

La Enfermería en Chile: entre la vanguardia disciplinar y el desafío de la equidad territorial

Hugo Juanillo-Maluenda

Autor de correspondencia: hjuanillo@udla.cl

Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-0292-433>

Karina Medero-Loyola

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0009-0000-5571-0980>

La enfermería ha recorrido un camino desde un quehacer meramente técnico a una disciplina autónoma y con base científica, lo que le ha merecido ser un pilar en los sistemas de salud (1). Este avance ha permitido, además de una especialización necesaria para los entornos hospitalarios, cumplir un rol social ante las complejidades sociales y sanitarias de un país heterogéneo como Chile (2). En la actualidad, la enfermería tiene un papel fundamental no sólo al brindar un cuidado técnico de excelencia, sino que proporcionarlo de forma humanizada e integral, asumiendo el desafío en acortar brechas de inequidad sanitaria que persisten en el país. Es así como su rol en los sistemas no solo responde a las demandas de las grandes urbes, sino también, debe contribuir con este reto en zonas rurales a partir de una gestión del cuidado digna, equitativa y con coherencia territorial.

En este sentido, el desarrollo de la enfermería como disciplina en Chile ha sido notable, en especial por la consolidación de una oferta de postgrado que no sólo aborda magíster y doctorados, sino que también especialidades que están siendo reconocidas por el Estado en la última década (3), lo que deja en el pasado el "hacer bien" por el "saber por qué hacerlo bien", denotando la importancia en la inversión educativa avanzada en enfermería (4). Este robustecimiento académico ha impulsado que la Enfermería de Práctica Avanzada adquiera un rol que promete reivindicar una gestión del cuidado altamente especializada al dotar al profesional de mayores competencias en la toma de decisiones clínicas y diagnósticas (5), herramientas clave que enfermería necesita para optimizar los recursos del sistema de salud chileno.

Por su parte, la Atención Primaria de la Salud constituye un ámbito en el que la enfermería chilena ha evidenciado un liderazgo sostenido en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. En dicho modelo, enfermería se ha consolidado como un gestor del bienestar comunitario, desempeñando un rol

clave en el control de las enfermedades crónicas, la promoción de estilos de vida saludables y la vigilancia epidemiológica (6,7).

De este modo, la enfermería comunitaria se configura como un nexo entre la institucionalidad, las comunidades y los hogares, evidenciando la capacidad de liderar procesos de cuidado innovadores, como los implementados durante la pandemia por COVID-19(8), tales como la teleenfermería para el seguimiento de pacientes. Estas estrategias dan cuenta de una reducción de la morbilidad en sectores vulnerables de países con economías emergentes (9); lo que exige un liderazgo que va más allá de lo administrativo: uno basado en la evidencia, que garantice intervenciones seguras, eficientes y replicables.

No obstante, este progreso no se distribuye de manera uniforme. En un país de geografía extensa y heterogénea como Chile, las inequidades sociales se profundizan especialmente en territorios alejados de los centros urbanos, como las zonas rurales (10). Esta disparidad territorial repercute directamente en inequidades en salud, dado que las áreas urbanizadas tienden a beneficiarse de un mejor acceso a la infraestructura, atención médica y servicios sociales (11,12). De este modo, mientras los centros urbanos concentran la tecnología y los recursos especializados, las zonas rurales padecen déficits estructurales de carácter permanente (13,14).

En estos escenarios, el profesional de enfermería suele ser el único referente de salud para poblaciones con mayores carencias (15), en las que el trabajo se torna loable en el ámbito comunitario, pero realizado en condiciones precarizadas y poco visibilizadas (16). De esta forma, los desafíos a los que se debe enfrentar la actual enfermería en estas adversidades van desde superar barreras como la falta de accesibilidad y equipamiento hasta sortear dificultades de traslado para personas con mayores requerimientos de cuidados de salud (4). En estos territorios, la enfermería debe tener las competencias necesarias para desplegar estrategias de atención creativas, innovadoras, de calidad y humanizadas, asumiendo un cuidado integral y humanizado.

La deuda del Estado con la salud en contextos rurales es una tarea pendiente no sólo en países en vías de desarrollo, sino que también en aquellos de altos ingresos (16), función que debe velar por priorizar la retención de la fuerza laboral en enfermería en esas áreas, asegurar la formación continua y mejorar los incentivos al cuerpo de enfermería (4). Un avance que merece ser destacado son las estrategias desplegadas en el país para brindar atención en línea a través de telemedicina sincrónica en los sectores rurales, con el propósito de contribuir a la reducción de brechas de acceso y mejorar la eficiencia del sistema (17). Sin

embargo, aunque esta iniciativa representa un progreso significativo, persiste la brecha en lo que respecta a las funciones propias de la profesión de enfermería.

En conclusión, la enfermería en Chile se encuentra en un punto de inflexión; en el que por un lado se ha consolidado como una disciplina académica de alto nivel y como un pilar insustituible de la atención primaria de salud (15), pero también con el deber ético ligado a la necesidad de robustecer su cuerpo de conocimiento y competencias a las nuevas necesidades de la población, su capacidad articuladora en el sistema de salud para denunciar y mitigar las brechas de equidad existentes en los sectores desposeídos de la sociedad, bogando hacia la instauración de políticas públicas que reconozcan el liderazgo de la enfermería y provean los recursos necesarios para garantizar un sistema de salud que responda a las necesidades actuales de la población independiente de su lugar de residencia.

FUENTE DE FINANCIAMIENTOS

Los autores manifiestan que el presente artículo no contó con financiamiento de ninguna fuente.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Los autores fueron responsables de la conceptualización del manuscrito, la redacción del borrador original y la revisión y edición de la versión final.

REFERENCIAS

1. Núñez Carrasco E. Los múltiples caminos que la historia de la enfermería chilena puede crear. En: Rivas E, editor. La historia de la enfermería en Chile. Temuco: Ediciones UFRO; 2019. p. 17-27.
2. Campillay M, Dubó Araya P. Reflexiones sobre el desarrollo del patrón de conocimiento ético de enfermería en Chile. En: Rivas E, editor. La historia de la enfermería en Chile. Temuco: Ediciones UFRO; 2019. p. 91-118.
3. Decreto N° 30. Modifica el Decreto Supremo N° 8, de 2013, de los Ministerios de Salud y Educación, que aprueba el reglamento de certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que las otorgan. Publicado en Diario Oficial de la República de Chile 17 de agosto de 2024.
4. International Council of Nurses. Nurses: A voice to lead. Invest in nursing and respect rights to secure global health [Internet]. Geneva; 2022. Disponible en: <https://www.icn.ch>
5. Ayala R, Pariseau-Legault P. Enfermería de práctica avanzada: praxis, políticas y profesión. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2021 [citado 30 de diciembre de 2025];20. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/27642>
6. Almeida PFD, Giovanella L, Schenkman S, Franco CM, Duarte PO, Houghton N, et al. Perspectives for primary health care public policy in South America. Ciênc Saúde Coletiva. 2024;29(7):e03792024.
7. Carrillo MJ, Saldías-Fernández MA, Rivera-Zúñiga T. Levels of preventive care provided by the healthcare system in Chile. Rev Diabet Stud. 2025;358-67.

8. Oliveira SC de, Costa DG de L, Cintra AM de A, Freitas MP de, Jordão C do N, Barros JFS, et al. Telenursing in COVID-19 times and maternal health: WhatsApp® as a support tool. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02893.
9. Ganapathy K, Ravindra A. Telenursing in an emerging economy: An overview. En: Kumar S, Snooks H, editores. *Telenursing*. Springer; 2011. p. 47-59.
10. Pérez R, Salazar A, Foster W, Osses P. El efecto de la distancia al mercado sobre la pobreza rural en la Región Metropolitana de Santiago. *EURE.* 2013;39(116):173-88.
11. Ha NM, Dang Le N, Trung-Kien P. The impact of urbanization on poverty reduction: An evidence from Vietnam. Tajani F, editor. *Cogent Econ Finance.* 2021;9(1):1918838.
12. Megbowon ET, Mukarumbwa P, Ojo OS, Ojeyinka TA. Does urbanization matter for poverty reduction in Nigeria: An empirical evidence from autoregressive distributed lag (ARDL) estimation. *Stud Univ „Vasile Goldis” Arad – Econ Ser.* 2023;33(3):1-20.
13. Adams J, Dickson-Swift V, Spelten E, Blackberry I, Wilson C, Yuen E. Mobile breast screening services in Australia: A qualitative exploration of perceptions and experiences among rural and remote women aged ≥75 years. *Aust J Rural Health.* 2024;32:1031-40.
14. Alshalalfah M, Pit SW, Bagade T, Hamiduzzaman K, Burrows J, Brown LJ. Access and utilisation of allied health services among community dwelling rural adults aged 50 years and older living with chronic conditions: A scoping review. *Age Ageing.* 2025;54(5):afaf123.
15. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(supl 1):704-9.
16. MacLeod MLP, Stewart NJ, Kulig JC, Anguish P, Andrews ME, Banner D, et al. Nurses who work in rural and remote communities in Canada: A national survey. *Hum Resour Health.* 2017;15(1):34.
17. Gobierno de Chile. Presidente de la República, Gabriel Boric Font, en implementación de Salud Digital Rural en Coltauco [Internet]. Disponible en: <http://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=302267>