, que fue entregado a la comunidad en 1869 y constituyó el primer hospital público: «Hay un hospital y un lazareto para variolosos, que por el momento y a causa del estado de guerra están convertidos en militares; pero se aceptan enfermos civiles y a los marineros de toda nacionalidad» (Ovalle, 1908). Existe un registro riguroso de los nombres de los médicos y benefactores (Donoso, 2017), sin embargo, no aparecen mujeres.

En la historia de Iquique se han implementado tres hospitales. El primero en 1880, durante la administración peruana, fue creado para responder a las diversas catástrofes que sufría la región. En el periodo chileno, en 1903 la epidemia de peste bubónica que asoló a Iquique impulsó la fundación de un lazareto en la isla Serrano y un centro de aislamiento en la península de Cavancha. En 1918 el Hospital de Beneficencia, posteriormente denominado Dr. Ernesto Torres Galdames, ya estaba ubicado en su actual emplazamiento y tenía 531 camas. El recinto reviste particular relevancia pues constituyó la base desde donde se implementarían todas las iniciativas de atención de salud: «Es un edificio elegante y cómodo con salas para hombres; cuatro para mujeres y dos para niños, posee un estanque de agua dulce y otro de agua salada para los incendios; un departamento para los insanos; otro para la autopsia de los cadáveres; dos magníficas salas para operaciones, con todos los requisitos que poseen las salas de los hospitales de Europa» (Ovalle, 1908, 298).

El diario *El Tarapacá* consignó que «grandes colaboradoras eran las religiosas de la orden San José de Cluny, a cargo de la atención de enfermería desde antes de 1887 y hasta el año 1930». El periódico habla de veintiséis monjas y catorce enfermeros (Lo, 2015). Según la *Enciclopedia de Iquique*,

«la atención del hospital estuvo a cargo inicialmente de monjas italianas de la orden de Santa Ana y posteriormente fue asumida por monjas de la orden San José de Cluny» (Ostojic, 2013, p. 459). El 3 de octubre de 1940 se inaugura un nuevo y moderno hospital, al que llegaron las primeras enfermeras universitarias de la década del cincuenta, mujeres jóvenes, emprendedoras y creativas. Con formación profesional y un fuerte compromiso, contaron con el apoyo de los antiguos practicantes y formaron nuevo personal de apoyo, conformando equipos de enfermería.

En la década del setenta, trabajaban en el Hospital Regional 16 enfermeras, que fueron el pilar de la atención de salud en la región. En 1992 comienza la construcción del actual hospital, que se inaugura en 1995 (Ministerio de Salud, 2019). Actualmente trabajan en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames 259 enfermeras universitarias. El Hospital Regional de Iquique ha sido testigo de la historia de la ciudad y desde él se han implementado todas las actividades de salud de la región: atención rural, consultorios y postas. Las enfermeras que comenzaron a entregar atención profesional se formaron en lugares distantes, como Valparaíso, Concepción, Santiago y La Serena. Actualmente, la mayoría de estas profesionales provienen de universidades de la región.

La enfermería en Tarapacá

Si la enfermería tarapaqueña es invisible, nuestro desafío es visibilizarla: «Todo ser humano y toda sociedad lo son en primer lugar porque tienen historia, las enfermeras y los enfermeros no constituyen ninguna excepción y en cada etapa histórica pasada, presente o futura, fueron son y serán lo que históricamente sean capaces de demostrar» (Siles, 1999, p. 16).

La invisibilidad de las mujeres en general y de las enfermeras en particular es una realidad conocida. Los documentos históricos abundan en fechas y nombres de personas que en diferentes momentos aportan al desarrollo social, pero todos son varones. En la historia no existen mujeres, solo breves menciones en escasas líneas dentro de miles de páginas escritas. ¿Acaso no tuvieron participación las mujeres en el devenir histórico?, ¿será posible que en salud no existieran mujeres?, ¿y en el desarrollo de la salud tarapaqueña?, ¿cuál ha sido su aporte?, ¿cómo ha sido su experiencia?

A la revisión de fuentes documentales hemos sumado entrevistas realizadas a enfermeras que participaron en los inicios de la atención en sectores rurales. Son mujeres tarapaqueñas, hijas de la pampa, que siendo

muy jóvenes partieron en un viaje largo a lo desconocido, una aventura y un sueño: partieron a estudiar. Se formaron en la Escuela de Enfermería de Valparaíso, con reglas estrictas, énfasis en la formación clínica y un sello puesto en la disciplina y la rigurosidad. Regresaron a Iquique, al Hospital Regional donde había menos de cinco enfermeras a cargo de toda la población. Sus relatos hablan de quiénes son, por qué estudiaron enfermería, qué las motivó a implementar la atención rural y cómo fue esa experiencia. En este sentido, una de las entrevistadas relata:

Yo al principio pensé estudiar inglés y francés. «¡No, no estudies eso! —me dijo la directora del liceo—, no sirve, no vas a ganar nada». Entonces me encontré con una revista donde mencionaban la Escuela de Enfermería, entonces fui a Valparaíso y nos inscribimos, junto a una compañera, nos vinimos las dos solas en el tren, duraba tres días el viaje, fue una aventura (E.13.1).

Las mujeres pampinas al comienzo lucharon por temas de subsistencia y luego por derechos cívicos. Posteriormente, las familias comenzaron a ver en la educación una posibilidad de mejorar la calidad de vida:

Los primeros seis meses eran prácticamente de prueba, y la segunda etapa era más cruda, ya que pasamos a la práctica profesional, lo primero que había que realizar era bañar, lavar pies, cambiar ropa, y con clases teóricas en las tardes. Realizábamos poca salud pública, era enfermería hospitalaria (E.13.2). Llegué a Iquique y, en febrero más o menos, me presenté en el hospital y al momento me contrataron. Había dos enfermeras y yo llegué a cirugía, alcancé a trabajar dos años, luego trabajé tres años en la asistencia pública, en la Posta Central de Santiago. Luego volví a Iquique, me presenté nuevamente y me recibieron de inmediato, ya había más enfermeras. La Rosenda González se fue a Estados Unidos y yo me quedé con el cargo de ella, de enfermera jefe de área, a cargo de todos los consultorios (E.13.3).

Cuando las mujeres ya habían obtenido el derecho a voto y cada vez más se formaban profesionalmente, comenzaron a llegar enfermeras profesionales al Hospital de Iquique, que reorganizaron los sistemas de atención:

En la Escuela de Salubridad hice un año Administración de Hospital, aprobé el curso y, cuando regresé a Iquique, asumí de nuevo mi cargo de

enfermera jefe de hospital [...]. Nos compraron un vehículo, un *station*; cuando estaba malo el vehículo, partíamos en un camión y llevábamos la leche. Llevábamos de todo [...], no había dónde alojar, así que alojábamos en las escuelas, en las salas. Ahí también instalábamos los policlínicos, en las salas (E.13.4).

Organizamos un curso para los profesores, porque no había otras personas preparadas, cursos de primeros auxilios para los profesores rurales y les proporcionábamos material (E.13.4).

Después sectorizamos las rondas de acuerdo a la cercanía, teníamos los sectores de Pica, Pozo Almonte, La Huayca, esos pueblos estaban más cerca de la pampa del Tamarugal y se programaban rondas por el día, después en el otro grupo estaban los del valle: Camiña, Mamiña, Tarapacá. Otra, Pica, Chusmiza, Cancosa, esos eran por tres días, y para los del altiplano, pasado la cordillera, eran de una semana (E.13.4).

La incorporación a los equipos de salud de profesionales develó la necesidad de que hubiese formación continua. Algunas enfermeras se especializaron en el exterior (EE. UU.) y otras en el país. En las décadas del cincuenta y el sesenta, se empezaron a vivir cambios sociales muy notorios, como el uso de anticonceptivos, las movilizaciones y las organizaciones de base social (Carrasco, 2018). Las enfermeras no estuvieron ajenas y se transformaron en líderes de la atención de salud en muchas partes del país.

El trabajo realizado en la región de Tarapacá es resultado de la preparación, la visión y el compromiso de estas profesionales. Desafiando las distancias enormes, el clima inhóspito —muy caluroso en el día y muy frío en la noche— y la falta de espacios apropiados para la atención, las enfermeras lograron formar equipos, establecer alianzas con la comunidad y cumplir el objetivo de otorgar acceso a la salud:

Nunca había subido al altiplano. Yo llevaba una balanza, de esas que usan los verduleros, la colgaba y ahí pesaba a los chiquillos. ¿Sabes tú que era tanta la demanda que yo vacunaba y, a la otra ronda, la señora quería que la volviera a vacunar? (E.13.5).

Los caminos eran imposibles, cuando llovía y nevaba llegábamos a las escuelas y alojábamos ahí. Cuando íbamos al altiplano alojábamos en el retén de carabineros (E.13.5).

Me acuerdo haber ido a Punta de Lobos, Patillos y Pisagua, llegábamos a

atender en el hospital. Tenía que hacer un informe de todas las atenciones y yo preparaba a la auxiliar para que se fuera a trabajar a las postas (E.13.5).

Tuvimos que acomodarnos, yo tenía mi tarjetero igual que en los consultorios, separado por pueblos [...]. A veces no había nadie, porque andaban pastoreando. Cuando no había camioneta íbamos en ambulancia (E.13.5).

Los equipos de salud que en la década del cincuenta abrieron caminos a la salud en el altiplano, lo hicieron con creatividad —«yo llevaba una balanza de esas que usan los verduleros»— y sin conocer el terreno y ni las comunidades a las que se dirigían. Las enfermeras debieron aplicar las premisas de Florence Nightingale: «La lección práctica más importante que se puede dar a las enfermeras es enseñarles a observar, cómo observar, qué síntomas indican mejoría, cuales empeoramiento, cuáles tienen importancia, cuáles no» (1969, 105). Sin duda esta capacidad de observación les permitió superar el «inocentismo» y abrazar el reconocimiento multicultural. Otro factor positivo fue la flexibilidad del grupo pionero para adaptarse a las circunstancias: «Si no había camioneta nos íbamos en ambulancia», «alojábamos en el retén», «alojábamos en las escuelas».

El salitre hizo que llegaran miles de hombres y mujeres del país y del exterior y se constituyera la sociedad del salitre. Surgieron diversos tipos de asentamientos humanos. Las oficinas fueron enclaves donde los trabajadores y sus familias vivían de manera prácticamente autosuficiente, pues contaban con abastecimiento, escuela, iglesia y lugares de esparcimiento (González, S., 2013). Las precarias condiciones de vida impulsaron movimientos sociales y generaron en sus habitantes conciencia de la relevancia de la educación de sus hijos. Una entrevistada comenta:

En la salitrera, en la pampa, muchas familias facilitaron que sus hijos vieran a estudiar (E.13.2).

Cuando estaba en segundo o tercero de humanidades, una compañera me mostró una foto de su hermana mayor, quien estaba estudiando Enfermería en Valparaíso, me impresionó con el uniforme y entonces tuve la idea de estudiar enfermería, y entré a Enfermería en Valparaíso [...] parece que fue el uniforme lo que me convenció (E.13.2).

Si bien el propósito de estudiar era claro, la vocación estaba influenciada por motivaciones más bien emocionales. Se vivía el periodo de posguerra, década del cuarenta. Las mujeres estaban cambiando, cada vez más mujeres estudiaban y trabajaban de manera remunerada.

En esa época la formación era más clínica, de hecho, la parte de confort y del cuidado era todo un año, todo el segundo semestre del primer año fue confort, manejo de camillas, sillas de ruedas, vendajes, y todo lo práctico, ya en el tercer año iniciabas un poco de salud pública y cuarto era más intensivo. Tuvimos una muy buena profesora, ella había hecho su magíster en Estados Unidos y la directora también había hecho un magíster en Estados Unidos (E.13.3).

El modelo de formación mantenía el énfasis en la clínica, la formación se amplió a cuatro años:

Cuando terminé me vine inmediatamente a Iquique [...] y empecé a trabajar el año 63 en el hospital, en Medicina (E.13.3).

Fue como un desafío, nosotras éramos eminentemente clínicas, entonces nos sugería la profesora que eligiéramos campos clínicos, porque ahí nos iba a ir muy bien. Yo tuve una práctica sanitaria muy bonita, muy buena, en un consultorio donde estaba todo sectorizado. Llegué en el año 65, se realizaba control de niño sano, vacunas y morbilidad, se atendía allí a las mujeres, las embarazadas, es decir, había equipo de trabajo (E.13.3).

Las jóvenes que partían a formarse a las ciudades donde estaban las universidades, en su mayoría regresaban a Iquique, donde el principal centro de atención seguía siendo el hospital. En la década del sesenta el país vivía momentos de participación social; se organizan los centros de madres y las juntas de vecinos (Carrasco, 2018). Existían demandas sociales importantes y el sector de la salud buscaba dar respuesta a través de sus equipos y las enfermeras no estaban ajenas a esta realidad.

En el año 68, Iquique empezó a crecer, se extendieron algunas poblaciones, como la de O'Higgins, la de Caupolicán [...] todo se extendió (E.13.1). Muchas familias empezaron a venir, estaba el auge de las pesqueras y fue

en el año 68 cuando nos dimos cuenta que las micros llegaban un poco más lejos y había mucha gente que en la mañana llegaba muy tarde, porque les quedaba lejos (E.13.1).

Había una organización de ayuda voluntaria internacional que funcionaba en lo que era la Quinta Monroy [...], nos contactamos con ellos, la idea fue plantearles si nosotros podíamos ir a trabajar allá, para atender a las mamás con sus niños. Ellos nos dijeron acá hay mucho espacio, hay terreno, pero ustedes tienen que construir (E.13.1).

Hablamos con el director y con la enfermera jefe, Irene Lau. El director nos dijo: «Si ustedes se consiguen [...], porque el hospital no les puede dar nada [...]. Háganlo y pueden ocupar un vehículo que las lleve y que las traiga». El marido de Irene trabajaba en una constructora y se hizo cargo de una desarmaduría; él nos consiguió maderas y unos tabiques. Con eso nosotros armamos en la Quinta Monroy dos oficinas, dos espacios, nos instalaron un lavamanos y allí empezamos a atender a la gente que vivía en la población O'Higgins y Caupolicán. Eso después dio origen al que ahora es el Consultorio Cirujano Aguirre (E.13.1).

Al cerrar definitivamente las oficinas salitreras y vivir un periodo de auge pesquero, numerosas personas se trasladaron a Iquique y tuvieron que instalarse en la periferia. Esto hizo que fuera necesario implementar lugares de atención de salud que favorecieran la accesibilidad.

El año 70 inauguraron el Consultorio O'Higgins Comaco [...], el que se originó a partir de esas dos piezas que nosotras instalamos allí. Nos fuimos a trabajar las enfermeras y como a los dos o tres o cuatro meses, llegó una asistente social y empezamos a cubrir El Colorado, que quedaba cerca del hospital y dio origen al Consultorio Videla (E.13.5).

La gente nos recibía bien. En el mundo había interés por la atención primaria, o sea, todo confluyó. Yo creo que no estuvimos tan desfasadas respecto de lo que se estaba dando en otros lugares (E.13.5).

A las autoridades de la época no les molestaba si realizábamos modificaciones, pero tampoco les interesaba mucho (E.13.5).

Estas mujeres profesionales trabajaron en terreno superando obstáculos y alcanzando metas. El país vivía un periodo de cambios, por lo que el ambiente era propicio para implementar nuevas formas de atención.

La comunidad estaba activa y organizada, y seguían llegando enfermeras que lideraban equipos con diferentes profesionales y trabajadores de la salud.

Creo que esa fue una buena época de las enfermeras, porque [...], si no hubiéramos realizado este cambio, habríamos seguido caminos un poco distintos (E.13.1).

La atención primaria fue prioritaria para alcanzar la meta «salud para todos en el año 2000» (Organización Panamericana de la Salud, 1978). Las enfermeras tarapaqueñas lideraron este proceso de manera visionaria, abriendo caminos a la salud rural, formando profesores y desarrollando creativas estrategias para fomentar el rol profesional. Luego de estudiar en otras latitudes, volvieron a Iquique y desde el hospital —piedra angular de la salud de la región— abrieron nuevas rutas a la enfermería y a las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrasco, A. M. (2018). *Hacia un nuevo significado de la política: Los movimientos de mujeres en el extremo norte de Chile (1910-1973)*. Arica: Ediciones Universidad de Tarapacá.
- Citarella, L. (2009). *Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos*, pp. 75-86. En Citarella, L. y Zangari, A, *Yachay Tinkuy Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: Editorial Gente Común.
- Dirección de Estadísticas y Censos. (1940). Chile. XI Censo de Población. Santiago: Celade. Recuperado de http://historico.ine.cl/canales/usuarios/cedoc_online/censos/pdf/censo_1940.pdf
- Donoso, C. (2017). *1868 Una región rica, fértil y abandonada: Economía cultura y sociedad en Tarapacá (siglo XVI-XX)*, pp. 133-154. Arica: Ediciones Universidad de Tarapacá.
- El Tarapacá*, octubre de 1936.
- Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. *Historia de la Escuela de Enfermería*. Recuperado del canal YouTube de la Escuela de Enfermería UV.
- González, D. A. (1990). *Teoría y práctica de la atención primaria en España*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General, Servicio de Documentación y Publicaciones.
- González, S. (2013). *La sociedad del salitre: Protagonistas, migraciones, cultura urbana y espacios públicos*. Santiago: RIL Editores.
- Illanes, M. A. (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Recuperado de www.academia.edu
- Instituto de Estudios Andinos Isluga. UNAP. (2019). *Economía y demografía*. Recuperado de www.tarapacaenelmundo.com/
- Lo, D. (2015). Morir en el antiguo Iquique: cementerios, salud pública y sectores populares durante la epidemia de peste bubónica de 1903. *Revista Nuestro Norte: Revista de Historia y Ciencias Sociales del Museo de Iquique*, (1).
- Ministerio de Salud. (2019). *Historia del Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique*. Recuperado de www.bibliotecaminsal.cl
- Ministerio de Salud. (1991). *De consultorio a Centro de salud: Marco conceptual*. Chile 1991. Recuperado de www.bibliotecaminsal.cl

- Muñoz, C., Isla, X. y Alarcón, S. (1999). Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. *Cultura de los Cuidados*, año III (5), 45-51. Recuperado de www.bibliotecaminsal.cl
- Nightingale, F. (1969). *Notes on Nursing. What it is and what it is not*. Nueva York: Dover Publications.
- Ortiz, T. (2007). La práctica sanitaria en la historia ¿Una cuestión femenina? *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, (23), 61-65. Recuperado de <https://researchgate.net/publication/50369185>
- Ostojic, H. (2013). *Enciclopedia de Iquique. Siglo XIX*. Iquique: Editorial Pino Oregón.
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- Ovalle, F. J. (1908). *Ciudad de Iquique*. Iquique: Imprenta Mercantil.
- Santoro, C. y Standen, V. (2001). Pueblos originarios. En *Pueblos del Desierto. Entre el Pacífico y los Andes*, pp.19-24. Arica: Ediciones Universidad de Tarapacá.
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Editorial Aguaclara.



Este libro se terminó de imprimir en los talleres de la Universidad de La Frontera, en Temuco, en la primavera de 2019.

Para la composición del interior se utilizó la fuente Skolar Latin, diseñada por David Březina. Para el texto de la portada se usó Libertad, del tipógrafo Fernando Díaz.

La edición estuvo al cuidado del equipo de Ediciones Universidad de La Frontera.

