



BOLETÍN de la OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Washington, D. C., E.U.A.

ENFERMERÍA

DESARROLLO Y PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA SANITARIA EN CHILE¹

Por MARÍA GODOY, YOLANDA ORTIZ Y NORA FARDELLA

Enfermeras de la Unidad Sanitaria Quinta Normal

El propósito de este relato es presentar la evolución experimentada por la filosofía y las prácticas del trabajo de enfermería sanitaria en Quinta Normal, como base para la discusión de su futuro desarrollo en nuestra Unidad y en otros campos.

El año 1927 marca la iniciación de la Enfermería Sanitaria como profesión en el país. La Universidad de Chile gradúa ese año el primer grupo de profesionales, curso dirigido o inspirado por un médico sanitario, Cora Mayer.

El período que media entre esa fecha y 1942, está marcado por la indecisión en los programas, el trabajo especializado por horas, sin disciplina y una labor que se dispersaba de acuerdo con las normas y planes, también imprecisos y oportunistas, de las instituciones que ocupaban sus servicios. No es una crítica a los servicios ni a las enfermeras. Era necesariamente una época de vida de la enfermería correspondiente al largo período de la infancia de todo organismo en crecimiento.

La creación de la Unidad Sanitaria Quinta Normal da un empuje inusitado a esta profesión; podríamos decir con orgullo, que la hace renacer. Puede parecer pretencioso el formularlo hoy en estos términos; sin embargo es útil analizar su aporte para descubrir los caminos del futuro: en primer lugar, *la organización del trabajo integral* que entrega a la enfermera en un sector la vigilancia sistemática de todos los problemas de salud de un número de familias y en segundo lugar, el planteamiento de objetivos definidos y de una *labor disciplinada*, tan necesarios para el desarrollo de nuestra acción. Al hablar de una disciplina de trabajo, estamos pensando en el horario de tiempo completo, con técnicas, procedimientos y formularios uniformes bajo supervisión profesional. Esto significa la dedicación a labores específicas con rentas más adecuadas.

Varias enfermeras chilenas junto con dos o tres enfermeras sanitarias norteamericanas que aportaron su asesoría experta y amplias facilidades de adiestramiento en el extranjero, contribuyeron a establecer esta nueva fase de evolución profesional.

De acuerdo con la forma en que se ha ido desenvolviendo el trabajo, la Enfermería Sanitaria en Quinta Normal, reconoce tres fases bien definidas en su desarrollo:

¹ Trabajo presentado en las Primeras Jornadas de la Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública realizadas en Santiago, en julio de 1950.

I. EL PERÍODO DE LAS TÉCNICAS

Como iniciación de trabajo se dió amplio empuje al cumplimiento estricto de técnicas y procedimientos de alta calidad para todo el grupo familiar, que lógicamente, suponía la dedicación de gran tiempo a cada visita y un limitado número de familias bajo control. Es la época de 6 a 10 visitas a cada recién nacido, 1 visita mensual al lactante y la embarazada, visitas repetidas al preescolar, etc. Se insiste en la técnica del uso del maletín, los horarios estrictos, los uniformes, etc. Este sistema creó uno de los grupos más disciplinados de la Salubridad y dió un alto prestigio a la Enfermería Sanitaria Chilena en toda Sud América, atrayendo a un gran número de profesionales que se interesaron por perfeccionarse en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal.

Mirado en perspectiva, este período de adquisición de técnicas tiene una marcada importancia; basta considerar que por esos años la Escuela de Enfermería en su curso sanitario no enseñaba técnicas ni procedimientos de trabajo para su aplicación en el campo de la Salud Pública.

Fué necesario organizar un curso para el grupo de enfermeras que iniciaron su trabajo en Quinta Normal. Desde esa fecha, este servicio tiene la responsabilidad de preparar a las estudiantes de enfermería en técnicas y procedimientos de trabajo. Por primera vez, las alumnas del curso sanitario y las enfermeras graduadas en el pasado tienen la posibilidad de realizar en el terreno una práctica orientada y supervigilada y un aprendizaje sistemático de su trabajo. Es esta etapa la que hace que la Escuela de Enfermería se coordine con la Unidad Sanitaria para orientar un plan de enseñanza futura.

En el mismo período, entre 1943 y 1948, cinco nuevas Unidades Sanitarias se organizaron con otros tantos grupos de enfermeras que iniciaron su propia experiencia.

No extraña, pues, que este período adoleciera de serios defectos, que es necesario mencionar en este momento para explicar el desarrollo posterior del trabajo de Enfermería en Quinta Normal. Ellos son:

(1) *Orientación de "Medicina Preventiva."* Es la tendencia a dar una atención completa, lo más vecino al ciento por ciento, a un grupo limitado de la población con un promedio de 150 familias por enfermera, sin importar el costo, ni la suerte de las familias no controladas; era un criterio opuesto al de "Salubridad" que tiende a distribuir los servicios de enfermería de tal modo que produzca el mayor beneficio a la salud del mayor número de habitantes con el menor costo y que espera influir sobre los índices globales de morbo-mortalidad del sector.

Vale la pena dejar constancia que la Enfermería Sanitaria en Norte América, de donde tomamos buena parte de nuestra orientación y técnicas, es susceptible a la misma crítica. Tal vez allí pierda importancia por disponerse de un número de enfermeras mucho más adecuado a la magnitud de sus problemas y a la extensión de sus programas.

(2) *Departamento de Enfermería Independiente:* Un segundo defecto, fué el hecho de que el Departamento de Enfermería se desenvolvió independiente del resto del trabajo de la Unidad, restando continuidad al servicio ofrecido y

privándose de los enormes beneficios del trabajo en equipo. Llegó a producirse un sentido de exclusivismo en la acción educativa y similares, nacido de la ambición de mejorar ciertas fases del nivel de salud con nuestra sola participación, sin relación con los otros profesionales y funcionarios de Quinta Normal. Si bien es cierto que no es aconsejable la acción individual de este grupo de técnicos, fué indudable que contribuyó a crear una personalidad profesional bien definida en las enfermeras.

Aparece muy simple el poder formular hoy estas críticas y restarle valor a este período indispensable de *formación y desarrollo de técnicas de trabajo*, críticas que no sólo son aplicables a las enfermeras sanitarias, sino a otros profesionales de la Salubridad Chilena, que han logrado clarificar sus conceptos en años recientes, permitiendo a todos fijarse una mejor orientación y otras modalidades de trabajo. Se le puede bien definir, como el período de la infancia y adolescencia en el desarrollo de nuestra profesión.

II. PERÍODO: FASE DE REVISIÓN Y AJUSTE DE OBJETIVOS

A partir de 1948 y a base de estos conceptos más claros de Salubridad, empieza el lento proceso, no siempre sencillo, de lograr una definición más clara de nuestros objetivos. Comienza a crearse en cada enfermera el concepto de su responsabilidad por cubrir una proporción mínima de los problemas más importantes de su sector. Una vez más aparece la necesidad de dar mejor orientación en Estadística y Administración Sanitaria en las Escuelas de Enfermería.

Simultáneamente, empezamos a vivir el *trabajo en equipo*, en el que las enfermeras no sólo trataron de coordinar su labor con médicos, inspectores sanitarios, y demás personal, sino que tomaron parte activa en las discusiones y decisiones de todos los problemas particulares y generales de la Unidad.

Siendo Quinta Normal un *centro experimental*, en que también la Enfermería Sanitaria tiene oportunidad de ensayar programas y procedimientos que se pueden aplicar a otra parte del país, no podíamos dividir y subdividir sectores y multiplicar el número de enfermeras para realizar un plan inaplicable en otras partes por su alto costo y por el número insuficiente de enfermeras en los años por venir.

El análisis de nuestro rendimiento demostró ya en 1948, que con las normas de rutina existentes, no podíamos lograr nuestros objetivos. Fruto de este análisis, fué un reajuste de la organización, destinado a liberar a las enfermeras de labores administrativas el mayor tiempo posible para dedicarlo a sus funciones específicas de supervisión educativa en el hogar, concentrada en los rubros principales. Vale la pena mencionar algunos aspectos de este proceso: reajuste del tiempo dedicado a oficina, distrito, clínicas, reuniones, introducción de un fichero calendario y distribución del trabajo por calles y sub-sectores para aprovechar mejor los medios y el tiempo de movilización; anotación estadística del trabajo diario llevado por la sección correspondiente, comprobación previa de

los domicilios de las familias nuevas; simplificación de las anotaciones; jerarquización de los problemas y el tiempo útil disponible para cada tipo de visita; preparación del maletín de trabajo de la enfermera, etc.

Estos varios mecanismos, por sí solos, pueden aumentar el rendimiento físico de la enfermera en su sector; pero sólo tiene real valor cuando expresan y refuerzan un cambio en la actitud individual y de grupo hacia nuestra función profesional. Queremos decir que sólo cuando nosotras, las enfermeras de Quinta Normal, comprendimos y aceptamos la responsabilidad de la salud de todo un sector, con problemas de diversa jerarquía y no sólo de las familias controladas, estuvimos en condiciones de planear racionalmente nuestro trabajo, de fijar objetivos y pautas más o menos rígidas y de preocuparnos de valorar su cumplimiento. Nuestra labor diaria se hizo más atrayente y se vió la posibilidad, en verdad se impuso la necesidad, de someter a revisión nuestras técnicas clásicas, tanto de servicio como educativas, y de balancear severamente el tiempo empleado en cada actividad con su rendimiento en términos de los objetivos fijados para el sector.

Todos estos recursos puestos en juego, han hecho que el rendimiento promedio de visitas diarias cambie de 4.8 en 1947 a 6.3 en 1949 y a 9.5 en 1950. Más aun, con las diferencias individuales que era de esperar, esto ha tenido el más saludable efecto en nuestro departamento de enfermeras, o sea que en esta etapa se logró aumentar casi al doble el número de visitas. Cabe preguntarse si esta modalidad significó mantener una calidad eficiente de trabajo, problema cuya respuesta no podemos contestar de inmediato, pues aun no se dispone de índices de evaluación de eficiencia.

Sin embargo, pese al gran aumento de volumen dado al trabajo, no lográbamos cumplir nuestros objetivos. Como hipótesis, queríamos establecer, si en las condiciones de miseria de Quinta Normal, el control del 40% de las embarazadas y del 50% de los recién nacidos, con 3 y 2 visitas por caso respectivamente, bajaría los índices generales de mortalidad infantil en la Comuna; si una visita al mes de todo tuberculoso moderadamente avanzado, podría bajar el riesgo de infección y morbilidad en los contactos tuberculosos; si vacunar al 40% de los niños entre los 4 meses y los 6 años de edad, evitaría las epidemias periódicas de coqueluche, etc. y, con excepciones, no lo hemos logrado.

Las dos tablas que se exhiben a continuación definen muy bien los fundamentos y la expresión actual de la nueva actitud.

La tabla 1 muestra en cifras el análisis del rendimiento del trabajo realizado durante 1949, que sirvió de base a nuestro actual cambio de orientación.

La tabla 2 es la copia de un sumario de los índices de rendimiento que cada enfermera tiene como meta y que conoce y analiza cada mes. Su mérito es que las enfermeras de Quinta Normal están usándolo para reajustar continuamente su labor.

TABLA 1.—Medición del rendimiento del trabajo de Enfermería en 1949. Unidad Sanitaria Quinta Normal

Servicio	Casos controlados promedio	% de la población		Total visitas en el año	Visitas por caso controlado	
		Propuesto	Realizado		Propuesto	Realizado
Embarazadas.....	750	40%	26.7 ¹	2,059	3	2.7
Puérperas.....	74	50%	22.8	1,441	2 ²	1.6
Recién nacidos.....	77	50%	23.7	880	2 ³	0.9
Lactantes.....	2,776	—	44.7	6,059	—	2.2
Preescolares.....	3,992	—	41.6	4,585	—	1.2
Tuberculosos.....	2,027	40%	38.9 ³	3,941	5	1.9

¹ Se estima que existen 2,809 embarazadas en cada mes $\frac{(8.75)}{(12)}$ de los nacidos en el año

² Por caso y por mes.

³ Se calcula que existen 5,200 tuberculosos en la comunidad.

TABLA 2.—Rendimiento mensual del Sector.....
Enfermera.....

SEPTIEMBRE 1950

Indices de Rendimiento			Promedio Sectores con enfermera
(a) Horas trabajadas.....	129.5		
Máximo posible.....	147		
% de horas trabajadas en el mes.....	88.1%		
(b) % de horas dedicadas al terreno.....	82.6% (1)		76.4%
(c) Visitas por día.....	10.5		10.5
(d) Embarazadas:			
Calculadas para el sector.....	124		
Bajo control.....	76		
% embarazadas controladas en el mes.....	61.3% (2)		31.6%
Visitas por embarazadas bajo control....	3.2 (3)		2.9
(e) Recién nacidos:			
Calculados para el sector.....	14.1		
Bajo control.....	12.9		
% de R.N. controlados en el mes.....	91.5% (4)		43.1%
Visitas por R.N. bajo control.....	1.9 (5)		1.8
(f) Población estimada del Sector.....	3,650 h.		

Nota: Porcentajes propuestos para 1950: (1) 75%

(2) 40%

(3) 3 visitas por embarazada

(4) 50%

(5) 2 visitas por recién nacido

En 1951, se agregarán a los rubros mencionados, porcentajes en: tuberculosis y niños inmunizados con toxoide coqueluche—difteria, especificando el índice útil del trabajo realizado.

Con el esfuerzo realizado para acercarnos al cumplimiento de nuestros objetivos, que no son sino la aplicación de los motivos básicos de nuestra profesión a las condiciones de vida de nuestra población, estamos iniciando la vida adulta de la profesión.

La filosofía de enfermería es hoy completamente distinta a la de 1943, conservando, sí, aquellos principios básicos de servicio público que defendiera Florence Nightingale al crear la profesión.

La experiencia acumulada, no sólo por nosotras, sino también por médicos, visitadoras sociales y otros profesionales de Salubridad en nuestro equipo, nos está empujando a materializar el viejo concepto de Goethe: "Nadie puede hacer nada profundo por otro, cada uno es artífice de su propio destino".

III. PERÍODO: PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Comienza, así, un nuevo período en el cual nuestro programa se afirma en la participación de la comunidad, en el cual perseguimos que el mismo público reconozca y asuma cierta responsabilidad en el logro de los objetivos que nos hemos propuesto. Es una etapa reciente, que sólo adquiere contornos definidos a mediados de 1949; pero que ha producido ya resultados alentadores en otros aspectos del trabajo de Quinta Normal, como por ejemplo en la extensión de redes de agua potable y alcantarillado, agitada y pagada por comités vecinales.

En octubre de 1949, se realizó una experiencia destinada a mostrar el grado en que las mujeres del sector 10A podían colaborar en un programa de vacunación B.C.G., entregándoles la total responsabilidad de las citaciones de niños a postas* en que el tisiólogo y la enfermera sólo acudirían a vacunar. La selección de estas citadoras estaba condicionada por la buena disposición de ánimo que éstas demostraran para colaborar en programas de salud. Los resultados de esta primera experiencia fueron francamente halagadores: se obtuvo una efectiva colaboración de las madres y el rendimiento fué muy satisfactorio.

En las conclusiones de este trabajo, leído por una de nosotras en sesión de la Sociedad el 6 de junio de 1950, se recomendó la ampliación de este sistema a otros sectores en lo referente a vacunación B.C.G., coqueluche-difteria, postas de morbilidad, pesquisa de pre-natales, saneamiento, etc.

En los meses recientes, uno de los sectores que mejor ha delineado su trabajo en este sentido, es el sector 7, que tiene una población de más de 8 mil habitantes, con las consiguientes dificultades para que una sola enfermera realice su labor.

La iniciativa bien planeada en mayo de 1950 de preparar ayudantes,

*Centros.

buscar dirigentes, y dar responsabilidades a los grupos ya establecidos y a las familias controladas dentro de su distrito está dando positivos resultados. Ya en el mes de septiembre, se habían obtenido porcentajes útiles en el rubro materno-infantil y en la formación de Comités para tareas específicas de saneamiento.

La Unidad Sanitaria de Quinta Normal está incorporando gradualmente estas nuevas técnicas al trabajo de rutina de Enfermeras Sanitarias y de otros funcionarios.

Numerosas enfermeras de sector están desarrollando un programa que, en esencia, se propone: descubrir, estimular y orientar a aquellos habitantes de su sector que gozan de ascendiente natural en su medio y sienten interés por los problemas de los demás. Son las fuentes naturales de todo progreso humano que tratamos de movilizar al servicio de nuestros propios objetivos: hoy, para completar la proporción de vacunados, embarazadas o recién nacidos que se desea controlar; en otros sitios, crear postas de morbilidad de lactantes; mañana, aumentar la extensión de redes de agua o respaldar la campaña de dedetización; en todas partes y siempre, adiestrar a un habitante en cada manzana si es posible, en la prédica de las normas de higiene, que es la esencia de nuestro trabajo y en promover una conciencia hacia una vida mejor.

Esta tercera fase está en su período experimental. No sabemos qué resultados se obtendrán y en qué grado se alcanzarán los objetivos fijados para esta etapa. De lo que sí estamos seguras es que la evolución de nuestras técnicas es un proceso que no se detiene y probablemente nunca se alcanzará el objetivo ideal. Precisamente esta búsqueda del ideal es lo que hace más atrayente y humana nuestra profesión.

La incorporación de estas nuevas técnicas a nuestra labor de rutina significa adaptarse a las condiciones de emergencia que el país vive todavía en materia de Salubridad y de Enfermería. Ello no aminora, sino por el contrario, exalta la necesidad de forzar el ritmo actual de la preparación de nuevas enfermeras. Pensamos que es económico invertir dinero en ampliar la capacidad de las escuelas de enfermería y en crear otras nuevas.

Estamos ciertas de que las Escuelas seguirán incorporando a sus programas estas nuevas técnicas surgidas de la experiencia práctica igual que lo han hecho en el pasado. Con verdadero júbilo hemos visto que las Escuelas de Beneficiencia, en Concepción primero y en Santiago después, han iniciado el programa de integración de salud pública en enfermería aprobado por el primer Congreso Nacional de estas profesionales y esperamos que las demás Escuelas lo realicen pronto para aumentar el número y mejorar la calidad de las nuevas graduadas en el país.

Ha sido uno de nuestros propósitos al presentar este relato, contribuir a la tarea de estar siempre atentas a los cambios habidos en el campo práctico para su debida aplicación en el plan de enseñanza.