

# Salud y enfermería en Chile a 40 años de Alma Ata. Una mirada desde la salud pública

## **Autores:**

**María Elizabeth Guerra Zúñiga.** Enfermera. Doctora en Salud Pública. Profesora Auxiliar Depto. de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Email: maria.guerra@uv.cl

**Mitzi Letelier Valdivia.** Enfermera - Matrona. Magister en Gerontología Social. Docente Universidad Santo Tomás. Email: mitzivilv@gmail.com

## › Resumen

Esta reflexión tiene como propósito analizar la profesión de enfermería en el desarrollo de sus actividades en la atención primaria de salud a 40 años de Alma Ata. El devenir de la enfermería profesional ha supuesto un desarrollo disciplinar y práctico como pilares de la profesión. Gran parte del rol enfermero cotidiano comprende la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, actividades clave dentro de la atención primaria de la salud. En Chile, a 40 años de Alma Ata, la distribución de la fuerza laboral de enfermeras y enfermeros es inequitativa y, por tanto, aquellos lugares con menos profesionales de enfermería son espacios geográficos desatendidos y vulnerados en la posibilidad de cuidados de calidad-esto es, seguros, integrales y oportunos. Los grupos poblacionales más vulnerados socialmente tienen en ese espacio, a veces, la única fuente de oportunidades y acceso a prestaciones de salud. Los procesos de globalización, el cambio climático, desplazamientos humanos y la movilidad de pueblos han tensionado la convivencia entre personas con diferentes culturas. La atención profesional de enfermería debe estar actualizada a la epidemiología y a la determinación social de la enfermedad. Debe ser pertinente interculturalmente. No es posible conformarse con asegurar el acceso, además debe ocuparse del proceso de atención- cuestionarse bajo que paradigmas y creencias se valoran las decisiones en salud-enfermedad-atención de personas con cosmovisiones diferentes a las nuestras en nuestras intervenciones.

› **Palabras clave:** Enfermería, Atención primaria de salud, Salud pública (DeCS).

# Health and nursering in Chile 40 years of Alma Ata. A public health perspective

## › Abstract

This reflection is aimed to analyze the development of professional nursing activities in primary care, 40 years since Alma Ata. The evolution of professional nursing has involved curricular and practical developments as foundations of the profession. Key elements in primary care, such as health promotion and disease prevention are core elements of the daily nursing practice. In Chile, after 40 years of Alma Ata, nursing workforce is inequitably distributed. Hence, those places with less professional nurses correspond to geographical areas with unattended needs and less opportunities to obtain quality services in terms of safe, comprehensive and timely care. That space is, sometimes, the only source of health care that socially vulnerable groups of the population can access. Globalization processes, climate change, human displacement and migration have tensioned the coexistence between different cultures. Professional nursing must be updated with respect to epidemiology and social determinants of the illness. It must also be inter-culturally relevant. Ensuring access is not enough. It must address care processes too. It is necessary to question the paradigms and beliefs we use to assess the decisions in health-disease-care of people with cosmovisions that are different from ours.

› **Key Word:** Nursing, Primary care services, Public health (DeCS).

## › Introducción

El devenir de la enfermería profesional ha supuesto un desarrollo disciplinar y práctico como pilares de la profesión. El transcurso de las décadas y el fuerte trabajo de nuestros y nuestras colegas han develado la importancia del ejercicio profesional de enfermería para recobrase de una enfermedad, mantener la salud o cuando ya no es posible revertir un cuadro clínico, morir provista de cuidados que dignifican al ser humano y su familia.

Enfermería posee como parte de su esencia criterios para la resolución de problemas de manera autónoma, sin embargo, sabemos que los problemas de salud-enfermedad-atención son complejos y por tanto el abordaje de los mismos es diverso, multidisciplinario y transdisciplinario.

Gran parte del rol enfermero cotidiano comprende la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Es imposible concebir un alta de

enfermería sin ocuparse de que las personas conozcan y comprendan las indicaciones para el periodo de convalecencia. En la atención primaria de salud sucede lo mismo, a pesar de que allí no se dan altas comúnmente, exceptuando por ejemplo: el control de niños y niñas sanos(as), la interacción de enfermeros y enfermeras con las personas es constante, abarca a todos y todas durante el ciclo vital individual y familiar e integra actividades colectivas en ámbito de la salud comunitaria.

Considerando los aspectos relatados, el objetivo del presente ejercicio reflexivo, es poner en tensión aspectos de la profesión de enfermería en el desarrollo de sus actividades en la atención primaria de salud a 40 años de Alma Ata, convención mundial sobre la cual emergieron los cimientos del primer nivel de atención de salud.

### Enfermería y Salud Pública

A finales del siglo XIX, Chile no sólo se encaminaba a cumplir su primer centenario como República, también se coronaba como uno de los países con mayor tasa de mortalidad general del mundo (ver Tabla 1) (1), letales brotes epidémicos de

**TABLA 1.** TASAS DE MORTALIDAD GENERAL DE 1894 DE ALGUNAS CIUDADES MÁS IMPORTANTES DEL MUNDO

Ciudades	Población	Tasas *1000 hab.
Londres	4.349.166	17,7
París	2.424.703	20,2
Dublín	349.594	24,7
Liverpool	507.230	23,8
Hamburgo	594. 200	18,1
Turín	335.111	18,8
Buenos Aires	603.012	22,0
Santiago de Chile	290.000	46,1

Fuente: La mortalidad urbana en Chile. Discurso leído en la sesión de apertura del. Congreso Científico General Chileno, celebrado en Concepción, el 23 de febrero de 1886.

de cólera y viruela a la orden del día y una deplorable situación sanitaria de viviendas y sus ciudades (2), contribuía a este panorama.

El Estado, ausente en términos de dar soporte en salud a su población dejaba en manos de la caridad, filantropía y la iglesia la responsabilidad para hacerse cargo en estos temas en los ciudadanos. La situación obrera era también tremendamente desgarradora. No es casualidad el surgimiento de las Sociedades de Socorros Mutuos como espacio que “pretendían liberar al pueblo del desprecio” en voz de María Angélica Illanes (3).

En este ambiente poco alentador en términos institucionales y sanitarios del país, emerge el primer curso formal de enfermería impartido en Chile en 1902 (4) y para 1906, se funda la primera escuela de enfermería y Sudamérica bajo el nombre de Escuela de Enfermeras del Estado.

En este escenario el proceso de profesionalización de Enfermería en Chile estuvo marcado por algunos hitos de importancia que fomentan la formación universitaria tales como: la creación de la Escuela de Enfermeras Sanitarias en el año 1927 (4), hecho que permite a la colectividad explorar nuevas tendencias y orientarse hacia actividades de fomento y protección de la salud.

Para esa fecha también, algo se había avanzado desde el Estado para asistir en virtud de necesidades sanitarias, las enfermedades infectocontagiosas -las pestes- lograron asustar a las autoridades de aquel entonces, viéndose en la obligación de actuar y hacer reformas. Las vacunas y la pertinencia de su obligatoriedad eran un debate de la época (5) ¿les parece conocido el tema?

El año 1924 es año clivaje. La creación de la Caja del Seguro Obrero se convirtió en un protoprecursor de una seguridad social en el país, dando albergue a los temas sanitarios:

*“...el Seguro hace llegar el médico al hogar pobre en el momento oportuno, subsanando el inconveniente actual de que los pacientes esperen encontrarse gravemente afectados antes de recurrir a él. En esta forma será fácil evitar el desarrollo de la tuberculosis, la sífilis y despistar, a tiempo, cualquiera afección' susceptible' de ser combatida con procedimientos modernos, como sueros y vacunas, que sólo son eficaces en los primeros períodos de la enfermedad. En seguida, la atención de la asegurada y el recién nacido se hace con especial dedicación, exigiendo que la futura madre repose las últimas semanas del embarazo y las primeras del puerperio, asistiéndola con un personal idóneo en las maternidades o en sus hogares, y por fin, vigilando al niño con la administración de la alimentación, artificial cuando no es posible la natural”(6).*

Hacia 1929 surge la enfermería como carrera universitaria, teniendo que rendir bachillerato en humanidades para su ingreso y para 1944, por primera vez en la historia del país, la dirección en la formación profesional pasa a estar en manos de enfermeras y no de médicos (4).

Mientras en Chile se daban los primeros pasos universitarios de esta carrera, el desarrollo disciplinar, esto es, el campo propio de conocimientos de la profesión enfermera/o comenzó a ser relevado en la literatura aunque muchas décadas posteriores.

El desarrollo disciplinar debió esperar varias décadas, pues recién en 1981 la Universidad de Talca comienza a impartir la Licenciatura en Enfermería a la carrera de Enfermería-Obstetricia y fue lento el proceso hasta lograr que las 14 Escuelas de Enfermería, existentes en aquella época, contarán con el grado académico de Licenciados en Enfermería. Para dicho logro es fundamental la ayuda del Colegio de Enfermeras y de la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería (4).

Alcanzar el nivel de licenciatura a nivel académico supone a la profesión de enfermería, adquirir nuevos aprendizajes que le permitirán adentrarse en el área de la investigación e integrar a la formación de las nuevas generaciones, académicos con grado de magíster y/o doctorado en un momento propicio pues Enfermería, a nivel mundial, como ciencia aplicada ya había dado pasos importantes como disciplina al generar una base sólida de conocimiento epistemológico con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE, 1960) (4) como metodología y una variedad de modelos y teorías de Enfermería que siguen aumentando en variedad y número hasta la actualidad.

### ¿Es importante la atención primaria de salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) le confiere a la Atención Primaria (APS) la connotación de ser el “núcleo” de los Sistemas de Salud de los países (7) y como espacio central del andamiaje sanitario amerita ser relevado por los estados y sus políticas públicas en salud.

Como bien conocemos, los niveles de atención de salud se distinguen entre otros, según niveles de complejidad de la atención que prestan y por ende el volumen de población que abarcan. El nivel de atención primaria se caracteriza por dar respuesta sanitaria a un gran número de sujetos (cobertura alta) en situaciones de baja complejidad.

En teoría, los temas de salud-enfermedad-atención que aborda la atención primaria son más sencillos que los que resuelven los niveles secundarios y terciarios, sin embargo, surge la pregunta ¿qué tan sencillo es brindar atención de salud a sujetos y familias que forman parte de los quintiles más empobrecidos del país y que se correlacionan además con ser las personas con menos escolaridad y peores empleos? Pensemos por ejemplo en las primeras causas de morbilidad en Chile, liderados por lejos

por las enfermedades crónicas no transmisibles (8). ¿Qué tan sencillo es plantearse metas en salud en los equipos de Centros de Salud Familiares (CESFAM) o Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) para mejorar un régimen alimentario, de actividad física e higiene del sueño a un sujeto con diabetes tipo 2 que tiene escasos recursos económicos para vivir?

Al retomar la trascendencia del núcleo de los sistemas de salud, no hay duda de los alcances que estos tiene en la vida de los sujetos. La OMS posiciona a la APS en un lugar muy relevante, sin embargo, en Chile, en voz de una reciente publicación, el eje de su sistema está en el ámbito hospitalario, con al menos tres consecuencias:

- 1) sobrecarga de interconsultas por falta de resolutivez a nivel primario,
- 2) sobrecarga en la atención de los servicios de urgencia
- 3) una fragmentación de la atención a las personas dada la poca integralidad del sistema (9).

La atención primaria es, como ya es sabido, la puerta de entrada al sistema de salud de nuestro país la cual está integrada por: estaciones médico rurales, postas rurales, CESFAM y CESCOF, gran parte administrada a merced de los muchos o escasos recursos que posee la entidad del estado que las administra, esto es, los municipios. A su haber, en Chile existen más de 340 comunas, con lo cual, la realidad vivida de la atención primaria tiene a lo menos 340 versiones.

Respecto a profesionales enfermeros/as por 10.000 habitantes en el país, es posible afirmar que entre los años 2000 y 2010 la cifra ha aumentado olímpicamente de 9,10 a 24,25 profesionales (10). Sin embargo, si se desglosa esta cifra por seguro de salud, por cada 10.000 beneficiarios del

seguro público de salud (FONASA) hay 2,9 enfermeros/as. Esta cifra como todo buen promedio, esconde valores extremos y así las regiones con menos dotación que el promedio nacional de profesionales de enfermería son: la región metropolitana con 2,4 enfermeros por 10.000 beneficiarios, la región de O'Higgins con 2,5, Araucanía 2,7 y la región de Valparaíso con 2,8 profesionales enfermeros por cada 10.000 beneficiarios de FONASA. Con una realidad más benevolente que el promedio nacional se destaca: Magallanes con 5,5, Tarapacá con 3,9 y Arica con 3,8 enfermeros y enfermeras por cada 10.000 beneficiarios FONASA (9).

Como se puede observar, la contienda de la atención primaria es desigual, sin embargo, para quienes han desarrollado parte de la vida profesional en este espacio, es un impulso más para hacerle frente a las inequidades que vive nuestro país de manera grosera, insultante.

Lo anterior no es único ni privativo de este país y de esta época. Hace 40 años, entre el 6 y 12 de octubre de 1978 en Alma Ata, Kazajistán, la OMS en Conjunto con la UNICEF organizó una conferencia Mundial, la cual ha trascendido hasta nuestros días por los objetivos y retos que planteaba para el mundo y el acceso a la salud para todos (11). Trazó lo que el escritor, periodista y por sobre todo pensador uruguayo Eduardo Galeano llamaría "una utopía". Lo que nos mueve a avanzar hacia el horizonte de la salud donde todos y todas estemos incluidos.

En esta conferencia, se sentaron las bases de los que hoy conocemos como atención primaria de salud: una asistencia sanitaria básica, promoción y rehabilitación de la salud, las bases científicas de las acciones, la participación de la comunidad en la planificación de la salud y la atención primaria como núcleo del sistema de salud y pilar del desarrollo social y económico.

Debemos, sin embargo, ser justos con la historia. "En estricto rigor, la idea de un servicio básico a nivel local no había sido ignorada por la Organización Mundial de la Salud. Haciendo eco del trabajo que la Liga de las Nacionales había impulsado en la década de 1930, se ha señalado que el año 1953 un comité de expertos en administración en salubridad propuso un modelo de servicios básicos en salud, que incluyó la salud materno.-infantil, control de enfermedades transmisibles, sanidad ambiental, registros estadísticos, educación sanitaria para la población, enfermería sanitaria y asistencia médica, todo lo cual dependía de las necesidades el área y del acceso a los grandes hospitales. Durante la década de los 60, las principales instituciones internacionales de la salud demostraron poco interés por intervenir en el diseño de redes de servicios básicos y decidieron concentrar los recursos en la financiación de hospitales que a juicio de contemporáneos eran monumentos a los avances tecnológicos de la medicina"(12).

Pese a que en la época había cierto consenso respecto de que la salud era un elemento clave para el desarrollo de la humanidad, hubo grupos que abogaban por orientar los recursos hacia hospitales y otros hacia la atención primaria. No obstante esto, se desarrolló la conferencia en Alma Ata con casi 3.000 delegados (12). A pesar de este gran encuentro, no hubo un gran acuerdo para definir lo que es la atención primaria, sin embargo, tal como quedó establecido en sus conclusiones, la falta de acuerdo alentó a las regiones para que ellas mismas buscaran, debatieran y definieran el concepto de APS basados en su realidad específica.

Chile por su parte, participa con una delegación de esta gran Conferencia, aunque, el país se encontraba en una situación política y social compleja, que todos ya sabemos:

*"Alma Ata en Chile tuvo escasa o nula influencia. Las ideas de quienes gobernaban no estaban en*

*sintonía con el corazón de la atención primaria de salud, esto es, la participación comunitaria y la relación horizontal con la comunidad sin embargo, no significó necesariamente que las ideas se diluyeran”(12).*

La atención primaria en Chile no murió, es más, se fortalece a medida que avanzamos en el proceso histórico. Para el año 2017, el presupuesto que el Ministerio de Salud destinó para la atención primaria ascendió a un 21%, equivalente a 1.524 miles de MM\$, considerablemente más generoso que lo que se asignaba el año 2005 con 280 miles de MM\$.

El per-cápita, principal fuente de financiación de la atención primaria también ha visto incrementado su monto, subiendo entre los años 2010 y 2017 un 19%, pasando de 2.324 pesos al gran monto de 5.396 pesos al año pasado (13). Los profesionales que trabajan en la atención primaria hacen maravillas con su exiguo presupuesto.

Chile es también parte del grupo selecto de naciones OCDE, sin embargo, del grupo, es el quinto país que menos gasta en APS, destinando solo el 11,4 % del gasto corriente total. Solo supera a Latvia que gasta el 10,6%, Turquía con un 10%, Hungría con un 9,5% y cayéndose de la lista Grecia, que destina solo el 7% del gasto corriente a la APS. Por la otra banda, Japón que destina el 24%, Bélgica el 25,5% y Alemania el 26,1% según cifras publicadas el año 2013 (13).

Pese a las cifras, la Atención Primaria es un eslabón preponderante dentro del sistema sanitario chileno, el cual necesita de profesionales de enfermería líderes, transformadores de sus espacios de incumbencia, propositivos y por sobre creativos en la administración de recursos materiales, económicos y humanos.

Cada incremento del 10% en la proporción de enfermeras y enfermeros con título de

licenciatura se asocia a una disminución del 7% en la mortalidad. Por otro lado, cada vez que se reduce un 10% la proporción de enfermera/enfermero está asociado a un incremento del 21% en las probabilidades de fallecer (14).

Enfermería es una profesión importante. Es sabido, está en cifras, está publicado y ha sido reconocido el trabajo realizado por enfermeras y enfermeros. Como desafío existen muchos, comenzando por la formación continua no solo de aspectos disciplinares porque no basta, es imperativo adentrarse, en la generación de evidencia científica cualitativa y cuantitativa para mejorar la toma de decisiones de la práctica de enfermería y la salud pública del país. Avanzar en la disminución de las brechas en salud vistas no solo desde la perspectiva del acceso a la atención médica sino también hacer visibles los riesgos que implica para el ser humano no contar con enfermeros y enfermeras en la cantidad adecuada, eso también es hablar de equidad en salud.

A 40 años de Alma Ata, se necesita un profesional enfermero y enfermera que sepa de la gestión del cuidado en Atención Primaria, pero en un mundo globalizado.

El promedio mundial de migrantes internacionales en el mundo alcanza el 3,2%. En Chile, gracias a la última entrega de información del Censo, sabemos que poco más del 4% de la población que vive en este país es de origen extranjero (15). Valparaíso sin ser la región con la mayor proporción de estos, se empina dentro de las cinco primeras, con la connotación, que a sus tierras han llegado después de la región Metropolitana, la mayor concentración de venezolanos y españoles según reporte 2017 de extranjería. Característica que la hace diferente a la migración de la capital y la de zonas fronterizas del país, caracterizadas por una mayor proporción de personas de origen andino.

La enfermería tiene aquí, en este tema una especial tarea. El desafío para desarrollar la competencia intercultural en cada una de las atenciones o servicios que presta a la población. Cuestionarse la práctica habitual que realiza a la luz de nuevos sujetos, con idiomas diferentes, acentos diferentes, formas de crianza, pautas de alimentación distintas, etc. ¿Se ha preguntado usted mismo o misma si todo lo que aprendió como norma cultural implícita en la cultura chilena, aplica de la misma forma para quienes no nacieron en este territorio?

Respecto del proceso de atención de salud entre equipos y migrantes, es posible afirmar que está intervenido por un desconocimiento del otro en tanto sujeto culturalmente diferente y por lo mismo, dentro del “orden administrativo” tan característico de la atención primaria, esto no es discutido con la suficiente fuerza en reuniones técnicas, por ejemplo la imposibilidad de aplicar pruebas estandarizadas de desarrollo psicomotor a niños y niñas provenientes de otros países, ya que algunos no entienden el idioma en que se les pregunta (niños haitianos). No está demás mencionar en este punto, que los estándares aplicados para la evaluación del desarrollo infantil en Chile corresponden a criterios validados en la década de los 70's. Con lo cual, no solo existe un problema de especificidad de los instrumentos, sino también de re-actualización de los mismos al nuevo contexto para chilenos y migrantes (16).

Cada grupo trae consigo una serie de códigos que están en relación con la cultura del lugar donde proceden, estas diferencias culturales se manifiestan primeramente en el lenguaje. Aquí no es menor el tipo de idioma de la mujer haitiana por ejemplo que habla creole o boliviana que habla quechua en contraposición del español de los equipos de salud. Esta es una gran barrera en los aspectos relacionales que algunos equipos de salud han logrado sortear contratando algunas horas de traductores, instaurando el programa

Babel (traductores en línea), etc. Sin embargo, estas no son iniciativas transversales que abarquen a la totalidad de las comunas y/o centros de atención de salud con mayor proporción de inmigrantes internacionales. En esta misma línea, aunque la gran proporción de personas migrantes hablan español, existen diferencias sutiles en el lenguaje que igualmente interfieren en los procesos de comunicación y en ocasiones cambian incluso el sentido a los mensajes, por ejemplo: dar una galleta en Colombia es golpear a alguien, entonces- el lenguaje actúa a modo de una barrera en el plano relacional dentro de este contexto materno infantil del Programa Chile Crece Contigo (CHCC) y población inmigrante (16).

Tomando en consideración lo anterior, es preciso llamar la atención hacia otra rama derivada de las diferencias del lenguaje entre migrantes y no migrantes. En este segundo punto se puntualiza lo que sucede con los instrumentos de medición estandarizados para evaluación de desarrollo psicomotor, como uno de los puntos claves para avanzar en el plano relacional de la salud y colectivos migrantes. Los actuales estándares utilizados para evaluar a niños y niñas dentro de país, fueron diseñados hace más de 40 años, Escala de Evaluación para el Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses (EEDP, 1974 primera edición) y hace más 30 años el Test de Desarrollo Psicomotor de 2-5 años (TEPSI, 1985 primera edición). Estas pautas han sido utilizadas sin grandes inconvenientes en las últimas décadas, no obstante, en virtud de los nuevos niños nacidos de madre inmigrante (chilenos) y niños y niñas provenientes de otros países, amerita que se cuestione la pertinencia de las mismas como instrumentos de tamizaje toda vez que estas, no fueron creadas ni validadas tomando en consideración los contextos culturales diversos. Esto es particularmente importante ya que dentro del territorio nacional existe y se desarrolla esta riqueza en los pueblos originarios y ahora se suman los niños y niñas inmigrantes o nacidos de mujer inmigrante.

Siguiendo con pautas de medición, el Sistema CHCC ha generado una serie de materiales para el apoyo al cuidado y la crianza de niños y niñas los que incluyen: pautas de apego, lactancia materna, alimentación, paternidad activa, uso de porta bebes, etc. habría que plantearse, a la luz de este contexto demográfico con migraciones internacionales, ¿son estas pautas válidas para ejercer la maternidad y paternidad para inmigrantes? La respuesta parece intuitiva y obvia, pero, no existe hoy en día un desarrollo de este ítem dentro de la ejecución del CHCC y es precisamente lo que atañe a los temas interculturales en salud, los que surgen como más deficientes en forma de habilidades, conocimientos, aptitudes y actitudes al interior del equipo de salud de APS y que solicita con mayor vehemencia. Y es que es en este nivel donde se convive en el espacio de salud con personas culturalmente diversas y estas necesidades se hacen sentir.

Cuestionarse al menos abrirá las puertas para buscar otros marcos interpretativos que ayuden a entender el comportamiento en salud-enfermedad-atención de migrantes internacionales.

Existe el desafío heredado de tantos otros profesionales que vieron en el trabajo con comunidades en sus propios territorios, una estrategia efectiva y duradera para la salud. En tiempos donde se convive con una ciudadanía cada vez más consciente de sus derechos y que los reclama, la enfermería debe replantearse actividades paternalistas o maternalistas (para estar a tono con la reivindicación feminista) y hacer partícipe de la comunidad en salud que tiene a su cargo dentro de su territorio, entendiendo por esto que, existe un potencial agente multiplicador de buenas prácticas en salud-enfermedad-atención en cada sujeto que atiende y familia donde interviene.

Tenemos además otro desafío, las enfermedades emergentes, olvidadas o desatendidas: chagas,

malaria, dengue parecen patologías de libros antiguos, sin embargo, el cambio climático las ha relevado y puesto muy de moda últimamente. ¿Sabemos que cuidados realizar desde la atención primaria frente a una comunidad afectada de malaria o dengue?

¿Sabía Ud. que la mayoría de las enfermedades desatendidas provienen del mundo animal? parece que se hace necesario incorporar a los equipos de atención en salud a médicos, pero médicos veterinarios quienes manejan con mayor integralidad la interfaz humano-animal-ambiente.

Probablemente quedan un sinnúmero de desafíos de la enfermería profesional a 40 años de Alma Ata, sin embargo, podemos sacar al menos dos ideas fuertes de esta reflexión, lo relevante del rol que desarrolla la enfermera o enfermero, cada quien en su área y que no se puede desistir de seguir trabajando con rigurosidad y excelencia para el acceso seguro, oportuno e integral al sistema de atención primaria.

## › Consideraciones finales

La enfermería profesional es sin lugar a dudas relevante para el devenir sanitario de todos y todas. Las cifras a nivel internacional dan cuenta de esta importancia.

La distribución de la fuerza laboral de enfermeras y enfermeros en el país es inequitativa, y por tanto, aquellos lugares con menos profesionales de enfermería son espacios geográficos desatendidos y vulnerados en la posibilidad de cuidados de calidad, esto es, seguros, integrales y oportunos.

El desempeño profesional de enfermeras y enfermeros es trascendental en la APS. Los grupos poblacionales más vulnerados socialmente tienen en ese espacio, a veces, la única fuente de

oportunidades en salud.

La profesión de enfermería es una téttrada que incluye la clínica, gestión, docencia e investigación. Es esta última la herramienta más potente para evidenciar de manera rigurosa, los aportes de la enfermería en todas las áreas.

Los procesos de globalización, el cambio climático, los desplazamientos humanos y la movilidad de pueblos indígenas han tensionado la convivencia entre personas con diferentes culturas. La atención profesional de enfermería debe estar actualizada a la epidemiología y a la determinación social de la enfermedad, además debe ser pertinente interculturalmente. No es posible una atención de calidad sin antes cuestionarse bajo que paradigmas y creencias se valoran las decisiones en salud-enfermedad-atención de personas con cosmovisiones diferentes a las nuestras.

## ► Referencias Bibliográficas

1. Murillo A. La Mortalidad Urbana en Chile. In: Congreso Científico General Chileno. Concepción-Chile; 1896.
2. Illanes MA. Una sociedad Desgarrada. In: En: el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia Historia social de la Salud Pública Chile 1880-1973. Santiago de Chile; 2010. p. 27-34.
3. Illanes MA. Las sociedades obreras y la salud social. In: En: el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia Historia social de la Salud Pública Chile 1880-1973. Santiago de Chile; 2010. p. 35-50.
4. Muñoz CL, Isla X, Alarcón S. Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. *Cult los Cuid*. 1999;3(5):46-52
5. Illanes MA. Peste y Reforma. En: En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia Historia social de la Salud Pública Chile 1880-1973. Santiago de Chile; 2010. p. 61-74.
6. Cortés EG. Los seguros sociales (enfermedad, maternidad, invalidez, ancianidad y muerte). Santiago de Chile; 1927. 166p.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención Primaria de Salud [Internet]. OMS; 2018 [acceso 27 ago 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
8. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. [Internet] 2017. Disponible en: [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
9. Aguirre-Bozafa F. El rol de la enfermería de práctica avanzada en atención primaria en Chile. *Rev Méd Clín Condes*. 2018; 29(3):343-6.
10. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Informe sobre Brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud [Internet]. 2017. Disponible en: [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público\\_Marzo2016.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Marzo2016.pdf)
11. Salas S. Cuarenta años después: Volver a Alma-Ata. *Rev Med Chil*. 2018;146:403-6.
12. López M. ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018. 134p.
13. Palacios A. Financiamiento y Gasto en APS en Chile. En: Congreso de Atención Primaria de Salud "Construyendo Valor Social." [Internet]. Ministerio de Salud de Chile; 2017 [Actualizado 5 may 2017; acceso abr 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/05/ALAIN-PALACIOS.pdf>

14. Consejo Internacional de Enfermeras. La salud es un derecho humano. Acceso, inversión y crecimiento económico. Ginebra; 2018.
15. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Segunda entrega resultados censo 2017 [Internet]. INE; 2018 [Actualizado 4 may 2018; acceso 20 Jun2018]. Disponible en: <http://www.ine.cl/prensa/2018/05/04/segunda-entrega-resultados-censo-2017-chile-presenta-mayor-nivel-educativo-creciente-inmigraci%C3%B3n-y-aumento-de-hogares-unipersonales>
16. Guerra ME. Atención de salud para migrantes embarazadas y sus hijos en el contexto del Chile Crece Contigo. [Tesis Doctoral]. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2017.