

## Profesionalización de Enfermería Rural, circulación de saberes y políticas estatales de salud en La Araucanía-Chile, años 1970-1990

Rural Nursing professionalization, knowledge circulation and state health policies in the Araucania region-Chile, 1970-1990

Profissionalização da Enfermagem Rural, circulação do conhecimento e políticas estaduais de saúde em La Araucanía-Chile, 1970-1990

Fabiola Sandoval Arias <sup>1</sup>, Edith Rivas Riveros <sup>2</sup>, Yaqueline Catalán Melinao <sup>3</sup>, Paulina Paineicura Rayman <sup>4</sup>, Carolina Urra Valenzuela <sup>5</sup>

<sup>1</sup>Enfermera, Servicio de Salud de Osorno, Región de Los Lagos; Chile. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5507-9786>; Correo electrónico: f.sandoval09@ufromail.cl

<sup>2</sup>Doctora en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de La Frontera; Temuco, Región de La Araucanía; Chile. <http://orcid.org/0000-0002-9832-4534>. Correo electrónico: edith.rivas@ufrontera.cl

<sup>3</sup>Enfermera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena; Temuco, Región de La Araucanía; Chile. <http://orcid.org/0000-0001-6179-0323>; Correo electrónico: y.catalan01@ufromail.cl

<sup>4</sup>Enfermera, Hospital Arturo Hillerns Larrañaga de Puerto Saavedra, Región de La Araucanía, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1410-2302>. Correo electrónico: p.paineicura@gmail.com

<sup>5</sup>Enfermera, Departamento de Salud Municipal Pitrufquén, Región de La Araucanía, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5076-5413>. Correo electrónico: caro.urrav@gmail.com

Correspondencia: Edith Rivas Riveros Correo postal: casilla 54-D La Araucanía, Chile

Correo electrónico de contacto: f.sandoval09@ufromail.cl

Para citar artículo: Sandoval Arias, F., Rivas Riveros, E., Catalán Melinao, Y., Paineicura Rayman, P., & Urra Valenzuela, C. (2021). Profesionalización de Enfermería Rural, circulación de saberes y políticas estatales de salud en La Araucanía-Chile, años 1970-1990. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.08>

Recibido:22/11/2020 Aceptado: 09/02/2021



### RESUMEN

Con el objetivo de develar la profesionalización de la enfermería rural, sus saberes y las políticas de salud en la Región de La Araucanía-Chile, años 1970-1990, se realiza una investigación histórica, descriptiva. Se trabaja historia oral, incluyendo 8 enfermeras y un enfermero. Los datos se analizan por codificación en base a criterio temático. Se trabaja rigor con triangulación por investigador y criterios de Guba y Lincoln. Se respetan los principios éticos de

Ezekiel Emanuel. Como resultado surgen las metacategorías: Ejercicio profesional de enfermería rural marcado por necesidades sociales, Dualidad del ejercicio profesional, Formación de auxiliares rurales-capacitación, Liderazgo en programas de salud y Transformación de las condiciones de vida personal. Se concluye que los enfermeros desempeñaron su rol del cuidado de la salud, con abnegación y sacrificio, con destacada vocación en base a las necesidades enfrentadas, debiendo adaptarse a la ruralidad, viviendo realidades complejas en un entorno de pobreza y vulnerabilidad social, desarrollándose personal y profesionalmente.

**Palabras clave:** Historia de la enfermería; enfermería rural; salud rural; servicios de salud rural.

## ABSTRACT

Aiming to reveal the rural nursing professionalization, knowledge circulation and state health policies in the Araucania region in Chile, from 1970 to 1990, a historical, descriptive investigation is carried out. Oral history is worked, including 9 nurses through snowball sampling. The data are analysed by coding based on thematic criteria. Rigor is worked by researcher triangulation and Guba and Lincoln criteria. Ezekiel Emanuel's ethical principles are respected. As a result, the following metacategories emerge: Professional rural nursing practice marked by social needs, Professional practice duality, Rural assistants training, Health programs leadership and Personal living conditions transformation. It is concluded that nurses performed their role as health care managers with abnegation and prominent vocation based on the needs they faced, adapting themselves to rurality, living complex realities in an environment of poverty and social vulnerability, thus, developing personally and professionally.

**Keywords:** History of nursing; rural nursing; rural health; rural health services.

## RESUMO

Com o objetivo de desvelar a profissionalização da enfermagem rural, seus conhecimentos e políticas de saúde na região de La Araucanía-Chile, 1970-1990, é realizada uma investigação histórica, descritiva. A história oral é trabalhada, incluindo 8 enfermeiros e um enfermeiro. Os dados são analisados por codificação com base em critérios temáticos. Trabalhamos rigorosamente com a triangulação pelo pesquisador e pelos critérios de Guba e Lincoln. Os princípios éticos de Ezequiel Emanuel são respeitados. Como resultado, emergem as metacategorias: Prática profissional de enfermagem rural marcada por necessidades sociais, Dualidade de prática profissional, Capacitação de auxiliares rurais, Liderança em programas de saúde e Transformação das condições de vida pessoal. Conclui-se que os enfermeiros desempenharam seu papel na atenção à saúde, com auto-sacrifício e sacrifício, com uma vocação destacada com base nas necessidades enfrentadas, tendo que se adaptar à ruralidade, vivendo realidades complexas em um ambiente de pobreza e vulnerabilidade social, desenvolvendo pessoal e profissionalmente

**Palavras-chave:** História da enfermagem; enfermagem rural; saúde rural; serviços de saúde rurais. DeCS.

## INTRODUCCIÓN

En latinoamericana la profesionalización de la Enfermería Rural y las políticas sanitarias estatales no fueron muy diferentes. En Colombia, en el año 1960, la salud experimentó un gran progreso, la atención hospitalaria se hizo más eficiente con la participación de enfermeras universitarias; licenciadas y auxiliares de enfermería; el hospital se tecnificó mediante la mejoría de la dotación de recursos y la estandarización de procedimientos. El programa rural de los servicios de salud se extendió, con la puesta en marcha del Programa de Promotores Rurales de Salud, en las funciones de Inmunización, Saneamiento, Educación para la Salud y Medicina Simplificada en el Área Materno-Infantil, (Salud pública Colombia, 1950). En Brasil, se trabajó en el control de las infecciones, orígenes de muchas infecciones. La salud pública respondió a brotes epidémicos rurales, con campañas verticales de tinte autoritario junto a la provisión de vacunas.

De esta forma, las políticas sanitarias latinoamericanas en de la segunda mitad del siglo XX, sirvieron para iluminar el quehacer sanitario; en especial el legado de la cultura de la sobrevivencia en las perspectivas sobre cómo pensar y trabajar en salud pública (Cueto, 2015).

En Chile, la institucionalización de la atención en la salud rural, se inicia aproximadamente en 1934, tiempo en el cual el contexto sanitario y socioeconómico del país era muy precario, con múltiples problemas de esta índole (Maldonado, 1934), por lo que en 1952 recibe un fuerte apoyo estructural, con el origen del Servicio Nacional de Salud (SNS), institución estatal responsable de la atención médica (Servicio Nacional de Salud [SNS], 1967). Época en que los hospitales rurales eran exiguos y deteriorados, con deficiente distribución del personal técnico-profesional, reducido equipamiento clínico e insuficiente disponibilidad de ambulancias (SNS, 1967; Valenzuela, 1956). Por ello se contratan médicos jóvenes, destinados a pequeños pueblos (Juricic y Cantuarias, 1975) y se inicia la formación de auxiliares de enfermería (Jiménez, 1981). Este programa comenzó en 1958 y constaba en sus inicios con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Ministerio de Salud [MINSAL], 1978), estando la formación y adiestramiento a cargo de enfermeras (Jiménez, 1981).

Los hospitales rurales, los consultorios y las postas integraban un sistema regionalizado de atención bajo la supervisión de un Hospital Base de Área desde 1959 (SNS, 1959). Hacia 1971, se contaba con 972 establecimientos de salud rural (88 hospitales, 44 consultorios y 840 postas), evidenciando un incremento de 121.9% (Juricic y Cantuarias, 1975). En este sistema las Postas de Salud Rural (PSR) eran centros de menor complejidad, con mediana o baja concentración de

población, estaban a cargo de un auxiliar rural, y eran visitados por profesionales en forma periódica (López, 2018; MINSAL, 2011).

En 1973, las condiciones del SNS cambian abruptamente tras instaurarse una dictadura militar, (Mönckeberg, 2014), pero se mantuvo su estructura hasta 1979, bajo una severa restricción financiera (Gattini, 2017). En 1979 el SNS es reemplazado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (Ley 2763, 1979), y luego se traspa la Dirección de los Centros de Atención Primaria hacia los municipios (Goic, 2015; Ministerio del Interior, 1979).

La población rural en Chile era de un 24.9%, en 1970, en 1982 descendió a un 17.8% y en 1990 era 16.5%. Las comunas de estudio pertenecen a la Región de La Araucanía, la cual concentraba el 50.3% de población rural para 1970 y 38.7% para 1990, con predominio en las comunas de Puerto Saavedra, Lonquimay, Freire, Curarrehue y Galvarino (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 1970; INE, 1983; INE, 1990).

Los habitantes rurales presentaban una tasa de analfabetismo de 33.6% (1967), 7.1% de agua potable y 7.3% de alcantarillado (1964) (Hevia, 1985). Frente a estos indicadores, el SNS desarrolla servicios mínimos de agua potable y letrinas sanitarias en poblados. Localmente, la zona de estudio registra en 1990 una pobreza rural de 45.4 %, mientras que a nivel nacional era de un 38.8%. En tanto, hacia 1990, el predominio de la desnutrición en menores de 6 años era de 7.4%, frente a un 4.7% nacional (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1990), situación agravada por la presencia de enfermedades infectocontagiosas, parasitarias, y respiratorias. (INE,

1990). Ante este escenario, se enfatizó la educación comunitaria; promoción de alimentación-nutrición; abastecimiento de agua potable-saneamiento básico; asistencia materno infantil; inmunizaciones; prevención de enfermedades endémicas; vigilancia epidemiológica y tratamiento de enfermedades (Hevia, 1985; Jiménez, 1981). Actividades que se realizaban en las (PSR) y Estaciones de Salud Rural (EMR). El personal de salud en PSR estaba compuesto por médicos, matronas, enfermeras sanitarias y practicantes de auxiliar sanitario (López, 2018).

Las comunas de estudio eran agrícola-ganadera (Asociación Médica Mundial, 1965), con gran población mapuche. Hacia 1984, el 94% de las reducciones indígenas mapuche se encontraban en la zona. Alrededor de un 50% de esta población era analfabeta y su principal actividad económica era la agricultura de subsistencia, con variaciones geográficas (Oyarce, Romaggi y Vidal, 1989).

Historiográficamente, en Chile, los procesos de profesionalización sanitaria, son visibilizados a través aportes de historiadores y personal sanitario, generando una producción considerable y valiosa como lo prueban los catastros de Ábalos del Pedregal, Anzoategui y Costa Casaretto, publicados en 1961 al alero del Centro Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile (CIHM), y la recopilación de Carrillo y Figueroa de 1994. (Zarate MS, Del Campo A, 2014).

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Investigación histórica, que cursa, interpreta y transmite el sentido social y cultural del pasado, a través de fuentes históricas (Aróstegui, 1995; Mora, 2012). La fuente primaria fue la historia oral, con testimonios presenciales de las enfermeras/o que se desempeñaron en PSR y EMR en las comunas de estudio. Los datos se obtuvieron por entrevistas en profundidad, guiadas por ejes temáticos y preguntas orientadoras, complementadas con notas de campo. Las fuentes secundarias fueron documentos históricos y epidemiológicos de época.

La selección de las participantes se realizó por medio de muestreo en bola de nieve. (Ullin, Robinson y Tolley, 2006). Se entrevistó a 8 enfermeras y 1 enfermero, lográndose la saturación de la información. El primer contacto se realizó vía telefónica, se explicó el objetivo del estudio, se solicitó consentimiento, y se fijó la fecha para el encuentro, cuyo lugar de realización se acuerda según comodidad del participante. Cada entrevista se registró en formato de audio, y se realizó transcripción textual de ellas. Los datos se analizaron mediante codificación, seleccionando y ordenando los textos significativos en base al criterio temático, cuyo análisis de contenido dio origen a las metacategorías y categorías intermedias.

El rigor se trabajó mediante triangulación por investigador. (Alzas, Casa, Luengo, Torres y Verissimo, 2016) y dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad de Guba y Lincoln. El estudio respeto los principios éticos de Ezekiel Emanuel (2003).

## **RESULTADOS**

Se obtuvieron relatos de enfermeras/o con trayectoria profesional promedio de 30 años, y 2 a 15 años en el área rural.

**Tabla N°1: Distribución de metacategorías y categorías intermedias**

<b>Metacategorías</b>	<b>Categorías intermedias</b>
Ejercicio profesional de enfermería rural marcado por necesidades sociales	Ejercicio profesional en condiciones adversas
Dualidad del ejercicio profesional	Multiplicidad de actividades
Formación de auxiliares rurales-capacitación	Técnico como potenciador del desarrollo comunitario
Liderazgo en programas de salud	Enfermera educadora sanitaria
Transformación de las condiciones de vida personal	Trabajo de cuidado en crisis económica

Fuente: elaboración propia

**Metacategoría: Ejercicio profesional de la enfermería rural marcado por necesidades sociales. Categoría intermedia: Ejercicio profesional en condiciones adversas**

Los medios de transporte para dirigirse a las PSR y EMR, eran vehículos (Jeep-Camionetas), con desperfectos mecánicos, que ocasionaban dificultades y demoras en la atención, e incluso ponían en riesgo la vida del equipo de salud. Otros medios de transportes fueron: caballos, carretas y lanchas, y los caminos eran de tierra o ripio, en malas condiciones e intransitables en invierno.

*[Íbamos a caballo, pasábamos en balsa los ríos, con la leche y vacunas, demorábamos 1 día viajando, 2 días atendiendo y uno de regreso, atendíamos hasta tarde con un farol].*

*[En invierno, la Fuerza Aérea (FACH) facilitaba un helicóptero muy deteriorado, para dirigirnos a postas]. [A las postas marítimas íbamos un lunes y regresábamos el viernes, alojábamos en la proa de la lancha, en colchonetas].*

*[A veces regresábamos a las 23 o 24 horas, porque quedábamos atrapados en el lodo y nos sacaban con bueyes].*

Las condiciones climáticas eran adversas, con nieve en zonas precordilleranas, y lluvia en las zonas centrales y costeras, que dificultaban el desplazamiento. El traslado de las vacunas era crítico, porque se congelaban por el frío.

*[Nos enterrábamos en la nieve. Se montaba a caballo y la leche y materiales se ubicaba en las mulas]. [El aislamiento y la ruralidad eran extremos, usábamos equipo de nieve]. [Se cuidaban las vacunas antes que se congelaran].*

Las (PSR), eran viviendas precarias, con mínimos recursos para la atención y las EMR eran espacios comunitarios: colegios, sedes comunales, iglesias y cuarteles policiales en los sectores muy aislados, tenían una estructura muy primaria, no adaptada para realizar atenciones de salud. Gran parte de las (EMR) carecían de agua, servicios higiénicos, algunos disponían de pozos negros y se trasladaba el agua en bidones, para el lavado de manos. Se calefaccionaban con estufas a leña.

*[Para la atención, en (EMR), se habilitaba una pieza separada por cortinas, en una iglesia, escuela, o cuartel policial]. [Inventamos una pesa con bolsa y gancho, para medir usábamos huinchas de madera pegadas a los mesones]. [Se atendía con la luz del día, llevábamos agua en jarros. Los baños eran de pozo negro]. La EMR, era calefaccionada con leña, y se atendía en la oficina del profesor].*

A las rondas iba la enfermera, dentista, médico, matrona, auxiliar de enfermería, no siempre iba el equipo completo. La enfermera/o atendía a los menores de 2 años, a los desnutridos y realizaba los controles nutricionales antes de la incorporación de la nutricionista y posteriormente en algunas EMR en donde esta no acudía. La visita a postas se programaba en un calendario mensual, (labor de enfermeras) y se comunicaba a la comunidad, por radio a Carabineros, o se avisaba en la ronda previa. Era de vital importancia las visitas a las comunidades rurales, quienes vivían con mucha pobreza, y esperaban con ansias no solo resolver sus necesidades de salud, sí no también recibir ayuda alimentaria.

*[A la ronda iban enfermera, dentista, médico, técnico y matrona, (cuando iba completo), después fueron la asistente social y nutricionista (1980). La nutricionista solo iba a la posta, o EMR cuando había muchos problemas, sino atendía la enfermera]. [El médico atendía la morbilidad, la enfermera el control de niño sano y el control de salud escolar, a veces se realizaba el día de la ronda]. [La población era de mucha pobreza, por ello la leche era muy esperada, a veces la población caminaba kilómetros o venían a caballo, desde la montaña]. [Sus viviendas tenían piso de madera en mal estado o de tierra, con un fogón y una olla. Había mucha escabiosis y pediculosis]. [La población mapuche era muy pobre, con considerable analfabetismo].*

- **Metacategoría: Dualidad del ejercicio profesional, Categoría intermedia: Multiplicidad de actividades**

Las enfermeras/os ejercían funciones asistenciales, administrativas y educativas, turnándose en área hospitalaria y comunitaria. En los hospitales, realizaban Atención Primaria de la población urbana, análisis de muestras sanguíneas, clasificación de grupo sanguíneo, radioscopias, evaluación de baciloscopias, atención de partos, se suplía a la nutricionista en la

cocina, e incluso se reemplazaba al médico, cuando este no se encontraba en el hospital. Antes de la década de los 80, existía insuficiencia de profesionales de la salud, incluso un hospital podía contar solamente con una enfermera/o.

*[Era enfermero único, atendía terreno 3 días a la semana, 2 días eran para atención directa del niño sano y salas, el trabajo era cuantioso]. [El médico de hospital, estaba de lunes a viernes. En las noches y fin de semana se llamaba a la enfermera, para la atención de los enfermos, por lo que no podía salir, aunque fuera mi día libre]. [Atendí partos por 6 meses, después llegó una matrona. Atendía la urgencia, salas, antes de salir a terreno]. [Diagnosticamos una TBC, realizábamos radioscopias, exámenes y estábamos a cargo de la cocina, (no había nutricionista)] [Éramos responsables de pabellón, esterilización, alimentación, de las ambulancias y de contabilidad]. [Se analizaban baciloscopias, hasta que llegó un tecnólogo]. [Clasificamos los grupos sanguíneos, atendíamos a los donantes y dadores de sangre].*

- **Metacategoría: Formación de auxiliares rurales – capacitación, Categoría intermedia: Técnico como potenciador del desarrollo comunitario**

La formación se inició en el Instituto de Educación Rural, (IER), con el objetivo de mejorar el saneamiento básico rural. La Corporación de la Reforma Agrícola (CORA) aportaba el lugar físico de formación y profesores. Los alumnos ingresaban con sexto básico y debían pertenecer a la comunidad de desempeño, nivelaban sus conocimientos en matemáticas y castellano por 2 meses. La formación se realizaba en régimen de internado (9 meses). Las enfermeras/os realizaban la capacitación en temáticas de: atención de niños, de adultos, sistema de registro, actuación frente a situaciones de emergencias, partos y otros. Luego realizaban pasantías hospitalarias en: urgencia, control de niño sano, morbilidad con el médico, control prenatal con la matrona, y con la nutricionista siempre bajo la supervisión de la enfermera.

*[El auxiliar se formó y capacitó para postas, en emergencia; parto y atención de enfermo grave y accidentado. Se trabajaba en huertos, porque la población no ingería una alimentación balanceada, (los de la cordillera consumían piñones, y los del mar mariscos). [Así la comunidad empezó a plantar y cosechar]. [Se enseñaba: controles de Salud Infantil, crecimiento del niño, desarrollo psicomotor, algunas patologías, que debían derivar].*

- **Metacategoría: Liderazgo en programas de salud, Categoría intermedia: Enfermera educadora sanitaria**

En PSR y EMR los controles de niño sano estaban orientados a la evaluación nutricional, inmunización infantil y vacunación escolar, asimismo se realizaban campañas de vacunación.



Prontamente se inició la evaluación del desarrollo Psicomotor (DSM) y el Programa de Alimentación, en el cual las enfermeras/os supervisaban las entregas de fórmulas lácteas y alimentos. Otros programas fueron el de Tuberculosis, de Crónicos, y prevención del alcoholismo. Además, la enfermera/o destacaba en las intervenciones educativas de prevención de enfermedades infectocontagiosas, construcción de letrinas, y en talleres a profesores sobre primeros auxilios y prevención de hidatidosis, actividad que contó con la colaboración del Instituto Nacional Desarrollo Agropecuario (INDAP), encargado de la desparasitación de los animales. Se destaca la excelente relación del equipo de salud con la comunidad. Administrativamente las enfermeras/os se reunían mensualmente con la Dirección de Servicio, con la finalidad de capacitarse, eran instancias de compartir conocimiento y discutir problemáticas locales.

*[Se realizaba control de niños, vacunación escolar, control de crónicos: hipertensos, diabéticos, epilépticos, se gestionaban las recetas, todo el proceso era asesorado por una Asesora Regional de Enfermería]. [Las vacunas se mantenían en cadena de frío, era muy bien administrado por las enfermeras]. [En las escuelas rurales se realizaba educación en prevención de escabiosis, tratamiento de esta y vacunación]. [Se prevenía la hidatidosis, con charlas y talleres a los profesores, se trabajaba con INDAP para la entrega de medicamentos a los animales.]. [Existía mucho respeto, la comunidad era muy cariñosa. Esperaban con tortillas y mate]. [Las enfermeras éramos líderes, era autoridad, en los actos, el Director de hospital asistía con la enfermera]. [Nos reuníamos mensualmente con una enfermera del Servicio de Salud, que*

*lideraba, se realizaban capacitaciones, se compartían experiencias y nos apoyábamos en la resolución de problemas, e incluso llegaba información de la OPS].*

- **Metacategoría: Transformación en las condiciones de vida personal, Categoría intermedia: Trabajo de cuidado en crisis económica**

Las enfermeras/os de salud rural, eran en su mayoría recién egresados, y designadas por el Servicio de Salud a las distintas comunas. Cercano a los establecimientos de salud, existían residencias u hogares para profesionales, en donde habitaban estas en los años 70, eran muy precarias en infraestructura, por ello fue difícil la adaptación de los profesionales, contaban con descanso rotativos los fines de semana, luego de la municipalización en los días libres se les permitía regresar a sus hogares.

*[Vivía en la casa de profesionales no médicos. Dormí en el suelo, en un colchón, la primera semana, no tenía catre, no quería quedarme, porque lo encontré inhóspito]. [El año 83, trabaje*

*casi como voluntariado, existía crisis económica y no había trabajo. Trabajé en el Plan de Expansión de Recursos Humanos (PER) casi 4 años contratada por 6 hrs. diarias, que se transformaban en 10, o 12 hrs., porque no existían suficientes enfermeras, para cubrir la demanda asistencial]. [Era difícil encontrar profesionales que desearan trabajar en las regiones cordilleranas, sobreviví un año..., fue difícil, no me podía adaptar, me sentía muy sola]. [Estuve 11 años, toda mi juventud].*

## **DISCUSIÓN**

El desarrollo de la enfermería rural es un proceso complejo donde las enfermeras/os debieron sobrellevar graves dificultades. Consistentemente con nuestros hallazgos en 1947 se documentaba como principales limitantes para el desarrollo del trabajo rural, la inaccesibilidad de los caminos, y la carencia de vehículos, que obligaba a optar por otros medios de transporte, como caballos, situación que afectaba el rendimiento del trabajo de enfermería y generaba un gran desgaste físico (Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe, 1951), además estaban sujetos a riesgos, por los accidentados caminos, las malas condiciones de los vehículos motorizados (Ayerdi, Vojkovic y Silva, 1977), y las condiciones climáticas adversas (Doy, 1993).

Las EMR eran visitadas periódicamente por el personal de salud, entregando servicios de forma discontinuada (Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe, 1951) (Ayerdi, Vojkovic y Silva, 1977), que de acuerdo con los relatos y documentos históricos estas no siempre eran asistidas por la totalidad del personal de salud, en casos óptimos, eran visitadas por médico, al respecto un estudio del año 1977 expone que sólo el 24.3 % de la población recibía atención de la totalidad de los profesionales. En cuanto a los insumos, estos eran muy escasos a nivel intrahospitalario y extrahospitalario (SNS, 1956), por lo que se buscaban estrategias para optimizarlos, igualmente la disposición de servicios higiénicos era insuficiente. (Paredes y Rivas, 2014), antecedentes concordantes con nuestros resultados.

La enfermera rural desarrolló dualidad en su ejercicio profesional, desempeñándose intrahospitalaria y extra hospitalariamente de forma rotativa, de acuerdo al Boletín del SNS de 1957, las enfermeras mantenían el cargo de Jefe de Centro de salud y del hospital (SNS, 1956), lo que significaba una desafiante carga laboral, más aún cuando debían suplir al médico en usencia de este, ya que existía escases de médicos. Así las enfermeras/os asumieron roles extendidos, sin recibir un reconocimiento profesional (Walker, 2000), ni salarial, hechos que González y Zárate (2019), describe como duplicidad de funciones de enfermeras, por escasez de estos profesionales

en Chile (SNS, 1956), al año 1968, existía un déficit de 6.000 profesionales (González y Zárate, 2019) por ello la enfermera se veía imposibilitada de cumplir satisfactoriamente ambas funciones (SNS, 1956), aspecto no expresado en el estudio, tal vez debido a que en el periodo estudiado habían aumentado el número de enfermeras, (3.201 enfermeras en 1977) (MINSAL, 1978), pero aun persistiendo un importante déficit de recursos humanos en el área rural (Cammaert, 1973; López, 2018).

En este proceso relevante fue la formación de auxiliares de enfermería rurales, programa en América Latina de responsabilidad de enfermeras (Díaz, et al, 1966; Meyer, 1980; SNS, 1956). Los técnicos prestaron servicios en los lugares de origen (Montero, 1975), estableciendo un fuerte nexo entre las comunidades rurales y el equipo de salud (Jiliberto y Pezoa, 1975).

Las enfermeras/os lideraron programas sanitarios de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Díaz, Pino, Borgoño, Sundin y Carrillo, 1960; SNS, 1956), trabajaron estrechamente con las comunidades y se coordinaron con otros organismos, para el desarrollo de actividades preventivas como: huertos familiares, industrias caseras, economía del hogar y conservación de alimentos (Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe, 1951), interviniendo en una población que en ese entonces vivía en condiciones desfavorables (malas viviendas, hacinamiento, falta de agua potable, eliminación inapropiada de excretas y alimentación insuficiente) (Díaz, et al, 1966; Lira, 1978; OPS, 1967), con altas tasas de analfabetismo (SNS, 1967), en donde destacaban las deficiencias sanitarias. Además, en las zonas predominaba la etnia mapuche, que vivía en extrema pobreza, con indicadores de salud históricamente deteriorados (Centro Latinoamericano de Demografía [CELADE], 1994).

Ante este complejo escenario, el ejercicio profesional y liderazgo de las enfermeras/os con las comunidades fue relevante (Lanzoni, Meirelles & Cummings, 2016; National Academies, 2011), avalado por la fuerte vocación de servicio reflejada en los relatos. Ellas recibían periódicamente capacitaciones, aspecto que facilitaba su labor en las comunidades y garantizaba su profesionalismo, igualmente aportaba la colegiatura obligatoria en el Colegio de Enfermeras hasta 1979, instancia gremial que dictaba y fiscalizaba las normas de ética del ejercicio profesional, la cual posteriormente durante la dictadura militar pierde su obligatoriedad (MINSAL, 2000).

En relación a la transformación de las condiciones de vida personal, se constata que la ruralidad y el contexto político económico del país, afectaron el ejercicio profesional y la vida personal de las enfermeras/os, debido al aislamiento geográfico y falta de contacto familiar (Moran et al, 2014; Williams, 2012), pero a pesar del adverso escenario, ellos desarrollaron la autonomía

como un desafío (Trépanier et al, 2013), dado que asumieron el rol, recién egresadas, sin experiencia laboral previa.

## CONCLUSIÓN

El ejercicio de la enfermería en la época estudiada, se caracterizó por un fuerte compromiso social, en la cual las enfermeras desempeñaron su rol de cuidado, en base a las necesidades enfrentadas. En ese entonces, la ruralidad evidenciaba pobreza extrema, y vulnerabilidad social a la cual las profesionales debieron adaptarse y trabajar en ella, cursando situaciones adversas, pero sin dejar de brindar atención de calidad y siendo el eje transformador de la realidad de la comunidad. Realizaban múltiples actividades con rol extendido al ejercer sus funciones asistenciales, administrativas y educativas tanto en el área intrahospitalaria y extrahospitalaria, obteniendo así reconocimiento por sus labores.

Para finalizar, expresar que la historia de la enfermería rural, no ha sido ampliamente documentada (González y Zárate, 2019), pese a su trascendencia, y ser hito de las primeras transformaciones en salud, en un contexto de privación socio económica.

Sugerimos continuar investigando a fin de disponer de una base y poder evaluar el progreso obtenido a través de los años, ya que “enfermería, como profesión, debe comprender que la historia ofrece una identidad que debe ser utilizada, para crecer y evolucionar” (Lewerson & Herrmann, 2008, p.2).

## FUENTES DOCUMENTALES

- Asociación Mundial de Médicos. (1965). *Primera Asamblea Regional Latinoamericana*, Santiago: Autor. Recuperado de <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/13017/1/181279.pdf>
- Ayerdi, A., Vojkovic, E., y Silva. S. (1977). *Estudio de las Agrícolas, Infraestructura y Servicios Esenciales Comunidades IV Región*. Chile: Instituto de Investigación de Recursos Naturales. Recuperado de <http://bibliotecadigital.ciren.cl/bitstream/handle/123456789/2215/PI02078V11a.pdf?sequence=1>
- Cammaert, M. (1973). Disponibilidad de recursos humanos de enfermería en América Latina. *Educación médica y salud*, 7(3-4), 343-350. Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/123456789/3258/1/Educacion%20medica%20y%20alud%20%287%29%2C%203-4.pdf>

- Diaz, A., Baldó, J., De Faría, E., Raúl, G., Kourany, M., León, M., y Ristori, C. (1966). *Adiestramiento de personal auxiliar en Salud Pública*. Washington, DC: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12783/v61n5p383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, S., Pino, F., Borgoño, J., Sundin, B., y Carrillo, B. (1960). Programa de Vacunación BCG en la población rural de Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 49(3). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12416>
- Enfermeras Sanitarias de la Unidad Sanitaria de San Felipe. (1951). Enfermería sanitaria rural. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v30n6p752.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1970). *Demografía Año 1970*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/07/Demograf%C3%ADa-1970.pdf>
- Jiliberto, N., y Pezoa, M. (1975). Evaluación del Programa de formación de auxiliares de enfermería del SNS, 1970. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 79(1). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16227>
- Juricic, B y Cantuarias, R. (1975). La salud rural en Chile: programa para atraer médicos a las Zonas rurales. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 78(3). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/17621>
- História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 1960; 22(1), 255-273. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015>
- Maldonado, C. (1934). Centro de Medicina Rural. *Boletín Médico*, (1-19). Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-73429.html>
- Lira, L. (1978). Aspectos sociológicos y demográficos de la familia en Chile. En Covarrubias, P., Franco, P (comp). *Chile: Mujer y Sociedad*, pp.367-398. Santiago: Alfabeta. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0024003.pdf>
- Ministerio de Salud (1978). *XX Conferencia Sanitaria Panamericana*. St. George: Gobierno de Chile. Recuperado de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/30074/CSP20\\_B.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/30074/CSP20_B.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ministerio del Interior. (1979). Reglamenta aplicación inciso segundo del artículo 38 del DL. N°3063. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3389>
- Ministerio de Salud Pública. (1979). Ley 2763. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999>

- Montero, R. (1975). Equipos de salud y educación para atención en Zonas Rurales. *Revista Chilena de Pediatría*, 46(3), 268-274. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061975000300012>
- Organización Panamericana de la Salud. (1967). *Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas*. Puerto España: Autor. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42109.pdf>
- Salud pública y social capítulo VI; pág., 298 <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf>
- Servicio Nacional de Salud. (1959). *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 5(5-6). Recuperado de [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/boletin\\_sep-oct\\_1959.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/boletin_sep-oct_1959.pdf)
- Servicio Nacional de Salud. (1967). 15 años de Labor. Santiago: Autor. Recuperado de <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/44015/1/252133.pdf>
- Valenzuela, G. (1956). Atención médica en el Servicio Nacional de Salud: la política y sus realizaciones. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 1(2), pp.233-277.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alzas, T., Casa, L., Luengo, R., Torres, J., y Verissimo, C. Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 639-648. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1009/985>
- Aróstegui, J. (1995). *Investigación Histórica: Teoría y Método*. Madrid: Crítica. <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/Ar%C3%B3stegui%20-%20La%20investigaci%C3%B3n%20hist%C3%B3rica.%20Teor%C3%ADa%20y%20M%C3%A9todo%2018-34%20y%20256-258.pdf>
- Centro Latinoamericano de Demografía. (1994). *Estudios Sociodemográficos de pueblos indígenas*. Santiago, Chile: Autor. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/9636>
- Cueto, Marcos. (2015). *La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo*.
- Doy, L. (1993). Community nursing by horseback. Interview by Susan Hudson. *Australian Nursing Journal*, 5(10),32.
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolas, F., y Quezada, A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas (pp. 83-96.) Santiago: Programa Regional de Bioética, OPS/ OMS.

- Gattini, C. (2017). El sistema de salud en Chile. Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública. Recuperado de [https://www.u-cursos.cl/medicina/2017/2/ME08051/1/material\\_docente/bajar?id\\_material=2014043](https://www.u-cursos.cl/medicina/2017/2/ME08051/1/material_docente/bajar?id_material=2014043)
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- González, M., y Zárata, MS. (2019). Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. *Rev Salud Colectiva*. 2019; 15, e2214. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2214>
- Hevia, P. (1985). Participación de la comunidad en atención primaria. *Salud Pública México*. 27(5), 402-409. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/419/408>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1983). *Anuario de Demografía 1983*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/07/Demograf%C3%ADa-1983.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1990). *Anuario de Demografía 1990*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/07/Demograf%C3%ADa-1990.pdf>
- Jiménez, D. (1981). Aspectos relevantes de estrategias aplicadas en la Atención Primaria de la Salud Rural. *Cuadernos Médico-sociales*, 22(2),29-32.
- Lanzoni, G., Meirelles, B., & Cummings, G. (2016). Nurse leadership practices in primary health care: a grounded theory. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(4), e4190015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004190015>
- Lewenson, S., & Herrmann, E. K. (2008). *Capturing nursing history: A guide to historical methods in research*. New York: Springer Pub.
- López, M. (2018). *¿Salud para todos? La atención Primaria de Salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018*. Chile: Ministerio de Salud.
- Meyer, A. (1980). Formación del personal auxiliar. *Educación Médica y Salud*, 14 (1), 95-107. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5596.pdf>
- Ministerio de Salud. (2011). *Normas Técnicas Postas de Salud Rural*. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Cuaderno-de-Redes-N%C2%BA-35-Norma-T%C3%A9cnica-Posta-Salud-Rural-2011.pdf>.
- Ministerio de Salud de Chile. (2000). *Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile*. Santiago: Autor. Recuperado de [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/CHI\\_OPS&MS\\_RegulacionRHUS\\_2000.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/CHI_OPS&MS_RegulacionRHUS_2000.pdf)
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (1991). *Resultados Encuesta CASEN 1990*, Santiago: Autor. Recuperado de

<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=88&m=2&a=1990>

- Monckeberg, F. (2014). Desnutrición infantil y daño del capital humano. *Revista chilena de nutrición*, 41(2), 173-180. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000200008>
- Mora, V. (2012). Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 0(31), 118-126. doi: <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.31.15>
- Moran, AM., Coyle, J., Pope, R., Boxall, D., Nancarrow, SA., & Young J. (2014). Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: an integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes. *Human Resources Health*, 12(10). doi: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-10>
- National Academies, I. of M., & National Academies, N. A. of S. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: National Academies Press. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/>
- Oyarce, A, Romaggi, M y Vidal, A. (1989). *Como viven los mapuches: análisis del censo de población de Chile de 1982*. Chile: CELADE. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1548/S8900613\\_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1548/S8900613_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Paredes, P., y Rivas, E. (2014). Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y enfermería*, 20(1), 9-21. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100002>
- Trépanier, A., Gagnon, M-P., Mbemba, GIC., Côté, J., Paré, G., Fortin J-P., Courcy, F. (2013). Factors associated with intended and effective settlement of nursing students and newly graduated nurses in a rural setting after graduation: A mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 314–325. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.005>
- Ullin, P., Robinson, E., y Tolley E. (2006) *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. (N°614). Washington, DC: OPS Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf?sequenc>
- Walker, T. (2000). The hidden power of the rural nursing profession. *The Australian Journal of Rural Health*, 8(6), 335. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2000.00360.x>
- Williams, MA. (2012) Rural Professional Isolation: An Integrative Review. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 12(2), 3–10. Available from <https://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/51>
- Zarate MS, Del Campo A. (2014). Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena. <https://journals.openedition.org/nuevomundo/66805>