

# Dibujando cuidados profesionales de enfermería: Relatos de memorias del Norte Chileno a partir de 1952

Drawing professional nursing care: Stories of memories of the Chilean North from 1952

Desenho profissional de enfermagem: Histórias de memórias do norte chileno desde 1952

Elizabeth Núñez Carrasco<sup>1</sup>, Lylian Macías Inzunza<sup>2</sup>, Rossana Navarro Torres<sup>3</sup>, Marcelo Loyola Avilés<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Dra. Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: elizabeth.nunez@usach.cl*

<sup>2</sup>*Doctoranda Programa Educación y Sociedad, U de Barcelona. Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: lylian.macias@usach.cl*

<sup>3</sup>*Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: rossana.navarro@usach.cl*

<sup>4</sup>*Estudiante Programa de Magister en Historia, U. de Santiago de Chile. Profesor de Historia y Ciencias Sociales, UNAB. Licenciado en Historia, mención Estudios Culturales, UAHC. Correo electrónico: marcelo.loyola@usach.cl*

*Cómo citar este artículo en edición digital: Núñez Carrasco, E., Macías Inzunza, L., Navarro Torres, R. & Loyola Avilés, M. (2019). Dibujando cuidados profesionales de enfermería: Relatos de memorias del Norte Chileno a partir de 1952. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.13>*

*Correspondencia: Escuela de Enfermería, Universidad de Santiago de Chile, Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 3363, Estación Central. Región Metropolitana. Chile. CP: 9170022*

*Correo electrónico de contacto: elizabeth.nunez@usach.cl*

*Recibido /Aceptado*

*Este artículo forma parte del Proyecto Dicyt, Código 021702NC. Vicerrectoría de investigación, Desarrollo e Innovación*



## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this article is to describe the practice of caring for nurses in northern Chile in the context of the new institutional framework of the National Health Service since 1952.

**Method:** A historical analysis was carried out following the methodology provided by Siles (2008), beginning with a historical-practical review of the forms of care of

nurses after the creation of the National Health Service. The primary sources are life stories of nurses combined with secondary sources that account for the contextualization of the period of time studied.

**Results:** The following categories were obtained, precedents of the creation of the National Health Service and northern Chile, the science of nursing in daily care, personal

knowledge and the health context of the time, ethical tensions in care and the emancipation of nurses.

**Conclusions:** The National Health Service granted a sanitary structure of responsibility of the Chilean State for the health of all its inhabitants. In this scenario, the professional nurses applied the science of nursing in the care of hospitals and communities. Given the social deprivation scenario, the personal knowledge of each one is challenged and in this way empowered them in the development of their professional role.

**Keywords:** History of nursing, nurse's role, nursing care, public health, national health programs, Chile.

## RESUMO

**Objetivo:** O objetivo deste artigo é descrever a prática de cuidar de enfermeiros no norte do Chile no contexto do novo arcabouço institucional do Serviço Nacional de Saúde desde 1952.

**Método:** Realizou-se uma análise histórica seguindo a metodologia proposta por Siles (2008), partindo de uma revisão histórico-prática das formas de cuidar dos enfermeiros após a criação do Serviço Nacional de Saúde. As fontes primárias são histórias de vida de enfermeiras combinadas com fontes secundárias que explicam a contextualização do período de tempo estudado.

**Resultados:** Foram obtidas as seguintes categorias, precedentes da criação do Serviço Nacional de Saúde e do norte do Chile, a ciência da enfermagem no cotidiano do cuidado, o conhecimento pessoal e o contexto de saúde da época, as tensões éticas no cuidado e a emancipação dos enfermeiros.

**Conclusões:** O Serviço Nacional de Saúde outorgou uma estrutura sanitária de

responsabilidade do Estado chileno para a saúde de todos os seus habitantes. Nesse cenário, os profissionais enfermeiros aplicaram a ciência da enfermagem no cuidado de hospitais e comunidades. Dado o cenário de privação social, o conhecimento pessoal de cada um é desafiado e, dessa forma, fortalece-os no desenvolvimento de seu papel profissional.

**Palavras chave:** História da Enfermagem, papel da enfermeira, cuidados da enfermagem, saúde pública, programas nacionais de saúde, Chile.

## RESUMEN

**Objetivo:** El artículo tiene por objetivo describir el ejercicio del cuidado de las enfermeras del norte de Chile en el contexto de la nueva institucionalidad del Servicio Nacional de Salud a partir de 1952.

**Método:** Se realizó un análisis histórico siguiendo la metodología aportada por Siles (2008), comenzando por una revisión histórico-práctica de las formas de cuidados de las enfermeras posterior a la creación del Servicio Nacional de Salud. Las fuentes primarias son relatos de vida de enfermeras combinado con fuentes secundarias que dieran cuenta de la contextualización del período de tiempo estudiado.

**Resultados:** Se obtuvieron las siguientes categorías, antecedentes de la creación del Servicio Nacional de Salud y zona norte de Chile, la ciencia de la enfermería en el cuidado cotidiano, el conocimiento personal y el contexto sanitario de la época, las tensiones éticas en el cuidado y la emancipación de las enfermeras.

**Conclusiones:** El Servicio Nacional de Salud otorgó una estructura sanitaria de responsabilidad del Estado chileno por la salud de todos sus habitantes. En este escenario las enfermeras profesionales aplicaron la ciencia de enfermería en los

cuidados de hospitales y comunidades. Dado el escenario de carencia social se desafió el conocimiento personal de cada una y de esta forma las empoderó en el desarrollo de su rol profesional.

**Palabras clave:** Historia de la enfermería, rol de la enfermería, cuidados de enfermería, salud pública, servicio nacional de salud, Chile.

### INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina que durante siglos fue asociada como un oficio de mujeres, y por ende su valoración social ha estado marcada por su poca visibilidad, aunque es incuestionable que su acción en la asistencia sanitaria ha impactado en todos los procesos de salud de los países. En Chile, la Enfermería ha presentado avances más evidentes en torno al desarrollo profesional, que a la producción de conocimiento disciplinar, por ello se torna necesario que el avance de los cuidados profesionales estén acompañados (Siles, 2008) de una contextualización histórica, social y cultural que permita la comprensión de los fenómenos de la salud de las personas.

Dado lo anterior, es posible señalar que Chile durante los inicios del siglo XX era un país de bajos ingresos económicos, caracterizado por constantes crisis políticas, luchas obreras que culminaron en matanzas, éxodo masivo de las personas del campo a la ciudad, mientras tanto, en la ciudad las condiciones de hacinamiento y escaso saneamiento ambiental provocaban que las personas presentaran enfermedades infectocontagiosas y muerte en especial en los niños (Illanes, 2006). Sin embargo, durante las primeras décadas se inició un camino de implementación de una institucionalidad sanitaria nacional que

permitió pasar desde un escenario de precariedad sanitaria hacia una mejora significativa de las condiciones de vida de la población<sup>1</sup>.

Luego de lo descrito en el escenario sanitario, es necesario contextualizar la territorialidad del norte del país, y es así que durante el año 1952 Chile poseía una extensión de 741,767 km<sup>2</sup>, de los cuales 298,122 km<sup>2</sup> correspondían a la zona norte, cuyas provincias eran: Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Coquimbo (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018), esta territorialidad posee como característica un extenso desierto, con vegetación esteparia y zonas de valles siendo la principal tarea productiva para el período la agricultura y la minería, esta última se ha constituido en la principal fuente de ingresos económicos para el país. Para la época, el norte de Chile representaba el 29,7% de la producción minera del país siendo, Antofagasta quién representaba el 9,7%; Atacama el 9,7 % y Coquimbo 2,5%.

Durante este período la densidad poblacional promedio de Chile era 8 habitantes por Km<sup>2</sup> y la densidad poblacional de las distintas provincias eran: Tarapacá 1,9; Antofagasta 1,5; Atacama 1,0 y Coquimbo 6,6 en contraste con otras provincias como Valparaíso que poseía 103,4 habitantes por Km<sup>2</sup>. De estas 4 provincias las que presentaban mayor ruralidad eran Atacama y Coquimbo (INE, 2018). De acuerdo a lo anterior, es posible señalar que el norte de Chile dada las características de una amplia territorialidad y menor población poseía menor capacidad de servicios sanitarios y de educación, una muestra de este ejemplo se plasma en el desarrollo de la profesionalización de la enfermería.

Es así, que durante las primeras décadas del siglo, la zona central del país contaba con

al menos dos escuelas de enfermería universitarias, Universidad de Chile (Flores, 1965) y Escuela de Enfermería de Carlos Van Buren Valparaíso (Bettancourt, Lazcano y otros autores, 2010) que dotaban de enfermeras a los hospitales e incipientes unidades sanitarias del centro del país, sin embargo recién con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 se crean cargos de enfermeras para el norte del país (Servicio Nacional de Salud, 1955) y posteriormente la creación de Escuelas de Enfermería para la zona norte.

Respecto a la recopilación historiográfica de la enfermería chilena plasmada en libros, se puede señalar que es iniciada por Rosalba Flores (1965), la cual describe la forma de educación de las enfermeras, la influencia de las universidades, los hospitales, el Estado y fundaciones internacionales en el desarrollo de la educación de las enfermeras. Posteriormente, se han realizado revisiones historiográficas sobre Escuelas de Enfermería, como Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile (Cubillos, Castellano y Camus, 2000) y Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso (Bettancourt *et al.*, 2010). Asimismo, se constata recopilaciones en libros internacionales Behn, Jara, Ortiz y Valenzuela (2009) e Ibarra (2010) que describen de manera general la historia de la enfermería chilena.

De acuerdo a todo lo anterior, existe la necesidad de rescatar una historia de la enfermería situada desde el desarrollo de su praxis, por ello la pregunta que ronda este artículo es ¿Cómo eran las formas de entrega de los cuidados que las enfermeras otorgaban a la persona, familia y comunidades, posterior a la creación del Servicio Nacional de Salud en la zona norte de Chile? Se escoge este periodo de tiempo porque es cuando el Estado de Chile se

propone la protección de la salud para toda la población.

Ahora bien, desarrollar la práctica del cuidado de enfermería desde la memoria posee como meta dos objetivos, por un lado, en el rescate de aquellas experiencias que muchas veces la historia oficial no logra cubrir, dando voz a los sin voz (Zalazar, 2007) y por otro, permite a la persona que recuerda tomar conciencia respecto de las acciones vividas y lo recrea.

## MÉTODO

La metodología utilizada fue el método histórico, por lo cual se utilizaron fuentes secundarias para contextualizar el período de tiempo, tales como la revista "Enfermería"<sup>2</sup> del Colegio de Enfermeras de Chile, Revista de Salubridad<sup>3,4</sup>, Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile<sup>5</sup> y libros de Historia de la Salud chilena.

Las fuentes primarias, fueron los relatos de vida de las enfermeras chilenas que trabajaron en el Servicio Nacional de Salud, el cual se inició en el año 1952. Como las enfermeras que vivenciaron este período de tiempo en su mayoría se encuentran en su período de jubilación se decidió buscar enfermeras en la institución colectiva más representativa: el Colegio de Enfermeras de Chile, Asociación Gremial (AG), el cual se encuentra presente con sedes 16, desde el extremo norte al sur de Chile. De esta forma el grupo de estudio se constituyó con el cumplimiento de los criterios de inclusión, exclusión y con el método de avalancha luego de la segunda enfermera contactada.

Los criterios de selección de las entrevistadas fueron: Territorialidad, al ser Chile un país extenso en longitud la investigación se ha dividido en tres zonas geográficas: Zona Norte, Zona Centro y Zona Sur y por ello este artículo sólo

abordará la práctica del cuidado de la zona Norte de Chile. Espacio del ejercicio profesional de la enfermera, el cual comprende las áreas de la atención directa, docencia, administración, gremio e investigación. Aprobación del consentimiento informado por parte de las enfermeras participantes, luego de la entrega de la información sobre confidencialidad de su identidad, autonomía de participar y de los beneficios que aporta esta investigación. Los criterios de exclusión son: las enfermeras que, siendo chilenas, su ejercicio profesional lo realizaron en el extranjero y aquellas enfermeras que poseen alguna patología de salud mental.

El grupo de estudio se constituyó de manera intencionada, de este modo se logró un total de 5 participantes entrevistadas con su consentimiento para el uso de los datos y cuyo lugar de trabajo correspondió sólo a la Zona Norte de Chile: ciudades tales como Arica, Antofagasta, Copiapó, La Serena. Es importante destacar que esta investigación se inició cuando fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad de Santiago de Chile. El proceso de análisis e interpretación de los datos se construyó con un análisis formal y funcional de cada relato para luego escribir un relato único en torno a hechos, influencias, decisiones del contexto y de las formas de conocer de las enfermeras según los Patrones del conocimiento de Carper (Chinn y Kramer, 2011). El presente artículo sólo presentará los resultados de la zona norte de Chile.

### DESARROLLO DEL TEMA Y SU DISCUSIÓN

#### Antecedentes de la creación del Servicio Nacional de Salud y Zona Norte de

#### Chile

La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 es el resultado de un trascendental proyecto fundacional de una nueva institucionalidad sanitaria en Chile, que tiene como origen un largo devenir social y sanitario originado en el contexto nacional e internacional de principios de siglo, donde el surgimiento de nuevos sujetos y actores sociales dieron cuerpo (Molina, 2010) a las disímiles formas de relacionamiento y articulación de la historia del siglo XX.

Los legisladores chilenos se vieron enfrentados a la urgente necesidad que rebelaban estudios realizados de la relación ambiente y salud, los cuales generaron un fuerte impulso a la salud pública y la higiene; y la relación entre “pobreza y enfermedad”, en la cual se demostraba que los más desposeídos se encontraban más propensos a presentar malas condiciones de salud. De este modo, la institucionalidad entregada por el Servicio Nacional de Salud se encargaría de la protección de la salud de la población por medio de acciones sanitarias y atenciones médicas de carácter preventivo y curativo<sup>6</sup>, la centralización del planeamiento, normalización y evaluación de los programas de salud en áreas urbanas y rurales, y la mejora de los aspectos técnicos y administrativos, tanto del personal como de los centros de atención<sup>7</sup>.

De este modo, la urgencia de la llamada “Cuestión Social”, interpeló a la clase dominante a atender los problemas que aquejaban al bajo pueblo, los cuales estaban en directa relación con las condiciones insalubres de vida de la población. Parte de las soluciones adoptadas fueron implementar una serie de medidas de higiene pública que “proyectaba renovados contenidos y significados, acercándose a lo social a través de diferentes e importantes instrumentos sanitarios: departamentos de

profilácticos; enfermeras y visitadoras sociales; previsión social. El nuevo objetivo de la higiene pública (Ibarra, 2010) como higiene social era el pueblo, como: género, raza, nación y factor de producción. La sociedad era equivalente a un caso clínico donde se buscaba “diagnosticar” su estado o condición biológica, social y política.

Se debe recordar, que hasta principios de siglo, la atención de salud estaba a cargo principalmente de congregaciones religiosas, ejerciendo un rol de caridad para con la población enferma. Con el aumento de la necesidad de atención, dadas las condiciones descritas más arriba, se hizo necesario la incorporación de empleados varones al servicio, los cuales cumplían específicamente labores de servicio doméstico, dado que la figura a cargo seguía siendo la del médico especialista. Ante tal demanda y la sensibilización de la sociedad civil y del Estado, las acciones de asistencia comenzaron un proceso de feminización. Este proceso explicaría según Núñez, Urrea y Pavez (2016) a la “inserción de las mujeres laicas al mundo de la educación y del cuidado de los enfermos, dando paso a la profesionalización de profesoras y enfermeras” (p. 138).

El aumento de la población<sup>8</sup> y la movilidad de la misma por el territorio nacional en búsqueda de oportunidades laborales, evidenciaba una situación de salud desastrosa y motivaba la preocupación de médicos y críticos sociales. En específico para la zona norte aquí analizada (provincias de Tarapacá a Coquimbo)<sup>9</sup>, el traslado de chilenos y extranjeros residentes en el país desde fines del siglo XIX y principios del XX, se concentró en Antofagasta y Tarapacá explorando las oportunidades de los motores productivo del país, el Salitre y posteriormente el Cobre. El trabajo en la pampa salitrera era arduo y

peligroso (Collier, 1999) y dada la falta de servicios médicos y muchas veces la lejanía de la población de los centros urbanos, la mayoría de las enfermedades, de causas poco conocidas, y los accidentes propios de la fuerza de trabajo resultaban fatales o muy difíciles de combatir<sup>10</sup>.

Avanzadas las décadas de los treinta y cuarenta, la evolución del pensamiento médico-social y sanitario en Chile recogía las influencias de corrientes intelectuales internacionales, afirmando que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala” (Molina, 2010, p.107). Esta afirmación revela el rol preponderante que debía asumir el Estado para garantizar la salud de la población. De manera paralela, profesionales de la salud buscaban perfeccionamiento teórico y práctico en el extranjero, ejercicio del cual no estuvieron exentas las enfermeras chilenas. Aquellas enfermeras visionarias buscaron perfeccionarse en diferentes áreas del conocimiento profesional y como resultado de ello, los planes de estudios al interior del país se nutrieron de nuevos conceptos y prácticas. El uso de modelos teóricos de enfermería respondía efectivamente a las necesidades del ser humano y de la sociedad de mediados de siglo, y a su vez, ponía en escena “la misión curativa, preventiva, social y educativa que debía manifestar la enfermera en cualquier actividad profesional” (Ibarra, 2010, p. 277).

Ante este escenario de fortalecimiento teórico y de responsabilidad social por parte del Estado surge el Servicio Nacional de Salud bajo la Ley 10.383<sup>11</sup>, la cual modificaba la Ley 4.054 relacionada con el Seguro Obligatorio. Esta nueva ley establecía los fundamentos orientadores, fortalecía las líneas técnicas de acción, y entregaba estructura y gestión a los servicios de Salud y a sus profesionales. La esencia del Servicio

Nacional de Salud era la atención centrada en la población nacional con un enfoque preventivo y curativo, lo cual se tradujo en una impresionante mejora de los indicadores de salud. Durante los primeros años de su puesta en marcha, el Servicio Nacional de Salud registra una significativa ampliación de actividades para afrontar las necesidades de salubridad de la población, así lo constata el Informe de la Misión Klein y Saks “entre los años 1952 y 1956, el número de atenciones médicas aumentó en un 28%, alcanzando a 5.9 millones; de atenciones dentales, en 123%, a 1.7 millones; de exámenes de laboratorio, en un 9%, a 2.7 millones; y de atenciones obstétricas, en un 45% a 166.000. La tasa de mortalidad infantil ha declinado durante este mismo periodo de 117.9 a 109.1 por 1.000; y de la mortalidad en general, de 13.0 a 12.8” (Servicio Nacional de Salud, 1958 p. 10). Otros indicadores complementarios sostienen que, “entre 1950 y 1975, la tasa de mortalidad infantil cayó desde 140 a 58 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que la mortalidad general desciende a la mitad, desde 15 a 7,2 fallecidos por cada 1000 habitantes. La esperanza de vida al nacer aumenta de 54,8 años, en el quinquenio 1950-55, a 63,6 años, en el quinquenio 1970-1975” (Larrañaga, 2010, p. 39).

El aumento en los indicadores de atención y la disminución evidente de las tasas de mortalidad tienen directa relación con las normativas impuestas por el Servicio Nacional de Salud y la incorporación al sistema de nuevas profesiones médicas, la mayoría de ellas conformadas por un fuerte contingente femenino en ejercicio, donde unos sus principales roles era encargarse de la implementación de la política pública sanitaria en los diferentes centros de salud establecidos para estos fines<sup>12</sup>.

La institucionalidad del Servicio Nacional

de Salud significó una validación a la práctica médica y en especial a la identidad de las enfermeras hospitalarias y salubristas. Desde la década de los cincuenta en adelante, la profesionalización de las enfermeras (Zarate, 2017) se plasmó en hechos concretos, abriéndose campo en un espacio netamente dominado o mediado por la figura masculina del médico. Sin embargo, la implementación y práctica de esta política pública es encarnada en la figura de la mujer, quien es la que ejerce el rol de acción directa para con la sociedad, generando un impacto como eje transformador en el ejercicio de los cuidados (Illanes, 2016). Con el paso de los años, la incorporación formal del rol profesional de las enfermeras en el sistema oficial de salud generó a su vez la necesidad de salvaguardar el ejercicio profesional y la ética socio-política orientada en la necesidad del paciente. Como resultado de ello se forman el Colegio de Enfermeras de Chile en el año 1953; la organización técnico-administrativa de Enfermería del Servicio Nacional de Salud en el año 1955 y la Sociedad Chilena de la Educación en Enfermería en el año 1963.

Para dar cuenta de este proceso de autorregulación de la práctica de las enfermeras y fortalecimiento de su identidad, las entrevistas fueron aplicadas a algunas de las primeras enfermeras profesionales que llegaron a los espacios del norte de Chile, donde es posible identificar en ellas al menos 3 categorías analíticas en sus relatos: la ciencia de la enfermería en el cuidado cotidiano, la reflexiones personales sobre el cuidado y su contexto, las tensiones éticas que vivencian y el empoderamiento de la enfermera.

### **La Ciencia de la Enfermería en el Cuidado Cotidiano**

Comprendiendo para la época, que la ciencia de la enfermería, era aplicar un método que permitiera satisfacer necesidades humanas, es posible señalar que las enfermeras entrevistadas fueron en su mayoría las primeras enfermeras que iniciaron los cuidados profesionales en la zona norte de Chile, por ello la tarea de implementar una práctica de cuidado profesional a nivel hospitalario era desafiante porque primero las nuevas enfermeras debían ganar la confianza de las religiosas y practicantes<sup>13</sup> que habían realizado por décadas cuidados a los pacientes y por otra parte, debían implementar rutinas y registros de enfermería que permitieran sistematizar los cuidados de los pacientes. Además, en algunos casos la gestión de enfermería estaba situada en otros profesionales como por ejemplo en el contador del hospital "... tenía un papel muy fuerte en enfermería, él realizaba los roles de turno, realizaba los pedidos y compras... manejo del personal" (Entrevistada D, 2017).

Las rutinas del cuidado hospitalario se iniciaba a las 8:00 horas primero con una revisión de novedades del turno de noche que estaba a cargo de los practicantes y luego era la visita rápida por cada paciente por parte de la enfermera profesional, quien destaca que el primer elemento en su rutina era conocer el nombre del paciente "... ellos me fueran dando los nombres, me digieran como habían pasado la noche, les preguntaba a ellos como lo habían tratado, qué problemas habían tenido" (Entrevistada D, 2017). Luego de la visita de enfermería comenzaba las rutinas de procedimientos tales como mioclisis, verificación de grupo sanguíneo y transfusión de sangre, entrega de anestesia entre otros. Al mismo tiempo que se organizaban para asumir la capacitación y supervisión de las personas

que brindaban cuidados.

Otro elemento sobresaliente del apoyo de la ciencia de la enfermería es que la inserción de enfermeras universitarias permite la creación de registros de enfermería que permitiera la continuidad del cuidado "... el anotar las cosas que se hacían para el enfermo y las cosas que el médico, teníamos que escribirlo. Y eso era más fácil en una hoja, porque esa hoja se archivaba o se metía a la ficha del enfermo" (Entrevistada D, 2017). Es importante clarificar que, de las 5 enfermeras entrevistadas, 3 de ellas fueron las primeras enfermeras laicas con formación universitaria de enfermería en sus regiones, por ello, su persistencia en evidenciar que su acercamiento a estos espacios sanitarios fue implementar medidas de sistematización del cuidado, supervisión y capacitación del personal que realizaba cuidado de enfermería.

Asimismo, en otras instituciones de salud de la época, como el Servicio Médico Nacional de Empleados, quién prestaba atención de control de salud ambulatorio, no existían funciones claras de la enfermera, sin embargo, de acuerdo al relato la organización de su jornada comenzaba con la revisión del área del tratamiento, vacunatorio y esterilización, luego la revisión del listado de personas para posteriormente iniciar una evaluación de necesidades en la sala de espera y realizar educación de acuerdo a lo detectado en la entrevista. La necesidad de mejorar el acceso a la consulta médica abrió un espacio de innovación por parte de la enfermera, quien comenzó a crear las primeras tablas estadísticas, que dieron cuenta que era posible mejorar el acceso a la atención con el médico, "... en la mañana había poca atención, generalmente los médicos trabajaban más en las tardes, entonces yo me ponía a hacer cuadros, a hacer datos

estadísticos” (Entrevistada A, 2017).

### **El conocimiento personal y el contexto sanitario de la época**

En relación a las problemáticas de salud pública de la época, se encontraban las enfermedades que generaban temor en la población, mortalidad en los hospitales, y consecuencias sociales, o más bien llamadas “enfermedades sociales” pues eran producto de la miseria, el hacinamiento, carencia de una vivienda higiénica y las extenuantes condiciones laborales en las que trabajaban cientos de chilenos. Las enfermeras eran conscientes de la temática social, no sólo porque eran formadas para esta realidad, sino porque asumían un compromiso con las personas y las comunidades a las cuales cuidaban.

Es importante recalcar que se percibe que los valores de la abnegación eran parte del arquetipo de las enfermeras, sin embargo, se observa en los relatos, que existe una reflexión personal crítica y de acciones concretas que permiten, el logro de un cuidado que se ajuste a combatir la muerte y la carencia social. Una de las estrategias más relevantes para la época fue la educación en salud, pues los niños eran llevados a los centros por cuadros diarreicos producto de la mala manipulación de los alimentos, pues en su mayoría eran madres sin educación formal “... por la mala alimentación y por las diarreas continuamente. No había hábitos higiénicos. Y ahí fue cuando empezamos la parte educativa; fue fundamental en ese tiempo” (Entrevistada B, 2017).

Consideraban fundamental en la atención comunitaria generar un espacio de confianza en las consultas de morbilidad pediátrica y control del niño sano, para fomentar la educación a las madres, la cual se continuaba con seguimiento en visitas

domiciliarias, para constatar in situ las carencias de esas familias y si las madres estaban ejecutando las indicaciones en el control de salud, “... y ahí mi tema era el de la prevención, no sólo de las vacunas, sino también el tema de las mamaderas, el aseo, de la limpieza, del niño, era ese tipo de cosas las que yo me planteaba” (Entrevistada B, 2017).

Es relevante señalar, que cada familia o comunidad significaba un desafío para el cuidado, por ello el significado personal que cada enfermera otorgaba a su cuidado permitía la creación de estrategias nuevas que permitieran que la comunidad se empoderara. Un ejemplo de esto era cautivar a las madres por medio de la comunión y apoyo entre mujeres, es así que para que el cuidado de niños distróficos fue importante la creación de clubes sociales de niños con distrofia, “... la educación para la salud en la clínica y terreno, la formación de clubes del niño distrófico. Eso fue bien importante, porque formamos clubes de distróficos” (Entrevistada C, 2017).

Otro ejemplo de la importancia de conocimiento personal de la enfermera es cuando asumiendo su propia biografía está consciente, de estar en la realidad con otros expresando su ser en acciones, dentro de un contexto cultural y temporal. Durante este período de tiempo, la noción de promoción y prevención de la salud era una conceptualización en ciernes, por ello no solo la clase social más vulnerable poseía falta de conocimientos en salud sino también las personas que poseían mejor acceso a prestaciones médicas como por ejemplo los trabajadores de la minería del cobre. Es así como los pacientes acudían al médico con la enfermedad ya presente, como era la silicosis que provocaba discapacidad temprana en el trabajador. Por ello, la enfermera observando esta realidad

reflexionaba y actuaba "... porque yo decía, es muy tarde, porque ya no pueden trabajar, hay que hacer un examen antes, eso no les sirve, entonces tiene que haber exámenes periódicos obligatorios, tienen que ser enviados por la empresa, y no había" (Entrevistada B, 2017).

Es importante destacar que el conocimiento personal que las enfermeras de la época desarrollaron, fue cultivar el profundo respeto y compromiso por la salud de las personas y sus familias, sin duda el contexto de carencia social impedía que pudieran abstraerse en sólo la ejecución de técnicas y procedimientos de enfermería, sino que debían utilizar herramientas aparentemente intangibles pero esenciales como el acompañamiento y la abogacía como herramientas cotidianas de su cuidado.

### **Las tensiones éticas en el cuidado y la emancipación de las enfermeras**

El cuidado de enfermería en norte de Chile durante la primera parte del siglo XX seguía a cargos de religiosas y practicantes, cuyas características estaban sostenidas en la abnegación, caridad y por otro lado en la colaboración médica. Cuando ingresan las enfermeras profesionales a la zona norte de Chile durante la época de los años 50, el tránsito de su inserción a los espacios sanitarios presentó situaciones de tensión en la relación con quienes realizaban la enfermería. Algunas de las características descritas por las entrevistas evidencian que existió una disputa por la realización de procedimientos de enfermería, y esto se resolvía cuando el procedimiento o técnica significaba un mayor riesgo para el paciente. Esto quiere decir que el conflicto sobre la disputa de quién poseía el poder del cuidado se resolvía frente al principio ético no dañar al paciente.

Bajo este principio ético las religiosas y practicantes fueron cediendo su espacio de acción ante las enfermeras profesionales, que poseían una metodología y sistematización de los cuidados. Por ello las enfermeras de la época sienten orgullo de este proceso, porque significó muchas veces intensos conflictos y negociación, "... soy feliz de haber sido la primera enfermera laica de la región" (Entrevistada E, 2017). Otro espacio de tensión ética del cuidado era la relación que sostenía con la figura del médico, dado que el médico poseía un legado que consistía en que el resto del personal de salud realizaba acciones de colaboración médica y por ende el control de estas acciones estaba centrado en su figura.

Consecuencia de ello eran que las acciones que estuvieran fuera de este marco no estaban valoradas por esta figura. Dentro del relato de una enfermera que comenzaba sus acciones de prevención de la salud en consultorio debió cruzar la tensión entre la autonomía de la prestación de los cuidados y la subordinación de la figura médica, esta acción lo realizaba porque comprendía que existían otras determinantes sociales que impactaban en el cuidado de los niños y de los trabajadores. De esta forma comenzó a realizar control del niño sano en un espacio que no estaba aceptado culturalmente, "... entonces en el área mía que era preocuparme de las vacunas, de la bodega de leche y no se usaba que el enfermero hiciera control del niño sano con desarrollo psicomotor. Jamás, era médico totalmente. Y yo empecé a hacer una pre-consulta cuando llegué... que a algunos médicos no les gustó, a otros no les importó, entonces implementamos" (Entrevistada A, 2017).

La tensión de la enfermera entre realizar su función de cuidar a otro desde una mirada social y la conceptualización de depender moralmente de la aceptación del médico era

una situación altamente estresante, "... lo que me costó más fue la relación con alguno de los médicos porque no estaban acostumbrados que hubiera enfermera en el área infantil, para ellos yo tenía que poner vacunas, inyecciones, que se yo. Y eso me costó, tuve más de un problema con un médico" (Entrevistada A, 2017). Las situaciones que provocan conflicto eran temas que estaban relacionado con el acceso a los controles, horario de los médicos *versus* número de pacientes por atender, la demanda de la atención era mayor por esto generaba reclamos por parte de la comunidad, en este espacio la enfermera realizaba la acción de abogacía con el médico, sin embargo, esto generaba discusiones que muchas veces debían ser resuelta en la dirección del establecimiento.

La sensación de la enfermera era que lo que argumentaba a favor de un acceso a la salud para los pacientes, estaba subordinado también a los temperamentos de la figura del médico, esta situación generaba en la enfermera la sensación de no ser escuchada y tratada como una niña que intentaba cumplir un deseo, "¿como se le ocurre hacerle, esto a este médico, usted sabe qué es, como una polvorita, ... me trató como una cabra chica pero no tenía muchos argumentos" (Entrevistada A, 2017). Las situaciones de tensión del cuidado se repiten en varios de los relatos sin embargo existe una línea común, las enfermeras cuando cuidan observan que estos cuidados impactan en la vida de otro, y por ello se sienten como un vehículo terapéutico que la emancipaba frente a la sociedad.

La emancipación de la enfermera primero se gesta por el objetivo de cuidar a otros "porque nos gustaba la profesión, yo fui porque me gusto. Siempre lo hice con mucho amor" (Entrevistada C, 2017). Las enfermeras para lograr sus objetivos

sanitarios ocupaban los espacios comunitarios, un ejemplo eran las campañas de vacunación, utilizaban puntos clave donde la población acudía y las reconocía "se hacían vacunatorios en el teatro... en la puerta de loa iglesia, en la puerta de los bancos...la gente no podía entrar, se tenían que vacunar porque era una necesidad" (Entrevistada D, 2017).

Las enfermeras comprendían finalmente que el cuidado debía ser una acción social que la movilizaba y visibilizaba, "ingresé a la carrera de enfermería con una visión y después me di cuenta de que uno podía dar vuelta y agregar una visión o un tema más social y eso me di cuenta a medida que iba aprendiendo todas estas cosas" (Entrevistada B, 2017). La comunidad reconocía el trabajo y confiaban en sus acciones "yo controlé a niños que después, en 20 o 18 años, llegaban como mamás: señorita, usted me controlaba a mí cuando yo era chica" (Entrevistada C, 2017). La emancipación de la enfermera definitivamente estaba situada en comprender que a través de la práctica del cuidado las enfermeras pueden transformar la desigualdad de acuerdo al contexto y su periodo de tiempo.

## CONCLUSIONES

Para este caso, el rescate de las experiencias de vida centrados en el ejercicio profesional no sólo es un aporte a la persistencia de la memoria ante el olvido, sino también genera un espacio que enriquece la reconstrucción histórica del colectivo profesional de enfermería del país y que implica a su vez el reconocimiento social como profesionales de la salud. Con la descripción del cuidado que realizaban las enfermeras en el norte de Chile posterior a la formación del Servicio Nacional de Salud es posible visualizar que las

condiciones de vida de las personas fueron el primer tamiz que las enfermeras debían desafiar. Del total de las enfermeras entrevistadas es posible consignar que fueron las pioneras profesionales de enfermería en la zona norte de Chile, casi 50 años más tarde que el inicio de la profesionalización de enfermería en la zona central de Chile. Este avance sin duda se debe a la implementación del Servicio Nacional de Salud que tuvo como estrategia dotar de enfermería profesional a todo el país.

Con la instauración de los cuidados de enfermería profesionales, una de las tareas iniciales fue la creación de registros, lo cual permitió el dominio de sus conocimientos y asimismo, tomar decisiones y responsabilizarse por ellas de manera individual, dado que fueron las pioneras de la enfermería profesional. Otro elemento central de la implementación de los cuidados era la carencia extrema de las condiciones de vida de las personas y sus familias, por ello las enfermeras debían ajustar sus cuidados a la realidad social y cultural de las comunidades. Del mismo modo su conocimiento personal era la herramienta que le permitía estar conectada con las múltiples diversidades y desigualdades sociales, por lo que, en varios escenarios sanitarios, desde la práctica del cuidado, comenzaron a asumir roles que permitían a las comunidades tener mejor acceso a la salud.

Por otra parte, las tensiones éticas del cuidado estaban centradas en que ellas fueron las primeras enfermeras profesionales y laicas, las cuales debieron entrar en un espacio de disputa con las personas que realizaban el ejercicio de la enfermería como un oficio. Este escenario de conflicto fortaleció a las enfermeras profesionales, pero abrió otro espacio de tensión ética y de emancipación de las

enfermeras, que fue constatar que poseían un rol distinto a sólo ejercer acciones de colaboración médica, sino que comprendían que existía una realización de cuidados de enfermería que estaba asociado a la justicia social. Las enfermeras debían sortear éticamente la dependencia moral de la figura médica y sostener su propio juicio ético de los cuidados que realizan.

Resulta evidente entonces, que la descripción del pasado de las enfermeras del norte de Chile es un aprendizaje a las nuevas formas de realización de cuidados en los presentes escenarios de las personas, familias y comunidades. Este aprendizaje es como ir al pasado comprenderlo y observar nuestro presente y re-significar el legado del cuidado de enfermería en Chile para rescatarlo, des-construirlo y crear nuevos en un contexto de un mundo globalizado.

#### FUENTES PRIMARIAS

- Entrevistada A, 2017.
- Entrevistada B, 2017.
- Entrevistada C, 2017.
- Entrevistada D, 2017.
- Entrevistada E, 2017.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Behn, V., Jara, P., Ortiz, N. & Valenzuela, S. (2009). Nursing in Chile. En K. Lucas (Eds.), *Nursing and Globalizacion in the Americas: in the Critical Perspective* (pp.55-95). New York: Baywood.
- Bettancourt L, Lazcano M, Monardes G, Núñez N, Peroni S. (2010). *Escuela de Enfermería: 75 años formando profesionales de enfermería al cuidado de la comunidad*. Valparaíso, Chile: Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
- Collier, Simon-Sater, William F. (1999). *Historia de Chile 1808-1994*. Madrid, España: Cambridge University Press.
- Cubillos O., Castellano S., Camus G. (2000) *Historia Escuela de Enfermería "Isidora Lyon Cousiño 1950- 2000*. Santiago, Chile: Facultad de Medicina de la Pontificia

- Universidad Católica de Chile.
- Chinn, P., Kramer, M. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. Estados Unidos: Elsevier Mosby.
  - Flores R. (1965) *La historia de la enfermería, síntesis de su evolución educacional de la enfermera*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
  - Ibarra, Ximena (2010). Historia de la Enfermería en Chile. En: Siles González, J., Oguiso, T., and Fernandes de Freitas, G. *Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana* (pp. 265-289). Alicante, ES: Editorial Club Universitario.
  - Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *XII Censo General de Población y I de Vivienda, 1952*. Santiago: Chile Gobierno de Chile. Recuperado en [http://historico.ine.cl/canales/usuarios/cedoc\\_online/censos/pdf/censo\\_1952.pdf](http://historico.ine.cl/canales/usuarios/cedoc_online/censos/pdf/censo_1952.pdf).
  - Illanes, M.A. (2006). *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*. Santiago: LOM.
  - Larrañaga, O. (2010). *El Estado de Bienestar en Chile: 1910-2010*. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Chile. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado en [http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/librari/poverty/documentos\\_de\\_trabajo/el-estado-bienestar-en-chile--1910--2010.html](http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/librari/poverty/documentos_de_trabajo/el-estado-bienestar-en-chile--1910--2010.html)).
  - Misión Klein y Saks. *Servicio Nacional de Salud, 1957*. Santiago: Chile. Servicio Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-enero-febrero1958.pdf>.
  - Molina, C. (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago, Chile: LOM.
  - Núñez, E., Urra, E., y Pavez, A. (2016). Identity and Institutional framework of Chilean Nurses in the mid-twentieth century. *Ciencia y enfermería*, 22(1), pp. 135-145. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100012>.
  - Servicio Nacional de Salud (1955). *Boletín Servicio Nacional de Salud*. Santiago, Chile: Servicio Nacional de Salud. Hallado el 5 abril 2018 en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-octubre-1955.pdf>.
  - Siles, J. (2008). *Historia de la Enfermería*. Valencia, España: Editorial Aguacalara.
  - Zalazar, G. (2007). *Ser niño "Huacho" en la Historia de Chile (siglo XIX)*. Santiago, Chile: LOM.
  - Zárata, M. S. (2017). "Formar enfermeras, no empleadas domésticas". Profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950." *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 37, (2), 317-343. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/328553>.

[w/328553](http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/328553).

## NOTAS

- <sup>1</sup> Algunos indicadores que reflejan este cambio son: esperanza de vida al nacer en 1920: 30,90 años para hombres y 32,21 años para mujeres, en 1960: 54,68 años para hombres y 59,91 años para mujeres; la tasa de mortalidad infantil en 1920: 263,96 para hombres y 248,66 para mujeres en comparación con 1960: 122,24 para hombres y 107,19 para mujeres. Somoza, Jorge; Tacla, Odette. Mortalidad en Chile según tablas de vida 1920, 1930, 1940, 1952-1960. Santiago, Chile. 1966. Naciones Unidas. Universidad de Chile. Centro Latinoamericano de Demografía. Recuperado en [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7556/S6600924\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7556/S6600924_es.pdf?sequence=1).
- <sup>2</sup> Pincheira, S. (1965). La enfermera profesional y sus responsabilidades. *Revista del Colegio de Enfermeras de Chile*, 1 (3), 13-14.
- <sup>3</sup> Urzúa, H. (1911). Objetivos y rendimiento de las unidades sanitarias. Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-65963.html>.
- <sup>4</sup> Mayers, C. (1929). Valor social de la enfermera. Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-65910.html>.
- <sup>5</sup> Puntos cardinales en la organización de un departamento de Enfermería. (1942-1943). *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile*, II (10), 24-25.
- <sup>6</sup> Cámara de Diputados de Chile. Recuperado en <https://www.camara.cl/memoria/hito.aspx?prmHITOID=25>.
- <sup>7</sup> "Entre las razones para una expansión y consolidación de los servicios médicos propuestos por la Ley pueden indicarse los siguientes: (1) la necesidad de actuar sobre la unidad familiar como grupo en la protección, reparación y fomento de la salud; (2) la necesidad de coordinar y mejorar los servicios existentes para la atención prenatal y cuidado del niño, y fomento de adecuados programas nutritivo; (3) el mejoramiento de la atención médica en las áreas rurales que carecen de servicios adecuados y personal médico; (4) la necesidad de centralizar el planeamiento, normalización y evaluación de los programas, y de centralizar la aplicación de las normas en la concepción y ejecución de los programas locales, logrando reunir los esfuerzos en las actividades más productivas; (5) interrelación entre el Servicio, y la comunidad para promover la activa participación de ésta; (6) dedicación exclusiva e incremento de la capacidad técnica y administrativa del personal". Informe de la Misión Klein & Saks sobre el Servicio Nacional de Salud, 6 diciembre 1957, Pág. 10. En Servicio Nacional de Salud, Boletín, Santiago-Chile, enero-febrero 1958, Año (Vol.) IV, N.º 1. Biblioteca Minsal. Recuperado en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-enero-febrero1958.pdf>.

<sup>69</sup> El aumento de la población se constata en los resultados de los censos nacionales. Censos aplicados y sus resultados respectivos: 1920 (3.730.235 hab.), 1930 (4.287.445 hab.), 1940 (5.023.539 hab.), 1952 (5.932.995 hab.), 1960 (7.374.115 hab.), 1970 (8.884.768 hab.). Fuente: Retratos de Nuestra Identidad: Los Censos de Población en Chile y su evolución histórica hacia el Bicentenario. Instituto Nacional de Estadísticas INE, Santiago, 2009).

Aumento de la población en la zona Norte (provincias Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo) en los mismos censos anteriormente señalados: 1940 (579.245 hab.), 1952 (629.895 hab.), 1960 (763.515 hab.), 1970 (919.718 hab.).

<sup>70</sup> Hasta 1976 la Provincia era la unidad superior administrativa que distribuía el país. En la actualidad es la Región la unidad político-administrativa que divide el país con 16 regiones.

<sup>71</sup> Las principales enfermedades registradas que aquejaban a la población son: Tuberculosis, Tifus, Fiebre Tifoidea, Viruela, Silicosis, Disentería, Cólera, Peste Bubónica, Sífilis, entre otras. La mayoría de ellas catalogadas como "enfermedades sociales" dadas por cuadros clínicos de la miseria, el hacinamiento, la carencia de una vivienda higiénica y las extremas condiciones laborales a que estaban sometidos miles de chilenos. El conocido drama histórico de la modernidad industrial y la explosión urbana. Datos recogidos desde Memoria Chilena

<http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-97698.html> y el Museo de Antofagasta <http://www.museodeantofagasta.cl/629/w3-article-52947.html>.

<sup>72</sup> Ley núm. 10.383. Modifica la Ley núm. 4.054, Relacionada con el Seguro Obligatorio. Ministerio de Salubridad; Previsión y Asistencia Social. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=26387>.

<sup>73</sup> Las profesiones médicas a las cuales se hace alusión se profesionalizan con la creación de sus respectivas escuelas en los centros de educación superior y su incorporación al sistema de salud, sin embargo, muchas de ellas eran ejercidas como oficio o bajo roles de caridad antes de ser profesionalizadas. Algunas de ellas son: la Escuela de Matronas creada en 1834, la Escuela de Enfermeras del Estado en 1906 y la posterior fusión de las Escuelas de Enfermería Hospitalaria y Enfermería Sanitaria en 1951, Escuela de Dietistas en 1939, el primer curso de Fonoaudiología en 1956 y la creación de la carrera de Terapia Ocupacional en 1963. Recueprado en <http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/126701/escuela-de-enfermeria>.

<sup>74</sup> La denominación de practicante es para aquellos hombres o mujeres que se dedicaban a cuidar enfermos sin una formación formal sino desde la praxis.