

“¿Qué hacemos las enfermeras? Profesionalización, autonomía y asociatividad de la enfermería chilena, 1940-1960”.

Zárate, María Soledad y González, Maricela.

Cita:

Zárate, María Soledad y González, Maricela (2019). “¿Qué hacemos las enfermeras? Profesionalización, autonomía y asociatividad de la enfermería chilena, 1940-1960”. *Revista Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*, - (-), ---.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/13>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/pOA>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Nuevo Mundo Mundos Nuevos

Nouveaux mondes mondes nouveaux - Novo Mundo Mundos Novos - New world New worlds

Questions du temps présent

2019

Enfermería e historia: Género y Estado en América Latina Siglo XX

¿Qué hacemos las enfermeras? Profesionalización, autonomía y asociatividad de la enfermería chilena, 1940-1960

What do we do nurses? Professionalization, autonomy and associativity of Chilean nursing, 1940-1960

MARÍA SOLEDAD ZÁRATE ET MARICELA GONZÁLEZ

<https://doi.org/10.4000/nuevomundo.76888>



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

Tout accepter

Tout refuser

Personnaliser

[Politique de confidentialité](#)

ó importantes procesos de autonomía profesional y de : 1940 y 1960, apoyados por una serie de reuniones científicas y ternacionales patrocinadas por la Fundación Rockefeller y la ntre otros organismos internacionales. Asimismo, el Servicio), potenció la definición de funciones y el liderazgo de estas os, en virtud de la importancia de las prestaciones que ellas fuentes primarias producidas por las propias enfermeras, y sus título describe algunos de esos procesos, dando luces sobre la contribución a la implementación de políticas sanitarias en el

nt processes of professional autonomy and construction of a supported by a series of scientific and professional meetings, nsored by the Rockefeller Foundation and the Pan American tional organizations. Likewise, the National Health Service,

founded in 1952, strengthened the definition of functions and the leadership of these professionals from its early years, by virtue of the importance of the benefits they fulfilled. Privileging the analysis of primary sources produced by the nurses themselves, and their reflections on their work, this article describes some of these processes, shedding light on the history of this profession, and its decisive contribution to the implementation of health policies in Chile. mid 20th century.

Entrées d'index

Keywords: nursing, professionalization, autonomy, Chile

Palabras claves: enfermería, profesionalización, autonomía, Chile

Notes de l'auteur

Este artículo es producto de la investigación patrocinada por el Proyecto FONDECYT N° 1161204, "Profesiones sanitarias femeninas en Chile 1950-1980. Prácticas, relaciones de género e identidades laborales", 2016-2019.

Texte intégral

Introducción

1 Entre 1940 y 1960, la enfermería chilena experimentó importantes procesos que dan cuenta tanto de su consolidación profesional en el campo de la salud pública y de la asistencia clínica como de la importancia que adquirió como alternativa laboral para la población femenina en el Chile de mediados del siglo XX. Dichos procesos se dieron en el marco de la paulatina construcción del Estado asistencial chileno que entre esas décadas fue escenario del trabajo realizado por la Caja del Seguro Obligatorio (en adelante CSO), los Hospitales de la Beneficencia, las Unidades Sanitarias, y luego el Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS) que unificó los servicios médicos, brindando una asistencia de naturaleza universal.

2 Después de una primera etapa en que se fundaron las primeras escuelas de enfermería, tanto la adscrita a la Universidad de Chile como la escuela de enfermeras sanitarias patrocinada por la Junta de Beneficencia, aquellas se fusionaron en una sola escuela en 1929¹. Si bien el modelo Nigthingale fue una inspiración fundacional, el liderazgo de la



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

escuela de enfermeras sanitarias y de enfermeras como oficiales de la Fundación Rockefeller (en adelante FR), la influencia norteamericana en la formación de sus perfeccionamiento a un grupo de enfermeras chilenas que Unidos y Canadá en la década de 1940 e inicios de la cina Sanitaria Panamericana impulsó redes y reuniones icanas que fortalecieron los aspectos académicos del ección de las escuelas².

grupos de enfermeras organizadas fortalecieron la n con sus "hermanas" en el continente de manera ellas levantaron respecto de la autonomía, desarrollo y marco de en un proceso de feminización que complejiza ijo sanitario, eminentemente de carácter estatal de icano³.

es describir algunos procesos que fortalecieron la a del oficio de enfermería, recurriendo a un repertorio tre 1940 y 1960 en Chile, entre las cuales destacan las amos como punto inicial y de cierre, respectivamente, el

Primer Congreso Nacional de Enfermería realizado en 1948 y la puesta en vigencia de las normas del Departamento de Enfermería en el Servicio Nacional de Salud de 1956.

¿Qué debemos aprender, quien nos supervisa, quien nos asiste? Primer Congreso Nacional de Enfermería, Concepción, 1948

- 5 1948 no fue la primera ocasión en que las enfermeras chilenas tuvieron la oportunidad de escucharse a si mismas, pero si lo era en el contexto de un primer congreso local. A seis años del Primer Congreso Panamericano de Enfermería realizado en Santiago en 1942, las enfermeras esta vez solo chilenas, se reunían en la ciudad de Concepción acompañadas de una serie de autoridades, que incluían a los rectores de la Universidad de Chile, Juvenal Hernández y de la Universidad de Concepción, Enrique Molina; a representantes de organizaciones internacionales como, por ejemplo, la FR, John Janney, las enfermeras norteamericanas Elizabeth Tennant, Elizabeth Brackett, Ester M. Hirst, Kathleen Logan y Elsie Denis; a Theodore Gandy, Jefe del Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad; a la médico Eleanira González, reconocida como una importante impulsora de la profesionalización de la enfermería local. Un especial reconocimiento se hacía al trabajo de Graciela Arcaya, Luisa Arcaya e Hilda Lozier, las que en distintos momentos habían asumido la dirección de la Asociación Nacional de Enfermeras Universitarias, a los médicos de la Junta de Beneficencia, Rene García y Enrique Laval, y a Nacienceno Romero, Director General de Sanidad de la época⁴.
- 6 La presidenta de este congreso y también quien presentó la publicación de este primer congreso, editado en 1948, la enfermera Rosalba Flores, reconocía que el envío de enfermeras chilenas a estadías de perfeccionamiento en Estados Unidos y Canadá en los últimos años le había cambiado el rostro a la enfermería chilena, junto con la disponibilidad de instituciones sanitarias modernas como las unidades sanitarias, los hospitales de Carabineros y Trudeau, y las reiteradas campañas de saneamiento ambiental emprendidas en la década de 1940⁵.
- 7 Pero el más importante reconocimiento para Flores era el de la mayoría de edad, sintetizado en un hito fundamental: las direcciones de las escuelas de enfermeras les



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

estaban con la formación y el conocimiento organizativo. Según Flores había llegado “el momento de reconocer autoridades médicas y educacionales: “Las enfermeras han o, esta oportunidad de empujar su propio sino. Sabíamos npre estarían listos para ayudarnos, siempre estarían ste era su orgullo y su verdadero triunfo”⁶. La entrega de enfermeras era también un signo de esa confianza en sus, identificados como “consejeros” y “amigos”. Pero este tender errores, hacer ajustes y ameritaba el encuentro ncepción porque en abril de 1948, se abriría una nueva

1942, las presentaciones en este congreso habían sido ales solo se publicaron algunos de ellos – y agrupadas en ndes áreas que delimitaban de manera más precisa el acción profesional, ética profesional, ejercicio profesional, ganización gremial y la enfermería en salud pública.

9 A juicio del discurso inaugural del médico Ignacio González Ginouves, Decano de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad de Concepción, el espíritu de esta reunión era reconocer la labor de estas profesionales que después de años lograban derribar “la piedra de la incomprensión, de lucha por afianzar una profesión”, tarea en la que la comunidad médica había tenido un papel importante al fundar las escuelas de enfermeras y al impulsar el “movimiento que ha permitido a esta profesión lanzarse a la vida independiente con capacidad y prestigio”⁷.

10 Hernán Romero, Director de la Escuela de Salubridad, revisaba los principales desafíos que caracterizaban a la enfermería en la década de 1940, contrastándolos con la época en que existían solo cuidadoras y religiosas en los hospitales de América Latina. Las escuelas debían estar en las universidades, ser regidas por las propias enfermeras, los programas debían incorporar los últimos adelantos científicos, la enseñanza debía darse en un régimen de internado, el que debía modernizarse:

“...internado no era sinónimo de monasterio, ni tiene por objeto establecer regímenes despóticos o sufrir sacrificios materiales. Es compatible con la vida social y cultural, con el entrenamiento decente y sano, con la cama mullida y el agua caliente. Porque así conviene y porque hay el peligro de un matriarcado demasiado exclusivista, debe propiciarse la amistad y la sociabilidad entre los sexos”⁸.

11 Las palabras de Romero aludían a una de las preocupaciones constantes de la enfermería local; el rigor, precariedad y dureza de la formación del internado. Sostenía que la profesión mejoraría su posición y reconocimiento social en tanto, después de que perfeccionada la formación y asegurada la mayor concurrencia de postulantes, la selección se hiciera más rigurosa. Solo así llegarían “las remuneraciones mayores, aunque limitadas, porque esta profesión como la pedagogía o la medicina, la milicia y otras, no dan normalmente fortuna”⁹.

12 Rosalba Flores de Fernández, Eugenia Gaete M., Hilda Lozier P. y Gladys Peake constituyeron el Comité Educacional de Enfermería que había formado la Asociación de Enfermeras de Chile en 1947 y, que más tarde, tuvo una labor clave en el diseño del trabajo de enfermería en el SNS. Se trataba de profesionales de importante trayectoria formativa¹⁰, convencidas de que ellas debían recibir la actualizada preparación para su desempeño laboral, principalmente alojado en el servicio público. Este grupo propuso un programa mínimo de enseñanza de la enfermería que recogía preocupaciones referidas a múltiples áreas¹¹. Primero, el consenso de contar con un mayor número de enfermeras sanitarias que asumieran diversas labores en los servicios vinculados al combate contra la

venéreas y el control de enfermedades infecciosas en ortancia de contar con más egresadas con formación que la reforma del programa favorecía la “formación para actuar en una sociedad democrática en constante de la “división artificial” entre enfermeras hospitalarias ctativas de la profesión”¹².

ongreso como la selección de alumnas para la carrera o ería, mejorando mecanismos de selección que evitaran rrollados por Hilda Lozier.¹³. También esta enfermera que tenía la formación de posgrado entre las enfermeras, nidos que debía incluir y sugería la creación de un banidad que se encargara de su perfeccionamiento¹⁴.

ial auxiliar también estuvo presente en el Congreso de en el Hospital Deformes y en la Defensa Civil de cursos al constituían un antecedente. Alicia Letelier, enfermera 1, sostenía que una serie de prácticas rutinarias dirigidas ebían ser realizadas por personal auxiliar. La escasez de



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

este personal obligaba a los hospitales a recurrir a “personas de pobre preparación escolar, sin base de educación asistencial, con falta absoluta de espíritu y condiciones” para el desempeño de tareas clínicas básicas; con ellos se ponía en peligro al paciente y se favorecían situaciones de falta de disciplina en los recintos hospitalarios¹⁵.

- 15 Algunas de las conclusiones de esta reunión académica, ya habían sido planteadas en el Congreso de 1942 como, por ejemplo, que las escuelas fueran dirigidas por ellas mismas, que se elevara el requisito de ingreso a Bachillerato de Humanidades para todas las aspirantes y que la profesión adoptara rango universitario. Entre las conclusiones específicas del Congreso de 1948 estaban la propuesta de reforma al plan de estudios, la solicitud de reconocimiento de los estudios realizados en el extranjero, siempre que se hubieran realizado en escuelas aceptadas por el Consejo Internacional de Enfermeras, y la promoción del correcto uso del uniforme y elaboración de un código de ética profesional. Respecto del ejercicio profesional se demandaba la creación, ampliación y reorganización de los departamentos de enfermería de las instituciones medico-asistenciales; de cursos de perfeccionamiento para el personal de enfermería, y que todos los aspectos relacionados con la creación de cursos regulares para auxiliares, rendición de exámenes de competencia de practicantes y auxiliares fueran supervisados por la Dirección General de Sanidad y que la Asociación de Enfermeras estudiará el “problema de la preparación de practicantes de ambos sexos”. Finalmente en el campo de la salud pública se solicitaba que la enfermera fuera consignada como personal técnico, disponer de un presupuesto estable para el funcionamiento de las unidades sanitarias, creación de un departamento de enfermería en el futuro Servicio Nacional de Salubridad, e iniciar un programa de higiene industrial¹⁶.

El creciente protagonismo de las enfermeras chilenas en la OPS

- 16 La realización de los congresos de enfermeras de 1942 y 1948 en Chile dan cuenta de un nivel mayor de organización de estas profesionales, factor de importancia para las discusiones que la OPS propició desde fines de la década de 1940, durante toda la década de 1950 – reconocida por algunas enfermeras como la edad de oro de la profesión en América Latina – y hasta fines de la década de 1960.
- 17 Las relaciones internacionales que construyeron las enfermeras chilenas tuvo como puntapié inicial, tanto las estadías de algunas de ellas en Estados Unidos y Canadá, por



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

Tout accepter

Tout refuser

Personnaliser

[Politique de confidentialité](#)

s por la FR a inicios de la década de 1940, como también de enfermeras chilenas en encuentros internacionales, oficina Sanitaria Panamericana. Por ejemplo, el Segundo Congreso, realizado en Lima, Perú (26 de septiembre al 2 de octubre) contó con la asistencia de Fred Soper, Director de la OPS, y que Chile estuvo representado por Gladys Peake, Rosalba Flores, Eugenia Gaete y

marcó las temáticas de la década de 1950 a nivel internacional. Para las enfermeras chilenas fue el Primer Seminario de la OPS, que se realizó los días 7 de julio y el 18 de agosto de 1950, en la ciudad de Viña del Mar, Chile, en la Oficina Sanitaria Panamericana, del Servicio Nacional de Asuntos Interamericanos, la División Internacional de Salud Pública de los Estados Unidos y la FR. Este congreso se realizó a través de un método de “auto-enseñanza dirigida” en torno a materias como administración, supervisión y enfermería en América Latina, y constató que los anteriores congresos

regionales habían establecido dos diagnósticos importantes. En primer lugar, las enfermeras latinoamericanas no habían tenido la oportunidad de estudiar aquellas materias a partir de sus propias realidades como lo hacían sus pares en Estados Unidos. Y en segundo lugar, numerosas enfermeras ejercían cargos de administración sin contar con preparación específica¹⁸.

19 Las autoras del reporte de este Seminario en Viña del Mar, publicado en el Boletín de la OPS, fueron Verna White, profesora asociada de la Universidad de Syracuse y Agnes Waddell Chagas, Jefe de la Sección de Enfermería de la OPS y Directora del Seminario. Ellas destacaron que el “método seminario”, de carácter experimental, radicaba en que las participantes presentaban los problemas a los que se enfrentaban a diario, y el personal docente apoyaba las soluciones a seguir.

20 La selección de estudios de casos, la deliberación sobre eventuales soluciones en grupos pequeños y la observación de experiencias en terreno marcó la tónica de este seminario. En este último punto los grupos se dividieron en tres “las que se interesaban en administración, supervisión e instrucción en Escuelas de Enfermería”, que observaron clases y laboratorios, y visitaron hospitales afiliados; “las que estaban interesadas en enfermería de salud pública visitaron la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, en Santiago, y Cerro Barón, en Valparaíso” y las que realizaron visitas al “Hospital San Vicente, el Hospital de Carabineros, el Hospital de Enfermedades Infecciosas, el Hospital de Tuberculosis y hospitales de niños”¹⁹.

21 En 1954, un texto de la OPS sostenía que la profesión de enfermera estaba evolucionando en América Latina gracias al interés que ellas mismas manifestaban por incrementar sus conocimientos, cuestión que una década atrás no se daba pues al graduarse, se consideraba “que los únicos conocimientos nuevos que pudiera necesitar podía adquirirlos sobre la marcha en el lugar que trabajase y se especializase”. Los seminarios realizados en Chile (1950), y luego en Guatemala (1951) y en Perú (1952) daban cuenta de que la “aparente falta de interés de las enfermeras” era solo reflejo de la “falta de ocasiones de reunirse”, práctica que estaba cambiando gracias a que las asociaciones nacionales de enfermería – contando con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana y los gobiernos respectivos – organizaron tres nuevos seminarios en El Salvador, Panamá y Venezuela, realizados en 1953, siguiendo los temas trabajados en el Seminario de 1950, de Viña del Mar²⁰.

22 Las recomendaciones del Congreso en Lima (1949) y del seminario en Viña del Mar (1950) marcaron con fuerza las discusiones de la década de 1950 y recogieron los debates que las enfermeras chilenas venían trabajando desde hace años: el mejoramiento de la



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

ambiente de estudio de la profesión, de las condiciones reales de las enfermeras rurales eran metas cruciales. las escuelas fueran gobernadas por ellas mismas, la auxiliares de enfermería, y la necesidad de contar con estudiantes de enfermería²¹. y también se propusieron ración de un catálogo de terminología en enfermería que ción de una Federación Interamericana de Asociaciones

nder la abundante producción sobre el estudio y trabajo publicados por Agnes Chagas, quien luego de su visita al ar, inauguró una sólida relación con sus pares chilenas. ublicada por el Boletín de la OPS en la década de 1950, de departamentos de enfermería, estudios comparativos incremento de graduadas y la formación de auxiliares, que daban testimonio de la intensa vinculación entre la salud pública y la creación de sistemas de salud

Reformas al *curriculum* de enfermería y formación de auxiliares: 2das Jornadas de Salubridad, Santiago, 1953

24 A un año de la fundación del SNS, la voz de las enfermeras se hizo presente en las Segundas Jornadas de Salubridad, realizada en la Universidad de Chile en 1953, gracias a un estudio elaborado por un grupo de enfermeras y presentado por una de ellas, Gladys Peake. Este estudio, probablemente elaborado en 1951, aludía a los Servicios de la Beneficencia y a la CSO como también a la futura implementación del SNS²⁴. Apoyada por la Sociedad Chilena de Salubridad, esta jornada reunió a una serie de personeros de la comunidad médica local como Jorge Mardones Restat, Ministro de Salubridad, Gustavo Molina, presidente de dicha sociedad, al Director General de Sanidad, Nacienceno Romero, y de la Sociedad Medica de Santiago, Hernán Alessandri, como también a autoridades internacionales como Pierre Dorolle, Director General de la OMS, Fred L. Soper, de la OPS, Bruce Sasse de la FR y el representante del Instituto de Asuntos Interamericanos Dr. T. Gandy²⁵. La presencia de este grupo, especialmente influyente en el diseño de políticas sanitarias, era garantía de la relevancia de esta reunión académica.

25 La intervención de Peake refrendaba uno de los proyectos más queridos entre las enfermeras organizadas, y ya presentado en el Congreso de 1948 en Concepción: la renovación del programa de estudios de la profesión que fue aprobada en 1951 y aplicada en las cuatro escuelas oficiales de enfermería. Esta renovación respondía al objetivo de dar una preparación integral que reemplazara la formación de dos tipos de enfermeras: la hospitalaria y la sanitaria. La reorganización de los servicios de salubridad y las necesidades del país ameritaban profesionales que fueran capaces de trabajar tanto en los campos curativos como preventivos. Como la tarea educativa era central para el trabajo de las enfermeras, el nuevo programa favorecía la modernización de métodos de enseñanza, y “la participación activa de las alumnas, desarrollando el espíritu de investigación”²⁶.

26 El nuevo programa de estudios suponía hacer ajustes en los horarios en beneficio de una “efectiva y racional enseñanza”, incorporar métodos modernos pedagógicos con incremento de horas de laboratorio, trabajos de investigación, enseñanza organizada e integración de los principios de la enfermería sanitaria y preparación para la asistencia tanto en el hogar como en el hospital. La formación se prolongaba por cuatro años, e incluía ciencias físicas y biológicas, ciencias sociales y materias afines, ciencias médicas,

La experiencia clínica estaba presente en cada año de su curso, tenía por objetivo principal “imbuir en las estudiantes el amor a la salud tanto física como mental”²⁷.

Lo que era importante entender que la reforma del *curriculum* consistía en un cambio de asignaturas sino también en otros aspectos preventivos y sociales de la medicina”; no se buscó sino que exponer a la alumna a casos reales donde participar en la solución de los problemas enfermeriles, tanto en el aula, y estimular entre el profesorado la confianza en estos

Por otro lado, en el primer año, las enfermeras hacían visitas y observaciones a domicilio; en el segundo, destacaba la formación en distintos aspectos de la medicina y “la rehabilitación y enseñanza de los enfermos y sus familias”; en el tercer año se abordaban los casos crónicos (diabéticos, cardiacos, ceguera, sordera), el rol de la enfermera y su responsabilidad individual y familiar²⁸. La integración de la medicina preventiva y curativa estaba



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

Tout accepter

Tout refuser

Personnaliser

[Politique de confidentialité](#)

presente en las especialidades de obstetricia y ginecología donde la atención clínica de la parturienta, la enseñanza de la higiene pre y postnatal, el alta de las parturientas y el cuidado del recién nacido, las visitas al hogar para control de la puérpera y del niño constituían espacios de aprendizaje clave del trabajo de la enfermera, quien representaba una figura de enlace decisiva. También en el segundo año, la formación en servicio social las familiarizaba con el trabajo que hacían aquellas profesionales y fomentaba la cooperación entre ambas. En el tercer año, el entrenamiento en asistencia y protocolos de cuidados de enfermos infecciosos como los tísicos y enfermos venéreos, y también el trabajo de inmunizaciones, de observación del “desarrollo del niño sano en jardines infantiles y guarderías”, las visitas a los hogares de niños dados de alta, eran tareas que suponía incrementar el entrenamiento en terreno de las enfermeras. En el cuarto año – periodo en que se hacía una tesis – la integración fomentaba en los años anteriores debía dar paso a la superación de “los moldes clásicos del cuidado curativo de los enfermos hospitalizados, hacia una más amplia y profunda comprensión de los problemas del individuo en relación con la sociedad y de la interrelación de los factores económico-sociales y educacionales y su influencia sobre la salud”²⁹. En rigor, lo que las autoras de esta presentación impulsaban era que el nuevo programa refrendara la formación y participación activa de las enfermeras en la consolidación de la medicina social, aspiración central de las discusiones de la época³⁰.

29 Una cuestión importante en la formación de las enfermeras y que no estaba garantizada en el renovado programa de estudios era el acceso a un campo clínico y sanitario para la enseñanza de las estudiantes – problema muy presente en la primera década del SNS – pues las escuelas no tenían responsabilidad directa en las condiciones de hospitales y servicios donde ellas hacían sus experiencias prácticas; asimismo las deficientes condiciones materiales de los recintos asistenciales ponían en peligro la coherencia entre lo que se enseñaba en la “teoría y aquello que, desgraciadamente se ve en la práctica diaria”. Peake identificaba tres categorías de enfermeras que, idealmente, debían ser reconocidas en los servicios de prácticas: la enfermera jefe de hospital o de unidad sanitaria, la enfermera jefa de sección o servicio clínico hospitalario (cirugía, pediatría, obstetricia, etc.) responsable de tareas técnicas y administrativas y la enfermera de sala o de sector sanitario que era responsable de una unidad de trabajo, incluida “personal auxiliar y de servicio respectivo”. Y también se reforzaba la colaboración entre profesionales en los servicios de enseñanza como, por ejemplo, las enfermeras de sala que tenían un importante conocimiento de los enfermos y sus familias³¹.

30 En la segunda parte del estudio, Peake introducía un plan de preparación del personal numeroso y que carecía de mínima instrucción formal. Este personal había sido encomendado a la Comisión Nacional de Enfermeras Universitarias y refrendado en el Enfermería. El personal auxiliar – capacitado para “enfermería de menor responsabilidad” – era clave frente a las demandas, el crecimiento de demandas asistenciales y de las enfermeras, entre ellas, la enseñanza y la supervisión de



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

en Enfermería de la OMS, reunida en Ginebra en 1950, donde el personal femenino prestaba “atención de enfermería de sala”, por ejemplo, vacunadores, y debía estar bajo la supervisión de

la presencia de la Asociación Nacional de Enfermeras, había trabajado durante diez meses en jornada completa, considerando 44 horas semanales en el hospital, recinto que proporcionaba las condiciones de trabajo³⁴.

- 33 Los requisitos para postular era tener entre 18 y 25 años de edad, contar con 3er año de Humanidades rendido o estudios equivalentes, contar con buena salud certificada, exámenes recientes y dos cartas de recomendación de personas que “acrediten honorabilidad”. Las materias del programa contemplaban formación sobre trabajo hospitalario, mantención de la salud, prevención de accidentes, educación higiénica, alimentación y cuidado del enfermo, atención a la familia en caso de muerte del enfermo; conocimientos de esterilización, reconocimientos de síntomas básicos, administración de medicamentos toma de muestras, técnicas de enfermería en pabellón y en servicios infecciosos, entre otros³⁵. No debía utilizarse a estos estudiantes como personal hospitalario sino como “aprendices” y debían respetarse los requisitos mínimos sin excepción³⁶.
- 34 En la tercera parte del trabajo, se identificaban los aspectos generales del programa para preparar “personal auxiliar en salud pública”, colaboradores del trabajo de la enfermera sanitaria, que debían cursar un programa que duraba tres meses, y realizaban la práctica en unidades, distritos sanitarios y servicios hospitalarios. Las actividades del programa contemplaban actividades en unidades de servicios y en postas, como también “en terreno” correspondientes a labores que se realizaban en el domicilio, escuelas y otras instituciones como, por ejemplo, preparación del equipo de la enfermera, “arreglo diario de las clínicas y boxes de enfermería”, inmunizaciones, registros de cambios de domicilio, denuncia y seguimiento de enfermedades infecciosas, fichaje de escolares, entre otras tareas³⁷.
- 35 Entre las recomendaciones presentadas al trabajo leído por Peake, estaba el ampliar la matrícula de las escuelas universitarias de enfermería, “aceptar el régimen de externado para aquellas alumnas que pueden vivir fuera de la Escuela”; aceptar “alumnos egresados (sic) de los liceos que reúnan los requisitos exigidos y que deseen seguir esta profesión”; reconocer la categoría universitaria de las escuelas de enfermería; dotar a los servicios de enfermería de “la estructura administrativa y las remuneraciones que les corresponde como tales”; promover en el SNS “facilidades económicas para realizar programas de educación post-básica”; “sistematizar la preparación del personal auxiliar”, y finalmente se recomendaba que el SNS hiciera un registro oficial de este personal, le concediera un certificado de competencia y le asegurara “remuneraciones justas”³⁸.

Servicio Nacional de Salud: un nuevo el profesional sanitario



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

go una de las transformaciones más importantes de la ;lo XX chileno: la fundación del SNS, creado en 1952 y alud existentes hasta el momento³⁹, convirtiéndose en el e de la época. Brindó prestaciones curativas a más de un mas de cobertura universal en fomento y protección de la e los funcionarios públicos, fue el principal organismo ra la implementación de acciones de promoción social y ina, y pilar fundamental para la ejecución de las nuevas OPS.

ir los riesgos de enfermar y morir y contribuir, en su n de la salud física, mental y social”, a través de la s y de asistencia social y acciones médicas preventivas y zó con la visión de salud integral de la Organización tendencia de la medicina chilena en este siglo hacia una lades en nuestra sociedad”, como “resultante de la

evolución de nuestra cultura en busca de mejores formas de vida y de bienestar para las personas y sus familias”⁴⁰, bienestar que estaba bajo el alero del concepto de “medicina social”⁴¹.

38 En su primera década de existencia, el SNS tuvo dos tareas mayores: la consolidación de un piso presupuestario que diera financiamiento a los objetivos de gran envergadura que se había planteado y la conformación de una identidad organizacional que brindara cohesión interna y legitimidad social a la institución. En segundo lugar, también se le prestó atención a la creación y consolidación de la burocracia sanitaria chilena en la década de 1950, tanto en términos de crecimiento como de fortalecimiento de su identidad y su reconocimiento social.

39 Los desafíos fueron varios. Primero, fue necesario uniformar una planta funcionaria que partió con la creación de 3.000 puestos de trabajo y que creció hasta alcanzar los casi 70.000 en el año 1973⁴². Esta planta en la que estaban las enfermeras y cuyos empleados provenían inicialmente de las distintas instituciones que el SNS fusionó, se conformó con distintas culturas organizacionales y que habían recibido disímiles remuneraciones, pues los organismos reunidos tenían distinto origen jurídico y estatutario como, por ejemplo, la Beneficencia o la Caja del Seguro Obligatorio. Segundo, fue necesario solidificar entre los funcionarios un espíritu de cuerpo que éstos no poseían porque provenían de organismos históricos, reconocidos por la comunidad y que incluso mantenían entre ellos “viejas rivalidades y suspicacias institucionales”⁴³.

40 En el nuevo marco institucional y con la inspiración en una medicina social que reconocía la importancia del medio y de su intervención, el papel de las enfermeras en el nuevo Servicio cobró nueva fuerza y sentido dado su renovado vínculo con la salud pública, aun cuando el número de enfermeras entrenadas en los principios de esa especialidad era menor a las que habían seguido el área hospitalaria, precisamente antes de que el currículo se renovara y fusionara ambas especialidades.

41 Durante la década de 1950, las enfermeras organizaron el Segundo y Tercer Congreso Nacional, 1953 y 1958 respectivamente, de los cuales hay, curiosamente, escaso registro a diferencia de los realizados en la década de 1940. No obstante, se cuenta con el registro de algunos artículos académicos y de actividades internacionales que dan cuenta del importante trabajo de las enfermeras en pos de una adecuada inserción en la nueva institucionalidad sanitaria.

42 Para entender ese nuevo marco es preciso revisar algunos aspectos relativos a la conformación y consolidación de la burocracia sanitaria chilena en la década de 1950 de la que las enfermeras formaron parte, y que en los años siguientes dirigió e implementó la gestión al país, generando logros sanitarios que pusieron a Chile en un camino de desarrollo, pasando de ser un país pobre y subdesarrollado.



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

entre 1952 y los primeros años de la década de 1960: la profesionalización de los implementadores y la creación de condiciones para apoyar la escasez de recursos humanos de salud.

Los directivos

Tout accepter

Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

cedida por la dictación, el año 1950, del Estatuto del SNS que estableció condiciones especiales de estatus y remuneraciones para los funcionarios de éstos para sumarse al estamento público: en condiciones especiales para que aceptaran compensar la pérdida de sus condiciones especiales (a la que no renunciaron del todo) para pasar a cumplir con las condiciones docentes del SNS y la Universidad de Chile.

Con estas condiciones⁴⁴, estas nuevas condiciones permitieron a los directivos ocupar todos los cargos directivos del SNS, desde la Dirección

General del Servicio hacia abajo. Para que desempeñaran esa función hubo que prepararlos. Dando continuidad a la tarea que desde mediados de los '40 habían cumplido la Escuela de Salubridad y la Escuela de Técnica y Administración Hospitalaria de los Servicios de Beneficencia⁴⁵ en materia de formación directiva, se realizaron una serie de encuentros a partir del Primer Seminario Interamericano de Administración Hospitalaria realizado en 1956⁴⁶, que ratificaron la importancia de suscribir los principios de la medicina social a través de una preparación apropiada que implicaba organizar instituciones comandadas por una medicina dirigida y funcionarizada a fin de armar una poderosa institucionalidad pública que trajera a los médicos de vuelta a la salud pública⁴⁷.

Profesionalización de los implementadores: el caso de las enfermeras

- 46 Por debajo del estamento médico, una serie de profesionales de reciente profesionalización conformaron el personal encargado de la ejecución de la política sanitaria chilena. Ese estamento – mayoritariamente femenino – estuvo constituido especialmente por matronas, enfermeras y asistentes sociales, las que en su conjunto constituían cerca de un 35 % del rango profesional del Servicio⁴⁸.
- 47 En el caso específico de las enfermeras, al crearse el SNS éstas habían cumplido cincuenta años desde la creación de los primeros cursos de enfermería en Chile y un cuarto de siglo desde que se había fundado la Escuela de Enfermeras Sanitarias dependiente de la Junta de Beneficencia⁴⁹. Y más importante aún, desde hace más de una década contaban con organizaciones gremiales y de prensa, habían organizado reuniones académicas y levantado una voz pública, atenta a cuestiones relativas a su formación académica, trayectoria laboral y posición en las instituciones sanitarias.
- 48 En ese itinerario, el SNS constituyó una plataforma de desarrollo profesional para ellas, pues fue un organismo de formación hasta fines de los '60, cuando se traspasaron las escuelas a la Universidad de Chile a raíz de la reforma universitaria. Al mismo tiempo, ofreció un marco institucional que brindó empleo estable, contratando a más de un 90 % de las enfermeras activas durante treinta años. El SNS dictó en 1953 su propio Reglamento para la Escuela de Enfermería, normando los planes de estudio, las estadías prácticas, los requisitos de ingreso de las estudiantes y la conformación del cuerpo de profesores. El SNS también promovió la organización gremial, apoyó la formación del Colegio de Enfermeras en 1959 y la fundación de la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería en 1963.



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

Personal auxiliar en enfermería

La conformación de la burocracia sanitaria chilena la precedió la endémica escasez de profesionales, señal clara de la crisis de la profesión. Fue el Primer Congreso Nacional de Enfermería de 1948, de la Ley de Inspección de Salubridad de 1953 y de las discusiones internacionales de la Conferencia de Inspectores y Educadores Sanitarios, la falta de recursos humanos, la ausencia de oleada de capacitaciones a “auxiliares de terreno”, que agravó la situación. Los labores curativos a fin de no desviar recursos humanos a la atención de enfermos, fomento de la salud. El SNS instruyó, así, a un conjunto de personal auxiliar que trabajaban en sus propios programas, brindando un plan de atención a enfermos, trámites administrativos, apoyo y trabajo en

- 50 En el año 1958 la Subdirección Normativa del Servicio proyectó la instrucción de 600 auxiliares de este tipo en tres años, a cargo de dos enfermeras que sirvieron de profesoras. Durante ese primer año se realizaron 10 cursos de 20 alumnos cada uno en las ciudades de Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Santiago, Talca, Chillán, Concepción, Temuco, Valdivia y Puerto Montt. El periodo de formación era de 1 año y medio y contemplaba cinco meses de enseñanza teórica, cuatro meses de práctica y un periodo intermedio de nueve meses de trabajo en terreno. El programa fue certificado por el SNS y, al finalizar, los graduados fueron contratados en la planta del Servicio, con grado 13^º50.

Las enfermeras en la primera década del Servicio Nacional de Salud

- 51 Desde las fuentes revisadas, es posible analizar el trabajo de las enfermeras en el SNS durante la década de 1950 a partir de 2 ejes. El primero, su estructuración profesional dentro de la institución que recogía parte de las recomendaciones discutidas en la década de 1940. El segundo, la descripción de algunos problemas y dificultades de su quehacer, básicamente por la ambigüedad de sus funciones, cuestión que si bien era un diagnóstico histórico, cobró mayor importancia dado la multiplicidad de funciones profesionales que debía supervisar el SNS, y la dramática escasez de personal que experimentó el Servicio ante el crecimiento de atenciones y de demandas.

La estructuración profesional de la Enfermería durante la década de 1950

- 52 Como se ha dicho anteriormente, el SNS fue una colosal institución de salud pública en Chile y América Latina y cumplió un importante rol para las profesiones sanitarias que no ha sido suficientemente relevado por la historiografía sanitaria chilena. El SNS impulsó la formación profesional y la especialización de los oficios, la agrupación gremial y académica, fue una fuente de trabajo estable y patrocinó la conformación de un conjunto de normas y reglamentos que rigieron el desempeño laboral de sus cuadros burocráticos.
- 53 En este último sentido, entre el 12 y el 20 de octubre del año 1956 se llevó a cabo un Seminario de Enfermería donde se aprobaron las normas técnicas para el funcionamiento la institución⁵¹.



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

ndían del Sub-departamento de Enfermería el que, a su de Servicios Técnicos Generales, dependiente de la Sub-mento agrupaba a las subdirecciones de bio-estadística, es públicas, selección-adiestramiento de personal y sólo aiales: el de profesiones médicas, el de servicio social y el ⁵². Los objetivos de este último eran:

cuada atención de enfermería en conformidad con los

abajo de acuerdo con las funciones de las enfermeras en

ción de los diferentes programas de trabajo, velando amamiento y evaluación de sus resultados

le los recursos actuales, tanto materiales como

5. Proponer y organizar la preparación y capacitación de personal auxiliar de enfermería y asesorar su ejecución”⁵³.

55 Las funciones generales de Enfermería, “que puedan aplicarse en general a cualquier nivel y campo de trabajo”, eran tres: atención directa de enfermería-supervisión, educación y administración.

56 El análisis de las normas que regulaban el trabajo de las enfermeras en el SNS permite describir algunas características generales de su trabajo y como estas eran, en parte, consecuencia de los debates que ellas lideraban desde la década anterior. En primer lugar, se puede deducir que realizaban un trabajo operativo y no directivo, cuestión que marcaba la trayectoria de las enfermeras en la institucionalidad sanitaria chilena. Hernán, Ducci, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, refrendada esta última idea al sostener que “una atención médica eficiente” se componía de dos etapas: entregar las indicaciones terapéuticas correctas (tarea del médico) y dar cumplimiento a dichas indicaciones (tarea de las enfermeras)⁵⁴.

57 La enfermera aplicaba, ejecutaba y hacía cumplir las órdenes médicas, era absolutamente dependiente del dominio médico y carecía de cualquier responsabilidad que le otorgase poder: no manejaba decisiones presupuestarias, no tenía discrecionalidad en la toma de decisiones ni entregaba órdenes directas al personal que estaba a su cargo, al menos en lo que se refería a los servicios urbanos. En aquellas funciones donde le correspondía “dirigir”, “organizar”, “desarrollar”, se hacía énfasis en hacerlo “de acuerdo con las normas establecidas”, pero no ocurría lo mismo cuando se trataba de la operación de materiales, la atención directa de pacientes o la elaboración de informes.

58 Al mismo tiempo, no aparecían descritas atribuciones para la calificación, evaluación o contratación/desvinculación de sus subalternos. Se establecía que la responsabilidad de “dirigir al personal auxiliar y de servicio de enfermería” debía realizarse “con la debida delegación de funciones de la Dirección” y para la designación de personas en sus cargos su función era la de “proponer al Director”; incluso la distribución del personal, tarea esencial para el mejor aprovechamiento de los recursos, debía realizarla “de acuerdo con los médicos Jefes de servicio”⁵⁵.

59 Por contraste, un sinnúmero de tareas generales estaban cerca del ámbito doméstico y no era extraño, entonces, que en el propio *Boletín del SNS* se planteara la identidad de la profesión de enfermería vinculada a atribuciones de género tradicional, describiéndola como un conjunto de actividades que “se desenvuelven entre los sentimientos más puros de la vida” y que, por su delicadeza, “requieren, además de conocimientos y de

titular que es más propia del espíritu de la mujer”, pues “por servir, la inclinación natural a identificarse con los car con sacrificio la forma de calmarlos”⁵⁶. Y, por ende, dentro de la descripción general de su rol, este conjunto inversamente, eran también criticadas por generar “una concepción de enfermería al interior de los equipos sanitarios: desde los materiales a solicitar, mantener inventarios y ordenar la higiene de los servicios, entre otras”⁵⁷.

Se reunieron en este Seminario del año 1956 con el patrocinio estratégico que parece relevante para su desarrollo en las décadas de que las funciones generales eran amplias y que el rol concreto que permitieran mejorar las condiciones de trabajo a través de una serie de recomendaciones prácticas que darían lugar a una “dieta” cuyo objetivo era ponerlo en marcha de manera que se disponga [a fin de] procurar elevar la calidad de la atención. El resultado de estas recomendaciones es que se aprecia en ellas una disposición a desmarcarse de las recomendaciones



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

generales para apropiarse de un “hacer” acorde a sus necesidades, obligaciones y recursos, y al proceso de autonomía que venían realizando como grupo profesional.

61 La primera recomendación era clave: era “indispensable que las enfermeras ocupen los cargos para los cuales fueron designadas y desempeñen las funciones que les son propias”, y se sugería que la enfermera jefa de un centro de salud tomara en sus manos la “distribución racional del personal de enfermería [...] para la asignación de turnos, rotación por los servicios, coordinación de horarios de atención”. A su vez, se recomendaba eliminar la extendida práctica de disponer de “veladores” por las noches, bajo la convicción de que la rotación de turnos con personal auxiliar bien entrenado mejoraba la calidad de la atención. La “sala” era el espacio donde se desenvolvía el trabajo en equipo, compuesto de auxiliares, empleados y la enfermera como “supervisora directa”; la atención de los pacientes debía transitar entre las necesidades de éstos y también las competencias del propio equipo de trabajo, de acuerdo con su “capacidad y preparación”⁵⁸.

62 El Seminario propuso un listado de “actividades de rutina” de la sala en los rubros de admisión, alta o traslado y diagnóstico del paciente; exámenes de laboratorio; tratamiento, atenciones especiales y atención a la higiene del paciente; actividades de aseo de la sala y anexos y actividades administrativas. El listado era extenso, incluía cerca de 150 actividades distintas y se especificaba, para cada una de ellas, a quién correspondía su ejecución, y se concluía que “la distribución se ha hecho basada en el principio de que la gravedad del paciente y la calidad del procedimiento que pueda involucrar peligro para él, determina quién deberá realizarlo”.

63 Las enfermeras deseaban tener algún grado de injerencia también en la determinación de los presupuestos, principalmente tomando decisiones que implicaran el incremento gradual de los fondos en algunos rubros. Hablaban derechamente de intentar una “dotación progresiva en el presupuesto de cada año” e incluso planteaban la incorporación de otros profesionales, como técnicos laborantes⁵⁹.

64 Con respecto al tema de la escasez también tenían propuestas que hacer, pues reconocían que mientras en las grandes ciudades las había pocas, en provincia la situación era “angustiosa”. Proponían, entonces, la creación de un sistema que “mejore la distribución de las enfermeras, ya sea, dándoles un mayor aliciente para trabajar en provincia y en el medio rural, o bien, que se reglamente la concesión de becas para estudiantes de enfermería en provincia, a fin de que éstas regresen a sus ciudades de origen una vez graduadas”⁶⁰. Se pretendía también otorgarle mayores atribuciones al Sub-



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

departamento de Enfermería en la “distribución de enfermeras que ingresen al Servicio, de les de cada localidad”⁶¹, desarrollando un mecanismo de nuevos profesores en el país. Adicionalmente, se recomendaciones: que en las pequeñas localidades se vivienda y alimentación adecuadas, dada la dificultad que aquellos lugares y allane las dificultades para designar a gos”⁶². Que se otorgaran becas y se estimulara el ingreso lio de la profesión, incentivándolas a través de buenas de progreso profesional”. Y que, para las enfermeras ya organizaran “cursos breves de renovación para el na Biblioteca de Enfermería, pudieran asistir éstas a las diesen presentarse, en instancias públicas, trabajos de

xiliar, las enfermeras se mostraban convencidas de ara administrar de mejor manera los recursos humanos izando paulatinamente a las “empleadas de sala” cuando etando la planta de “personal auxiliar”, “solicitando la ipuesto, especialmente en aquellos casos en que este

personal desempeña funciones de auxiliar de enfermería”⁶⁵. También resultaba esencial la capacitación de los auxiliares: “el esfuerzo de las enfermeras debe concentrarse en la capacitación en servicio del personal auxiliar de enfermería, mediante cursos programados de acuerdo con las normas dadas por el Sub-departamento de Enfermería y aprobadas por la Dirección General”⁶⁶. La capacitación debía ser “eminente práctica” y orientarse “a perfeccionar las técnicas y procedimientos de enfermería y a reforzar la formación de una actitud ética que redunde en el buen trato a los pacientes y al público en general”⁶⁷. Lo mismo debía ocurrir con los empleados, dado su contacto directo con los pacientes y su estratégica participación en la atención de los mismos. Por último, reconocían la existencia de religiosas en el trabajo sanitario y distinguían entre las que tenían formación de enfermería, en cuyo caso debían sumarse a las tareas de este rubro, y las que no lo eran, a quienes se les debían dar tareas de suministro de medicamentos por vía oral, control de ropa limpia y sucia, atención de visitas, control de inventarios, recepción y entrega de paquetes a los pacientes.

⁶⁶ En el campo de la salud pública (consultorios, postas, policlínicos), los roles definidos eran más bien teóricos pues el grueso de estos servicios no contaba con enfermeras dedicadas a tareas en terreno y, por ende, el poco personal existente se abocaba a la atención clínica.

La situación de la enfermería: ambigüedad y escasez de personal

⁶⁷ La falta de recursos humanos en el ámbito sanitario se volvió un problema crítico a partir de mediados de la década de 1960, pero la escasez de enfermeras fue un problema para el SNS al poco andar de la institución. Ya en el Seminario de 1956 se entendía que la implementación de normas para el trabajo revestían un carácter “ideal” y se iban a fijar “programas provisorios de trabajo con los recursos de personal existentes”, intentando “planear la ampliación y perfeccionamiento de ellos para el futuro”⁶⁸.

⁶⁸ En la misma instancia se constataba la existencia de 1.049 enfermeras graduadas⁶⁹, cerca de 5.000 auxiliares de enfermería y 1.700 practicantes. Por contraste, calculando lo esperado a partir del número de pacientes y camas disponibles y utilizando los estándares internacionales como parámetro, se estimaba una necesidad de 10.450 enfermeras sólo para la atención directa de pacientes; es decir, la disponibilidad alcanzaba escasamente al 10% sin contar con las horas de administración, trabajo comunitario, educación para la



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile planteaba, hacia el final del artículo, que esta necesidad de personal para-médico de enfermeras y auxiliares de enfermería tenía consecuencias muy directas en el trabajo sanitario: “los pacientes que no podían ser atendidos, pacientes despachados a otros centros de salud, servicios especializados estaban sub-dotados de personal sanitario – durante las epidemias – se contrataba a una serie de ayudantes para

En 1959, el médico Hector Ducci se concentraba en la formación de las enfermeras. Las cinco escuelas de enfermeras tenían a cerca de 130 estudiantes al año, número insuficiente para cubrir la demanda. No era problema de dichas escuelas: los cursos debían ser prácticos y los recursos humanos de la enseñanza no permitían un número mayor; los

planteles no contaban con las instalaciones adecuadas para la formación de otras candidatas y tampoco existían las docentes requeridas para una formación masiva. A su vez, la falta de servicios adecuados para la realización de las prácticas llevaba a la “utilización de campos clínicos artificialmente acondicionados para demostrar a las alumnas la verdadera enfermería”⁷². Tampoco el número y calidad de las postulantes era el óptimo: algunos requisitos de ingreso eran exagerados y específicos, como contar con el Bachillerato en Biología, que constreñía el universo de postulantes. La formación era extensa – a juicio de Ducci – y el plan de estudios estaba sobrecargado, especialmente el de primer año⁷³.

71 El desempeño de las enfermeras era también complejo. Como se había señalado en el Seminario de Enfermería, “la construcción hospitalaria [tenía] una injerencia directa sobre el rendimiento del trabajo de enfermería”⁷⁴ y la mayor parte de los hospitales que el SNS había heredado de la Junta de Beneficencia eran “viejos e inadecuados”⁷⁵ y la Comisión de Normalización de Construcciones Hospitalarias, creada en 1955, se encontraba todavía en un momento germinal, construyendo el estándar de edificación, elaborando un plan para la ubicación de las camas en los diversos recintos hospitalarios y dando prioridad a las nuevas construcciones, las reparaciones, las remodelaciones y las necesidades de habilitación de recintos⁷⁶.

72 Hacia mediados de la década de 1950 la situación de las enfermeras – al igual que la de otros profesionales – al interior del SNS era de “transición” y en vías de producirse un ajuste de roles, funciones y responsabilidades. La fusión de servicios “repercutió en enfermería haciendo evidente la desnivelación de la preparación de las enfermeras frente a los programas de trabajo del nuevo servicio”. En el campo de la salud pública, por ejemplo, los diferentes organismos fusionados realizaban tareas de la más diversa índole y ninguno de ellos se igualaba al de la Ex Dirección de Sanidad, que era el que quería ser continuado por el SNS⁷⁷.

73 La reestructuración de la política de parte del recién creado SNS “produjo un desbande de enfermeras”; las más capacitadas vinieron a llenar los cargos de enfermeras asesoras zonales, jefas de centros de salud y hospitales y sólo a partir de 1955, muy lentamente, el resto del personal había ido tomando sus respectivos puestos. Se señalaba que “todavía quedan cargos sin ocupar, debido a las trabas administrativas y legales que impiden que las más idóneas e interesadas en trasladarse a provincia, puedan ocupar estos cargos”⁷⁸.

74 En el Seminario de 1956 las enfermeras mostraron que el trabajo en salud pública, esto es, en policlínicos, postas y consultorios estaba muy acotado por la falta de personal. En total había 240 enfermeras trabajando en este ámbito en todo el país, “de las cuales

ciones de terreno, propiamente tales”, y un gran número de ellas estaban en Valparaíso y Concepción (tal vez por eso aparecen Médicos Generales de Zona). Además de la escasez de personal, limitaban el trabajo de las enfermeras en este ámbito: la falta de personal; escasez de horas médicas para atender las diferentes áreas (ginecología, obstetricia, epidemiología); poca coordinación a nivel nacional; salud por falta de médicos de Salud Pública, cosa que ocurría en zonas rurales, donde existen centros de salud acéfalos; escaso o

le enfermería tenía, en la medianía del siglo XX, el rango de profesional, lo que limitaba su estatus profesional y el nivel de prestigio. Sin embargo, debido a la posibilidad de otorgar un reconocimiento “de título” – a las enfermeras en ejercicio, pero la medida, que era discriminatoria, no solucionaba el problema de los sueldos. En consecuencia, las enfermeras no tenían asignación de título y no tenían acceso a la educación universitaria que ellas persiguen y merecen”⁸⁰.



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

Tout accepter

Tout refuser

Personnaliser

[Politique de confidentialité](#)

- 76 De esta manera, los bajos sueldos, la larga carrera funcionaria que debían transitar hasta conseguir un nivel aceptable, las irregularidades que el SNS tenía para pagar las remuneraciones y la deuda que mantenía el fisco con los reajustes al sector público, convertía el trabajo en algo poco atractivo y algunas de ellas terminaron emigrando al extranjero, especialmente a Estados Unidos, persiguiendo mejores condiciones laborales⁸¹.
- 77 Finalmente, la escasez de personal auxiliar llevaba a las enfermeras a la realización de una serie de tareas que no se encontraban definidas en su perfil ocupacional. Esto generaba por lo menos dos tipos de problemas: siendo pocas, debía “usárselas en forma eficiente, sin distraerlas en funciones que [podían] ser realizadas por personas con menor entrenamiento y con inferior respaldo profesional”. En segundo lugar, la ambigüedad de funciones generaba una “falta de conocimiento y comprensión de las funciones de las enfermeras tanto de la parte de la profesión médica como del público en general”⁸².

Conclusión

- 78 El notable desarrollo de la enfermería chilena entre 1940 y 1960 no solo fue consecuencia del impulso de la comunidad médica, del trabajo e influencia de la Fundación Rockefeller, de la Universidad de Chile o de la Organización Panamericana de la Salud: un selecto y organizado grupo de mujeres lideró, gradualmente, procesos de autonomía, de discusión académica y de liderazgo que distinguieron un decisivo proceso de profesionalización, escasamente conocido en la historiografía local.
- 79 El desarrollo de las escuelas de enfermería y de reuniones académicas sostenidas desde la década de 1940, la formación de la Asociación de Enfermeras Universitarias a nivel local, el fluido intercambio entre enfermeras chilenas y extranjeras, su activa participación en jornadas sanitarias y en el diseño del trabajo que hicieron en el flamante Servicio Nacional de Salud en la década de 1950 son ejemplos del nutrido quehacer de las enfermeras organizadas y de su compromiso con el proceso de profesionalización que estaban liderando.
- 80 La revisión del trabajo realizado por este grupo de mujeres ha contribuido a visibilizar su estratégico aporte al desarrollo de la implementación y difusión de políticas de salud en Chile, y su sólida presencia pública en la discusión de diversos temas relacionados con la asistencia de los enfermos, el cuidado de la familia y de la infancia que no solo eran preocupaciones de la comunidad médica. Las preocupaciones de las enfermeras que



osos estaban en delimitar sus funciones, afianzar su
ción porque gradualmente tomaban conciencia de la
plementación de las políticas sanitarias del Chile de

Ce site utilise des cookies et
vous donne le contrôle sur
ceux que vous souhaitez
activer

Tout accepter

Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

nino. *Mujeres y profesiones sanitarias. Chile, 1889-1950*”, en Joaquín (eds.), *Historia de las Mujeres en Chile*, Tomo II, 2014.

mería en Chile. Síntesis de su evolución educacional. Santiago; enfermeras, no empleadas domésticas. Profesionalización del , *Revista Dynamis*, vol. 37 (2), 2017, 317-343. Véase también r.

tti, Karina y Valobra, Adriana, “La profesionalización de la políticas e institucionales durante el peronismo”, *Asclepio*. de la Ciencia, 2010, vol. LXII, n° 2, p. 353-374. Ramacciotti, ización y profesionalización de la enfermería” en Biernat,

Carolina, Cerdá, Juan Manuel y Ramacciotti. Karina (directores), *La Salud Pública y la enfermería en la Argentina*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2015, p. 287- 306.

4 Asociación Nacional de Enfermeras Universitarias, *Memoria del Primer Congreso Nacional de Enfermería*, Concepción, 1948, p. 2 y 3.

5 Asociación Nacional de Enfermeras Universitarias, 1948, p. 17.

6 Asociación Nacional de Enfermeras Universitarias, 1948, p. 19.

7 Asociación Nacional de Enfermeras Universitarias, 1948, p. 20

8 Romero Hernán, "Educación en enfermería", *Memoria Primer Congreso Nacional de Enfermería*, 1948, p. 26-27.

9 Romero Hernán, *op. cit.*, 1948, p. 27.

10 Eugenia Gaete, Directora de la Escuela de Enfermería de la Beneficencia de Santiago, quién obtuvo un certificado de educación en enfermería de la Universidad de Toronto, Canadá (1945) y enfermera sanitaria titulada en la Universidad de Chile (1938); Hilda Lozier, Directora de la Escuela de enfermería Carlos Van Buren, titulada enfermera sanitaria de la Universidad de Chile (1934) con estudios especiales de educación de enfermeras en la Universidad de Western Reserve, Cleveland, Estados Unidos (1942); Gladys Peake, Directora de la Escuela de Enfermería de Concepción, certificado de educación de enfermería de la Universidad, Canadá (1943), enfermera sanitaria titulada en la Universidad de Toronto, Canadá (1944), enfermera titulada en la escuela de Enfermeras Carlos Van Buren, Valparaíso; Rosalba Flores, Subdirectora de la escuela de enfermería de la Universidad de Chile, certificado de educación en enfermería en la Universidad de Toronto, Canadá (1943), enfermera sanitaria titulada en la Universidad de Chile (1938).

11 Gaete Eugenia, Lozier Hilda, Peake Gladys, Flores Rosalba, "Programa Mínimo de Estudios para Escuelas de Enfermería", *Primer Congreso Nacional de Enfermería*, 1948, p. 28-59.

12 Gaete Eugenia et al., 1948, *op. cit.*, p. 48.

13 Lozier Hilda, "El problema de selección de alumnas para las Escuelas de Enfermería", en *Primer Congreso Nacional de Enfermería*, p. 66-67.

14 Lozier Hilda, "Cursos Posgraduados de Enfermería", en *Primer Congreso Nacional de Enfermería*, p. 74.

15 Letelier Alicia, "Importancia de la Preparación del Personal Auxiliar", en *Primer Congreso Nacional de Enfermería*, p. 80.

16 Asociación Nacional de Enfermeras Universitarias, *Primer Congreso Nacional de Enfermería*, 1948, p. 22-24.

17 El primer Congreso fue en San José, Costa Rica, entre el 11 y el 18 de septiembre de 1949, y parece haber reunido a los países de América del Norte y América Central.

18 White Verna, Chagas Agnes Waddell, "Primer seminario de trabajos sobre administración, supervisión y enseñanza de enfermería en la América Latina", *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, junio 1951, vol. 30:6, p. 725.

19 White Chagas, 1951, *op. cit.*, p. 723.



, *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 1954, vol. 37:3,

is ponencistas del Primer Congreso Nacional de Enfermería de

de Enfermería, Lima Perú", *Boletín Oficina Sanitaria*, p. 94-105.

estimaba que las mejores escuelas de enfermería eran las de
ciones preliminares sobre las escuelas de enfermería en la
itaria Panamericana, febrero 1950, vol. 29:2, p.199-210.

te E., Godoy M., Marchant A., Monardes I., San Martín H. y
vera y Auxiliares de Enfermería", p. 84-116 en *Actas de las
lubridad de 1952: Organizadas por la Sociedad Chilena de*

ilenas de Salubridad, 1953, *op. cit.*, p. 5.

la Enfermera y Auxiliares de Enfermería", 1953, p. 84-85.

. 85-88.

). 89.

Ce site utilise des cookies et
vous donne le contrôle sur
ceux que vous souhaitez
activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

30 Labra María Eliana, "Medicina social en Chile: propuestas y debates (1920-1950)", *Cuadernos Medico-Sociales*, 2004, 44, p. 218-219.

31 Peake Gladys, 1953, *op. cit.*, p. 91-92.

32 Peake Gladys et al, 1953, *op. cit.*, p. 97-98. No se indica fecha de realización del Consejo aludido.

33 Peake Gladys et al, 1953, *op. cit.*, p. 98.

34 Peake Gladys et al, 1953, *op. cit.*, p. 99.

35 Peake Gladys et al, 1953, *op. cit.*, p. 100-105.

36 Peake Gladys, et al, 1953, *op. cit.*, p. 105.

37 Peake Gladys, et al, 1953, *op. cit.*, p. 107-113.

38 "Recomendaciones", *Segundas Jornadas de Salubridad*, 1953, p. 114-115.

39 Los organismos preexistentes fueron el Servicio Nacional de Salubridad, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, la Sección de Higiene y Seguridad Industrial del Ministerio del Trabajo, PROTINFA, el Departamento de la Caja del Seguro Obligatorio, los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades y el Instituto Bacteriológico. *Ley N°10.383, Artículo 63°*.

40 "El Servicio Nacional de Salud", *Revista Médica de Chile*, 1959, vol. 87:1, p. 58.

41 Horwitz Abraham, "Medicina en Chile", *Revista del Servicio Nacional de Salud*, octubre 1956, vol. 1:1, p. 3-4.

42 Lavados, Iván, *Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980*, Santiago, CEPAL-ILPES-UNICEF, 1983.

43 Valenzuela, Guillermo "Exposición acerca de la marcha del Servicio Nacional de Salud", *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, noviembre-diciembre 1955, vol. 1:2, p. 60.

44 Vargas Juan Eduardo, "Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado 1870-1951", *Ars Medica*, Vol 7:7, consultada el 25 de febrero de 2015 en <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica7/Arto5.html>

45 Entre 1944 y 1960, la Escuela de Salubridad formó a 2.088 profesionales en cursos de especialización en salud pública, incluyendo a profesionales provenientes de otros países de Latinoamérica. Brockington Fraser, "La Escuela de Salubridad de Chile", *Revista Médica de Chile*, mayo 1962, vol. 90:5, p. 457.

46 "Seminario Interamericano de Administración de Hospitales", *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, septiembre-octubre 1956, vol. II, 5, p. 761.

47 Labra María Eliana, *Política, saúde e intereses médicos no Chile (1900-1990)*. Tesis Doctoral Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro-IUPERJ, Rio de Janeiro, 1997, p. 218-228.

48 *Estadísticas de Salud*, años 1965- 1980. S.N.S., Dirección de Estadísticas y Censo, años 1965-1968.

49 Muñoz Carmen Luz, Isla Ximena y Alarcón Silvia, "Evolución histórica y desarrollo profesional de la Enfermería en Chile", *Cultura de Cuidados*, 1999, vol. III, 5, p. 45-51.

xiliares de Terreno", *Boletín del Servicio Nacional de Salud*,



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

ntes, entre el 23 y el 28 de julio de 1956 se había desarrollado ormas para Servicio Social. Véase en: "Seminario de Servicio de Salud, septiembre-octubre 1956, II, 5, p. 781-782.

nento de Salud Pública, *Servicio Nacional de Salud*, Santiago, Mimeografiado, 1957.

rabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud", *Boletín mbre-diciembre 1956, II, 6, p. 803.*

Médica de Chile, mayo 1959, 87, 5, p. 321.

trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud", 1956,

Nacional de Salud, noviembre-diciembre 1956, II, 6, 799.

trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud", 1956,

trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud", 1956,

- 59 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 810.
- 60 “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, noviembre-diciembre 1956, II, 6, p. 857.
- 61 “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, 1956, *op. cit.*, p. 857.
- 62 “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, 1956, *op. cit.*, p. 858.
- 63 “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, 1956, *op. cit.*, p. 858.
- 64 “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, 1956, *op. cit.*, p. 866.
- 65 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 810.
- 66 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 810.
- 67 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 810.
- 68 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 805.
- 69 Del total de graduadas, 304 trabajaba en salud pública y 591 en hospitales, ocupando el resto cargos de jefatura y enseñanza. “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, 1956, *op. cit.*, p. 856.
- 70 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 806.
- 71 Viel Benjamín, “Editorial”, *Revista Médica de Chile*, abril 1959, 87, 4, p. 231-237.
- 72 Ducci, 1959, *op. cit.*, p. 321.
- 73 Ducci, 1959, *op. cit.*, p. 322.
- 74 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 807.
- 75 “Análisis de la marcha del Servicio Nacional de Salud en 1955”, *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, II, 4, 1956, p. 490.
- 76 “Actividades de la Comisión de Normalización de Construcciones Hospitalarias en 1955”, *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, octubre 1955, II, 1, p. 61.
- 77 “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, 1956, *op. cit.*, p. 857.
- 78 “Seminario de Asesoras Zonales de Enfermería”, 1956, *op. cit.*, p. 857.
- 79 “Normas para la organización del trabajo de enfermería en el Servicio Nacional de Salud”, 1956, *op. cit.*, p. 824.
- 80 Ducci, 1959, *op. cit.* p. 322.



cia 1956 se calculaba que entre 70 a 80 enfermeras habían trabajar en el extranjero. “Seminario de Asesoras Zonales de

Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

Tout accepter

Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

nzález, « ¿Qué hacemos las enfermeras? Profesionalización, mería chilena, 1940-1960 », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* nt, mis en ligne le 08 octobre 2019, consulté le 31 mai 2022. uevomundo/76888 ; DOI : 76888

Académica, Departamento de Historia, Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile
mzarate@uahurtado.cl

Maricela González

Académica, Escuela de Trabajo Social, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile
mgonzalez@santotomas.cl.

Droits d'auteur



Nuevo mundo mundos nuevos est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

X Tout refuser

Personnaliser

[Politique de confidentialité](#)