



Ciencia y Enfermería

ISSN: 0717-2079

rev-enf@udec.cl

Universidad de Concepción

Chile

NÚÑEZ CARRASCO, ELIZABETH ROCÍO; JANA AYALA, ALEJANDRA CAROLINA
EL LEGADO DE LAS ENFERMERAS SANITARIAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD
CHILENA

Ciencia y Enfermería, vol. XXIII, núm. 3, septiembre-diciembre, 2017, pp. 113-124

Universidad de Concepción

Concepción, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370455624011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL LEGADO DE LAS ENFERMERAS SANITARIAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD CHILENA

LEGACY OF SANITARY NURSES IN THE CARE OF CHILEAN HEALTH

ELIZABETH ROCÍO NÚÑEZ CARRASCO *

ALEJANDRA CAROLINA JANA AYALA **

RESUMEN

Chile, durante los inicios del siglo XX, evidencia una crisis social que impactó en las condiciones de salud de la gran mayoría de la población y es durante este período que se dan los primeros pasos de la profesionalización de la enfermera y el inicio en la formación de la enfermería sanitaria. Objetivo: Describir las prácticas de cuidado otorgado por las enfermeras sanitarias en Chile que marcaron la transformación de las condiciones de salud de la población. Material y métodos: A partir de los relatos de vida de las enfermeras que trabajaron en los servicios de salud de Chile, antes y durante la década de 1970, primero se caracteriza la identidad de las enfermeras salubristas formadas en la década del 20, y luego se interpreta el legado del cuidado sociocultural aplicado en las comunidades. Resultados: El cuidado estaba sustentado en un tramado sociocultural y son las enfermeras sanitarias quienes operacionalizan las macropolíticas sanitarias. Conclusión: La construcción de identidad de las enfermeras sanitarias emerge como eje transversal a lo largo de este período, y se le reconoce la urgencia que asumió en la intervención de las necesidades en salud y su compromiso ético por el resguardo del cuidado de las personas, familias y comunidades.

Palabras clave: Historia de la enfermería, enfermería en salud comunitaria, rol de la enfermera.

ABSTRACT

During the early twentieth century, Chile shows a social crisis that impacted on the health conditions of the vast majority of the population, and it is during this period that the first steps towards the professionalization of nursing are taken and the sanitary nurse training begins. Objective: Describe the care practices provided by health nurses in Chile that marked the transformation of the health conditions of the population. Method: From the life stories of the nurses who worked in the health services in Chile, before and during the decade of the 1970s, the identity of the health-care nurses trained in the 1920s was first characterized, and then the legacy of the socio-cultural care applied in the communities was interpreted. Results: The care was supported by a socio-cultural network and it is the health nurses who operationalized the health macro-policies. Conclusion: The construction of the identity of health nurses emerges as a transversal axis throughout this period, and they are recognized for the urgency with which they assumed the intervention of health needs and for their ethical commitment to safeguard the care of individuals, families and communities.

Key words: History of nursing, community health nursing, nurse's role.

Fecha recepción: 20/12/15 Fecha aceptación: 31/07/17

* Dra. en Enfermería. Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Email: elizabeth.nunez@usach.cl

** Enfermera-matrona. Magíster en Bioética. Escuela de Enfermería Universidad de La Serena. Email: ajana@userena.cl

INTRODUCCIÓN

Chile a principios del siglo XX poseía cifras de mortalidad infantil que marcaban tristemente un récord mundial; en 1906 y 1908 la mortalidad infantil era de 327 y 317 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente y en Santiago, la capital del país, esa cifra era superior, con 502 niños fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos (1). La muerte de los niños estaba relacionada con enfermedades infectocontagiosas y con las condiciones de pobreza que rodeaba a la mayoría de las personas que había decidido migrar del campo a la ciudad. En Santiago la escasez de servicios sanitarios, tales como alcantarillado, agua potable y las deficientes condiciones de la vivienda—conventillos y hacinamiento— (2), fueron los factores para la generación de epidemias y enfermedades transmisibles.

El incipiente auge industrial en las grandes ciudades colisionaba con las deficientes condiciones laborales de los trabajadores, en especial de las mujeres, que estaban mal nutridas, y que trabajaban en jornadas de 10 a 16 h al día, sin protección social ni durante su embarazo ni posterior al puerperio (3). En las salitreras, las cifras de enfermedades venéreas entre los trabajadores eran, al menos, del 60%. Asimismo, la peste blanca como era denominada la tuberculosis, afectaba aproximadamente al 85% de la población. El siguiente relato desnuda la realidad social y de salud de una familia trabajadora de la época: “Al caer el jefe de familia, cesa el salario, las prendas se venden, el hogar se destruye, el hambre y desesperación hacen presa de la mujer y de los hijos, siendo la sala común del hospital su única esperanza y la mendicidad o corrupción, el refugio obligado de su triste condición” (3).

La condición de precariedad socio-sanitaria de la población impulsó a un grupo de médicos a crear reformas que estuvieran sostenidas por el Estado chileno. Es así que du-

rante la Asamblea de Sociedades Médicas y de Pediatría, en septiembre de 1924, solicitan al gobierno una reorganización sanitaria nacional y municipal con políticas focalizadas en las necesidades más urgentes de la población. Una de las primeras ideas fue la creación de carreras con enfoque sanitario, una de ellas la enfermería sanitaria y/o también denominadas salubristas (3). Conviene subrayar que la aspiración más importante de esa gestión fue la creación de una institución que estuviera a cargo de la higiene, la asistencia pública y la previsión social.

El 14 de octubre de 1924, la autoridad de gobierno, que durante este período fue militar, escucha la iniciativa y crea por Decreto Supremo N° 44 el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (4). Sin embargo, en los meses de noviembre y diciembre del mismo año, una nueva junta militar detiene la formación del Ministerio (5). A pesar de la inestabilidad política exhibida en el país, la unión de médicos y políticos permitió que en años posteriores se creara una Secretaría de Salud dependiente del Estado.

Según lo anterior y por la necesidad de visibilizar el trabajo no contado por la historia de la salud chilena, este artículo tiene como objetivo describir las prácticas de cuidado otorgado por las enfermeras sanitarias que marcaron la transformación de las condiciones de salud de la población, siendo esta narración una historia de los cimientos de los cuidados de enfermería en la implementación de políticas salubristas del siglo XX en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Como el objeto de estudio es la identidad de las enfermeras chilenas, anterior a la década del 70, se optó por indagar a través del paradigma constructivista (6), el cual permitió la comprensión de múltiples voces sobre la

identidad de las enfermeras. El método para interpretar al objeto de estudio fue el histórico, por lo cual se utilizaron fuentes primarias y secundarias (7, 8).

Las fuentes primarias fueron los relatos de vida de enfermeras jubiladas, las cuales se buscaron a través de la institución más representativa de las enfermeras chilenas, el Colegio de Enfermeras de Chile AG. El grupo de estudio se constituyó de manera intencionada en un primer momento, pero desde la segunda entrevista se continuó con el método de bola de nieve. Las enfermeras entrevistadas debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: territorialidad, espacio de trabajo en enfermería y haber trabajado como mínimo un año antes de 1970. De este modo se logró un total de 7 participantes, sin embargo sólo se consideraron para el análisis 6 relatos de vida, ya que en la última entrevista se produjo la saturación de los datos. Esta investigación se inició una vez aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello.

Asimismo, el contexto historiográfico fue apoyado con fuentes secundarias (8), tales como la revista “Enfermería” del Colegio de Enfermeras de Chile (9-14) y sus boletines, el libro “Historia de la enfermería en Chile” (15) y artículos de revistas femeninas de los años 40 (16, 17). El proceso de análisis e interpretación de los datos se construyó con la realización de un análisis formal (18) y uno funcional (19), de cada relato, para luego escribir un relato único en torno a hechos, influencias, decisiones y contexto histórico antes de los años 70.

RESULTADOS

El relato de los resultados se organizó en el siguiente orden: la contextualización e identidad de las enfermeras sanitarias y luego los relatos que muestran el legado de la identidad de la enfermera sanitaria.

Contextualización e identidad de las enfermeras sanitarias

Durante la primera parte del siglo XX, Flores (15) destaca el aporte de la Fundación Rockefeller en tareas tales como establecer y organizar centros de salud. Estos centros se denominaron “Unidad Sanitaria”, que se establecieron en las grandes ciudades y en localidades rurales. Estas unidades sanitarias eran consideradas como el espacio para desarrollar estrategias de prevención de la salud y actividades de formación para profesionales de salud. Además la Fundación Rockefeller realizó apoyo económico para el desarrollo de las profesiones de la salud y una de estas profesiones fue Enfermería. Así, desde finales de los años 20, esta fundación focalizó su apoyo en la profesionalización de enfermeras a través de la obtención de maestrías y especialización en los Estados Unidos y Canadá.

Conviene subrayar que en 1906, en Chile, ya se había iniciado la profesionalización de las actividades de cuidado de las personas enfermas, con el otorgamiento del título universitario a la enfermera hospitalaria; pero es en el año 1926 cuando se inicia la idea de formar enfermeras sanitarias, también llamadas salubristas, quienes tendrían como elemento central en su formación la prevención y la promoción de la salud. Esta formación, centrada en educación para la salud y sanidad ambiental, permitiría mejorar en las comunidades las condiciones frente al hacinamiento, la falta de alcantarillado y agua potable y la alta mortalidad infantil. Esta nueva visión de la formación profesional era una propuesta generada por un médico higienista del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, llamado John Long, quien actuó como asesor técnico del incipiente Ministerio de Higiene de Chile (15).

Simultáneamente se organizaba el Ministerio de Higiene de la época, con la influencia norteamericana representada por la Fundación Rockefeller y el Ministerio de Higiene de los Estados Unidos, dando inicio

a un cambio, desde un enfoque curativo a un enfoque preventivo, en la formación de las enfermeras de nuestro país. Para ello en el año 1926 se contrató a una enfermera sanitaria de los Estados Unidos (20), Sara Adams Steward, quien en conjunto con las médicas Cora Mayers y Eleanira González iniciaron los planes de estudio y la organización de la Escuela de Enfermeras Sanitarias dependiente de la Dirección General de Sanidad (15). Cora Mayers fue la primera directora del Curso de Posgrado de Enfermeras Sanitarias, convirtiéndose en una precursora de la profesionalización de la enfermera (21). Mayers estaba convencida de que el escaso número de enfermeras en el país y su escasa valoración social impedían que su aporte fuera tomado con rigor en la medicina social de este período.

Ahora bien, durante la época, la persona que deseaba ser enfermera sanitaria debía cumplir con el requisito de Bachiller en Humanidades y además poseer el título de Enfermera Hospitalaria¹. El primer curso para formar enfermeras sanitarias se abrió en el año 1927 y postularon 80 enfermeras, de las cuales sólo 30 quedaron seleccionadas. El plan de estudios incluía las siguientes materias: anatomía y fisiología, bacteriología, terapéutica, psicología, instrucción cívica, higiene y alimentación, obstetricia, puericultura, enfermería y trabajo de enfermería sanitaria, siendo un año académico la duración de estos estudios. El déficit económico de la Universidad de Chile durante el siguiente año generó que la Escuela de Enfermería del Estado y la Escuela de Enfermeras Sanitarias (1) se fusionarán en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, en 1929.

Sofía Pincheira Oyarzún, enfermera, profesora de la Escuela de Enfermería del Estado, se formó como enfermera salubrista en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia y en la Universidad de Yale en la

década del 30 (22, 23) y poseía una clara influencia norteamericana en la educación de enfermería; por ello su sello lo trasladó a la formación de las enfermeras sanitarias chilenas. En sus escritos describe que las funciones de la enfermera sanitaria eran “investigar condiciones anti-higiénicas, enseñar al pueblo a vivir sano y limpio”, siendo el objetivo principal disminuir la tasa de mortalidad infantil mediante la educación de la madre, el mantenimiento de las condiciones higiénicas y de salud de los escolares, padres y profesoras (24). Además describe que al interior de los establecimientos educativos y en las comunidades, la función de la enfermera era la educación en accidentes, demostración sobre tratamientos en los hogares y la participación en campañas contra la tuberculosis, mediante la educación y supervisión del tratamiento de los pacientes en la comunidad.

Otra mirada de las enfermeras sanitarias la entrega Hackett, higienista y representante de la Fundación Rockefeller, quien destaca por el aporte en las orientaciones modernas de la salud que debía tener la enfermera: “Son amigas de la familia; las visitan regularmente y conocen a cada uno de sus miembros. Educaban a la joven madre; le enseñan los hábitos caseros de salud y aseo; sorprenden los primeros indicios de anormalidad y saben cómo obtener un diagnóstico oportuno y una atención rápida, por medio del Departamento de Salubridad. Están más que defendiendo, contraatacando los ejércitos de enfermedades. El enemigo ha perdido la iniciativa y ésta, está ahora en manos del frente nuestro” (15).

Como en Chile se genera un cambio en la conceptualización de los servicios sanitarios del país, que impulsa una formación salubrista en un grupo importante de profesionales de la salud, no es sorpresiva la creación de la Sociedad Chilena de Salubridad y Salud Pública, en 1946. Así, en las segundas Jornadas de Salubridad realizadas en 1952, se visualiza el grado de avance que habían alcanzado las enfermeras salubristas en las unidades sanitarias implementadas, cuan-

¹ Donoso M. Escritos sobre Historia de la Enfermería en Chile. Escritos inéditos. s.f.

do las enfermeras sanitarias Godoy, Ortiz y Fardella, describen el trabajo realizado en la primera unidad sanitaria del país, ubicada en la comuna de Quinta Normal (25). Durante su exposición demuestran que el trabajo de enfermería se desarrolla en tres fases: la primera, denominada “la adquisición de técnicas”, suponía mayor dedicación a las técnicas y procedimientos realizados a cada familia, con menor cobertura a la población; en la segunda fase, denominada “de revisión y definición de objetivos”, observaron que cada enfermera, de acuerdo a las estadísticas, debía focalizar su trabajo en las necesidades más prevalentes de la población, tales como: alcanzar una cobertura del 40% en el control de las embarazadas, un 50% en el control de los recién nacidos, realizar una visita al mes a una persona con tuberculosis medianamente avanzada y cumplir una cobertura del 40% en la vacunación de niños entre 4 y 6 años; la última fase, “participación de la comunidad”, buscaba empoderar a los líderes de las comunidades con conocimientos de salud que permitieran apoyar las estrategias sanitarias.

Diecinueve años después se demostraría cómo el aumento de la cobertura de actividades tales como los controles de salud y la educación en salud, realizado por las enfermeras, permitieron, en conjunto con otros actores y factores medioambientales, incidir directamente en el descenso de la mortalidad infantil del país (26). La mantención de estas estrategias favoreció que en 1920 la tasa de mortalidad infantil haya disminuido a 306 por cada mil nacidos vivos (27), en 1939 fuera de 200,9 y en 1968 de 86,6 por cada 1.000 nacidos vivos (26).

Cincuenta años más tarde del inicio de la formación del personal de salud con abordaje socio-sanitario, se observaba que la tasa de mortalidad infantil había descendido entre 1970 y 1973 de 79,3 a 65 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente, siendo el factor principal, responsable de la disminución de este indicador, la actividad sanitaria de masas, que permitió inmunizar a niños y niñas

de aquellas enfermedades inmuno-prevenibles que se encontraban presentes en los hogares chilenos de comienzos del siglo XX y que estaban concentradas en las primeras unidades sanitarias que se instalaron en el país en los años 20 (28).

Relatos y legado de las enfermeras sanitarias

El ejercicio profesional de las enfermeras sanitarias fuera de la institución hospitalaria responde a las necesidades socio-sanitarias de la población del inicio del siglo XX, por ello realizan sus prácticas de cuidado en el domicilio de las personas sanas o enfermas. El quehacer de la enfermera se vinculó con el control de salud, educación para la salud, inmunizaciones, entrega de alimentación y tratamientos. Paradójicamente, aunque el lugar de trabajo de las enfermeras fuese en los hogares de las personas, ellas se sentían formando parte de una organización de salud, porque a pesar que las políticas sanitarias las des-localizaba de su espacio habitual, ellas comprendían que el contexto social de urgencia y el cumplimiento de políticas públicas de disminución de la mortalidad infantil era un deber de las instituciones de salud:

...era el rol fundamental de madre e hijo dado las características, el amor filial peri-neonatal y de la desnutrición de los niños (Relato de Vida, Enfermera B).

Las enfermeras entrevistadas realizaron su ejercicio profesional desde los años 50, es decir, casi 25 años posteriores a la creación de las enfermeras sanitarias. Sin embargo, una de las características que emerge al realizar el ejercicio asincrónico de reflexionar sobre su identidad, es que las entrevistadas evocan y resignifican la práctica del cuidado en la comunidad o salubrista. Se comprende resignificar la práctica del cuidado comunitario, como el recuerdo de sus prácticas pero con la comprensión e interpretación de significa-

do del presente. Es así que desde sus relatos emerge con absoluta claridad el legado cultural de las enfermeras sanitarias en su desarrollo profesional.

En los relatos se visualizan, por ejemplo, los recuerdos de estudiante, donde el actor relevante era su profesora de práctica en la comunidad. La profesora era quien a través de la demostración de técnicas de ingreso a los hogares, técnicas de higiene y de empatía con las personas, enseñaba a crear el mejor ambiente para el cuidado de las personas. Asimismo, se aprecia cómo el legado de la enfermeras sanitarias fue replicado en las siguientes generaciones, con la impronta de enfermeras con sello social:

ella me enseñó cómo llegar a las casas, de cómo hacerle el quite a los perros... nunca hacer tal cosa y preparar un lugar limpio, aséptico para poner el maletín, para enseñar a lavarse las manos, porque no había agua potable en la mayoría de las casas... todas esas cosas de ese período. Yo creo que a las enfermeras de esa época nos marca esa huella (Relato de Vida, Enfermera B).

Según las fuentes secundarias existía un déficit de enfermeras. Entre 1910 y 1960 se titularon 781 enfermeras (29), que eran significativamente insuficientes para los requerimientos de la población. Una revista femenina de la época explicita el déficit, constatando que el total de enfermeras hospitalarias graduadas eran 1.217 y se necesitaban 10.000. En cuanto a las enfermeras sanitarias, existían 271 graduadas y se necesitaban 1.000 (16). Sin embargo, a pesar de estar en un espacio de alta demanda de trabajo, las enfermeras en sus relatos no se quejan. Es posible interpretar que esta forma de hacer la enfermería era lo común, las prácticas de cuidado debían ser con sacrificio y abnegación porque las condiciones de las personas que cuidaban eran de mayor riesgo que las de ellas. Efectivamente una frase marca este periodo de tiempo —la emergencia de la so-

brevivencia de las personas—:

era impresionante, uno aprendía muchas cosas y uno se daba cuenta que enseñaba muchas cosas para sobrevivir, no digo vivir bien sino sobrevivir (Relato de Vida, Enfermera B).

A diferencia de lo ocurrido en las prácticas de cuidado del enfermo al interior de un hospital, el cuidado en las unidades sanitarias representaba otra forma de cuidado que estaba vinculado a la promoción y prevención de enfermedades. Esta lógica de práctica de cuidado se realizaba en los hogares de las personas. En estos espacios, las enfermeras se enfrentaban a diferentes retos como el respeto, credibilidad y diálogo con las personas y comunidades:

En mi sector me conocían los carreteros, los carretoneros, me decían: señorita Monasterio la llevamos, adónde va?, —ya por favor— y subía con mi maletín. Así era... (Relato de vida, Enfermera F).

La promoción y prevención de la salud cambia la lógica de las prácticas de cuidado, desde un cuidado cautivo por el ambiente hospitalario y jerárquico hacia un cuidado en los espacios donde habitan las personas y sus familias, por ende, se observa cómo las enfermeras, en espacios de enormes carencias de servicios básicos, de educación y alimentación, debían crear formas de comunicación horizontal y creativa con las personas:

la gente nos recibía bastante bien. Incluso me acuerdo, cuando trabajaba en el consultorio, hacían turnos los días sábado, 12 horas y 12 horas el domingo. Entonces en esas oportunidades había gente que iba a conversar con nosotros, sobre sus problemas (Relato de Vida, Enfermera E).

Las enfermeras debían comprender las creencias y cultura de las personas para poder realizar su acción sanitaria. Esta acción

era fundamental para poder empatizar con las personas en el hogar y obtener su confianza. La cultura de las personas, en algunos casos, provocaba riesgo para la salud de la familia. Por ello era de vital importancia la visualización del entorno familiar, no sólo físico, sino de las relaciones de los integrantes de la familia para poder elaborar una estrategia de educación propia a ese grupo familiar:

y tú encontrabas a la mujer amarrada de cabeza, al marido amarrado de cabeza, la mujer en la cama y 40 días sin lavarse por el temor al puerperio (Relato de Vida, Enfermera F).

Cabe señalar que dentro del enfrentamiento de la enfermera con la cultura de las personas que atiende, existen diferencias en cómo vivenciar estas experiencias, por un lado algunas de ellas sienten que su formación no las preparaba para enfrentar situaciones extremas de vida como el abuso sexual en la mujeres, sintiéndose que no tenían las suficientes herramientas durante sus primeros años, sin embargo luego reconoce que mientras realizaba su recorrido biográfico podía finalmente realizar una intervención de salud:

me contaban ... que los maridos no solamente les pegaban a las mujeres sino que sufrían abuso sexual por parte del marido...terrible!, porque yo nunca había escuchado esa parte. En ese tiempo no se hablaba de eso. La enfermería no hablaba de esas cosas. Era delicado, hasta que uno fue madurando (Relato de Vida, Enfermera D).

En otro relato emerge que la enfermera, al enfrentarse a esta multiplicidad de vivencias, como el alcoholismo, el abuso sexual hacia la mujer y la cultura de las familias, comprendía que el cuidado al interior de las comunidades poseía una acción social, que no estaba sólo determinado por el cumplimiento de un control de salud, sino también por una acción que impactaba en la forma social y cul-

tural de ese grupo familiar. Tal acercamiento le permitía a la enfermera realizar educación en salud, impactando de forma directa al binomio madre-hijo, que por ese entonces y durante casi todo el siglo XX era el foco central de las políticas de salud de Chile:

Siempre ha habido necesidades sociales ves tú, la gente de la comunidad es muy amable, muy gentiles, muy honesta. Te dice las cosas, te dice si el marido es borracho, si le pega, te cuentan si los cabros se les arrancan, de todo, si están con trabajo, sin trabajo. Teníamos no solamente la atención de enfermería, teníamos ese tremendo volumen de criterios, de juicios,...creencias. Tenías que luchar con la gente que para el orzuelo se ponía tela de araña. Al ombligo del recién nacido tenías que evitar que le pusieran tela de araña, les ponían mil cosas y nosotros les enseñábamos a limpiar el ombligo, dejarle la gasita ahí. La gente forraba a los chiquillos pero con veinte mil cosas. En esos años se usaban pañales de telas, de estos pañales gruesos que eran como frazaditas, después la bolsa donde se metía al niño, la faja del ombligo eran tejidos, los pajariños eran momias, aprender a soltar a los niños, convencer a la madre. Entonces la tarea principal nuestra era educar, educar, educar. Durante el embarazo, —señora no tome malta con huevo porque la malta tiene alcohol y el huevo no le va a aumentar la leche así es que deje la malta con huevo—. La alimentación de la embarazada, el cuidado de los niños, de los escolares, los adolescentes (Relato de Vida, Enfermera F).

El rol de la enfermera en la comunidad también se caracterizaba nuevamente por la capacidad de planificar a partir de las necesidades humanas y ejercer como administradora dentro del equipo de salud. Se observa cómo su rol es de articulación, ya que primero prepara el espacio para el encuentro con las familias, obtiene insumos y medios para acudir a la comunidad y planificar su cuidado, para luego relacionarse con el resto del equipo, con el propósito de asistir a las personas a través de actividades de promoción de

la salud y prevención de enfermedades:

...es distinto en la práctica porque ahí tu planificabas según las necesidades (Relato de Vida, Enfermera D).

...porque los equipos se armaban y no se podía hacer nada si no estaba la enfermera, no porque iba a dar la cátedra sino porque claramente era parte de absolutamente de todo, de la planificación, de la administración y de los conocimientos y de la educación, y aunque habían educadores sanitarios era súper importante como nos dividíamos los temas, porque la educación sanitaria, o sea los educadores sanitarios estaban ligados a los temas de las comunidades, nosotros teníamos además la educación sanitaria de las personas y de las familias, relacionadas con la salud (Relato de Vida, Enfermera B).

La enfermera en la comunidad encuentra una metodología de cuidado que estaba guiada por las necesidades de las comunidades, las cuales estaban centradas en prevenir las enfermedades infectocontagiosas del grupo más vulnerable, los niños, y su objetivo central era el cuidado del binomio madre-hijo, para luego apoyar al resto de la familia y comunidad. En esta lógica la enfermera entra en la intimidad del grupo familiar donde su objetivo principal era la educación en la higiene del niño y del hogar, su alimentación, la importancia de la inmunización y el cuidado de la madre.

En los relatos se muestra cómo las enfermeras asumían el compromiso de operacionalizar las políticas públicas de salud del Estado chileno, tales como las campañas de inmunizaciones y la promoción de la salud en todos los espacios del país. De algún modo se observa aquí la semblanza que expone Illanes (1) sobre cómo el trabajo de la mujer profesional pone en acción la política del Estado benefactor:

la visita tenía que durar media hora, pero nos daban ¾ de hora y controlado el rendimien-

to. Las campañas de vacunación, las primeras campañas de BCG contra la TBC, la campaña antivariólica y todas las campañas las teníamos que hacer nosotros y por toda la región. Como fuera, a caballo, a pie, por la playa, cruzando montañas, como fuera teníamos que hacerla igual (Relato de Vida, Enfermera F).

Nosotros trabajábamos en las campañas de desnutrición y deshidratación en el verano con los equipos enseñando a hacer letrinas sanitarias (Relato de Vida, Enfermera B).

Otro de los escenarios de atención en la comunidad, en el cual las enfermeras poseían una acción primordial, era la visita del control de las personas que tenían tuberculosis. El objetivo del control de salud en domicilio era supervisar que el enfermo tomará la medicación, comprendiera que debía alimentarse, por ello se le entrega, además, una manutención en dinero:

...para el control de tuberculosos nos daban 200 pesos, para comprar y darles leche, les llevábamos queso, les llevábamos dinero, aparte del maletín sanitario, llevaba la bolsa de las compras y atravesar un potrero, porque si era en un fundo, por ejemplo, tenía que llegar a la casa donde estaba el enfermo y atravesar un potrero entero (Relato de Vida, Enfermera F).

Se puede observar que la práctica del cuidado de la enfermera sanitaria se desarrolló de acuerdo al contexto cultural y sanitario que enfrentaba y que existía un hilo conductor de esta enfermera: la práctica de cuidar en la comunidad se vinculaba con su compromiso social, cultural y humano con las personas. Desde la recreación de sus prácticas de intervención, es posible visualizar que su eje de identificación se encuentra en el cuidado de las personas que viven en extrema pobreza, por ello sus prácticas se caracterizan por estar unida a valores como el altruismo y la abnegación.

En el ejercicio de la praxis lo importante

era la intervención de cuidados en salud en espacios de carencias socio-sanitarias y este fenómeno, observado por las enfermeras, implicaba necesariamente una retrospectiva biográfica con su identidad personal para comprender de mejor manera las circunstancias de vida que experimentaban las personas que atendían. Algunas veces sentían que sus recursos profesionales no eran suficientes, sin embargo, a través de un recorrido por la realidad social en la que estaban inmersas, descubrían que sus propias trayectorias biográficas eran los recursos que necesitaban.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Sin duda, en los relatos de las enfermeras salubristas encontramos historias de vida que han tenido impacto en el ámbito sanitario, en la memoria y en el sello profesional, transmitido generación tras generación, hoy representando por el ejercicio de la enfermera de la comunidad. Esta particular visión nos habla de la emoción de alguien que recuerda el significado que tiene el trabajo realizado en términos de entrega, cuidado, preocupación y compromiso social.

Es evidente que la profesión de enfermería, particularmente en esa etapa del siglo, de grandes cambios sociales, involucraba el resguardo de aspectos éticos y un gran compromiso social (30), ya que el imperativo era el colectivo y el mandato era mejorar la situación de una población que vivía bajo condiciones de pobreza, que impedía realizar un proyecto de vida armónico y satisfactorio, que hoy lo entendemos como sinónimo de salud.

Es claramente visible que las carencias sociales de la época repercuten en la responsabilidad del profesional que ejercía en las comunidades y sin duda ese compromiso hizo posible el desarrollo sanitario que hoy exhibimos como país y que nos distingue en nuestra carenciada América Latina.

Cabe reflexionar sobre lo que hemos ganado y lo que hemos perdido. La enfermería actual transita por un mundo técnico y protocolar: hay protocolos de atención, instrumentos que deben ser validados, metas en la atención sanitaria, gestión eficiente, una serie de normas para todo, un tiempo determinado y una forma estándar para la atención del niño, del paciente crónico y del adolescente, etc. La técnica ha reemplazado al arte, la rapidez a la sonrisa y la norma a la creatividad para resolver una situación (31). Curioso es que esta misma historia, revelada a través de la subjetividad, se contrapone a la objetividad que ahora pretendemos mantener en los relatos de enfermería, manifestada en el registro de, por ejemplo, cuántos pacientes atendidos o cuántas visitas realizadas, etc. Cabe recordar a Hans Jonas (32) que pone énfasis en que la medicina debe ser un arte, pues solo en el arte y no en la técnica podemos realizar el encuentro humano que le da significado al curar y al cuidar. Esto también es válido para enfermería, más aún cuando somos, incluso por decreto, la profesión del cuidado por excelencia.

Por otra parte, nos muestra cómo la autonomía ha reemplazado al paternalismo y al maternalismo, que eran tan comunes en esa época, sintiendo y asumiendo que la solución, en gran medida o en absoluto, dependía del profesional (33).

Los tiempos han cambiado, nuestra población está más informada, más demandante y más “empoderada” que en la mitad del siglo XX, pero no menos necesitada, y eso solemos olvidarlo. La historia permite reflexionar “sobre lo que fue”, pero principalmente sobre lo que somos, y preguntarnos si esto que somos hoy es lo que se necesita... ¿podremos hablar con esa satisfacción cuando todo haya pasado y podamos solo recordar?, ¿el positivismo y la evidencia nos dará la misma satisfacción que el haber cuidado o contenido a alguien que le puso nuestro nombre a uno de sus hijos?, ¿la estadística nos recordará la sonrisa de un anciano cuando tomábamos una taza

de té con él en una visita?

Definitivamente la formación de enfermeras con un enfoque sanitario marcó un sello de identidad propio al interior de la enfermería profesional que recién se profesionalizaba en los años 20.

El ejercicio de traer al presente el recuerdo de la urgencia socio-sanitaria chilena, desde un enfoque de la praxis del cuidado, permite concluir que las acciones de las enfermeras sanitarias contribuyeron a la implementación de las macropolíticas de salud que han permitido, en menos de un siglo, girar el contexto socio-sanitario de Chile.

Claramente la construcción de identidad de las enfermeras, que emerge como eje transversal a lo largo de este período, es el reconocimiento de la urgencia en la intervención de las necesidades en salud de las personas, porque las condiciones de vida eran precarias y por ello sus prácticas de cuidado se vuelcan hacia la educación de las necesidades básicas como la alimentación, la vivienda, la higiene, el control de vectores, la protección de la madre y del niño, especialmente el recién nacido.

La protección social era el eje central de motivación que resuena en todas las trayectorias de vida de las enfermeras y los giros de la profesión estaban relacionados con la realidad de las carencias sociales y del perfil epidemiológico de la población. Esta realidad, que pertenecía a la gran mayoría de la población, fue intervenida de manera sistemática y progresiva por el Estado chileno, con un sentido de urgencia, que se tradujo en la implementación de políticas públicas. Tales políticas necesitaban de actores que la ejecutaran con el sello de otorgar bienestar, cercanía y empatía con las personas. Dichas cualidades eran coincidentes con la imagen cultural femenina de la época y la formación de enfermeras sanitarias.

En esa época y hasta hoy, la identidad de las enfermeras no sólo está influenciada por su contexto, sino también por las autodefiniciones como actores que interpretan, desde

su historia de vida, desde su proyección de futuro y desde el contexto de acción donde se encuentran. La construcción de la identidad de cada enfermera es única, singular y está tamizada por los nuevos aprendizajes que cada período de tiempo le otorgará a su historia de vida.

REFERENCIAS

1. Illanes MA. *Cuerpo y Sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales Chile, 1887-1940*. Santiago: Ediciones LOM; 2007. 498 p.
2. Garcés M. *Crisis social y motines populares en el 1900*. Santiago: Ediciones LOM; 2003. 258 p.
3. Illanes M. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...): *Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX*. Santiago: Colectivo de Atención Primaria; 1993. 514 p.
4. Biblioteca Ministerio de Salud "Dr. Bogoslav Juridic Turina". Alejandro del Río Soto-Aguilar [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011 [citado 13 sept 2015]. 3 p. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Biografia-Dr-Alejandro-del-Rio-Soto-Aguilar.pdf>
5. Instituto de Salud Pública. *Reseña Histórica* [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2015 [citado 13 sept 2015]. 3 p. Disponible en: http://www.ispch.cl/quienes_somos/resena_historica
6. Denzin N, Lincoln Y. *The Landscape of Qualitative Research*. 3ra ed. California: SAGE; 2008. 620 p.
7. Mages KC, Fairman JA. *Working with Primary Sources: an overview*. En Lewenson S, Krohn E, editores. *Capturing Nursing History. A guide to historical methods in research*. New York: Springer Publishing Company; 2008: p. 129-148.

8. Garcés M. Recreando el pasado: Guía metodológica para la memoria y la historia local [Internet]. Santiago, Chile: ECO, Educación y Comunicaciones; 2002 [citado 13 sept 2015]. p. 31. Disponible en: http://www.ongeco.cl/wp-content/uploads/2015/04/Guia_metodologica_Recreando_el_pasado.pdf
9. Colegio de Enfermeras de Chile. Escuela de Enfermería del SNS. Revista del Colegio de Enfermeras de Chile Enfermería. 1965; 1(5): 9.
10. Flores R. Enfermería. Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Revista del Colegio de Enfermeras de Chile Enfermería. 1965; 1(5): 2-5.
11. Flores R. Escasez de Enfermeras, un desafío para la educación y los servicios de salud. Revista del Colegio de Enfermeras de Chile Enfermería. 1966; 10(1): 17-20.
12. Pincheira S. Educación de Enfermería. Revista del Colegio de Enfermeras de Chile Enfermería. 1965; 1(5): 21-23.
13. Pincheira S. Es hora de reconocer. Revista del Colegio de Enfermeras de Chile Enfermería. 1978; 55(1): 3.
14. Sistema de Unidad Operativa. Revista del Colegio de Enfermeras de Chile Enfermería. 1978; 58(1): 3.
15. Flores R. Historia de la enfermería en Chile. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 1965. 157 p.
16. Profesiones Femeninas. La Enfermera. Eva 1948 [Internet]. Santiago, Chile: Memoria Chilena. Biblioteca Nacional de Chile; [citado 10 sept 2015]; [2 p.]. Disponible en: http://www.memoriachilena.cl//temas/documento_detalle.asp?id=MC0023735
17. Nuevas profesiones para la mujer: la enfermera. Eva 1948 [Internet]. Santiago, Chile: Memoria Chilena. Biblioteca Nacional de Chile [citado 10 sept 2015]; [1 p.]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75819.html>
18. Gibbs G. Analyzing Qualitative Data. 2da ed. London: SAGE; 2009. 176 p.
19. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Zimmerman E, trad. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2003. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003. 245 p.
20. Adams S. A School for Nurses in Chile. Am J Nurs. 1927; 27(12): 1029-1030.
21. Zárate M. Al Cuidado femenino. Mujeres y profesión sanitarias 1889-1950. En: Stiven M, Fermandois J, editores. Historia de las Mujeres en Chile. Tomo II. Santiago, Chile: Ediciones Taurus; 2013. p. 1616-2128.
22. Yale University. School of Nursing: Distinguished Alumnae/i Award [Internet]. New Haven: Yale University; 1990 [citado 15 dic 2015]. Disponible en <http://nursing.yale.edu/distinguished-alumnaei-award>
23. Yale University. School of Nursing Alumnae News 1933 [Internet]. New Haven: Yale University; 1993 [citado 16 sept 2015]. Disponible en http://elischolar.library.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=ysn_alumninews
24. Pincheira S. La profesión de enfermera y su desarrollo en Norte América. Revista de Asistencia Social. 1933; Tomo II (2) [Internet]. Santiago, Chile: Memoria Chilena. Biblioteca Nacional de Chile; [citado 30 ago 2015]; [20 p.]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-65960.html>
25. Sociedad chilena de Salubridad y Medicina Pública Actas de Salud Pública. Actas de las Primeras Jornadas de Salubridad 1952 [Internet]. Santiago, Chile: Memoria Chilena. Biblioteca Nacional de Chile; [citado 10 oct 2015]; [10 p.]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-65965.html>
26. Acuña A, Burton S, Campos E, Donoso C, Espinoza A, Fardella N, et al. Exposición del Colegio de Enfermeras sobre la Atención de Enfermería del Recién Nacido

- ante el Consejo Técnico del SNS en mayo 1970. *Revista del Colegio de Enfermeras Enfermería*. 1971; 27(1), 24-45.
27. Instituto Nacional de Estadística (INE): Censo de población de la República de Chile, levantado el 15 de diciembre 1920 [Internet]. Santiago: INE; 1920. [citado 10 oct 2015]; [10 p.]. Disponible en http://www.ine.cl/docs/default-source/censos/censo_1920.pdf?sfvrsn=4
28. Massardo J, Monasterio H, Molina C, Urriola R. Historia de la protección social de la salud en Chile. Santiago: LOM Ediciones; 2009. 100 p.
29. Salazar G, Pinto J. Historia Contemporánea de Chile. Tomo IV. Hombría y Femenidad. Santiago: LOM Ediciones; 2002. 167 p.
30. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Valores de la enfermería como práctica social: una meta síntesis cualitativa. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(3): 695-703.
31. Watson J. *Caring science as sacred science*. Colorado: USA Edited by Davis Company; 2005. 300 p.
32. Hans J. Técnica, Medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad. Barcelona: Editorial Paidós; 1997. 208 p.
33. Gracia D. *Como arqueros al blanco*. Bogotá: Ediciones el Búho; 2004. 491 p.