

SENTIDOS Y VIVENCIAS DE ENFERMERAS/OS DURANTE LA INCORPORACIÓN PROFESIONAL AL CÓDIGO SANITARIO EN CHILE

MEANINGS AND EXPERIENCES OF NURSES DURING THE PROFESSIONAL INCORPORATION IN THE HEALTH CODE IN CHILE

SENTIDOS E VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS/OS DURANTE A INCORPORAÇÃO PROFISSIONAL AO CÓDIGO SANITÁRIO NO CHILE

Gerak Aguilar-Valdivia Email: ingen1987@gmail.com
Edgardo Álvarez-Muñoz Email: edgardo.alvarez@uss.cl
Edith Rivas-Riveros Email: edith.rivas@ufrontera.cl
Catalina Sepúlveda-Rivas Email: catalinasepulvedari@santotomas.cl

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2025) 31:7

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE31-7SVGC40007>



Autora de correspondencia
Catalina Sepúlveda-Rivas

Palabras clave

Código Sanitario; Enfermería; Gestión del cuidado; Regulación profesional.

Key words

Health code; Nursing; Care management; Professional regulation.

Palavras-chave

Código sanitário; Enfermagem; Gestão do cuidado; Regulamento profissional.

Fecha de recepción
21/01/2025

Fecha de aceptación
26/03/2025

Editora Asociada
Dra. Claudia Delgado Riffo

RESUMEN

Objetivo: Desvelar la experiencia de enfermeras/os asistenciales, durante la transición ético-legal en el ejercicio de la profesión en Chile, referente a la inclusión de enfermería en el código Sanitario en 1997. Material y Método: Estudio de tipo cualitativo-descriptivo, con enfoque fenomenológico y diseño en base a la Teoría del Significado de Schütz aplicado en 8 enfermero(as) asistenciales, mediante una entrevista. Para resguardo del rigor del estudio se siguieron los criterios propuestos por Lincoln y Guba. En relación con el rigor ético, los participantes firmaron voluntariamente un consentimiento informado y se contó con evaluación y aprobación de un comité de ética universitario. Resultados: Se definieron 3 dimensiones: subjetiva, intersubjetiva y la motivación de la experiencia de los entrevistados, cada una de estas dimensiones fue compuesta por diferentes categorías. Conclusión: La experiencia de los enfermeros es difícil de interpretar y comprender a pesar de la universalidad de la muestra y particularidad del fenómeno, pese a ello, las dimensiones resultan interesantes de analizar en profundidad.

ABSTRACT

Objective: To reveal the experiences of nurses during the ethical-legal transition in the practice of the profession in Chile, regarding the inclusion of nursing in the Health Code in 1997. Materials and

¹Magíster en Enfermería, Clínica Alemana Osorno, Osorno, Chile.

²Magíster en Enfermería, Facultad de Cuidados de la Salud, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

³Doctora en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

⁴Doctora en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Temuco, Chile.

Methods: Qualitative-descriptive study, with a phenomenological approach and a design based on Schütz's Theory of Meaning applied to 8 nurses, through an interview. To ensure the rigor of the study, the criteria proposed by Lincoln and Guba were followed. Regarding ethical rigor, the participants voluntarily signed an informed consent form and the study was reviewed and approved by a university ethics committee. **Results:** 3 dimensions were defined: subjective, intersubjective and the motivation of the respondents' experience, each of which was composed of different categories. **Conclusion:** The experience of nurses is difficult to interpret and understand despite the universality of the sample and the specificity of the phenomenon, nevertheless the dimensions are interesting to analyze in depth.

RESUMO

Objetivo: Revelar a experiência dos enfermeiros durante a transição ético-legal no exercício da profissão no Chile, com relação à inclusão da enfermagem no Código Sanitário em 1997. **Material e Método:** Estudo qualitativo-descritivo, com abordagem fenomenológica e desenho baseado na Teoria do Significado de Schutz aplicado a 8 enfermeiros, por meio de uma entrevista. Para garantir o rigor do estudo, foram seguidos os critérios propostos por Lincoln e Guba. Em relação ao rigor ético, os participantes assinaram voluntariamente um termo de consentimento livre e esclarecido e o estudo foi analisado e aprovado por um comitê de ética da universidade. **Resultados:** Foram definidas 3 dimensões: subjetiva, intersubjetiva e a motivação da experiência dos entrevistados, cada uma dessas dimensões foi composta por diferentes categorias. **Conclusão:** A experiência dos enfermeiros é de difícil interpretação e compreensão apesar da universalidade da amostra e da particularidade do fenômeno, no entanto, é interessante analisar as dimensões em profundidade.

INTRODUCCIÓN

En la Región de las Américas hay aproximadamente 7 millones de profesionales de enfermería, lo que constituye más del 56% del personal sanitario⁽¹⁾. La regulación de su práctica profesional es esencial para mejorar la estructuración de los sistemas sanitarios, maximizar el rendimiento de los equipos de enfermería y también para promover y proteger la integridad profesional, constituyéndose como un mecanismo para garantizar profesionales competentes y bien cualificados⁽²⁾.

La regulación se ha definido como la supervisión del gobierno local y nacional de una práctica profesional para evitar el riesgo de daño al público si es practicada por una persona no preparada o incompetente⁽³⁾. En este contexto, las regulaciones que rigen la enfermería suelen expresarse a través de leyes. En un estado administrativo, las leyes elaboradas a través del proceso legislativo son el principal medio de regulación social⁽⁴⁾.

Resulta fundamental que los países proporcionen un marco regulatorio que garantice la competencia, defina los ámbitos de práctica y promueva el aprendizaje continuo y el desarrollo profesional para enfermería. La Dirección

Estratégica para la Enfermería en la Región de las Américas establece que "es necesario implementar y hacer cumplir la regulación específica de la práctica de enfermería en cada país. En algunos países, la falta de normativas que regulen el ámbito de práctica ha provocado una insatisfacción laboral generalizada y la deserción laboral"⁽³⁾.

En la Región de las Américas, todos los países organizan la profesión de enfermería a través de un organismo regulador. En Argentina, aunque la reglamentación está actualizada, sigue siendo fragmentada y no ha ratificado el Convenio Internacional 149 de la Organización Internacional del Trabajo, además de contar con proyectos de ley pendientes. Brasil, por su parte, regula la profesión mediante leyes específicas, el Consejo Federal de Enfermería junto con los Consejos Regionales cumplen funciones delegadas por el Estado. En Colombia, aunque los marcos reglamentarios están actualizados, es necesario realizar algunos cambios, especialmente en la regulación de la educación continua; y en Costa Rica, el marco normativo tiene más de 50 años⁽⁵⁾.

Este enfoque en la regulación de la enfermería en la región se refleja también en los debates

históricos que han influido en las normativas nacionales, como es el caso de Chile, donde, en mayo de 1918, se creó el primer Código Sanitario a través de la Ley 3.385⁽⁶⁾. Esta ley, producto de procesos internacionales, incluyó las profesiones de médico cirujano, farmacéutico, dentista y en aspectos específicos relacionados con la atención de personas, a Matronas, Psicólogos, Enfermeras y Tecnólogos Médicos. No se mencionan a Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Kinesiólogos, Bioquímicos, Trabajadores Sociales, Médicos Veterinarios y Técnicos en Salud, quienes se entienden incluidos en el artículo 112, referido al ejercicio de "profesiones auxiliares"⁽⁶⁾.

El Código sienta las bases de la institucionalidad sanitaria chilena, estableciendo una estructura para la administración sanitaria, y normas sobre el ejercicio de las profesiones de la salud, higiene alimentaria, animal e industrial, control de infecciones, y estadísticas sanitarias⁽⁷⁾.

Este primer Código Sanitario rige hasta el 31 de enero de 1968, cuando se promulgó el Decreto con Fuerza de Ley n.º 725⁽⁸⁾. Los cambios legislativos desde 1968 corresponden a modificaciones legislativas y expresiones del incremento de la complejidad de la atención sanitaria y del desarrollo de las diversas disciplinas de las ciencias de la salud.

Con posterioridad, en el año 1997, el legislador representando el sentir de la sociedad chilena reconoce el problema social que resuelven las enfermeras de satisfacer la necesidad de cuidados de salud de la población. De este modo, a través de la Ley N.º 19.536, se introduce un nuevo inciso cuarto al artículo 113 del Código Sanitario, mediante el cual se define el rol social de la enfermera: el legislador asignó tres grandes funciones: la gestión del cuidado; el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente⁽⁹⁾.

La ley produjo una modificación en el ámbito de las profesiones de la salud. Desde profesiones colaboradoras en acciones de la medicina y que requerían de la supervigilancia médica, se establecen los límites del ejercicio profesional, dentro del cual pueden desarrollar la autonomía, asociado a las responsabilidades

correspondientes y deberes frente a la salud de la población. Mediante esta ley, se avanzó en la definición del ejercicio profesional de la enfermera, en especial su rol específico en el cuidado del enfermo, y se señaló que el quehacer de la enfermera, junto al médico y al químico farmacéutico, conforman la tríada básica en la atención en salud, considerando que es la enfermería la profesión que resulta la primera etapa en la atención de la demanda en salud de la población. Se hizo presente también que la enfermera colabora con el médico en el diagnóstico y tratamiento, entregando información oportuna y veraz, y velando por el cumplimiento de sus indicaciones, con el fin de que se obtenga la recuperación de la salud de los pacientes^(10, 11).

A partir de la normativa vigente, es posible observar que el legislador ha encargado en forma exclusiva a las enfermeras la "gestión del cuidado", función que no ha sido asignada legalmente a ningún otro profesional de la salud, comportándose entonces, como un acto propio entregado en exclusividad. No sucede lo mismo con las funciones de "ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico" y "el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente", que, si bien son propias de las enfermeras y exclusivas en su ámbito de actuación, son comunes a otras profesiones⁽¹⁰⁾. Son actos propios de una profesión aquellos que el ordenamiento jurídico positivo atribuye única y exclusivamente a una profesión determinada o que se encuentran reservados a una profesión reglamentada, por disposición de la ley; y sin perjuicio que tales actos puedan ser compartidos por una o más profesiones tituladas o con sus colaboradores⁽¹¹⁾. Esta precisión nos lleva a distinguir entre "actos propios" y "actos exclusivos"⁽¹²⁾. Conforme a esta concepción, la función "gestión del cuidado" constituye un acto propio entregado en exclusividad⁽¹³⁾.

De esta forma la profesión de enfermería en el ejercicio autónomo garantiza un cuidado integral, y desde el punto de vista ético del cuidado contribuye a desarrollar la responsabilidad de implementar estrategias de autorregulación de la conducta y de la actividad profesional⁽¹⁴⁾. La regulación en el código sanitario permite

que el rol tenga mayor claridad, visibilidad y reconocimiento⁽¹⁵⁾. La inclusión de la enfermería al Código Sanitario en 1997 marcó un hito fundamental en el reconocimiento y regulación del ejercicio profesional en Chile. Este estudio es relevante para la disciplina de enfermería, ya que permite develar las experiencias vividas por los enfermeros/as asistenciales durante este proceso de transición ético-legal. La comprensión profunda sobre las dimensiones subjetivas, intersubjetivas y motivacionales que influyen en el ejercicio de la profesión, contribuye a una mejor formación y preparación de los futuros enfermeros/as frente a los desafíos ético-legales que puedan enfrentar en su labor, y genera un espacio de reflexión que aporta a la práctica profesional, especialmente en áreas de la ética y legalidad. La investigación, al estar basada en un enfoque fenomenológico, aporta una visión rica y detallada de la vivencia de los profesionales, enfoque crucial para la toma de decisiones en el ámbito de la regulación del ejercicio profesional de la enfermería, especialmente en lo que respecta a su dimensión ética y legal.

El objetivo de la presente investigación fue develar la experiencia de enfermeras/os asistenciales, durante la transición ético-legal en el ejercicio de la profesión en Chile, referente a la inclusión de enfermería al Código Sanitario en 1997.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo, descriptivo, de corte fenomenológico en base a la Teoría del Significado de Schütz⁽¹⁶⁾. El estudio se ejecutó en el mes de diciembre de 2024 y el proceso de análisis se llevó a cabo el mes siguiente.

La selección de las y los participantes se realizó mediante selección por conveniencia y bola de nieve. Fueron criterios de Inclusión: Profesional con título de enfermera(o), que en 1997 se encontrara ejerciendo por al menos 3 años como enfermera(o) asistencial; estos datos fueron verificados por medio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. La muestra final estuvo conformada por 7 enfermeras y 1 enfermero, provenientes de las ciudades de Santiago, Temuco y Osorno. Solo 1

participante masculino se negó a participar del estudio, argumentando falta de tiempo.

El acercamiento a los participantes se realizó por intermedio de una de las integrantes del equipo de investigación, quien se contactó con potenciales participantes y se les explicó el objetivo del estudio. Una vez confirmada su participación, la recolección de datos se realizó por medio de entrevista en profundidad, la cual fue elaborada por el equipo de investigación y revisada por un investigador externo al estudio, con experiencia en investigaciones de similares metodologías. Las entrevistas se realizaron a través de las plataformas virtuales Zoom, Google Meet y Microsoft Teams por dos de los investigadores en horarios definidos y acordados con los participantes. Se aplicó una sesión única, la cual fue grabada en registro de audio y posteriormente se transcribió digitalmente para continuar con el proceso de análisis. Para asegurar la confidencialidad de los participantes, se asignaron códigos individuales a cada entrevistado según el orden de participación en el estudio. El tiempo de duración promedio fue de 25-35 min aproximadamente. Se realizaron un total de 8 entrevistas, con las cuales se logró la saturación teórica, cuando los datos aportados se volvieron repetitivos y no se aportó nueva información.

En el análisis de los datos, de acuerdo con la fenomenología de Schütz, se articularon los conceptos de intencionalidad, intersubjetividad, acciones humanas, relaciones sociales, expectativas, y otros que pueden lograr, para una mejor comprensión del mundo social de los profesionales de enfermería⁽¹⁶⁾. En el proceso de explicitación no se utilizaron softwares, y se siguieron los pasos que plantean algunos autores fenomenológicos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, donde se cumplieron 5 fases: 1) *Bracketing* y reducción fenomenológica: correspondió a la apertura deliberada por parte de los investigadores al fenómeno, en el sentido de no permitir que los significados e interpretaciones o conceptos teóricos del investigador entren en el mundo único del entrevistado⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Para lograr esta apertura, los investigadores adoptaron una postura reflexiva ante los discursos de los participantes. Los investigadores escucharon

repetidamente la grabación de audio de cada entrevista para familiarizarse con las palabras del entrevistado a fin de desarrollar un sentido holístico. 2) Delineación de unidades de significado: Se continuó con la explicación de los datos, en la cual se extrajeron aquellas afirmaciones que parecían iluminar el fenómeno investigado⁽¹⁹⁾. En esta etapa se transcribieron las entrevistas a texto, posteriormente se examinó cuidadosamente la lista de unidades de significado relevantes extraídas y se eliminaron las unidades redundantes. Los investigadores consideraron el contenido literal, el número de veces que se mencionó y expresó un significado. 3) Agrupación de unidades de significado para formar temas: Con la lista de unidades de significado, se volvió a poner entre paréntesis sus presupuestos para permanecer fiel al fenómeno. Al examinar rigurosamente la lista de unidades de significado, se trató de obtener la esencia del significado de las unidades dentro del contexto holístico. Así, los grupos de temas se formaron agrupando e identificando unidades de significado⁽¹⁹⁾. 4) Resumir cada entrevista, validarla y en su caso modificarla: Para verificar la validez un integrante del equipo se contactó nuevamente con algunos de los entrevistados, para determinar si la esencia de la entrevista había sido captada correctamente⁽²⁰⁾. En esta etapa no se realizaron modificaciones a los datos obtenidos. 5) Extraer temas generales y únicos de todas las entrevistas y hacer un resumen compuesto: En esta etapa se buscaron los temas comunes a la mayoría o todas las entrevistas, así como las variaciones individuales⁽²⁰⁾.

Criterios de rigor y calidad: Para garantizar la confiabilidad de los datos, se siguieron los criterios de rigor de Lincoln y Guba⁽²¹⁾. La credibilidad se resguardó al triangular los datos por los investigadores y por participantes, al hacer devolución de los resultados para validar sus experiencias. La confiabilidad se garantizó al realizar una transcripción textual de las entrevistas y al realizar una descripción detallada del proceso de selección de participantes, recolección y análisis de datos para permitir a

otros investigadores reproducir el estudio. El equipo de investigación estuvo conformado por 4 enfermeros con experiencia en metodologías cualitativas; 2 de ellos contaban con grado académico de doctor y 2 con grado de magíster. La transferibilidad se resguardó al utilizar criterios de inclusión y detalles del periodo histórico en que experimentaron el fenómeno las participantes del estudio.

Aspectos Éticos del Estudio: La investigación se adhirió a los siete criterios propuestos por Ezequiel Emanuel para la ética en la investigación científica⁽²²⁾ y contó con la aprobación del Comité de Ética Científica de la Universidad Santo Tomás, bajo el código 252-MZS.

RESULTADOS

Características de los profesionales de enfermería participantes: Los sujetos de estudio correspondieron a ocho enfermeros(as); siete mujeres y un hombre, con formación profesional de 9 semestres, provenientes de escuelas de enfermería chilenas. Las edades para el año 1997, promediaban 36 años con 14 años promedio de ejercicio laboral. Las enfermeras se encontraban desempeñando funciones profesionales en las ciudades de Santiago, Temuco y Osorno.

Sus labores profesionales se desarrollaban en servicios clínicos como Unidad de Cardiocirugía, Pabellón/Esterilización, Hospitalización, Médico-Quirúrgica, Oncología y Departamento de Atención Primaria. Cinco se desempeñaban en el área privada y tres en el área pública. Respecto a la sindicalización de los enfermeros (as), sólo uno declaró pertenecer en esa época tanto al Colegio de Enfermeras de Chile, como a la Federación de Profesionales de los Servicios de Salud (FENPRUSS).

Dimensiones y subdimensiones según la fenomenología social de Alfred Schütz⁽¹⁶⁾

(Tabla 1): Según las dimensiones subjetiva, intersubjetiva y motivación, emergieron 8 subdimensiones. De la dimensión subjetiva se identificaron seis subdimensiones de análisis:

Tabla 1. Descripción de dimensiones y subdimensiones emergidas de enfermeras(os), según Teoría del significado de Alfred Schütz⁽¹⁶⁾.

Dimensión	Subdimensiones
Subjetiva	"Construcción personal de significados y experiencias a partir de la percepción individual de la realidad, influenciada por la historia y las perspectivas de cada sujeto".
Intersubjetiva	"Proceso mediante el cual los individuos, a través de la interacción social, comparten y negocian significados y comprensiones comunes de la realidad, reconociendo las subjetividades de los demás".
Motivación	"Impulsos y razones que orientan la acción humana, basadas en las interpretaciones subjetivas de la realidad y en las influencias sociales y culturales compartidas".

Autonomía en el rol profesional: Refleja cómo los participantes perciben el fenómeno como una oportunidad para promover su autonomía en la práctica profesional, apoyados en un marco legal que reconoce su labor como una profesión independiente:

"...Tuvo repercusiones a nivel laboral porque partiendo de la base que tu separas el cuidado, que es lo nuestro, del curar... y cambió el modelo biomédico... y la enfermera, tuvo más o menos el paralelo al área médica, entonces ya no dependió..." (Sujeto 1).

Actividad profesional previa a la incorporación al Código Sanitario: Aborda cómo los profesionales de Enfermería proporcionaban cuidados a los usuarios en un contexto donde aún no existía un reconocimiento formal de la profesión dentro del marco legal. A pesar de la ausencia de una normativa que definiera la práctica profesional y de una falta de conciencia sobre la necesidad de dicho reconocimiento legal, los cuidados brindados eran altamente competentes y eficientes:

"...Para mí la atención directa era lo importante,

entonces yo estaba haciendo gestión del cuidado, sin saber y sin tener conocimiento... ¡Claro que sí!... esto se hacía hace muchos años..." (Sujeto 6).

Respaldo legal a la profesión: Se refiere a la percepción de los participantes del estudio sobre la protección jurídica en el ejercicio de su rol profesional tras la incorporación de la Enfermería en el Código Sanitario. Las enfermeras reconocen este hecho como un hito clave, ya que les proporcionó un marco legal que garantiza la protección de su práctica profesional:

"...Porque el hecho que uno esté en el Código le da muchas más herramientas para hacer su trabajo mejor y también para tener apoyo en el caso de que tengas algún problema de tipo legal..." (Sujeto 2).

Segregación percibida por el sector privado: Esta subdimensión alude a cómo los entrevistados que se desempeñaban en funciones clínicas dentro del ámbito privado, durante el hito en cuestión, percibieron este evento como un proceso que

fue comunicado y difundido exclusivamente en los servicios sanitarios públicos. En sus discursos, los enfermeros expresan que el reconocimiento legal de la profesión no tuvo un impacto significativo en su práctica dentro del sector privado, a diferencia de lo que ocurrió en el sector público:

“...Yo no podría decir que es un hito que tiene un antes y un después en relación al Código Sanitario en el hacer de enfermería, por lo menos en el área en que nosotros trabajábamos, que era el área privada, a lo mejor tuvo importancia en el ámbito público...” (Sujeto 3).

“...Para nosotros que trabajamos aquí en el sector privado, nos enteramos por otras personas de modo general, como una conversación, pero nada que pudiéramos nosotros en algún momento festejar o profundizar...” (Sujeto 4).

Emocionalidad individual: Aborda la capacidad de los sujetos para sentir, experimentar y expresar emociones como consecuencia de la inclusión de la Enfermería en el Código Sanitario. En particular, expresan sentimientos de optimismo, orgullo y esperanza, evidenciando una percepción positiva respecto a la incorporación de su profesión en el marco legal. Estos sentimientos subrayan la importancia emocional del reconocimiento formal de su labor y el impacto positivo que ha tenido en su sentido de identidad y en la valoración de su rol profesional:

“...Pero una emoción fue sentirme muy contenta, dije yo “por fin hay luces de cambio” y a través del tiempo yo diría que más he corroborado de que sí es verdad, de que no es un cuento, una fábula, si no que sí es verdad...” (Sujeto 1).

“...Esperanza... esperanzada de que el hecho de que se haya puesto el foco en la gestión del cuidado pudiera esto, no con la esperanza que sea inmediato... diera paso a que cambiáramos más la conducta y nos diera paso como profesionales...” (Sujeto 4).

Comprender el fenómeno en retrospectiva: Hace referencia a las circunstancias en la que los sujetos de estudio lograron tomar conciencia del hito. Al reflexionar y comprender el fenómeno en retrospectiva, los participantes lograron valorar su relevancia para el desarrollo de la profesión.

Sin embargo, las enfermeras expresan que la información sobre el evento les llegó de manera tardía y desfasada, lo que sugiere una laguna en la comunicación y el acceso a la información en la época:

“...He tenido la oportunidad de conversar con gente del Colegio de Enfermeras que ellos si le daban mayor realce, luego trabajando en la academia, también pude ver el realce, verlo tardíamente, que, si era un hito, pero viéndolo retrospectivamente, no en el minuto...” (Sujeto 5).

En la dimensión intersubjetiva se identificó 1 subdimensión: **Emocionalidad compartida**, que hace referencia a que las enfermeras participantes manifiestan colectivamente su capacidad de sentir, experimentar o expresar emociones compartidas a causa de la incorporación de la profesión al Código Sanitario; generando la instancia de poder observar entre sí, las diferentes manifestaciones emocionales grupalmente:

“...Compartimos nosotros nuestra forma de ver, como veíamos la enfermería, y también un poco las emociones, porque igual es una cosa que traspasa lo intelectual, también por la emoción, compartimos con las chiquillas del grupo y realmente también sabíamos lo que estaba pasando en la red...” (Sujeto 2).

En la dimensión Motivación también emergió la subdimensión **Integración de nuevas competencias en el rol profesional**: Los/as participantes percibieron un mayor desarrollo en la adquisición de competencias y habilidades profesionales, particularmente en la incorporación de elementos de gestión en su práctica diaria. Los participantes identificaron esta integración como un avance significativo en su formación y desempeño profesional, evidenciando un enriquecimiento de sus habilidades en el contexto de la gestión:

“...Entonces ya de repente pasar de una dependencia diferente, donde se introdujeron también elementos para enfermería, que eran elementos de gestión, se introdujeron muchos elementos de gestión de la enfermería, que antes no eran... antes era como muy técnico, muy de hacer, muy enfocado a la tarea, pero esto cambió y de repente se transformó en un hacer mucho más integral...” (Sujeto 5).

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo develar la experiencia de enfermeras(os) asistenciales durante la transición ético-legal en el ejercicio de la profesión en Chile, referente a la inclusión de enfermería al Código Sanitario en 1997.

Desde esta mirada regulatoria, un estudio que buscó explorar las formaciones y cualificaciones laborales requeridas por la profesión en enfermeras noruegas evidenció cómo la autonomía del rol profesional se encuentra profundamente relacionada con la autoridad para brindar una atención integral al paciente. En este contexto, la facultad de tomar decisiones en la relación con el paciente y sus familiares cercanos, así como la libertad para emitir juicios, tomar decisiones y actuar clínicamente, son elementos clave que vinculan la autonomía al ejercicio de la práctica enfermera⁽²³⁾. Estas facetas de autonomía están directamente vinculadas al reconocimiento del rol de enfermería como profesional independiente, algo que se refleja claramente en el discurso de los participantes del estudio.

Dentro de las dimensiones subjetivas identificadas en el análisis, se destaca la subdimensión “Autonomía en el rol profesional”, que resalta cómo las enfermeras perciben este fenómeno como una oportunidad para fortalecer su autonomía dentro de la práctica profesional y que ha permitido la evolución del rol hacia un modelo más autónomo. En este sentido, la incorporación de la enfermería en el Código Sanitario fue vista como un hito significativo en 1997, percibido por las enfermeras como una acción de responsabilidad legal y regulación, lo que les otorgó un mayor amparo legal. Este fenómeno tiene similitudes con los procesos de regulación legal de la profesión que se vivieron en diversos países de América Latina. Por ejemplo, Brasil fue el primero en instaurar una normativa legal para el ejercicio de la enfermería en 1955, seguido por Argentina en 1991⁽²⁴⁾. Sin embargo, lo que experimentaron las enfermeras chilenas y de otros países de América Latina fue diferente al proceso regulatorio de países de altos ingresos donde la evolución de la regulación sanitaria de las enfermeras tuvo características distintas. En Estados Unidos y Canadá, la regulación es de carácter provincial: fragmentada en el primero

y más flexible en el segundo. Australia, por el contrario, implementó un sistema nacional unificado en 2010, mientras que el Reino Unido regula principalmente mediante la protección de títulos y estándares de competencia, con un enfoque menos restrictivo respecto de las tareas específicas asignadas a la profesión⁽²⁵⁾.

El proceso ocurrido en Chile en 1997 marcó un hito para la enfermería chilena, simbolizando vientos de cambio. Desde entonces, los profesionales de enfermería han luchado activamente por posicionar y visibilizar su disciplina, con el objetivo de recuperar su autonomía profesional⁽²⁶⁾. Este hecho se consolidó como un hito político clave para el reconocimiento legal de la enfermería como profesión, tal como lo expresan y manifiestan las participantes del estudio.

Según los testimonios de las enfermeras, este reconocimiento de su rol social fue un acto de protección jurídica por parte del legislador, lo cual se refleja en la subdimensión titulada “Respaldo legal a la profesión”. En esta línea, una revisión de la literatura evidencia que las normativas vigentes en enfermería proporcionan un marco legal integral que protege al personal de enfermería en el ejercicio de sus funciones⁽²⁷⁾.

En contraste, aunque los participantes reconocieron que su incorporación al Código Sanitario vigente en la época favoreció la autonomía profesional al establecer a enfermería como una profesión independiente, algunos autores actuales sostienen que, debido a las preocupaciones gubernamentales sobre los recursos humanos en salud, se prevé un incremento en los controles sobre la regulación de enfermería. Esto podría resultar en una restricción de la autonomía profesional, buscando limitar su alcance práctico, controlar la movilidad de los trabajadores sanitarios y gestionar la distribución del personal de enfermería⁽²⁸⁾.

Desde una perspectiva histórica, la Constitución vigente desde 1980 redujo la autonomía de las enfermeras al descentralizar los servicios de salud, eliminando unidades de enfermería en los hospitales y reforzando la autoridad médica. Este cambio limitó tanto la capacidad de las enfermeras para tomar decisiones autónomas como su capacidad de

supervisar al personal⁽²⁶⁾. La experiencia subjetiva de las enfermeras se vio profundamente afectada por un contexto que despojaba a la profesión de su capacidad de autogobernarse, alterando la manera en que percibían y vivían su rol en el sistema de salud. Sin embargo, al aplicar la perspectiva de Alfred Schütz^(16, 29), es posible entender que, dentro de este “mundo social”, las enfermeras no solo se vieron limitadas por las condiciones impuestas externamente, sino que también, a través de sus interacciones y vivencias compartidas, construyeron un sentido de identidad profesional resiliente. A pesar de las restricciones, las enfermeras formaron una comprensión común de su rol y establecieron un sentido de solidaridad y pertenencia dentro de su “mundo social”, lo que les permitió enfrentar las adversidades del momento.

Este contexto desafiante ayuda a explicar los sentimientos positivos (tanto individuales como colectivos) que las enfermeras de la época expresaron ante la actualización del Código Sanitario, el cual permitió recuperar parte de las funciones sociales que se habían perdido y les dio la oportunidad de reencontrar una identidad profesional en medio de un panorama restrictivo. En este sentido, el “mundo social” compartido de las enfermeras no solo les permitió enfrentar los desafíos externos, sino también redefinir su práctica profesional, adaptándose a las nuevas realidades que surgieron con la actualización del código y la incorporación de la enfermería como una profesión más autónoma.

Este estudio ha demostrado cómo la actualización normativa permitió a las enfermeras chilenas recuperar en parte su rol profesional posterior a un contexto social y político restrictivo, otorgándoles una mayor protección legal y reconociéndolas como una profesión autónoma. Al integrar la teoría de Alfred Schütz⁽¹⁶⁾ sobre el “mundo social”, se puede comprender cómo, las enfermeras lograron formar una identidad profesional colectiva que les permitió resistir y redefinir su práctica. El fortalecimiento de la autonomía, el reconocimiento legal y el respaldo social fueron elementos clave que permitieron a las enfermeras adaptarse a los cambios y reivindicar su rol dentro del sistema de salud.

De cara al futuro, es crucial seguir explorando

cómo la regulación ética y legal impacta la autonomía y el desarrollo de la identidad profesional de las enfermeras. Investigaciones adicionales con muestras más diversas podrían arrojar una comprensión más profunda sobre los factores que facilitan o limitan la autonomía profesional en diferentes contextos históricos y geográficos, lo que permitirá diseñar políticas más efectivas para el fortalecimiento de la enfermería como una profesión autónoma y reconocida a nivel global.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos y a las dimensiones de análisis, se concluye que, la inclusión de enfermería en el código sanitario fue un evento que reforzó la percepción de autonomía en el ejercicio profesional del rol, lo que les permitió posicionarse de forma independiente dentro de un sistema sanitario en un contexto histórico específico.

Pese a que el cuidado ha sido proporcionado históricamente por las enfermeras, incluso, desde antes de la existencia del concepto en la regulación jurídica, el plasmar de forma explícita este rol social en la ley, les otorgó un respaldo legal que fortaleció su papel en la gestión del cuidado y en la toma de decisiones clínicas.

Este evento histórico en la regulación de la profesión generó una respuesta emocional positiva en los enfermeros, caracterizada por sentimientos de optimismo, orgullo y esperanza, no solo a nivel individual, sino que también a nivel grupal, lo que reforzó el sentido de identidad colectiva. Sin embargo, la toma de conciencia de su impacto en el ejercicio profesional fue concebido tardíamente por un grupo de enfermeras.

En consecuencia, la incorporación de la Enfermería al Código Sanitario fue un cambio relevante para la profesión, pero con impactos y percepciones diferenciadas según el contexto laboral y la accesibilidad a la información en la época.

En la actualidad, este Código legal continúa vigente, definiendo el rol profesional propio del enfermero, y evitando la dependencia médica en su accionar. Además, entrega la independencia

para la ejecución y supervisión de actividades que son propias de su quehacer profesional.

En este sentido, las enfermeras como grupo de mayor magnitud en el sistema de salud juegan un papel relevante en el ámbito legal, en el conocimiento sobre las leyes y en las diversas disposiciones legales que amparan el ejercicio del rol profesional y la acreditación de su actuación.

Este estudio, el primero en abordar la temática, plantea la necesidad de incentivar programas de educación en términos de derechos básicos, derechos de los pacientes, regulación, control y obligaciones legales de los profesionales de enfermería. Este conocimiento de las responsabilidades legales es parte integral de una función clínica en expansión. Se recomienda formar a las enfermeras en competencias legales de su rol, para relevar el rol de la enfermera como cuidadora y defensora de los pacientes.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Conflictos de intereses: Las autoras no declaran conflictos de intereses.

Agradecimientos: A las enfermeras participantes de este estudio por su contribución al tema de estudio.

Participación de los autores:

Gerak Aguilar-Valdivia: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Edgardo Álvarez-Muñoz: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Edith Rivas-Riveros: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, asesoría técnica y metodológica.

Catalina Sepúlveda-Rivas: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, asesoría técnica y metodológica.

REFERENCIAS

- Pan American Health Organization. The Strategic Importance of National Investment in Nursing Professionals in the Region of the Americas [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2022 [citado 25 ene 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55957/PAHOHSSHR220012_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Cassiani SH, Dias BM, Durães MD, Almeida BG, Palha PF, Ventura CA, et al. Regulation of Nursing Practices in the Region of the Americas: Final Report of the Forum on Nursing Practice Regulation in the Region of the Americas, March 15 and 16, 2023. Enferm Foco [Internet]. 2023 [citado 25 ene 2025]; 14(1): 1-20. Disponible en: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2022.v14.e-202301esp12>
- Cassiani SHDB, Lecorps K, Rojas Cañaveral LK, da Silva FAM, Fitzgerald J. Regulation of nursing practice in the Region of the Americas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 25 ene 2025]; 44:1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.93>
- Choi S, Lee W. Optimizing the regulation of nursing in the Asian context: Development and application of a legal framework. Asian Nurs Res [Internet]. 2024 [citado 24 ene 2024]; 18(4): 341-347. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.09.004>
- Foro de Regulación de la Práctica de la Enfermería en la Región de las Américas. Informe final del Foro de Regulación de la Práctica de la Enfermería en la Región de las Américas, 15 y 16 de marzo de 2023. Enferm foco [Internet]. 2023 [citado 2025 mar 15]. Disponible en: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v14.e-202301ESP123>
- Ley 3385, de 22 mayo 1918, de la organización y dirección de los servicios sanitarios. Libro Primero [citado 27 ene 2025] Chile. Disponible en: <https://bcn.cl/Ox8hwB>
- Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2002 [citado 16 nov 2024]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Decreto con Fuerza de Ley 725, de 11 diciembre 1967. Código Sanitario [citado 15 nov 2024] Chile. Disponible en: <https://bcn.cl/24us4>
- Ley N° 19.536, que concede una bonificación extraordinaria para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica, en los establecimientos de los Servicios de Salud [citado 12 nov 2024] Chile. Disponible en: <https://bcn.cl/2fcsp>

10. Milos P, Larraín A. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. Aquichan [Internet]. 2015 [citado 14 may 2025]; 15(1): 141-153. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.13>.
11. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Resolución Exenta N° 1127. Aprueba Norma General administrativa N° 19, "Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada" [Internet]. Santiago; 2007 [citado 12 nov 2024]. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2017/11/Norma-tecnica-N°19.pdf>
12. Lloria-García P. El delito de intrusismo: bien jurídico y configuración del injusto [Internet]. Tesis Doctoral Universitat de Valencia; 2000. 944 p. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71030637.pdf>
13. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. Rev Medica Clin Condes [Internet]. 2018 [citado 15 dic 2024]; 29(3): 270-277. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcclc.2018.03.003>
14. Triviño-Vargas P, Barría RM. Nivel de autonomía de enfermeras en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena. Enferm univ [Internet]. 2016 [citado 15 dic 2024]; 13(4): 216-225. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.002>
15. Urrutia-Egaña MJ, Perucca-Gallegos D, Valdés-Martinic CF. Enfermera de Práctica Avanzada en Chile: identificando barreras y oportunidades para el ejercicio del rol. Enferm univ [Internet]. 2021 [citado 25 ene 2025]; 18(2): 128-137. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.952>
16. Schütz A. Fenomenología del Mundo Social: Introducción a la sociología comprensiva. Buenos Aires: Editorial Paidos; 1972.
17. Moustakas C. Phenomenological research methods. California: SAGE Publications; 1994.
18. Sadala ML, Adorno RD. Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty's thought. J Adv Nurs [Internet]. 2002 [citado 24 dic 2024]; 37(3): 282-293. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02071.x>
19. Creswell J, Poth C. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 4 ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2016.
20. Humberstone B, Prince H. Research methods in outdoor studies. London: Routledge; 2019.
21. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: SAGE Publications; 1985.
22. Lolas F, Quezada A. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas [Internet]. Santiago: OPS/OMS; 2003 [citado 19 mar 2025]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/dam/jcr:23b22d50-0a9b-48fa-975e-521ead5e7799/014-pautas.pdf>
23. Skår R. The meaning of autonomy in nursing practice. J Clin Nurs [Internet]. 2009 [citado 19 mar 2025]; 19: 2226-2234. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x>
24. Ruffinelli R, Hermosilla M. Asimetrías en normativas de enfermería en el Mercosur. Rev cient cienc soc [Internet]. 2023 [citado 25 ene 2025]; 5(2): 21-28. Disponible en: <https://doi.org/10.53732/rccsociales/05.02.2023.21>
25. Leslie K, Moore J, Robertson C, Bilton D, Hirschkorn K, Langelier MH, et al. Regulating health professional scopes of practice: comparing institutional arrangements and approaches in the US, Canada, Australia and the UK. Hum Resour Health [Internet]. 2021 [citado 25 ene 2025]; 19(1): 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00550-3>
26. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepovich-Bertoni J, Aguilera-Rojas P, Vilchez-Barboza V. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. Enferm Actual Costa Rica [Internet]. 2015 [citado 14 may 2025]; 1(29). Disponible en: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>
27. Nainggolan DM, Hakim AJ, Ismail D, Muhammad Amin M. The role of regulations in ensuring legal protection for nursing personnel. Pranata Huk [Internet]. 2024 [citado 26 mar 2025]; 19(2): 187-200. Disponible en: <https://doi.org/10.36448/pranatahukum.v19i2.360>
28. Duncan S, Thorne S, Rodney P. Evolving trends in nurse regulation: what are the policy impacts for nursing's social mandate? Nurs Inq [Internet]. 2014 [citado 18 mar 2025]; 22(1): 27-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nin.12087>
29. Tisott Z, Nasi C, Barroso T. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz para o cuidado em enfermagem na saúde mental. Rev Enf Ref [Internet]. 2023 [citado 26 ene 2025]; 6(2 Supl.1): 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.12707/rv21126>



Todos los contenidos de la revista **Ciencia y Enfermería** se publican bajo una [Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#) y pueden ser usados gratuitamente, dando los créditos a los autores y a la revista, como lo establece la licencia