Universidad de Valparaíso
CHILE

Benessere

revista de enfermería

Vol. 3, número 1, enero-diciembre de 2018. Valparaíso, Chile. ISSN: 0719-7764

REVISTA ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

Revista de la Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.

Directora
Angélica Mosqueda Díaz
Doctora en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

Producción Editorial
Paola Puebla Santibañez
Mg. en Enfermeria
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

Cibeles González Nahuelquin
Mg. en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

Paulina Hurtado Arenas
Mg. en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

Paulina Gundelach González
Mg. en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

Diseño General
María Cristina Baranlloni Lagos
Camila Díaz Vidal

Diseño Portada
Estudiante Camila Villagrán Cáceres

Diseño Logo
Estudiante Omar Vega Muena

Diseño Nombre
Estudiante Victoria Caqueo Alvarez

Dirección
Angamos 655, Campus de la Salud, Reñaca
Viña del Mar, Chile

Contacto
Fono: 32-2603815 - 32-2603820
Email: revista.enfermeria@uv.cl

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

SOR CALLISTA ROY
Doctora en Sociología
Escuela de Enfermería William F. Connell
Boston College, Estados Unidos

MARÍA CONSUL GIRIBET
Doctora en Pedagogía
Departamento de Enfermería
Universidad Autónoma de Barcelona, España

JOSÉ SILES GONZÁLEZ
Doctor en Historia
Escuela de Enfemería
Universidad de Alicante, España.

DIANA ACHURY SALDAÑA
Magister Enfermería Cardiovascular
Facultad de Enfermería
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

FRANCISCO GUZMÁN FACUNDO
Doctor en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA
Doctor en Ciencias de la Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Alicante, España

LETICIA CASIQUE CASIQUE
Doctora en Enfermería
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Universidad de Guanajuato, México

LUZ PATRICIA DÍAZ HEREDIA
Doctora en enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional, Colombia

JULIA MARICELA TORRES ESPERÓN
Doctora en Ciencias de la Salud
Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

ALIDE SALAZAR MOLINA
Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería,
Universidad de Concepción

ANA MARÍA VÁSQUEZ AQUEVEQUE
Doctora en Educación
Escuela de Enfermería, Universidad de la Serena

ESTERBINA OLIVARES VERGARA
Magister en Docencia para la Educación Superior
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

EUGENIA URRA MEDINA
Doctora en Filosofía de la Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de la Serena

ISABEL SIEFER NAVAS
Magister en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

LORENA BETTANCOURT ORTEGA
Magister en Enfermería
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

MARÍA SOLEDAD RIVERA MARTÍNEZ
Doctora en Filosofía de la Enfermería
Escuela de Enfermería,
Pontificia Universidad Católica de Chile

MITZI LETELIER VALDIVIA
Doctora ©en Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería, Universidad de los Andes

PAULA CEBALLOS VÁSQUEZ
Doctora en Enfermería
Departamento de Enfermería,
Universidad Cátolica del Maule

CECILIA LANDMAN NAVARRO
Doctora ©en Educación Mención Evaluación
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

ÍNDICE DE ARTÍCULOS

EDITORIAL		
Mujer y sociedad: construyendo y reconstruyendo la imagen social de las académicas	Cecilia Landman Navarro	4
ORIGINALES		
Evaluación ergonométrica del puesto de trabajo de paramédicos y conductores de un servicio de atención prehospitalaria de urgencia	Angélica Melita Rodríguez Manuel Gutiérrez Henríquez	10
Implementación de estrategia multimodal en hiegiene de manos en un hospital pediátrico	Sylvina Alvarado Fick	23
Percepción de los profesores sobre la obesidad infantil	Ana Jara Rojas Bárbara Flores Martínez Bárbara Muñoz Salinas Bárbara Villegas González	32
REFLEXIÓN		
Salud y enfermería en Chile a 40 años de Alma Ata. Una mirada desde la salud pública	María Guerra Zúñiga Mitzi Letelier Valdivia	42
Promoción de la salud. Análisis crítico y propuesta de construcción de metas e indicadores coherentes	Boris Moena González	53
Adulto mayor: Resignificación y desafíos para la salud y la enfermería	Paola Puebla Santibañez	64
HISTÓRICO		
Iris Veliz Hume. Pionera de la enfermería pediátrica en el norte de Chile	Lucia Castillo Lobos E. Rocío Núñez Carrasco Amaya Pavez Lizarraga Enzo Videla Bravo Leidy Sánchez Castillo	72

Mujer y sociedad: construyendo y reconstruyendo la imagen social de las académicas

Autores:

Cecilia Landman Navarro. Enfermera – Matrona. Doctora en Educación, Profesor Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso, Chile. E- Mail: cecilia.landman@uv.cl

Imaginando los pasos realizados por Florence Nightingale para posicionar a la enfermería como una profesión moderna y proactiva e instalando los principios que guiarían la disciplina desde años tan remotos -siglo XIX- y en una sociedad tan restrictiva como fue la época victoriana. Su genuina rebelión se orientó no sólo contra los prejui cios de la época, sino que, contra el destino de las mujeres, sin posibilidades de educarse ni salir del hogar para participar en los acontecimientos sociales (1).

Hoy más que nunca debemos reflexionar respecto a este largo caminar como mujeres y enfermeras, resignificar el sentido de nuestro quehacer, descubrir hacia dónde y cómo avanzamos para lograr una real igualdad, para hacer efectivo nuestro empoderamiento y reconocimiento en la sociedad (2).

Considerando que la enfermería ha sido una disciplina eminentemente femenina, situación que predetermina la ruta a seguir, dificultando alcanzar las metas trazadas por la dificultad de superar los roles sociales sexistas (3). Esta reflexión pretende identificar algunos de los factores que nos circundan como mujeres. Para el análisis, la perspectiva asumida no será desde el feminismo radical, sino que, desde el ejercicio del feminismo, como una necesidad de participación y de reconocimiento de igualdad en todos los planos sociales.

El camino reflexivo realizado es desde una mirada fenomenológica, de lo que significa la construcción y reconstrucción de nuestra imagen social, como mujeres y enfermeras ejerciendo distintos roles familiares, sociales y laborales.

Género y construcción Social

Para dar inicio a la discusión, Bárbara Caine y Glenda Sluga, profesoras de historia europea, en el texto “Mujeres en el cambio socio-cultural europeo 1780-1920, señalan que ha existido una falta de reconocimiento del género como categoría histórica. Los historiadores han privilegiado el rol masculino, atribuyéndole al hombre el ámbito de lo público, la actividad económica y

y laboral. Y a la mujer la esfera privada, doméstica y familiar. Desde esta mirada eminentemente masculina, a las mujeres nos ha sido difícil transitar a un pleno reconocimiento social, para poder instalarnos en las áreas que se les ha asignado tradicionalmente, a los hombres, marginándonos como protagonistas sociales relevantes (4) e "integrar el sentido de ser parte de..." *.

El peso de los relatos masculinos, en este tránsito "de ser parte de..." la historiadora chilena Ana María Stuven, coincide con las autoras antes mencionadas respecto a la limitación existente en cuanto a la incorporación social y política de las mujeres, agregando que recién en los años 60s, el feminismo instala la discusión social del concepto de discriminación de la mujer en la historia. Esta historia como ya se ha mencionado antes ha sido relatada por hombres, lo cual le resta visibilidad al rol de la mujer, más allá de los roles tradicionales (5). Además, menciona una falta de reconocimiento académico de estudios de la mujer. Solo en los países anglosajones llevan un cuarto de siglo de desarrollo en esta área, sin embargo, apenas se enfatiza la presencia y contribución de la mujer al mundo real. La mujer se asocia principalmente a la esfera privada y menos a lo público, no como protagonistas, sólo se les reconoce valor y visibilidad a quienes ejercieron el poder y heredaron coronas (5).

En varios países latinoamericanos, incluido Chile, se crearon tempranamente -en la década del 70- centros de estudios de la mujer, sin embargo, solo a finales del siglo pasado, se pudo trascender la separación rígida entre un espacio femenino y otro masculino, el primero radicado en el hogar y el segundo en lo público (5).

Es importante enfatizar, que actualmente, estamos viviendo un cambio cultural, que, aunque ha llegado tarde, se observa un creciente reconocimiento de la participación e influencia de las mujeres en los procesos sociales, culturales, económicos y políticos, fundamentales en la formación de los estados y en el desarrollo de la ciudadanía. Dando un sentido a la participación de las mujeres, como "de ser parte de...". Esta situación continúa siendo una historia inconclusa.

Junto con la invisibilidad histórica de la mujer, existe la violencia simbólica, que agrega otro elemento a la marginación o a permanecer en un plano secundario en la sociedad. El ejercicio de violencia simbólica se manifiesta a través del lenguaje sexista y de imágenes de mujeres-enfermeras con representaciones erotizadas, objetivándolas e irrespetando su rol profesional. Imágenes que se muestran en variados medios audiovisuales, que por su amplia difusión persiten en el imaginario cultural colectivo sexista del rol femenino.

Simone de Beauvoir, en el ensayo "El Segundo Sexo" ha dicho "...No se nace mujer: llega una a serlo", premisa que indica que la conceptualización de la mujer es un producto cultural, los atributos femeninos no son sólo biológicos, sino que son producto de una construcción social. A la mujer siempre se la ha definido en relación a un otro, como madre, esposa, hija, hermana, abuela, etc. De ahí que ella deba reconquistar terreno e ir al encuentro de su propio destino e identidad (6).

El género más allá de las ideologías

En este largo transitar para ir al encuentro de la propia identidad, el feminismo se instala tanto, en la ideología liberal como en la socialista, muchas veces rotuladas en un discurso anti masculino y contra la familia, lo cual genera una barrera académica de desvalorización.

La controversia se produce por la imagen desdibujada que las personas le asignan al concepto de feminismo o ser feminista, muchas veces percibidas a través de la difusión de los medios. Karen

Offen propone re-conceptualizar el término feminismo, de una manera más dinámica y flexible, alejándolo del dogmatismo y de las "etiquetas" como una manera de acercarlo a la comprensión pública. El feminismo como una ideología crítica, que se desarrolla y contextualiza en la realidad individual y relacional, rompiendo las barreras políticas e intelectuales centradas en el hombre, en ideologías religiosas y seculares occidentales, cristianas, protestantes, judaicas, liberales, socialistas o marxistas. El feminismo entendido como constructo socio histórico, que plantea problemas que conciernen a la vida personal, la autonomía o la la libertad, al debate entre la distribución históricamente injusta de la política, la participación social y el poder económico entre los sexos (7).

La interrogante ¿Quién decide por mí?, se convierte en la eterna discusión de definir lo que es lo mejor para las mujeres, sin consultarles, lo que perpetúa un sistema de patriarcado decisional. Sin embargo, Karen Offen no promueve un discurso anti-hombres, sino que pro-mujer, busca encontrar un reequilibrio en lo social, económico y político dentro de la sociedad, de ambos sexos, en nombre de su humanidad común, con respeto de sus diferencias, es decir, un feminismo transformacional (7). Rompiendo la barrera de lo que señala Beauvoir: "el problema de la mujer siempre ha sido un problema de hombres" (6).

La mujer y el trabajo

El enfoque de género nos muestra otro problema, el abordaje de la división del trabajo entre sexos, donde existen diferencias significativas entre ambos, en cuanto a su comportamiento frente a la incorporación de la mujer al trabajo y al proceso productivo, desigualdades generadas por la persistencia de una ideología patriarcal, la cual genera confusas prácticas sociales, guiadas por el poder y la sumisión al padre, al jefe, a instituciones lideradas fundamentalmente por hombres. Nuevamente se produce la definición de ser mujer por un otro.

Un reciente estudio de la Organización Internacional del Trabajo, "Mujeres y trabajo 2016" muestra una brecha de género en la distribución de labores de cuidado, las tareas domésticas no remuneradas y el trabajo remunerado. Tanto en los países de economías en desarrollo, como en los desarrollados, las mujeres trabajan menos horas en un empleo remunerado y continúan asumiendo la gran mayoría de las tareas domésticas no remuneradas. Estas diferencias han ido disminuyendo con el tiempo, en el orden de una menor dedicación a tareas domésticas, pero no disminuyen las derivadas del cuidado de los hijos. En conclusión, hoy en día las mujeres tienen jornadas de trabajo en promedio más largas que los hombres, pero las más extensas responden al trabajo no remunerado, dejándola en condiciones laborales más precarias que al hombre (8).

Las diferencias salariales que lo anterior ocasiona, no se explicaría en términos de diferencias de edad o de nivel educacional, sino que más bien están vinculadas con la infravaloración del trabajo que realizan las mujeres, con prácticas de discriminación y con la necesidad de postergación de las carreras de las mujeres para asumir tareas derivadas del cuidado de los hijos y padres. El estudio de la OIT señala que, si prevalecen las tendencias actuales a nivel mundial, para eliminar la brecha salarial a igual trabajo, entre hombres y mujeres, se necesitarían más de 70 años, siempre y cuando los países adopten políticas de distribución equitativa entre hombres y mujeres (8).

La brecha de género en el trabajo, tiene repercusiones durante el periodo reproductivo de las mujeres, quienes deben pagar mayores primas en salud. En el largo plazo nuevas brechas en las pensiones de retiro, quedando demostrado que las mujeres perciben pensiones contributivas en

un 10,6 % inferiores a los hombres (8).

Mujeres y universidad

Las mujeres al abrirse al espacio de formación académica seleccionan carreras profesionales asociadas a las humanidades, la educación y la salud, con especial énfasis en la enfermería, entre otras. A las jóvenes se les ha inducido a elegir profesiones asociadas con los roles típicos del cuidado de los demás y la conservación de la familia, como tránsito natural desde el ámbito social-privado a lo social-público. La problemática de la mujer en la universidad ha sido abordada principalmente por el mundo académico anglosajón. En las universidades norteamericanas durante los 70s se tomaron medidas antidiscriminatorias para las mujeres y grupos étnicos al interior de la academia, por la doble discriminación sexo y etnia. Los estudios analizaban diversas formas de desigualdad, tales como contratos temporales, de tiempo parcial, criterios de contratación discriminatorios, salarios más bajos a una misma responsabilidad, menor reconocimiento, falta de seguridad laboral, contratos a plazo fijo, menos beneficios, entre otros (9, 10).

Las acciones que han desarrollado las universidades norteamericanas para atenuar las desigualdades van en el orden de publicación de manuales de comportamiento en el aula, ejercicios para sensibilizar a los compañeros de trabajo, terapias de apoyo para disminuir el stress, talleres, etc. Todas medidas que no resuelven efectivamente el problema (9, 10).

Otra brecha que existe entre hombres y mujeres ocurre en las trayectorias académicas, ocasionada por una menor presencia de mujeres en los ámbitos de las ciencias exactas donde se genera una mayor productividad científica. Los hombres quienes publican más artículos, reciben reducciones en sus cargas docentes para hacer investigaciones y logran mayores financiamientos, mientras que sus colegas femeninas realizan fundamentalmente seminarios en los que hacen usos de sus habilidades comunicativas, pero que tienen menores incentivos o reconocimientos. Además, las mujeres no disponen del tiempo para continuar con el trabajo en sus hogares, o ampliar el tiempo en los laboratorios, lo que también limita la posibilidad de investigar, a pesar de estar motivadas para ello. Si bien es cierto, se han estado generando espacios de cooperación de redes familiares, para afrontar esta situación, pero aún resta camino por recorrer, ya que aún persiste la tendencia entre los académicos "de llevarse trabajo para la casa", esto por supuesto afecta más la limitación de tiempo de las mujeres, considerando la disponibilidad para el cuidado familiar. El principal antecedente que promueve la mantención de esta desigualdad, es la asociación del rol de la mujer al ámbito doméstico y a la familia (11, 12).

Otro aspecto estudiado es la vivencia de la maternidad y matrimonio, las académicas posponen ambas situaciones, dado que estos tensionan al mundo académico, dificultando la realización de postgrados, especialmente en el extranjero, así como para asistir a eventos científicos. Se reconoce una tensión entre lo laboral y familiar, donde los roles y tiempos se comportan como elementos antagónicos, cuesta conciliar vida, estructura familiar y trayectoria académica (9, 12).

Profundizando más aún en este problema, Bourdieu, en su libro "Homo Academicus", menciona la existencia de una competencia constante entre académicos por el poder. Este poder, descansa en la posesión de un capital cultural, el cual no puede ser acumulado y mantenido, sino al precio de un gasto constante e importante de tiempo, del cual las mujeres disponen en menor cantidad que los hombres (13).

La brecha en la gobernanza

Se reconoce la existencia del techo de cristal, se refieren a las barreras tanto internas como externas, en el acceso a cargos de dirección para las mujeres, denominado de cristal porque permite ver como alcanzables dichos cargos, no obstante, existe el impedimento de llegar a ellos. Las primeras barreras están constituidas por las conductas y actitudes femeninas, como el miedo a defraudar las expectativas sobre el papel femenino, falta de modelos femeninos de referencia, hacerse aceptar sacrificando la propia identidad. Siendo las externas, las propias de la estructura social y las creencias sobre el liderazgo y género (14).

Las revisiones realizadas dan como explicaciones a este fenómeno, al modelo de mando masculino tecnicista, que enfatiza valores del estereotipo de hombre, su capacidad de análisis, su dureza, incluso su fuerza física como indicativo de la capacidad de controlar. Todos estos atributos no corresponden con aquellos en los cuales hemos sido socializadas. Las mujeres académicas universitarias no estamos ajenas a la problemática que se les presenta a las mujeres trabajadoras en otros contextos laborales, compensar el sentimiento de culpa por dejar a su prole fuera del control maternal, el postergar su formación avanzada, en general, compatibilizar la actividad académica y la personal, al interior de una institución con una marcada tendencia patriarcal.

A pesar de los avances en cuanto a alcanzar mayores niveles educacionales por parte de las mujeres, se necesita de medidas transformadoras que permita la eliminación de la discriminación y la consecución de la igualdad de género tanto en el hogar, como en el trabajo, así lo sugiere la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, como propuesta de la OIT para el segundo centenario, en el año 2019 (15).

La tarea para la discusión es como incorporar una perspectiva femenina al interior de nuestras universidades. Esperando que esta reflexión sea una invitación a romper el techo de cristal y avanzar...

› Referencias Bibliográficas

1. Young P, Hortis de Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev médica de Chile. 2011; 139(6): 807-13.

2. Núñez R. Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florencia Nightingale. Cienc enferm. 2011; 17(1):11-8.

3. García AM, Sainz A, Botella M. La enfermería vista desde el género. Index Enferm. 2004; 13(46): 45-8.

4. Caine B, Sluga G. Mujeres en el cambio sociocultural europeo 1780-1920. Madrid (España): Narcea DL. 2000. 428 p.

5. Stuven AM. La mujer ayer y hoy: un recorrido de incorporación social y política. Centro de Políticas públicas UC: Instituto de Historia. 2013; 8 (61): 20 p.

6. De Beauvoir S. El Segundo Sexo. Editorial Sudamericana SA. 2002. 417p.

7. Offen K. Defining feminism: A comparative historical approach. Signs. Journal of Women in Culture and Society. 1988; 14(1):119-57.

8. Oficina Internacional del Trabajo. Las mujeres en el trabajo: Tendencias de 2016. Ginebra; 2016.

9. Ortiz F. Vida familiar y trayectorias

académicas: una aproximación biográfica en una universidad chilena. Polis (Santiago). [en línea] 2017. [acceso 20 may 2018]; 16(47): 257-79. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682017000200257

10. Gaete-Quezda R. El techo de cristal en las universidades estatales chilenas. Un análisis exploratorio. Rev iberoamericana de educación superior. [en línea] 2015[acceso 20 may 2018]; 6(17): 3-20. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rides.2015.06.001

11. Martínez S. Ser o no ser: tensión entre familia, subjetividad femenina y trabajo académico en Chile: Un análisis de desde la psicología feminista. La ventana. Revista de estudios de género. 2012; 4 (35):133-63.

12. Martínez-Covarrubias S. Mujeres y Universidad. Colima (México): Universidad de Colima. 2006. 425 p.

13. Bourdieu P. Homo Academicus. Madrid (España): Siglo XXI; 2008. 320 p.

14. Tomás M, Guillamón C. Las barreras y los obstáculos en el acceso de las profesoras universitarias a los cargos de gestión académica. Rev de educación (Madrid). 2009; (350): 253-75.

15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Desarrollo humano en Chile. Género: los desafíos de la igualdad, Santiago de Chile; 2010.

Evaluación ergonométrica del puesto de trabajo de paramédicos y conductores de un servicio de atención prehospitalaria de urgencia

Autores:

Angélica Melita Rodríguez. Enfermera. Doctora en Enfermería. Magister en Enfermería. Académica de la Facultad de Enfermería Universidad de Concepción. Concepción. Chile. E-Mail: amelita@udec.cl

Manuel Gutiérrez Henríquez. Profesor de Educación Física. Doctor en Ciencias Ambientales. Magíster en Salud Ocupacional. Diploma en Ergonomía. Académico de la Unidad de Ergonomía, Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Concepción. Concepción. Chile.

› Resumen

Introducción. El objetivo del presente estudio fue caracterizar el puesto de trabajo y evaluar los factores de riesgo asociados a lesiones músculo esqueléticas en conductores y paramédicos del SAMU de un Hospital de la Región del Bio-Bio. **Material y Método.** Estudio mixto anidado, método primario cuantitativo y abordaje cualitativo secundario. Muestra formada por nueve personas, la recolección de datos se realizó a través de dos visitas a la Unidad, en donde se aplicaron entrevistas semiestructuradas, cuestionario de antecedentes socio-laborales, cuestionario Nórdico Kuorinka y Escala de Borg y Body part disconfort, se tomaron fotografías y videos para evaluación de carga de compresión lumbar, para la comparación con las recomendaciones Dortmund. **Resultados.** Se pesquisó que los funcionarios llevaban tiempo trabajando en la Unidad, la edad promedio fue de 39 años, muchos sedentarios (44%), la mayoría había presentado licencia médica por problemáticas músculo esqueléticas (55%), destacando la dorso-lumbar (78%). La compresión a nivel lumbar se evaluó en el procedimiento de alzar una camilla con paciente, al realizar variaciones en la técnica, peso del paciente y operador, se encontró que en todas estas situaciones se excedía ampliamente lo recomendado. **Conclusiones.** Se identificaron principalmente como agentes susceptibles de provocar lesiones musculo-esqueléticas de columna dorso-lumbar en estos trabajadores: aspectos biomecánicos y de condición fisca. Se sugiere implementar medidas de prevención de alteraciones músculo esqueléticas, que enfaticen en el control del peso y acondicionamiento físico, más la realización de evaluaciones rutinarias enfocadas en la pesquisa precoz y seguimiento de estas lesiones.

› Palabras clave: Dolor de la región lumbar, atención prehospitalaria, salud laboral, riesgos laborales (DeCS).

Ergonometric evaluation of the workplace of paramedics and conductors of an urgency prehospital care service

› Abstract

Introduction. The objective of this research was to evaluate skeletal muscle labour risks related to the job of drivers and paramedics of SAMU ambulances of a Hospital in the Eighth Region. **Material and Method.** Mixed study, quantitative with a qualitative approach. A sample of nine people was used, the data collecting was made through four visits to the Unit, where semi structured interviews, a questionnaire about social-labour background, a Nordic Kuorinka questionnaire and a Borg and Body part discomfort scale were applied. Photos and videos were taken for an evaluation of lumbar compression loads, for the comparison with Dortmund recommendations. **Results.** It was determined that workers have been working in the Unit for a long time, the average age was 39 years old, many of them were sedentary (44%), most of them have presented medical license for skeletal muscle problems (55%), highlighting the dorso-lumbar (78%). The compression at a lumbar level was evaluated in the procedure of lifting a stretcher with a patient, by making variations in the technique, weight of the patient and operator, in which was found that all these situations exceeded thoroughly what was recommended. **Conclusion.** Mainly, were identified as agents potentially capable of causing skeletal-muscle lesions of dorso lumbar spine in these workers: biomechanical and physical condition aspects. It is suggested to implement preventive measures of skeletal muscle alterations, which emphasize weight control and physical conditioning, plus constant evaluations focused on early detection and tracking of these lesions.

› KeyWord: Low back pain, Prehospitalar Care, occupational health, occupational risks. (DeCs)

› Introducción

El sistema prehospitalario en Chile, surge como respuesta a la epidemiología contingente, donde las variables tiempo y oportunidad son vitales para la supervivencia del paciente (1). Por sus características, estas unidades son altamente demandantes, generando carga emocional y física en los trabajadores (2-4). Entre las competencias descritas para el personal de ambulancias destacan trabajar bajo presión, en equipo, disponer de capacidad de adaptación, entre otras, lo cual implica una alta demanda psicológica y mental (5).

La norma general técnica n° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU), establece y regula las funciones de esta Unidad, señalando que el trabajo se realiza en turnos, con cobertura las 24 hrs y actuando directamente con pacientes. Define atención prehospitalaria, como la otorgada desde que se comunica un evento, hasta que los pacientes son admitidos en la Unidad de Emergencia u otro establecimiento de salud. Además, dispone que se deberá contar con indicadores que permitan evaluar, comparar y controlar los aspectos más importantes de las actividades de gestión, atención de salud y de los sistemas de apoyo que inciden en los resultados de esta modalidad de atención, lo cual se enmarca con el objetivo de este estudio (1). Es importante destacar que en esta labor, predominan movimientos y el empleo de fuerzas para el desplazamiento de pacientes y camillas, lo cual constituye riesgo en la generación de lesiones músculo esqueléticas (6), pudiendo afectar la salud de los trabajadores.

La seguridad laboral en Chile, se encuentra regulada por la Ley N°16.744, que establece un seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de carácter obligatorio, ofreciendo servicios médicos y prestaciones necesarias para la recuperación integral del trabajador/a, al mismo tiempo, obliga a efectuar en forma permanente acciones sistematizadas de prevención de riesgos de accidentes y enfermedades profesionales (7). Así, el Ministerio del Trabajo y de Previsión Social reconoce que la prestación de servicios, conlleva la exposición a numerosos factores de riesgos laborales, los que pueden ser de distinta índole. Para proteger al trabajador se otorga relevancia a medidas de prevención y control de riesgos (8).

En este contexto, Chile es integrante de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual promueve la creación de condiciones de trabajo decente, seguro y saludable (9). El Convenio 18753, conmina al estado chileno a construir, en consulta con los empleadores y trabajadores, una política nacional de seguridad y salud en el trabajo, la que debe incluir objetivos, prioridades y medios de evaluación, promoviendo una cultura de seguridad y salud en los lugares de trabajo (10). La evidencia empírica, confirma la relevancia de la evaluación de los puestos de trabajo, desde la ergonomía se destaca la importancia de incluir a los trabajadores en evaluaciones y decisiones relacionadas con su trabajo (11,12), planteado que la mejor metodología de evaluación es la combinación de diversos métodos (13).

Expertos establecieron que en el área prehospitalaria, era práctico determinar las tareas rutinarias y someterlas a evaluación, para ello se reprodujo bajo simulación, actividades seleccionadas para evaluar el riesgo de lesión musculo-esquelética, a través de la medición de ángulos de movimientos y manejo de cargas (14). Al evaluar los movimientos realizados por personal de atención prehospitalaria, se concluyó que todos pueden aumentar el riesgo de trastornos de la espalda baja durante la atención médica (15). En concordancia con esto, otros estudios evidencian que las lesiones más comunes en personal de ambulancias son las dolencias de la espalda, situación experimentada por la mayoría de estos trabajadores (14,15), aún con el empleo de dispositivos de ayuda en el

traslado de pacientes el trabajo sigue siendo arduo y forzado (17).

La mayoría de las lesiones que ocurren a los proveedores de atención prehospitalaria, están ligadas a uso de camillas (18), es importante que tengan suficiente resistencia a nivel de espalda baja y flexibilidad de los isquiotibiales, por ello, el acondicionamiento físico y las capacidades personales, son fundamentales para evitar las lesiones músculo esqueléticas de espalda (19).

Bajo este contexto, el objetivo del presente estudio fue caracterizar el puesto de trabajo y evaluar los factores de riesgo asociados a lesiones músculo esqueléticas en conductores y paramédicos del SAMU de un Hospital de la Región del Bio-Bio, con un abordaje ergonómico, considerando factores físicos del trabajo y condiciones organizacionales, con el fin de aportar en la gestión e implementación de medidas que logren prevenir las lesiones músculo esqueléticas.

› Material y método

Estudio mixto anidado, con método primario cuantitativo de tipo descriptivo que consistió en la aplicación de encuestas, visitas técnicas donde se realizó capturas fotográficas y videos del manejo manual de cargas, para el abordaje secundario cualitativo se realizaron entrevistas semiestructuradas a funcionarios y enfermera supervisora.

Población compuesta por 12 conductores y 8 paramédicos. La muestra fue intencional, considerando los criterios de inclusión: participación voluntaria, más de seis meses trabajando en esa Unidad, quedando constituida por 5 conductores y 4 paramédicos.

La recolección de la información y datos se realizó en terreno, en dos visitas donde se aplicó una entrevista de tipo técnica a la supervisora, al mismo tiempo se procedió a entrevistar a los funcionarios, para posteriormente aplicar los instrumentos de evaluación ergonómica. Se tomaron fotografías y se realizaron videos para la evaluación de carga de compresión lumbar, para tal efecto se realizó la medición de los ángulos asociados a los movimientos en el programa computacional “Modelo bidimensional para estimar la compresión a nivel de L5/S1” (20), para luego efectuar la comparación con las recomendaciones Dortmund (21-22).

TABLA 1. RECOMENDACIONES DORTMUND

LIMITES DE FUERZA DE COMPRESIÓN DE DISCOS LUMBARES		
EDAD	**FEMENINO**	**MASCULINO**
20 años	4,4 Kn*	6,0 Kn
30 años	3,8 Kn	5,8 Kn
40 años	3,2 Kn	4,1 Kn
50 años	2,5 Kn	3,2 Kn
60 y más años	1,8 Kn	2,3 Kn

Fuente: Drury C, Roberts D, Hansgen P, Bayman J. 1983 (22). * Kilonewton

Se utilizó el cuestionario de antecedentes socio-laborales; elaborado por los autores, basándose en el Protocolo de vigilancia para trabajadores expuestos a factores de riesgo de trastornos musculo-esqueléticos de extremidades superiores relacionados con el trabajo, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, del Departamento de Salud Ocupacional de Santiago de Chile y el Cuestionario Nórdico Kuorinka, estandarizado para la detección y análisis de síntomas músculo esquelético, con preguntas de selección múltiple que puede ser auto-administrado o aplicado por un encuestador, como parte de una entrevista (8).

También se aplicó la Escala de Borg y Body part disconfort scale, las que aplicadas en conjunto permiten la evaluación de síntomas subjetivos en diferentes partes del cuerpo (23).

La validez y confiabilidad de estos instrumentos han sido ampliamente corroborada por sus múltiples aplicaciones en investigaciones y evaluaciones de puestos de trabajo en Chile (8).

Para este estudio se contó con la autorización del médico jefe de servicio y la enfermera supervisora de la unidad, quienes previamente explicaron los objetivos de este trabajo al personal involucrado, a su vez los participantes que accedieron a parti -cipar debieron un consentimiento informado.

Resultados

Características del puesto de trabajo: La jornada laboral se desarrolla en un sistema de turno denominado cuarto turno, el cual contempla un horario de 12 horas, que se distribuyen de la siguiente manera:

- **Día 1:** turno largo: 12 horas diurnas de 08:00 hrs. a 20:00 hrs.
- **Día 2:** turno de 12 horas nocturnas desde las 20:00 hrs a 08:00 hrs
- **Día 3:** saliente del turno nocturno (no se trabaja)
- **Día 4:** día libre (no se trabaja)
- **Día 1:** Se repite la secuencia.

Existen dos tipos de ambulancia, una para manejo avanzado, tripulada por dos enfermeros más el conductor, la otra es un tipo básico dotada de un paramédico y un conductor, estos últimos están más expuestos a riesgos de lesiones músculo esqueléticas, ya que manipulan la camilla y movilizan pacientes entre dos personas, la ambulancia básica es también la que asiste a una mayor cantidad de procedimientos durante una jornada, promediando ocho salidas por turno.

Cada procedimiento comienza desde que el Centro Regulador gatilla la salida a través de una llamada radial, luego se desplazan al lugar de los hechos, allí se procede con la intervención del paciente para luego trasladarlo hasta la ambulancia y ser llevado a un Centro Asistencial. Cabe destacar que la circunscripción de esta Unidad se caracteriza por lugares de difícil acceso, lo cual implica un desplazamiento considerable con equipos y pacientes.

Los funcionarios han trabajado en la Unidad un $\bar{x}$ de 6,9 años (DE 5,3), la edad promedio es de 39 años (DE 10). Se caracterizaron por ser principalmente sedentarios (44%) o realizar alguna actividad física de manera ocasional (44%). Más del 50% ha presentado licencia médica por problemáticas músculo esqueléticas (55%), las principales lesiones se localizaron en zona dorso-lumbar (78%), hombro (56%) y muñeca (44%).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL FUNCIONARIO Y ANTECEDENTES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LESIÓN

CARACTERÍSTICAS DEL FUNCIONARIO	PROMEDIO	D.E	MÁXIMO	MÍNIMO
Tiempo en unidad (en años)	6,9	5,3	17	1
Edad	39	10	58	24
ANTECEDENTES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LESIÓN				
Sedentario				44%
Actividad física ocasional				44%
Actividad física 3 veces a la semana				12%
Antecedentes de Licencia Médica por Lesión Musculesquelética				55%
Lesión o molestia de cuello				11%
Lesión o molestia de Hombro				56%
Lesión o molestia dorso lumbar				78%
Lesión o molestia de codo-antebrazo				22%
Lesión o molestia de muñeca				44%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 3. ANTECEDENTES DE LAS LESIONES DORSOLUMBARES

	TIEMPO	DE	
Desde cuando presenta las molestias (años)	2,3 años	3,0	
Duración de molestias en los últimos 12 meses	9 meses		
Cuánto dura cada episodio	8 días	5,0	
Días impedidos de trabajar	7,4 días	6,0	
Ha recibido tratamiento	0,20%		
Evaluación de la dimensión de molestias escala de Borg	x 3,8	2 min.	8 max.

En la tabla 3 muestra los antecedentes generales asociados a la principal molestia referida por este grupo de trabajadores, destacando que las molestias han estado presentes por más de dos años, con una permanencia promedio de 9 meses. A su vez, cada episodio agudo de dolor tuvo una duración promedio mayor a una semana, imposibilitándolos de trabajar promedió 7 días y sólo el 0,2 % de los trabajadores habían presentado evaluación médica y tratamiento. La magnitud promedio de esta dolencia fue de 3,8 en la escala de Borg, la cual va del 1 al 10.

En la entrevista realizada a la enfermera supervi sora de la unidad, manifestó que una gran problemática detectada y que afecta principalmente a los conductores, son las reiteradas licencias médicas asociadas a dolencias músculo esqueléticas, ya que mensualmente se reciben dos licencias por estas causales.

Los motivos atribuidos a las dolencias según los funcionarios, pesquisados a través de las entrevistas fueron:

1. Inadecuada mecánica corporal al manipular camillas.
2. Por el "camilleo" (Manipulación de camilla)
3. Presencia de estrés.
4. Exceso de peso corporal.
5. Mantener una posición por tiempo prolongado.
6. Hacer mucha fuerza con pacientes dependientes o con sobrepeso.
7. Uso de camillas inadecuadas.
8. Trasladar pacientes desde lugares de difícil acceso hasta la ambulancia.
9. Trasladar o bajar pacientes de edificios.

Para la evaluación de fuerzas de compresión de las articulaciones intervertebrales, se procedió a tomar fotografías y videos para hacer la medición de los ángulos asociados a los movimientos en el programa computacional Modelo bidimensional para estimar la compresión a nivel de L5/S1 (20), con lo cual se obtuvo la fuerza de compresión en kN y se comparó con las recomendaciones Dortmund (20,21).

El primer procedimiento a evaluar fue la manipulación de camilla con paciente realizada por dos personas. Para tal efecto se consideraron las siguientes variables:

- Peso promedio de paciente en primera situación: 80 Kg.
- Peso de camilla: 10 Kg
- Total: 90 Kg
- El peso total se distribuye entre dos personas, correspondiendo a 45 Kg cada una.
- Estatura promedio del funcionario: 1,67 m.
- Peso promedio de funcionario: 75 kg.

FIGURA 1. FASE INICIAL DEL MOVIMIENTO: SUJECIÓN DE CAMILLA.

Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 4. ANÁLISIS DE FUERZA DE COMPRESIÓN DORSO LUMBAR ASOCIADA AL MANEJO DE CAMILLA CON PACIENTE DE 80 KG.

PARTES DEL CUERPO COMPROMETIDA EN LA ACCIÓN	ÁNGULOS DE MOVIMIENTO INICIO DEL MANEJO (ANTES DE LA ELEVACIÓN) Movimiento 1	ÁNGULOS DE MOVIMIENTO SUBIDA DE LA CAMILLA. (DURANTE LA ELEVACIÓN) Movimiento 2
Tronco	44,8	60,0
Brazo	1,2	-13,7
Codo-antebrazo	10,7	-13,7
Muslo-cadera	75,0	67,1
Rodilla-pierna	25,4	14,0
Valor de Kn	4,2	6,2

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 4 se muestra que en el movimiento para manejo de camillas se producen 4,2 kN a nivel lumbar para un operador con 75 Kg de peso y estatura de 1,67 mts, manipulando 45 Kg. Al aplicar los criterios Dortmund (20,21) de máxima carga lumbar, se aprecia que el valor obtenido en el primer movimiento, aplicando una adecuada mecánica corporal, puede ser realizado por mujeres y hombres de 20 años, pero luego en el siguiente tramo etario solo debería ser ejecutado por hombres, ya que el límite de kN para mujeres de 30 años es de 3,8 kN y en el movimiento 1 se excede ese valor, los varones de 30 años aún podrían realizar el movimiento sin riesgo para su columna lumbar, sin embargo, éste mismo movimiento puede producir lesiones en los siguiente rangos etéreos ya que la fuerza de compresión sobrepasa ampliamente lo indicado en los criterios Dortmund (20,21).

Cabe destacar para este primer movimiento, que al aumenta el peso del paciente a 120 Kg, asciende drásticamente el valor de la fuerza de compresión lumbar a 5,1 kN, o al realizar el mismo procediendo, considerando las mismas variables, pero cambiando la técnica, es decir no flectando las piernas, el valor también aumenta a 5,3 kN.

En el movimiento 2 se generan 6,2 kN de compresión a nivel lumbar, este valor excede en todas las edades la fuerza de compresión recomendada para la columna lumbar.

En el segundo procedimiento se consideraron los siguientes aspectos, manipulación de camilla con paciente realizada por dos personas, contemplando las variables:

- Peso promedio de paciente en la segunda situación: 90 kg.
- Peso de camilla: 10 kg
- Total :100 kg
- Peso total se distribuye entre dos personas 50 kg cada una.
- Estatura promedio del funcionario: 1,67 m.
- Peso promedio de funcionario: 75 kg.

FIGURA 2. FASE INICIAL DEL MOVIMIENTO: ELEVACIÓN DE CAMILLA, FASE DE DESPLAZAMIENTO DE CAMILLA Y FASE FINAL DEL MOVIMIENTO.

Fase 1 Fase 2 Fase 3

Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 5. ANÁLISIS DE ESFUERZOS DE COMPRESIÓN DE DORSO LUMBAR ASOCIADA AL MANEJO DE CAMILLA CON PACIENTE DE 90 KG.

PARTES DEL CUERPO COMPROMETIDA EN LA ACCIÓN	ÁNGULOS DE MOVIMIENTO INICIO DEL MANEJO (ANTES DE LA ELEVACIÓN) Fase 1	ÁNGULOS DE MOVIMIENTO SUBIDA DE LA CAMILLA. Fase 2	CONDICIÓN FINAL Fase 3
Tronco	20,7	29,4	1,0
Hombro-brazo	15,0	11,3	0,0
Codo	34,0	31,1	47,7
Valor en kN	**5,4**	**5,7**	**3,3**

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 5 presenta el análisis de la compresión dorso lumbar con un peso del paciente de 90 Kg, que según los encuestados es un peso habitual entre los pacientes que trasladan, aquí fuerza de compresión, en la fase 1 y 2 del movimiento, sobrepasan lo indicado en los criterios Dortmund (20,21), solo la fase 3 está dentro de límites aceptables.

Además, la fase 2 que representa la etapa más crítica del movimiento de elevación, al modificar la variable peso del funcionario a 90 kg, aumentan la compresión discal drásticamente a 5,9 kN, al seguir aumentando el peso del funcionario a 110 kg la situación se vuelve más dramática llegando a 6,2 los kN, ambas situaciones exceden ampliamente las recomendaciones entregadas por los criterios Dortmund (20,21), para prevenir lesiones a nivel lumbar.

› Discusión

El abordaje realizado en este estudio permitió profundizar en problemáticas musculoesqueléticas percibidas por las personas de esta institución, las cuales generan alteraciones en las normales funciones de los trabajadores y de la Unidad. Al igual que lo planteado en otros estudios (11), se involucró en primer lugar a los propios funcionaros y a su organización.

Se identificó como principal problema, las continuas licencias médicas de los conductores y las molestias de espalda, situación similar a lo planteado en otras investigaciones (15-17,23), donde se identificó que las lesiones más comunes en personal de ambulancia correspondían a las de columna dorso-lumbar. Conductores y paramédi-

cos, corroboraron esta información planteando que principalmente sus molestias eran músculo esqueléticas, destacando las dorso-lumbares, asociándolas principalmente a inadecuada mecánica corporal, manipulación de camillas, presencia de estrés, exceso de peso corporal, mantener una posición por tiempo prolongado y hacer mucha fuerza con pacientes dependientes o con sobrepeso, concordando con los mismos factores asociados a dolor lumbar encontrados en personal de la salud que trabajaba en unidades críticas en Brasil (24), lo cual podría estar asociado a la movilización de pacientes con cierto grado de dependencia, aspecto en común para ambos trabajos.

Se pesquisó que la mayoría llevaba un promedio 6,9 años trabajando en la Unidad sin cambiar de actividad, coincidiendo con lo reportado en personal mexicano (23). Estos funcionarios realizaban poca actividad física o simplemente no la hacían, lo que difiere con lo encontrado por el mismo tipo de personal en Brasil, donde la mayoría realizaba actividad física (25).

Más del 50% de los funcionarios había presentado licencia por problemas músculo esqueléticos, destacando en primer lugar las molestias o lesiones dorso-lumbares, luego las de hombro y por último las de muñeca, coincidiendo con lo estipulado por otros autores, que identificaron las molestias dorso lumbares como predominantes en el personal de ambulancias (17). Los trabajadores también refirieron que las molestias eran mantenidas por largos períodos y donde la duración de cada episodio de agudo y la imposibilidad de trabajar eran cercanos a una semana, sin embargo, sólo el 0,2 % de ellos había presentado alguna evaluación médica y tratamiento, coincidiendo con lo informado por investigadores españoles, quienes encontraron que la mayoría de los trabajadores en salud sólo se automedicaban (26).

El promedio de la magnitud evaluada por los propios funcionarios fue de 3,8 en la escala de Borg, estos resultados corroboran lo indicado en otras investigaciones (15,16) y revelan la magnitud del problema en esta Unidad en donde se aprecia que la dolencia dorso-lumbar es prevalente en estos funcionarios y genera molestias que en algunos casos han evolucionado a lesiones que han interferido con el desempeño en su trabajo.

Al realizar la evaluación de carga de compresión lumbar y comparar los resultados con las recomendaciones Dortmund (20,21), se pudo apreciar que la fuerza generada a nivel lumbar al levantar una camilla, aún con una adecuada mecánica corporal, podía generar riesgo de producir lesiones a nivel dorsal en las personas mayores de 30 años. Destacando que, si se aumenta el peso del paciente o cambiando la técnica, este valor aumenta considerablemente. De esta forma, al alzar la camilla se genera una compresión a nivel lumbar, que excede en todas las edades, la fuerza de compresión que puede tolerar la columna lumbar. Con estos resultados se evidencia que la mecánica corporal es un factor importante en la prevención de este tipo de lesiones (27), pero a su vez, si el peso de los pacientes es excesivo, aunque se emplee una adecuada mecánica corporal, la tolerancia de compresión lumbar se va a ver ampliamente sobrepasada.

Otro factor importante a considerar, es el peso del paciente, ya que, su incremento provoca un aumento de la fuerza de comprensión lumbar, sobrepasando los límites para hombres y mujeres mayores de 20 años, mostrándose solo en la fase 3 del movimiento (camilla ya levantada) dentro de límites aceptables.

Por otra parte, al aumentar la variable peso del operador en este movimiento, los kN de compresión discal también se elevaron drásticamente, excediendo ampliamente las recomendaciones

para prevenir lesiones a nivel lumbar. Lo cual evidencia la importancia del control del peso y el acondicionamiento físico en el personal de ambulancias, situación expuesta por expertos en esta problemática (19).

Toda la información recopilada en este estudio corrobora lo indicado por investigadores nacionales (21), quienes mencionan la importancia de la interacción multivariada en la generación de lesiones músculo esqueléticas, entre ellas destacan factores de riesgos asociados a las demandas de trabajo (biomecánicos, de organización y ambientales) y a las características de las personas (rasgos genéticos, características morfológicas, condición física entre otras) (7). En este estudio se identificaron aspectos biomecánicos y de condición fisca de los trabajadores, además de organizacionales, los cuales se relacionan con las condiciones y el ambiente laboral, aspecto importante a considerar ya que según la literatura es un factor preponderante en el bienestar o en la presencia de efectos lesivos en la salud de los trabajadores (28).

De esta forma, lo pesquisado en este estudio enfatiza en la importancia de la prevención de estas alteraciones músculo esqueléticas, por lo cual se sugiere como medidas para prevenir y controlar las molestias de columna dorsal:

- Control de la obesidad, a través de una pesquisa temprana y manejo en un programa específico para estos funcionarios, a cargo de la Unidad de Salud del Personal.

- Realizar una adecuada selección de personal, que además de las competencias cognitivas y emocionales contemple la condición física para optar al puesto principalmente de conductor y paramédico.

- Disponer de un programa continuo de acondicionamiento físico, donde se otorgue importancia al ejercicio como prevención de estas lesiones, con especial énfasis a los casos de riesgo (29).

- Vigilancia médica continua, a través de programas de evaluación rutinarios, relacionadas con la condición física, quedando establecido que al menos una vez al año cada funcionario debe tener una evaluación.

- Programas de capacitación en estilos de vida saludable con énfasis en alimentación, importancia de la actividad fisca programada y mecánica corporal en el manejo de cargas.

- Gestionar la compra de camillas con características ergonómicas que ayuden a disminuir la fuerza empleada para su manipulación.

- Realización de este tipo de estudios de manera rutinaria en las instituciones, en base a la metodología empleada, con el fin de identificar y hacer seguimiento de los funcionarios en relación a la presencia y prevención de este tipo de lesiones.

› Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Norma General Técnica n° 17, sobre sistema de atención médica de urgencia (SAMU). República de Chile [en línea]. 2005. [acceso 2 may 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ RESOLUCION_338_05%20SAMU.pdf

2. Melita A, Cruz M, Merino J. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. Cienc Enferm. 2008; 14(2): 75-85.

3. Rodríguez-Campo V, Paravic-Klijn T. Verbal

abuse and mobbing in pre-hospital care services, Chile. Rev Latino-Am Enfermagem. [en linea]. 2017 [acceso 12 mar 2018]; 25. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2956.pdf

4. Almondes K, de Araújo E, de Oliveira Maísa. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. Psicol cienc prof. 2016 (jun); 36(2):449-57.

5. Bases de proceso de selección para la provisión del cargo enfermera (o) SAMU. Hospital Carlos Van Buren. [en linea]. [acceso 12 mar 2018]. Disponible en: http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/hcvb/032012/actos/BASES_ENFERMERO.pdf

6. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back. Cincinnati (EE.UU): NIOSH Publications & Products;1997. 590p.

7. Reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo. Ley N° 16.74449. Decreto 594. Ley Chile. Biblioteca del Congreso nacional [en línea] 1999. [acceso 12 mar 2018]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=167766

8. Ministerio de trabajo y previsión social (Chile). Encuesta ENCLA 2011. Capítulo 10. Seguridad y salud en el trabajo. [en línea] 2012 [citado 12 mar 2018]. Disponible en: http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-101347_recurso_10.pdf
fuerza empleada para su manipulación.

9. Ministerio de Salud (Chile). División de políticas públicas saludables y promoción. Departamento de salud ocupacional. Protocolos de vigilancia para trabajadores expuestos a factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores relacionados con el trabajo. Santiago de Chile; 2012.

10. Oficina regional de la OIT para América Latina y el Caribe. 2013 La OIT en América Latina y el Caribe. Avances y perspectivas. Lima (Perú): OIT; 2013 [citado 12 mar 2018]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_214985.pdf

11. López CM, Solano I, Riesco MI. Adecuación de puesto de trabajo en el ámbito sanitario. Med segur trab. 2007 (mar); 53(206): 1-7.

12. Martín-Prieto M. Reyes, Gamo MF, Ruiz-Figueroa MJ. Percepción de los riesgos de su puesto de trabajo de los médicos internos residentes de un hospital secundario. Educ méd. 2011; 14(3): 163-70.

13. Castillo-Guerrero V, Suárez N, Escalona E. Evaluación ergonómica en el área termoencogible de una empresa fabricante de pintura Venezolana. Cienc Trab. 2013 (ago); 15(47): 57-62.

14. Lavender S, Conrad K, Reichelt P, Meyer F, Johnson P. Postural analysis of paramedics simulating frequently performed strenuous work tasks. Appl Ergon. 2000 (ene); 31(1): 45-57.

15. Prairie J, Corbeil P. Paramedics on the job: Dynamic trunk motion assessment at the workplace. Appl Ergon. 2014 (jul); 45(4): 895-903.

16. Arial M, Benoît D, Wild P. Exploring implicit preventive strategies in prehospital emergency workers: A novel approach for preventing back problems. Appl Ergon. 2014(jul); 45(4):1003-9.

17. Lavender S, Conrad K, Reichelt P, Kohoka A, Gacki-Smithb J. Designing ergonomic interventions for emergency medical services

workers—part III: Bed to stairchair transfers. Appl Ergon. 2007 (sep); 38(5): 581-9.

18. Wang H, Weaver M, Abo B, Kaliappan R, Fairbanks R. Ambulance stretcher adverse events. Qual Saf Health Care. 2009 (jun); 18(3): 213-6.

19. Crill M, Hostler D. Back strength and flexibility of EMS providers in practicing prehospital provider. J occup rehabil. 2005 (jun); 15(2): 105-11.

20. Drury C, Roberts D, Hansgen P, Bayman J. Evaluation of apalletising aid. Appl Ergon. 1983 (dic); 14(2): 242-6

21. Gutiérrez M, Monzó J, Lama O, Arlette F, Cruzat M, Bustos G. Chile: Universidad de Concepción: Ergonomía y gestión de riesgos de trastornos músculo esqueléticos en unidades hospitalarias;2012

22. Corlett E, Bishop R. A technique for measuring postural discomfort. Ergonomics. 1976 (mar); 19(2): 175-82.

23. Rivera M, Sanmiguel M, Serrano L, Nava M, Moran J, Figuerola LC. Musculoskeletal lesions while lifting-related factors in workers at 3 hospitals in Torreon, Coahuila, Mexico. Cienc Trab. 2015 (ago); 17(53): 144-9.

24. De Souza R, Palucci M. Lumbalgia caracterizada por la resistencia de la musculatura y factores ocupacionales asociados a la enfermería. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2014 (may-jun); 22(3):386-93.

25. Lourençon C, Monteiro M. Living and working conditions of the professionals of the a Mobile Emergency Service. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011 (jul-ago); 19(4):1018-24.

26. Rosario R, Amézquita T. Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos en el personal t de esterilización en tres hospitales públicos. Med segur trab. 2014 (mar); 60(234): 24-43.

27. Duque I, Zuluaga D, Pinilla A. prevalencia de lumbalgia y factores de riesgo en enfermeros y auxiliares de la ciudad de Manizales. Rev Hacia la Promoción de la Salud. 2011;16(1):27-38

28. Moreno B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Med segur trab. 2011; 57(Supl 1): 4-19.

29. Vera-García F, Barbado D, Moreno-Pérez V, Hernández-Sánchez S, Juan-Recio C, Elvira J. Core stability. Concepto y aportaciones al entrenamiento y la prevención de lesiones. Rev Andal Med Deporte.2015;8(2):79–85.

Implementación de estrategia multimodal en higiene de manos en un hospital pediátrico

Autores:

Sylvina Alvarado Fick. Enfermera, Programa de Control de Infecciones Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago. Departamento de Pediatría área Sur, Universidad de Chile, Santiago.

› Resumen

Introducción. El Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés aplicó la estrategia multimodal para mejorar la adhesión a la higiene de manos propuesta por la Organización Mundial de la Salud. El objetivo fue aplicar el Marco de Autoevaluación de la Higiene de Manos y evaluar el efecto sobre la adhesión a la higiene de manos y algunos indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. **Material y Método.** Estudio observacional aplicado entre el año 2013 y 2015, se midió el cumplimiento de los estándares en higiene de manos según el "Marco de autoevaluación de la Higiene de Manos" de la OMS en el contexto del Premio Latinoamericano a la Excelencia e Innovación en la Higiene de Manos 2015-2016. **Resultados.** La autoevaluación inicial de higiene de manos fue de 38,8 puntos y al final de la evaluación aumento a 270 puntos ($p<0,05$). La adhesión a higiene de manos aumentó de 48% a 62% en relación a la oportunidad ($p<0,05$), la tasa de incidencia global de infecciones asociadas a la atención disminuyó de 1,9 a 1,7 por 100 egresos y la tasa de incidencia de gastroenteritis agudas intrahospitalarias disminuyeron de 3,24 a 2,13 por 1000 días lactante menor de 2 años ($p<0,05$). **Conclusiones.** La implementación de una intervención multimodal mejoró significativamente la adhesión al lavado de manos y se observó un resultado positivo en los indicadores de incidencia de infecciones asociadas a la atención de salud.

› Palabras clave: Higiene de las manos, Infección hospitalaria, hospitales pediátricos (DeCS).

Implementing a multimodal strategy of hands hygiene in a pediatric hospital

› Abstract

Introduction. Children´s Hospital Dr. Exequiel González Cortés applied the multimodal strategy of the World Health Organization to improve the adherence of hand hygiene in the institution. The goal of this intervention was to apply Self-Assessment Framework of Hand Hygiene to evaluate the effect over the adherence of hands hygiene and some Healthcare Associated infections indicators. **Material and Method.** Observational study from 2013 to 2015 where standard compliance in hand hygiene was measured according to the "Self-Assessment Framework for Hand Hygiene" of the World Health Organization in the context of the Latin American Award Excellence and Innovation in Hand Hygiene 2015-2016. **Results.** According to the self-assessment tool 38.8 points in the measurement scale at the beginning of the evaluation were achieved. However, at the end of the evaluation 270 points were achieved ($p<0,05$). Adherence to hand hygiene increased from 48% to 62% at the time and indicators like the rate overall incidence of infections associated with care decreased from 1.9 to 1.7 per 100 discharges, and the incidence rate nosocomial acute gastroenteritis decreased from 3.24 per 1,000 days. Infants under 2 years to 2,13 per 1,000 days ($p<0,05$). **Conclusion.** The implementation of a multimodal intervention improved significantly the hand hygiene adherence and it was observed a positive result in the indicators of incidence of infections associated with health care.

› Key Word: Hand hygiene, cross infection, hospital pediatric (DeCS).

› Introducción

La prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) se estima entre un 3,5% a 12% en el mundo, de ellas, la carga más alta se ubica en unidades críticas como Cuidados Intensivos y Neonatologías (1). La principal medida para prevenir esta infecciones es la higiene de manos, que lleva más de 150 años generando evidencias de su efectividad (1-3), considerándose uno de los pilares en la contención de los microorganismos multirresistentes (4-8). Las instituciones de salud realizan grandes esfuerzos para aumentar la adhesión en esta práctica, implementando distintas estrategias que ayuden a mejorar el cumplimiento de los 5 momentos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el cumplimiento de este procedimiento (9,10).

La OMS en su esfuerzo permanente por promover la seguridad del paciente, lanzó en el año 2005 su mensaje "Clean care is Safer care" (Una atención limpia es una atención segura) (11) y estableciendo la meta de crear un marco de autoevaluación de la Higiene de Manos en el año 2012, a partir de este plan de acción se instó a las instituciones trabajaran para mejorar la adhesión a esta práctica (12,13).

A nivel latinoamericano, la OMS en conjunto con la Academia Aesculap, lanzó el Premio Latinoamericano a la Excelencia e Innovación en la Higiene de Manos 2015- 2016, donde el hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés decidió aplicar el marco de autoevaluación de la higiene de manos establecido por la OMS como instrumento objetivo y continuo de medición de estándares en cumplimiento de la higiene de manos (14), para lo cual se inscribió en la página web especialmente habilitada. www.handhygieneexcellenceaward.com.

El Hospital Dr. Exequiel González Cortés es un hospital público pediátrico de alta complejidad, compuesto por 126 camas, de las cuales 17 corresponden a unidades de paciente crítico, cuenta con salas comunes de 6 a 7 cupos, salas más pequeñas para de 2 y 3 cupos y salas individuales, es centro de referencia en algunas especialidades como Nefrología, Quemados, Cirugía y Oncología.

Cuenta con aproximadamente 800 funcionarios y en su calidad de hospital docente asistencial recibe anualmente aproximadamente a 1500 alumnos de distintas carreras del área de la salud. Tiene una población asignada de 300.000 niños de las comunas del sector sur de Santiago de Chile. La infraestructura data de los años 60 y debido a la demanda ha tenido que crecer adaptando instalaciones de uso doméstico a instalaciones hospitalarias, con las dificultades que esto implica.

En este contexto, se plateó como objetivo describir la intervención para el mejoramiento de la higienización de manos y evaluar el efecto sobre la adhesión a la higiene de manos y algunos indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).

› Material y método

Estudio cuantitativo pre-experimental con evaluación pre y post intervención, realizada entre el año 2013 hasta 2015.

El Programa de Control de Infecciones institucional evaluó cada uno de los criterios propuestos por la OMS, a saber: Cambio de sistema, Formación y educación, Evaluación y Retroalimentación, Recordatorios y Avisos, Seguridad Institucional, Innovación y Resumen ejecutivo. Se utilizaron los registros de intervenciones locales, evaluaciones de cumplimiento de oportunidad de higiene de manos, resultados de Campaña de lavado de manos, material de difusión como

fotografías, videos, póster y resultados de la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital.

Se realizó un programa de intervención con evaluaciones de indicadores de estructura, proceso y resultado relacionados a higiene de manos (HM), antes y después de la intervención. Se aplicó la encuesta de Marco de autoevaluación de la higiene de las manos, el instrumento digital "iScrub" (14) para evaluar la oportunidad de lavado de manos (ambos propuestos por la OMS) y se mantuvo la vigilancia de los principales indicadores de IAAS, se analizaron las diferencias entre las evaluaciones pre y post intervención, considerando un nivel de significancia p< a 0,05.

Se solicitó la autorización del comité de Investigación y Docencia del Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés para la publicación de la intervención, no hay financiamiento de terceros y según la Declaración de Helsinski no se afectó la protección de la privacidad de los individuos (15).

› Resultados

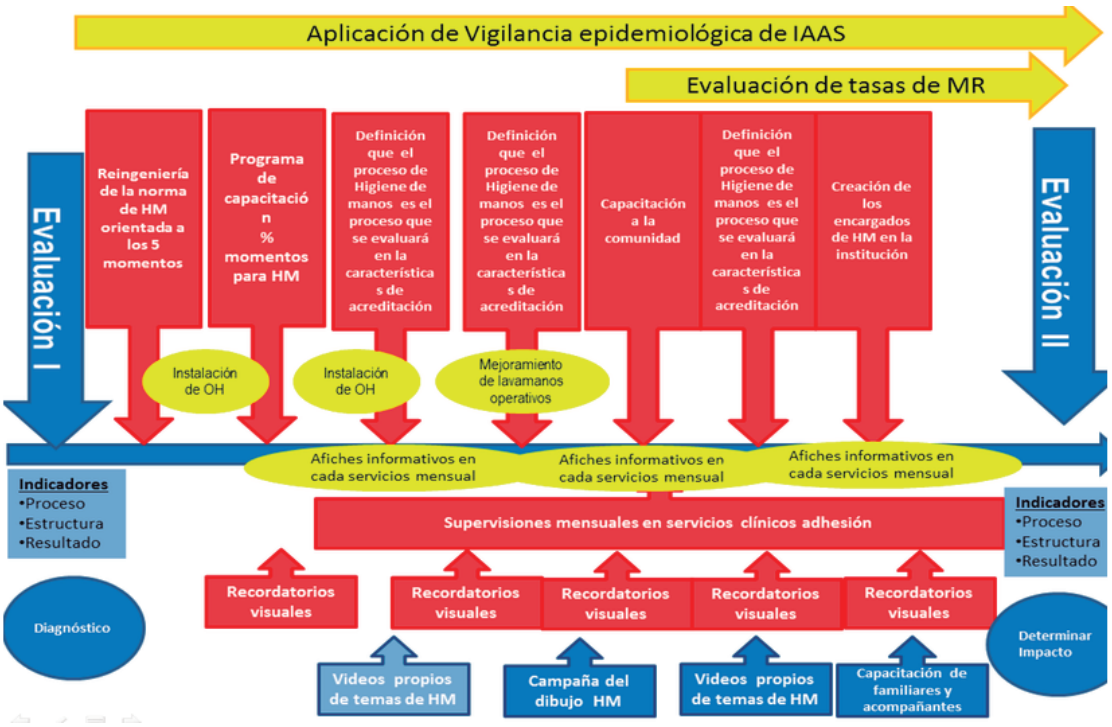
Se realizó un diseño de intervención para dos años, iniciando el año 2013 hasta marzo del 2015. Para ello se utilizó la estrategia promovida por la OMS, además de actividades locales de acuerdo a la realidad de un hospital que atiende a pacientes pediátricos y su familia.

Las intervenciones se realizaron en tres etapas:

ETAPA 1: Establecimiento de diagnóstico, realizada durante el primer semestre del 2013. Utilizando la encuesta Marco de Autoevaluación de la Higiene de las Manos se obtuvo un puntaje inicial de 38,8 puntos, clasificado como inadecuado, donde destacaron los siguientes ítems:

a) Cambio en el sistema: ausencia de alcohol gel en las unidadesen las unidades.

FIGURA 1. ESQUEMATIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.



b) Formación y aprendizaje: inexistencia de capacitación en relación a los cinco momentos de HM.

c) Falta de retroalimentación.

La adhesión a los 5 momentos de la HM fue de 48% a nivel de hospital.

El diagnóstico también contempló los siguientes indicadores de IAAS:

- Tasa global de infecciones: 1,9 por cada 100 egresos.

- Tasa de gastroenteritis en menores de 2 años: 3,25 por cada 1000 días lactante, presentándose casos en todas las unidades del hospital, con predominio histórico en la Unidad de Lactantes.

ETAPA 2: Conformación de un grupo de trabajo, compromiso de las jefaturas de la institución y elaboración de un plan de trabajo (mostrado en la figura 1) que fue implementado entre marzo del 2013 y enero del 2014.

Como primera medida, se actualizó la normativa relacionada a higiene de manos, incorporando claramente los cinco momentos de la oportunidad para la higiene de manos y la forma en que se efectuaría la supervisión la técnica.

Conjuntamente se realizó un diagnóstico del número y condiciones de lavamanos, se gestionaron las reparaciones correspondientes con la finalidad de dejarlos operativos.

Luego se realizó el lanzamiento de la estrategia multimodal "Atención limpia es una atención segura", en todos los servicios clínicos de la institución, esta estrategia se basó en cinco elementos:

1. Cambio de sistema, referido a la disposición y uso de alcohol gel para la higiene de manos.

2. Educación y entrenamiento a los trabajadores de salud.

Entre mayo 2013 y septiembre 2014, se llevó a cabo la "Campaña de lavado de manos" dirigida por la enfermera del Programa de Control de Infecciones (enfermera IAAS) y ejecutada por las enfermeras supervisoras de cada unidad clínica, su objetivo fue aumentar la adhesión a la higiene de manos y la integración de los cinco momentos para aplicar el procedimiento. Se realizaron actividades lúdico-pedagógicas dirigida a todos los estamentos del equipo de salud, acompañado de acciones de sensibilización y refuerzo positivo a través de la entrega de chapitas alusivas a la campaña.

El Programa de Control de Infecciones y a la Unidad de Recursos Humanos institucional, ha establecido como requisito la participación de profesionales y técnicos en capacitaciones formales presenciales de 20 horas duración, donde se abordan tópicos relevantes en infecciones y entre ellos la higiene de manos, se realizan anualmente y durante el año 2014 tuvo una cobertura del 100% de los funcionarios.

Además, en el programa de orientación e inducción institucional, uno de los temas centrales fue la higiene de manos. Esta actividad se realizó en dos periodos por año y se orientó al 100% de los nuevos funcionarios, tanto clínicos como administrativos.

Otro grupo importante considerado en la capactación fueron los estudiantes de pregrado, representan una población flotante anual de 1500 personas, al ingreso a la institución fueron capacitados, de acuerdo a su nivel de formación, en temas relacionadas a infecciones asociadas a la atención en salud, en especial respecto a higiene de manos, cinco momentos y técnicas de higiene de manos.

Paralelamente la enfermera IAAS realizó educación a los padres, lo que fue ejecutado con el apoyo de la unidad de capacitación y la asistente social encargada de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).

3. Medición del cumplimiento mediante observaciones advertidas y retroalimentación.
La higiene de manos fue incluida como indicador de calidad asistencial de evaluación obligatoria mensual, para presentar en los procesos de Acreditación para Prestadores Institucionales de Chile, donde la institución logró un 100% de cumplimiento en la reacreditación de enero 2015.

Para la evaluación se utilizó un sistema en línea donde las enfermeras supervisoras de las unidades ingresaron los datos de las supervisiones de higiene de manos, haciendo las evaluaciones transparentes y visibles por todos. Además, las unidades clínicas que presentaron mejores indicadores de adhesión, recibieron un reconocimiento como unidad.

Con el fin de hacer retroalimentación a las unidades, mensualmente se entregó un cartel con la información obtenida por la unidad y su curva de desempeño para ser publicada en el mural.

4. Afiches recordatorios para funcionarios y familiares.
En mayo del 2014 se realizó un concurso de dibujo, en el que participaron los pacientes hospitalizados e hijos de funcionarios, con la temática de la importancia de la higiene de manos, el objetivo de esta actividad fue sensibilizar al paciente y también indirectamente al funcionario en esta práctica.

En las unidades clínicas se dispusieron afiches recordatorios de la higiene de manos con imágenes de los 5 momentos.

Para el día del hospital abierto realizado el año 2014, el Programa de Control de Infecciones presento un stand para educar a la comunidad y se diseñó un poster sobre higiene de manos dirigido a familiares.

FIGURA 1. POSTER DE HIGIENE DE MANOS PARA LA COMUNIDAD.

Además, a cada paciente que ingresó a hospitalizarse, se le entregó en admisión un folleto elaborado por el programa de IAAS, en él se entregó información sobre la prevención de infecciones y en especial sobre la importancia de la higiene de manos.

5. Creación de un clima de seguridad orientado a ofrecer manos seguras a los pacientes.

ETAPA 3: Evaluación realizada en el primer semestre del 2015, donde se evaluaron los mismos indicadores de la etapa uno, actividad a cargo del Programa de Control de Infecciones, esto es aplicación del Marco de autoevaluación de la higiene de las manos, adhesión a los 5 momentos, tasa global de infecciones por cada 100 egresos y tasa de gastroenteritis en pacientes menores de 2 años. Los resultados obtenidos se compararon con la evaluación diagnóstica (ver tabla 1).

TABLA 1. COMPARACIÓN DE EVALUACIÓN DE INDICADORES PRE Y POST INTERVENCIÓN

INDICADORES EVALUADOS	MEDICIÓN PRE INTERVENCIÓN (1er trimestre 2013)	MEDICIÓN POST INTERVENCIÓN (1er trimestre 2015)	DIFERENCIA PRE Y POST INTERVENCIÓN
Marco de autoevaluación de la higiene de las manos (OMS)	38,8 puntos (inadecuado)	270 puntos (intermedio)	231,2*
Adhesión a los cinco momentos.	48,0% n=444	62,0% n=454	14,0%*
Tasa global de IAAS por cada 100 egresos.	1,9 x 100 egresos	1,7 x 100 egresos	0,2 x 100 egresos
Tasa anual de GEA** en pacientes menores de 2 años.	3,24 x 1000 días Lactante	2,13 x 1000 días Lactante	1,11 x 1000 días Lactante*

* p< 0,05
**GEA:Gastroenteritis Aguda

› Discusión

La realización de una intervención de esta envergadura, que involucró a todo el equipo de salud, con una extensión de dos años (2013-2015), requirió de un gran esfuerzo operativo y del compromiso de los líderes de la institución, implicó el desarrollo de la creatividad en la planificación y ejecución de actividades motivadoras y lúdicas que aportaran a la internalización de una práctica tan importante en el desempeño del equipo de salud (16-18).

El resultado de la adhesión a la higiene de manos en el hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés, puede evaluarse positivamente tanto por el incremento en 14 puntos porcentuales en el puntaje de la adhesión global a los cinco momentos de la higiene de manos, como por el mejoramiento en 231 puntos en la evaluación del marco de autoevaluación de la higiene de manos.

También se observó un mejoramiento significativo en la tasa anual de GEA en pacientes menores de 2 años, este es un indicador que ha sido asociado de forma inversa al procedimiento de higienización de manos (19), es decir, cuando aumenta el número de lavados de manos, disminuyen las gastroenteritis asociadas a la hospitalización.

Otro elemento que debe ser especialmente considerado como resultado positivo de este proceso, es que el equipo de salud comenzó a considerar la higiene de manos es un tema relevante que debe tratarse en las unidades y que es una práctica costo efectiva en la prevención de infecciones.

Desde el punto de vista de la logística, el apoyo de los líderes de la institución fue de gran importancia en el desarrollo de esta campaña, ya que se requirieron recursos económicos para mejorar y reparar lavamanos, compra de chapitas y galvanos, confección de diplomas, insumos necesarios para involucrar a todos los participantes y favorecer la adhesión a la higiene de manos. También el compromiso y apoyo de los médicos jefes y enfermeras supervisoras de las distintas unidades hizo que la campaña de lavado de manos tuviese el efecto esperado, entregándole un sentido positivo a esta importante práctica.

Finalmente, destacar en esta campaña fue importante incorporar a los distintos estamentos y unidades de apoyo para la difusión y logística de la campaña como comunicaciones, capacitación, subdirección administrativa, abastecimiento, entre otros.

› Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Policy brief:draft for consultation.[en linea] 2016. [acceso 15 mar 2016]; Disponible en: http://www.who.int/gpsc/policy_brief_ABHR_ consultation.pdf

2. Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. My five moments for hand hygiene: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report han hygiene. J Hosp Infect. 2007 (sep); 67:9–21.

3. Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Burstin H, et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008 (oct); 29(1):51–61.

4. World Health Organization. Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multidrug resistant organuisms in health-care settings. [en linea] 2014. [acceso 15 mar 2016]; Disponible en: http://www.who.int/gpsc/5may/MDRO_literature -review.pdf

5. De Angelis G, Cataldo MA, De Waure C, Venturiello S, La Torre G, Cauda R, et al. Infection control and prevention measures to reduce the spread of vancomycin-resistant enterococci in hospitalized patients: a systematic review and meta-analisis. J Antimicrob Chemother. 2014 (ene); 69:1185–92.

6. Gray AP, Allard R, Paré R, Tannenbaum T, Lefebvre B, Lévesque S, et al. Management of a hospital outbreak of extensively drug-resistant Acinetobacter baumanii using a multimodal intervention including daily chlorhexidine baths. J Hosp Infect. 2016 (may); 93 (1): 29-34

7. Calfee D, Salgado C, Milstone A, Harris A, Kuhar D, Moody J, et al. Strategies to Prevent Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Transmission and Infection in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 (jul); 35(7):772–96.

8. Wiboonchutukul S, Manosuthi W, Likanonsakul S, Sangsajja C, Kongsanan P, Nitiyanontakij R, et al. Lack of transmission among healthcare workers in contact with a case of Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in Thailand. Antimicrob Resist Infect Control. 2016 (may); 5(21): 2-5

9. Stewardson A, Pittet D. Anatomy of a successful multimodal hand hygiene campaign. BMJ Qual Saf. 2012;(21):973–5.

10. World Health Organization. Quality of care: patient safety. [en línea] 2002. [acceso 15 mar 2016]; Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf

11. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. [en línea] 2009. [acceso 07 dic 2013]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=1335D14B5931B3CA500C40FB459FCAAB?sequence=1

12. World Health Organization. Summary Report: Hand Hygiene Self-Assessment Fremework Survey 2015/2016. A report from the WHO Infection

Prevention and Control Global Unit. [en línea] 2016. [acceso 12 sep 2016]; Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/hand-hygiene-report.pdf?ua=1

13. Ellingson K, Haas JP, Aiello AE, Kusek L, Maragakis LL, Olmsted RN, et al. Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections Through Hand Hygiene. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 (ago);35(8):937–60.

14. Apple Inc. iScrub lite. SwipeSense Inc. Record hand-hygiene observations more efficiently. [en línea] 2014 [acceso 07 dic 2013]. Disponible en: https://itunes.apple.com/cl/app/iscrub-lite/id329764570?mt=8

15. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ley Número 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención en salud. (DFL N°1 de 24-04-2012, última modificación 06-06-2015).

16. Rajaraman D, Varadharajan KS, Greenland K, Curtis V, Kumar R, Schmidt WP, et al. Implementing effective hygiene promotion: lessons from the process evaluation of an intervention to promote handwashing with soap in rural India. BMC Public Health. [en línea] 2014 (nov) [acceso 12 sep 2016]; 4:1179. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251686/

17. Huis A, Holleman G, Van Achterberg T, Grol R, Schoonhoven L, Hulscher M. Explaining the effects of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital nurses: a process evaluation alongside a cluster rendomised controller trial. Implement Sci. [en línea] 2013 [acceso 12 sep 2016]; 8(41). Disponible en: https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-8-41

18. Stone PW, Hasan S, Quiros D, Larson EL. Effect of Guideline Implementation on costs of Hand Hygiene. Nurs Econ. 2007;25(5):279–84.

19. Lucero Y. Gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev Médica Clin Las Condes. 2014; 25:463–72.

Percepción de los profesores sobre la obesidad infantil

Autores:

Ana Jara Rojas. Enfermera, Magíster en Enfermería, Académica Departamento de Enfermería Universidad Católica del Maule, Chile. E-mail: ajara@ucm.cl
Bárbara Flores Martínez. Licenciada en Enfermería. Universidad Católica del Maule, Sede Talca, Chile. E-mail: basoflores@gmail.com
Bárbara Muñoz Salinas. Licenciada en Enfermería. Universidad Católica del Maule, Sede Talca, Chile. E-mail: barbara.sofia.05@hotmail.com.
Bárbara Villegas González. Licenciada en Enfermería. Universidad Católica del Maule, Sede Talca, Chile. E-mail: barbara.v.g@hotmail.com.

Estudio que forma parte de la tesis "Percepción de los Profesores sobre la Obesidad Infantil", para optar al grado de licenciada/o en enfermería de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica del Maule, Chile.

› Resumen

Introducción. La obesidad ha cobrado relevancia debido al incremento de sus cifras y por las consecuencias negativas para la salud de las personas, siendo más perjudicial cuando se instaura en edades tempranas. Su origen tiene diversos factores: el aumento de la ingestión de calorías, la disminución del gasto energético y factores genéticos que se manifiestan bajo condiciones sociales y ambientales, en donde las conductas generadoras de obesidad son adoptadas. Uno de ellos es el entorno escolar, y es aquí donde el profesor cobra relevancia, puesto que se transforma en un sujeto capaz de transmitir hábitos de vida saludable en el niño. El objetivo del presente estudio es conocer la percepción que tienen los profesores de establecimientos educacionales, acerca de la obesidad infantil presente en la comunidad escolar. **Material y Método.** Diseño cualitativo, con enfoque fenomenológico, bajo un paradigma interpretativo. La muestra de tipo no probabilística conformada por dos profesores jefe de curso y cuatros profesores de educación física. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas personalizadas semi-estructuradas. **Resultados.** De los datos obtenidos se desprenden tres categorías de análisis: actividad física, alimentación y familia. **Conclusiones.** Se puede concluir que para los profesores la obesidad infantil es un problema que los acongoja, que se encuentra presente en la comunidad escolar producto de una falta de actividad física, malos hábitos alimenticios y deficiencia del rol activo de los padres como agentes promovedores de conductas saludables.

› Palabras clave: Percepción, Obesidad, Profesor (DeCS).

Perception of teachers about childhood obesity

› Abstract

Introduction. Obesity has become relevant due to the increase in its numbers and the negative consequences for people's health, being more harmful when it is established at an early age. Its origin has several factors: the increase in caloric intake, the decrease in energy expenditure and genetic factors that manifest themselves under social and environmental conditions, where the behaviors that generate obesity are adopted. One of them is the school environment, and this is where the teacher becomes relevant since he becomes a subject capable of transmitting habits of healthy life in the child. The objective this research was known the perception that teachers of educational establishments have about childhood obesity present in the school community. **Material and Method.** qualitative design, with a phenomenological approach, under an interpretive paradigm. The sample was a non-probabilistic type and consisted of two professors who lead the course and four physical education professors. The data collection was carried out through semi-structured personalized interviews. **Results.** Three categories of analysis are derived from the data obtained: physical activity, healthy eating and family. **Conclusion.** we can conclude that for teachers, childhood obesity is a problem that distresses them, which is present in the school community as a result of a lack of physical activity, bad eating habits and deficiency of the active role of parents as promoting agents of healthy behaviors. Because of that, it is necessary to make an alliance between health and education to improve childhood nutritional

› Key Word: Perception, Obesity, Professor (DeCS).

› Introducción

La obesidad infantil es el problema de salud nutricional más grave del siglo XXI. Se ha catalogado como una epidemia debido a su alta incidencia a nivel mundial, que va aumentando a un ritmo alarmante, es así como la Organización Mundial de la Salud declara que desde el año 1975 la prevalencia de la obesidad en la población comprendida entre los 5 y 19 años de edad ha aumentado desde un 4% a un 18% en el año 2016 (1).

Chile no queda exenta de esta realidad, existen preocupantes cifras con respecto a la prevalencia de obesidad en niños de 6 años, la que ha variado de un 12,0% en 1993 a un 21,8% en 2009 y 23,2% en el año 2010 y las proyecciones de expertos advertirían que en la actualidad las cifras se acercarían al 50% (2).

Lo anterior exige un llamado de atención, puesto que la obesidad genera múltiples consecuencias negativas para la salud de la población. A corto plazo provoca alteraciones a nivel orgánico como desviaciones a la columna, a nivel psicológico y social genera aislamiento del individuo por sufrir de constantes burlas y descalificaciones. A largo plazo se producen deterioros anticipados de la funcionalidad del organismo, manifestándose a través del surgimiento precoz de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, entre otras, además, puede reducir la esperanza de vida hasta en diez años. Por estas razones, el Ministerio de Salud Chileno ha implementado diversas medidas para manejar esta problemática, desde promoción de la salud hasta prevención de enfermedades, y la ha incorporado como unos de sus objetivos sanitarios para la década, estableciendo como indicador disminuir en un 10% la obesidad y sobrepeso, y aumentar en un 30% la actividad física (3), aspectos que para esta investigación son de gran relevancia.

Cabe destacar que la obesidad tiene un origen multifactorial, en donde se conocen como principales causas la alta ingesta calórica y escasa o nula actividad física de la población. Si a lo anterior se suma que los niños son incapaces de decidir o determinar que estilo de vida promueve un desarrollo positivo para su salud, este problema cobra gran relevancia. Sin embargo, los niños se ven influenciados por su entorno más cercano; su familia, amigos y escuela. Es aquí donde el profesor que acompaña al niño en su jornada escolar, obtiene especial atención y relevancia para la realización de este estudio, puesto que él se transforma en un sujeto capaz de transmitir al escolar hábitos de vida saludable en los cuales se puede incorporar a la familia (4).

Según Lewkow, la percepción corresponde a la capacidad que tienen los individuos para obtener información del medio que los rodea, a partir de los efectos que los estímulos generan sobre sus sistemas sensoriales, gracias a lo cual pueden interaccionar adecuadamente con su entorno (4).

Considerando este concepto y la problemática de nutrición en niños, surge la pregunta ¿cuál es la percepción que tienen los profesores sobre la obesidad infantil? Describir el conocimiento que poseen los profesores sobre el tema, además de analizar las principales estrategias y limitantes en torno a la obesidad infantil, cobra gran relevancia para la enfermería, ya que permitirá comprender el fenómeno y como líderes dentro del equipo interdisciplinario en salud, se pueden planificar estrategias efectivas y realistas de cuidados y enfocar los esfuerzos en el ambiente escolar, enfatizando en la promoción de la salud escolar con una participación activa del entorno educativo, con la intención de potenciar y mejorar la salud y el bienestar de la población escolar.

Es por todo lo expuesto, que este estudio contempla como principal objetivo conocer la percepción que tienen los profesores acerca de la obesidad

infantil. Y se transforma en una oportunidad trascendental, en donde los resultados pueden entregar información relevante para la implementación de nuevas intervenciones sanitarias en el ambiente escolar, ya que, pese a los enormes esfuerzos realizados en Chile, la obesidad continúa generando grandes impactos en la salud de las personas, especialmente en los niños.

› Material y Método

El estudio es de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, para describir experiencias tal como son vividas por los participantes del estudio, y para develar la esencia de dicho fenómeno se utilizó el conocimiento teórico filosófico que abala al método fenomenológico según Husserl (5).

El universo está integrado por los profesores pertenecientes a dos colegios de la ciudad de Talca, uno privado y otro municipal. La unidad de análisis corresponde a profesores jefes de curso y de educación física del nivel básico. El tipo de muestra fue no probabilística, conformada por un profesor jefe de curso y dos profesores de educación física por cada establecimiento, es decir, seis participantes.

Para la recolección de los datos se utilizó una entrevista personalizada a cada docente incluido en la muestra. La entrevista fue de tipo semi-estructurada, la cual se basó en preguntas que guiaron la entrevista, previamente sometidas a validación por tres expertos:

- ¿Cuáles son los conocimientos que tiene acerca de la obesidad? Explique en qué consiste, cuáles son sus causas y consecuencias.

- ¿Existen estrategias en el establecimiento para disminuir la obesidad infantil? ¿Cuáles son y en qué consisten?

- Desde su experiencia, ¿Cuáles cree usted que son las dificultades que existen actualmente para reducir la obesidad infantil?

- ¿De qué manera cree usted que puede contribuir como docente a disminuir la obesidad infantil?

Los datos de tipo verbal otorgados por los participantes se recolectaron en base a la grabación en formato audio MP3. Las entrevistas se llevaron a cabo en el ambiente natural de los participantes con una mínima intervención del entrevistador, previa aceptación y firma del consentimiento informado. Posterior a ello, fueron transcritas de forma textual y se procedió a la lectura y relectura de ella, con el fin de compenetrarse con los relatos e ir captando aquello invariable que se va repitiendo para poder abordar al ser humano como un todo, de manera integral y holística. Se realizó la reducción de los datos, disposición y transformación de ellos y por último obtención de resultados y verificación de conclusiones según Miles y Huberman (6).

En la primera etapa de reducción de los datos se realizó una lectura crítica de las entrevistas para identificar unidades de contenido. Una vez identificadas, se separaron y clasificaron en categorías para luego agrupar aquellas categorías semejantes. De cada unidad de contenido se obtuvieron subtemas, los cuales fueron representados mediante anécdotas extraídas directamente de las entrevistas. En la segunda etapa que correspondía a la disposición y agrupamiento de los datos, se procedió a construir una tabla resumen con los temas y subtemas encontrados, con el fin de facilitar su comprensión. Y en la tercera etapa de obtención de resultados y verificación de conclusiones se realizó una descripción e interpretación de cada resultado, evidenciándolo además con su respectiva anécdota extraída desde las

entrevistas. Finalmente, se comparó cada resultado obtenido con las conclusiones de otros investigadores.

Cabe destacar que la investigación está sujeta a los siete requisitos éticos propuestos por Ezekiel Emanuel (7).

› Resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis exhaustivo de las entrevistas realizadas a seis profesores, dos de ellos profesores jefes y cuatro profesores de educación física de dos colegios de la ciudad de Talca, uno particular y otro municipal. Todos los profesores eran de sexo masculino, de enseñanza básica, con más de dos años de experiencia en la docencia.

De los discursos se identificaron tres temas con sus respectivos sub temas y anécdotas. Los temas y subtemas se resumen en la siguiente tabla:

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE TEMAS Y SUBTEMAS

Temas	Subtemas
Actividad física	Sedentarismo o falta de actividad física Estrategias: talleres deportivos
Alimentación	Hábitos alimenticios Colaciones: Comida no saludable Estrategias: Comida saludable
Familia	Rol de los padres Cultura alimentaria

Fuente: Flores, Muñoz y Villegas, 2017. Percepción de los profesores sobre la obesidad infantil .

1. "Actividad física"

Los profesores identifican que uno de los factores que contribuye en el desarrollo de la obesidad infantil es la actividad física, de la cual se desprenden como subtemas el sedentarismo y las estrategias empleadas para contrarrestar éste problema.

La falta de actividad física es una de las principales dificultades que existen para combatir esta enfermedad crónica, a consecuencia de las condiciones y hábitos de vida moderna, entre ellos el uso masivo de tecnologías como teléfonos móviles, televisiones y computadoras, que han reemplazado las prácticas deportivas y actividades recreativas fuera del hogar. Tal como se describe en los siguientes relatos:

CI2: 27-32: *"hay un grupo de niños que prefieren estar sentados en el computador o en el celular lo cual es un tema tecnológico que no es demandante de tanto gasto energético, así que yo creo que por ahí hay un déficit bastante grande a nivel país..."*

ML1: 15-19: *"hacen muy poco ejercicio, están prácticamente todo el día sentados en el colegio, después llegan a la casa, están frente al computador, ven televisión y no hacen el ejercicio que ellos necesitan..."*

En concordancia con lo mencionado, debido a la falta de actividad física en los escolares, los establecimientos educaciones han diseñado diferentes estrategias para contrarrestar esta problemática, entre las cuales destaca la realización

de talleres deportivos. Esto se plasma en lo relatado por los participantes:

CI1: 74-80: *"A parte de sus clases de educación física, tienen una hora más, pero que lo hacen como más recreativo, por ejemplo, para las niñas hay Pilates o baile entretenido... cosas que les llamen más la atención, porque a esas edades es difícil... les da lata... que porque vamos a correr... entonces es como una forma un poco, para encantar a las niñas más grandes..."*

ML2: 70-78: *"De un tiempo a esta parte se han implementado mucho los talleres deportivos, en eso se ha invertido mucho. Como los espacios acá son reducidos se ha invertido en llevarlos a alguna cancha, implementar más talleres, no sólo el de fútbol, sino más bien de baile entretenido, de voleibol, siento que se ha preocupado mucho el colegio de la parte deportiva, que hace un tiempo atrás no había mucho donde escoger y siento que sí hay más instancias..."*

2. "Alimentación"

El pilar fundamental que condiciona el desarrollo de obesidad en los escolares es la alimentación, del cual se obtienen subtemas asociados tales como los hábitos alimenticios, colaciones (comida no saludable) y estrategias tales como el consumo de comida saludable.

En base a lo mencionado por los entrevistados, una de las dificultades que contribuyen en la obesidad infantil, en la actualidad, son los hábitos alimenticios:

ML2: 11-16: *"Los hábitos de la casa principalmente, tú puedes tener muchos programas en el colegio y los tienes en "una reja" y cuando ellos salen al mundo están llenos de malos hábitos de la casa, de los padres, eso es uno de los mayores problemas a los que estamos enfrentados; los malos hábitos alimenticios de los niños..."*

CI1: 148-160: *"yo creo que hay un concepto errado que como que los papas les dicen "ya el viernes te quedas porque es el día de las cosas ricas" ... entonces como que el día viernes hay hamburguesas, papas fritas con carne, un postre, así como más... pie de limón, por ejemplo, entonces ellos tienden a entender que eso es rico, les estamos creando que esto es rico y que la verdura es mala. Yo de repente les pregunto ¿qué comiste el fin de semana? Y ellos me dicen "comí puras cosas ricas" ¿y qué es rico? "pizza, mc Donald, helado. Yo creo que el mensaje que le están enviando un mensaje que es como malo para ellos..."*

Así también se propone que el ambiente en el que se desenvuelve un niño interfiere en lo que elige consumir, creando de esta forma una cultura alimentaria basada en el consumo de alimentos llamativos y de fácil acceso, lo que coincide con la "comida chatarra".

ML1: 12-15: *"La facilidad con que los niños pueden acceder a la comida poco saludable o chatarra, porque es muy barata y muy accesible, está en todos lados, es muy llamativa para los niños..."*

Las medidas que han tomado los profesores para contrarrestar el problema de las colaciones poco saludables, se han concentrado en proponer ciertas estrategias, tales como la creación de "minutas" con el objetivo de orientar a los padres en la elección de alimentos más adecuados para sus hijos.

CI3: 26-32: *"El colegio mando hace un tiempo atrás una comunicación donde se decía que venía del ministerio un prototipo de colaciones saludables, minutas para cada día y también nosotros procuramos de decirles tanto en reuniones de apoderados como a los niños que traigan su fruta o su leche, que eviten comer tanto dulce, los helados..."*

ML1: 40-42: *"Tratamos nosotros de darle como una minuta con colaciones que sean saludables tratar de que, cuando hacemos las actividades o fiestas de fin de año, la comida no sea sólo golosinas, decirle a los apoderados que no sea tanta comida chatarra ni golosinas y que sea una comida saludable, pero rica y entretenida..."*

ML3: 69-77: *"Sí están sabiendo que la fruta es bastante saludable y que hidratarse también, sobre todo nosotros que pedimos botellas con agua, no con jugo, con agua para la clase de educación física, entonces ahí ellos están felices y de hecho en la clase se consiguen botellas con otros niños para poder tener agua y algunos se la toman antes entonces cuando vamos a la clase ya están con la botella vacía y ahí piden permiso para ir a tomar agua..."*

3. "Familia"

El fomento de las dietas saludables y la actividad física regular, son factores esenciales en la lucha contra la epidemia de obesidad infantil. Es por ello que los docentes identifican a los padres como el principal factor que influye en el comportamiento de sus hijos. Señalan que, si los padres pusieran a disposición de los niños en el hogar: bebidas y alimentos saludables, apoyaran y alentaran la actividad física, sus hijos imitarían estas conductas, ya que los niños aprenden lo que ven e intentan imitar los comportamientos de los adultos y amigos que les rodean. Si la familia y la escuela cuidan que los hábitos sean adecuados, se podría conseguir que los niños también los adquieran.

ML3: 11-25: *"Primero la cultura de la casa claramente. De repente hay niños que son con una contextura o un estado nutricional de obesidad nos damos cuenta que hay apoderados detrás que están en lo mismo, entonces yo creo que eso es lo más difícil de combatir. En los colegios, por lo general, trabajamos en los planes y programas de educación física mucho las habilidades motrices y le agregamos también, el trabajo de condición física, entonces a los niños los hacemos correr, ejercitarse, moverse, trabajamos con ellos los hábitos de vida saludable, los hábitos alimenticios, pero si no es apoyado en la casa yo creo que nuestro trabajo es contra la corriente en realidad. Por eso yo creo que lo más difícil de trabajar en la obesidad es la familia y la cultura que hay en ella..."*

Los profesores destacan ciertas características que tienen los padres, tales como disponer de poco tiempo a causa de su trabajo, por lo que al llegar al hogar priorizan otras actividades y descuidan los hábitos alimenticios de sus hijos.

ML1: 21-34: *"Al poco tiempo que le prestan los papás, porque el hecho de que los papás estén trabajando tanto tiempo, los niños están prácticamente solos al cuidado de otras personas y no los motivan a hacer más deporte. También, la vida fácil; la comida saludable lleva más tiempo prepararla, en cambio un arroz con vienesas es mucho más fácil, entonces el poco tiempo que tienen para prepararla, los papás les dan comida que a ellos les gusta o que es más fácil prepararla. Y en la parte de ejercicio, hacer más actividad física es complicado, ya que sacarlos, darse el tiempo es complicado, llegan tarde del trabajo a hacer las labores domésticas que son más necesarias y no le dan el tiempo para jugar, caminar, etc..."*

CI3: 17-24: *"puesto que no es solamente comer sano, sino que también comer a ciertas horas, y en el sistema escolar eso es más difícil porque un niño no puede estar comiendo cada 3 horas cuando está en periodos de clases, y tanto nosotros como los papas también que tenemos que inculcar eso y los papas muchas veces por el poco tiempo que tienen no participan mucho en ese sentido..."*

› Discusión

A partir del análisis elaborado, los resultados obtenidos han sido contrastados con diversos autores de acuerdo a los tres temas que se han identificado como los pilares fundamentales que establecen la obesidad en los niños. De esta manera, se ha conocido la percepción que tienen los profesores acerca de la obesidad infantil y cumplir con el objetivo principal de esta investigación.

El primer tema identificado como factor que contribuye en el estado nutricional es la actividad física, los profesores realizan una asociación entre el déficit de gasto energético por parte de los niños y la mayor tendencia a desarrollar obesidad en estos. Lo expresado concuerda con lo establecido por investigadores argentinos en un estudio sobre la prevalencia de sobrepeso-obesidad y factores asociados con valor predictivo-preventivo en escolares de seis a once años, donde afirman que los niños pasivos en relación a la actividad física presentan una frecuencia 1,5 veces mayor obesidad comparados con los niños activos (8).

Para los docentes, la obesidad infantil representa un problema que los acongoja, ya que se encuentra muy presente en la comunidad escolar. Reconocen que hoy en día el sedentarismo se ha apoderado de los infantes debido al uso de nuevas tecnologías que no implican un movimiento o ejercicio físico continuo, más bien, el uso de estos nuevos aparatos los lleva a estar horas inmóviles.

Los docentes reconocen la necesidad de elaborar estrategias deportivas en los distintos establecimientos como medida para disminuir la obesidad en los escolares, dentro de estas se encuentran talleres deportivos extra programáticos, clases enfocadas en el aprendizaje de diferentes deportes, actividades al aire libre, tanto para alumnos como para sus familias. Esto coincide con lo expuesto por investigadores coreanos, quienes destacan la importancia de la actividad física en niños y adolescentes para reducir la obesidad y el sobrepeso, debido a que sesiones de actividad física de al menos 60 minutos, con una frecuencia de 3 días a la semana disminuiría significativamente el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura, entre otros parámetros relevantes para la salud de los niños, como lo son el colesterol y la presión sanguínea sistólica (9). En otro estudio se demuestra que la dieta más el ejercicio físico producen cambios positivos en la contextura física, lo que fue evidenciado por un estudio realizado en Nueva Zelanda, el que evaluó los efectos del ejercicio y la dieta en niños obesos, encontrando que para el control del peso en este grupo se debe incluir el ejercicio, la dieta y modificación de conducta con orientación y seguimiento adecuados (10).

Por otra parte, los profesores coinciden en que otra gran dificultad son las colaciones que llevan los niños, por lo que el gran desafío es orientar a la familia sobre el consumo de colaciones saludables a través de diversas actividades que incorporen a la comunidad escolar, logrando un cambio en ellas, siendo más sanas y a la vez incentivando el consumo de frutas y verduras. Estas propuestas son concordantes con lo reportado a nivel nacional (11), donde se estudió el desarrollo de programas de educación en alimentación saludable en escuelas, destacando la gran importancia que tienen las colaciones en los escolares, ya que es a edades tempranas cuando se forman e inculcan los hábitos alimentarios, en lo que influyen directamente tanto profesores como la familia.

También está en la línea con lo encontrado en un estudio argentino, donde indagaron acerca del conocimiento de los padres sobre la alimentación de los niños en edad escolar, en el cual se identifi-

ca a los padres como el principal factor que influye en el comportamiento de sus hijos, puesto que los niños imitarían las conductas realizadas por el entorno que los rodean ya sean familiares o amigos (12).

Por lo tanto, en la lucha contra la obesidad infantil se debe incluir la alimentación como un importante factor que condiciona esta enfermedad, puesto que la dieta de la comunidad escolar está basada en alimentos vacíos, es decir, con alto contenido calórico, pero pobre en nutrientes que aporten lo necesario para el crecimiento del menor. Se debe consideran que estas prácticas alimenticias vienen arraigadas desde el núcleo familiar, evidenciando que la familia cumple un rol crucial a la hora de fomentar dietas balanceadas y la realización de actividad física, puesto que los niños adoptan comportamientos observados en su entorno más cercano, que en este caso es la familia.

La obesidad infantil deteriora el bienestar biológico, psicológico y social de los niños (13), por lo que es necesario que todos los integrantes de la comunidad escolar, incluyendo a los padres, generen conciencia que para revertir este fenómeno resulta fundamental que en los primeros años de vida se formen hábitos de alimentación sanos, en este punto es en donde los establecimientos educacionales deben asumir el compromiso de fomentar y reforzar hábitos saludables.

A su vez, los servicios de atención primaria son importantes en la promoción de la salud y en la prevención, detección temprana y tratamiento de la obesidad y sus complicaciones, los profesionales de la salud se deben hacer responsables de facilitar constantemente orientaciones dirigidas a niños, padres y profesores sobre el peso y talla corporal saludable, buenos hábitos de alimentación y actividad física. El profesional de Enfermería debe tomar un rol protagónico en esta relación intersectorial educación–salud, motivando a los profesores a ser ejemplos positivos frente a la incorporación de estilos de vida saludable en la comunidad escolar especialmente en lo referido a alimentación saludable y actividad física.

› Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. [Internet]. OMS; 2017 [Actualizado 16 feb 2018; acceso 05 oct 2017]. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

2. Atalah E. Epidemiología de la obesidad en Chile. Rev méd Clín Las Condes. 2012; 23(2): 117-23

3. Ministerio de Salud (Chile). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020. Chile: Ministerio de Salud; 2012.

4. Lewkow L. Aspectos sociológicos del concepto de percepción en la teoría de sistemas sociales. Revista Mad. 2014; 31: 29-45

5. Waldenfels B. Fenomenología de la experiencia en Edmund Husserl. Arete. 2017 (jul-dic); 29 (2): 409-36

6. Miles MB, Huberman AM. Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods. Beverly Hills (EE.UU): Sage Publications; 1984. 263p.

7. Emanuel E, Wendeler D,Grady C. What make clinical research ethical?.JAMA.2000; 283 (20):2701-11

8. Padilla IS. Prevalencia de sobrepeso-obesidad y factores asociados con valor

predictivo-preventivo en escolares de 6 a 11 años de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. Salud Colectiva [Internet]. 2011; [acceso 10 oct 2017]. 7 (3): 377-88. Disponible en http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v7n3/v7n3a07.pdf.

9. Lee Y, Song Y, Kim H, Lee S, Seong M, Such S, Hong Y. The Effects of an Exercise Program on Anthropometric, Metabolic, and Cardiovascular Parameters in Obese Children. Korean Circ J. 2010 (abr); 40(4): 179–84

10. Klijn PH, Van der Baan-Slootweg O, Van Stel HF. Aerobic exercise in adolescents with obesity: preliminary evaluation of a modular training program and the modified shuttle test. BMC Pediatr. [Internet] 2007; [acceso 10 oct 2017]. 7: 19. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1866229/pdf/1471-2431-7-19.pdf

11. Salinas J, González C, Fretes G, Montenegro E, Vio del R F. Bases teóricas y metodológicas para un programa de educación en alimentación saludable en escuelas. Revista chilena de nutrición. 2014; 41(4): 343-50.

12. Baracco A, Ochoa Y, Romero M. Conocimiento de los padres sobre la alimentación de los niños en edad escolar [Tesis de Pregrado]. Argentina: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, 2014.

13. Sassi F. Obesity and the economics of prevention. Francia: Secretary-General of the Organization Economic Cooperation Development; 2010. 265p.

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

Autores:

María Elízabeth 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: mitzil-v@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 interculturally 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 recobrarse 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 de 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 primario 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 morbimortalidad 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 resolutividad 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 vívida 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, Ṭarapacá 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 sinfín de desafíos de la enfermería profesional a 40 años de Alma Ata, sin embargo, podemos sacar al menos dos ideas fuerzas 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 tétrada 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/

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

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

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 Pirimaria 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.

Promoción de la salud. Análisis crítico y propuesta de construcción de metas e indicadores coherentes

Autores:

Boris Paolo Moena González. Nutricionista, Magister en Salud Pública, Profesor Asistente en Escuela Enfermería, Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile. borismoenago@santotomas.cl

› Resumen

El presente artículo tiene como objetivo realizar una propuesta en relación al planteamiento de objetivos o metas e indicadores en proyectos o programas de salud, en coherencia con la esencia del concepto de Promoción de la Salud. Para ello, se describe la evolución del concepto moderno de Promoción emanadas de declaraciones internacionales desde la década del 70 hasta la actualidad. Se realiza un análisis conceptual y operacional de la Promoción y la Prevención, su relación y diferencias. Se dimensionan las implicaciones de la comprensión del concepto en el status de salud de la población y el rol del personal sanitario. Se analiza la situación actual y se realiza una propuesta de construcción de objetivos e indicadores en una intervención promotora de la salud. Se concluye que la Promoción de Salud es un concepto Positivo, por lo que su campo de acción hace referencia a lo Saludable y en base a esto, es necesario alinear las prácticas de los diversos profesionales relacionados a ella para asegurar el éxito de la implementación del concepto.

› Palabras clave: Promoción de la Salud, Metas, Indicadores (Estadística) (DeCS).

Health promotion. Critical analysis and proposal for the construction of coherent goals and indicators

› Abstract

The objective of this article is to make a proposal regarding the setting of objectives or goals and indicators in health projects or programs, in coherence with the essence of the concept of Health Promotion. For this purpose, the evolution of the modern concept of Promotion emanating from international declarations from 1970 to the present is described. A conceptual and operational analysis of Promotion and Prevention, its relationship and differences is carried out. The implications of understanding the concept in the health status of the population and the role of health personnel are measured. The current situation and proposed construction of objectives and indicators in a health promotion intervention are analyzed. It is concluded that the Health Promotion is a Positive concept, so its field of action refers to the Healthy and based on this, it is necessary to align the practices of the various professionals related to it, to ensure the success of the implementation of the concept.

› Key Word: Health Promotion, Goals, Indicators (Statistics) (DeCS).

› Introducción

El concepto moderno de Promoción, ha sido producto de una evolución que surgió a mediados de la década de los 70 (1,2), construyendo una definición que cuenta con una delimitación clara y precisa con características propias que la representan.

Desde la primera conceptualización oficial, de carácter internacional, emanada en los años 80, se trazó el campo de acción de la Promoción de la Salud, situándola como un concepto en esencia "Positivo", que persigue lo "Saludable". Este enfoque fue reforzado con las siguientes declaraciones oficiales que tuvieron lugar en los últimos 32 años de historia, enfatizando en distintos aspectos de ella, pero siempre en coherencia con la génesis del concepto (3-11).

Con regularidad la Promoción de la Salud es entendida de manera sesgada y restrictiva, por lo que existe una confusión habitual con el concepto de Prevención, hecho que forma parte del itinerario colectivo entre los profesionales de la salud y de otros sectores relacionados a ella (12,13).

El impacto en la salud poblacional (14-16), el rol del equipo de salud (17) y la formulación de objetivos e indicadores en una intervención de Promoción (18-23), dependerán de la real comprensión de la esencia del concepto, que llevará a practicar de manera coherente esta potente estrategia de Salud Pública.

Considerando lo expuesto, se plantea como propósito de esta reflexión, realizar un análisis crítico del concepto de Promoción de la Salud, su diferenciación con el concepto de Prevención, el rol del profesional sanitario, el planteamiento de los objetivos sanitarios 2011-2020 y la práctica profesional de los equipos de salud en torno al tema. Finalmente se realiza una propuesta sobre la construcción de objetivos e indicadores en el marco de una intervención de Promoción de Salud.

Evolución del concepto de Promoción de la salud

El concepto de Promoción de la Salud, se ha ido construyendo a lo largo de la historia a través de experiencias en terreno, propuestas emanadas de consensos, declaraciones y conferencias internacionales.

El punto de partida del desarrollo moderno del concepto de Promoción de la Salud, tiene su génesis en el Informe de Lalonde en Canadá en 1974 (1), en él se considera a la Promoción como una estrategia gubernamental. Este enfoque hizo énfasis en la modificación de los estilos de vida, aludiendo la responsabilidad de los individuos en la elección de los mismos, originando una corriente conocida como la "Conductualización de la Promoción", en donde se llegó a culpabilizar a la víctima de su propio destino.

En la Declaración de Alma-Ata en 1978 (2), emanada de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, se instó a los gobiernos, agentes de salud y desarrollo y a la comunidad mundial a promover la salud en los ciudadanos, sin embargo, no abordó el concepto de Promoción de Salud como definición.

La Carta de Ottawa, derivada de la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, señala que (3):

"La Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma; a través de la promoción, las comunidades estarán en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar el nivel de salud. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los

recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas....".

Lo relevante de esta definición de Promoción, es que pone de manifiesto que se trata de un concepto en esencia Positivo, que enfoca el acento en potenciar los recursos de diversa índole que disponen las personas.

La II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud,con su lema "Políticas a favor de la Salud" celebrada en Adelaida, Australia en 1988, enriquece el concepto haciendo hincapié en el rol que tienen las Políticas Públicas Saludables en la determinación de los entornos en los cuales viven y se desarrollan las personas, mencionando que en la Promoción de Salud.

"El principal objetivo de una política favorable a la salud es crear unos entornos adecuados que permitan a las personas llevar una vida sana. De este modo, se proporciona a los ciudadanos la responsabilidad de efectuar opciones saludables y se facilita su elección" (4).

Posteriormente, la III Conferencia de Promoción llevada a cabo en Sundsvall, Suecia en 1991 con el tema "Entornos propicios para la Salud" (5), profundiza sobre la viabilidad de instaurar entornos favorables para asegurar la salud de la comunidad.

En el año 1997, en Yakarta, Indonesia, en la IV Conferencia de Promoción, se discutió sobre las nuevas alianzas que se requieren para garantizar la adopción de la Promoción de la salud en el nuevo siglo. Haciendo alusión a su lema "Nuevos actores para una nueva era: Promoción de la salud para el siglo XXI", fue la primera vez que se involucró al sector privado como participante (6).

Tres años más tarde, con el lema "Promoción de la Salud: hacia una mayor Equidad", se lleva a cabo en México en el año 2000, la V Conferencia de esta temática, cuya idea central fue la creación de una alianza global que asegure la sostenibilidad de la Promoción, a través de asociaciones y estructuras adecuadas (7).

En el segundo semestre de 2005, en Bangkok, se desarrolló la VI Conferencia Internacional de Promoción, obteniéndose la "Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado", donde ahonda en el abordaje de los Determinantes de la Salud en el mundo globalizado mediante la estrategia de la Promoción. Esta declaración es valiosa, pues dentro de ella, se reafirma el concepto positivo de la Promoción de la Salud, señalando que "...Refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual" (8).

En Nairobi, año 2009, se celebró luego la VII Conferencia Internacional de Promoción, cuya temática central fue: cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la Promoción de la Salud (9). Vale decir, en esta instancia se potenció el concepto de Promoción como "Estrategia".

La VIII Conferencia mundial de Promoción "Salud en todas las Políticas", se llevó a cabo en Helsinki, Finlandia en el año 2013. Esta conferencia orienta su esfuerzo a uno de los objetivos inherentes al concepto de Promoción, instando a los gobiernos a tomar los resguardos cuando se generen políticas públicas multisectoriales, en el sentido de considerar las implicaciones sanitarias que ellas tengan (10).

Finalmente, la Declaración de Shangai sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, emanada recientemente de la IX Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en China en el año 2016, centró su atención en el rol fundamental de la Salud y el Bienestar para el cumplimiento de los 17 Objetivos

de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas para el año 2030 (11). Es oportuno mencionar que uno de los aportes de esta celebración, fue la actualización de los Pilares de la Promoción de la Salud, pues desde los 4 clásicos existentes: 1)Comunicación Social, 2)Participación Social, 3)Educación para la Salud y 4)Coordinación Intersectorial, los sintetizó a tres, como son: 1)Buena Gobernanza, 2)Ciudades Saludables y 3)Conocimientos sobre la Salud (11); lo que deja entrever la tendencia actual hacia la mejora de los entornos en donde viven y se desarrollan las personas, en lugar de sobre enfatizar la responsabilidad individual para el logro de un buen estado de salud en la población.

A raíz de toda esta evolución del concepto, es posible señalar que la Promoción está destinada a todos los grupos e individuos, independiente del estado de salud inicial de las personas, es decir, no es una estrategia exclusivamente para los sanos, sino que más bien asume que cualquier persona o grupo de ellas está en potencialidad de mejorar su estado de salud. Es por ello que cobra sentido que la Promoción apunta a la Equidad, aunque en algunos casos enfatice su mirada hacia los grupos vulnerables (12).

Relación entre Promoción y Prevención

Desde la I Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Ottawa (3), hasta la IX Conferencia en Shangai (11), se ha ido enriqueciendo la definición y alcance del concepto de Promoción de Salud siempre desde un marco "Positivo" o "Saludable", tanto al referirse a los factores personales como ambientales que condicionan la salud y bienestar humano.

En contraparte y aun estando disponible de modo explícito el concepto de Promoción, a menudo es entendido de manera sesgada y restrictiva, y más aún, posee diferentes significados para los diversos profesionales que se relacionan y desempeñan en el ámbito de la Salud Pública, siendo frecuentemente confundido con la prevención primaria de salud (12).

La Prevención de los problemas de salud se sitúa en 3 niveles distintos e interrelacionados: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. La Prevención Primaria, tiene como propósito limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo y actúa en un contexto clínico, antes de que el ser humano enferme. Por su parte, las intervenciones que ella realiza, pueden ser enfocadas a nivel poblacional o a grupos de riesgo. Algunos ejemplos clásicos de medidas de prevención primaria son: quimioprofilaxis, inmunizaciones, desinfección, aislamiento, uso de preservativo, entre otros (13).

La relación existente entre la Promoción de la Salud y la Prevención Primaria radica en el hecho que la primera es una de las tres estrategias que tributa para lograr este tipo de prevención, junto al Fomento y la Protección Específica, lo cual está claramente descrito en el primer nivel de prevención asociado al periodo Pre-Patogénico del Modelo Multicausal y Ecológico de Historia Natural de la Enfermedad (13), que muestra la figura 1.

De este modo, mientras tanto la Promoción se preocupa de incidir en los Determinantes de la Salud, crear Opciones Saludables para que las personas puedan acceder a ellas, influir en decisiones de Políticas Públicas, mejorar la Salud, Bienestar y Calidad de Vida de las poblaciones y luchar por la Equidad y Justicia Social (14,15), la Prevención elabora su discurso en base a los Factores de Riesgo y las Enfermedades propiamente tal.

FIGURA 1. MODELO MULTICAUSAL Y ECOLÓGICO DE HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

Periodo Prepatogénico	Periodo Patogénico			Resultado
Interacción de Factores Determinantes de la salud	HORIZONTE CLÍNICO	Enfermedad Discernible tempranamente	Enfermedad Avanzada	Curación Estado Crónico Discapacidad Muerte
	Patogénesis temprana			
Prevención Primaria	**Prevención secundaria**			**Prevención Terciaria**
• **Promoción** • **Fomento** • **Protección específica**	• **Tamizaje** • **Diagnóstico Precoz** • **Limitación del Daño**			• **Rehabilitación**

Fuente: La Promoción de la Salud y su vínculo con la atención primaria (13)

Comprensión del concepto, impacto poblacional y rol del personal sanitario

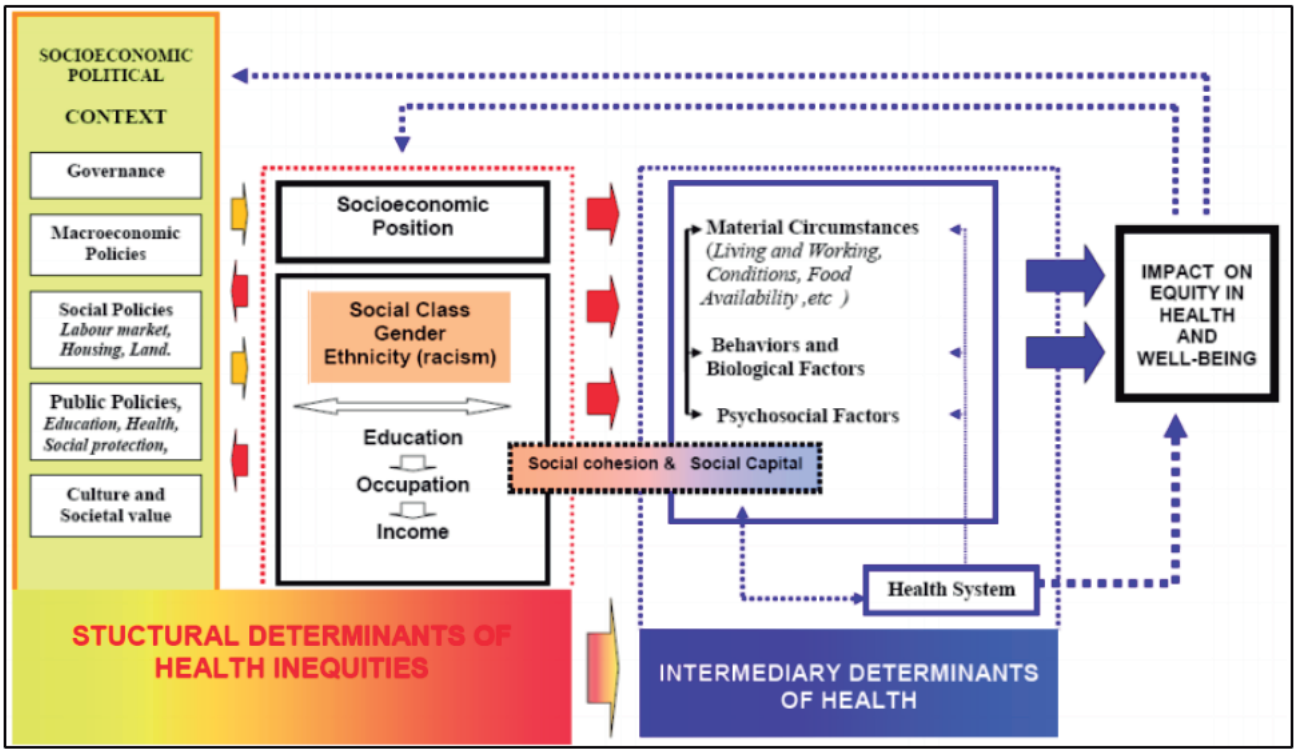
La importancia de la comprensión del concepto de Promoción de la Salud, radica fundamentalmente en que, en la medida que el personal sanitario se alinee con la esencia del concepto, estará en condiciones de diseñar e implementar actividades, proyectos o programas "reales" de Promoción, que permitan que la población se vea efectivamente beneficiada con todas las potencialidades que tiene esta estrategia, como una de las once funciones esenciales de la Salud Pública.

Acercándose al concepto, los profesionales de la salud estarán ampliando su foco de intervención, a las causas fundamentales de la salud humana, vale decir, a los "Determinantes Sociales Estructurales" de la salud, tal cual lo han evidenciado organizaciones de salud líderes a nivel mundial (16).

Este enfoque de Determinación Social (17), centra su atención en elementos como: el gobierno y el y el contexto socioeconómico y político, que es donde crece y se desarrolla una sociedad, el cual está conformado por un conjunto de dimensiones como las políticas públicas de salud, educación, laborales, sociales y económicas, la cultura y valores sociales, los que al interactuar entre sí, terminan por condicionar la posición socioeconómica y éstos a los "Determinantes Intermedios de la salud", la cohesión social, las circunstancias materiales, los comportamientos, los factores biológicos y los sistemas sanitarios; impactando finalmente en el status de salud de la población (ver figura 2).

Por ello, de este alineamiento a la génesis del concepto, desde el sector salud, se generará la necesidad de hacer alianzas intersectoriales estratégicas con el fin de convocar a los actores sociales involucrados que estén dotados con las competencias técnicas y que posean la gobernabilidad necesaria que se requiere, para practicar todos los ámbitos de la Promoción de Salud (6). En este sentido, el rol primordial que debiese tener el sector sanitario, es la de un ente "Gestor de la Promoción", capaz de realizar abogacía por la

FIGURA 2. MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.



Fuente: Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (16).

misma. La Advocacy, adquiere relevancia para el posicionamiento de la vinculación entre el Estado y la Sociedad. Ésta se plantea como una movilización y obtención de apoyos y alianzas político - sociales para la influencia acumulativa con objetivos estratégicos de cambio, en este caso para la Promoción de la Salud (18).

En otras palabras, es hacer política sobre una idea o propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o tema de importancia, para ponerlo en agenda y actuar sobre éste y sus soluciones.

Situación actual y propuesta de construcción de Objetivos e Indicadores en Promoción de la Salud

Sobre la línea de la coherencia con la génesis y evolución del concepto, es que, a la hora de diseñar un proyecto o programa de Promoción de la Salud, en muchos casos los profesionales sanitarios incurren en la construcción de objetivos e indicadores desde una connotación negativa o de enfermedad, de forma tal, como si se tratara de una intervención alumbrada bajo el lente de la Prevención.

Para fines prácticos de realizar un análisis crítico de la situación actual y presentar una propuesta sobre la construcción de objetivos e indicadores, es que se clasificarán en este documento las intervenciones de Promoción de la Salud según su alcance, en intervenciones que inciden en los Determinantes Estructurales de la salud y en intervenciones que inciden en los Determinantes Intermedios de la Salud.

- **Intervenciones de Promoción sobre Determinantes Estructurales de la Salud:**

En Chile, se diseñó una Política Pública para la década 2011 – 2020 (19), que tenga como centro la producción de resultados concretos y medibles, generando un conjunto de indicadores correlacionados con nueve Objetivos Estratégicos. Estos Objetivos generan una Estrategia Nacional de Salud, que tiene elementos de continuidad y de cambio. El Objetivo Estratégico N° 3 fue dedicado a la Promoción de la Salud, pues señala "Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población", está conformado por una serie de temas, objetivos y metas. Algunos de ellos factibles de ser analizados bajo la óptica del concepto de la Promoción.

Por ejemplo, el objetivo 3.1 "Aumentar las personas con factores protectores para la salud" y el indicador de su meta "Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores en población mayor a 15 años" responden plenamente al carácter positivo del concepto de Promoción, pues su planteamiento se expresa desde lo saludable. Lo mismo ocurre con el objetivo 3.5 "Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes" y el indicador de su meta "Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 15 a 24 años".

Por otra parte, el objetivo 3.2 "Reducir el consumo de tabaco" y su meta "Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años", se enuncian en base al factor de riesgo o desde la mirada de la prevención. Su planteamiento centrado en el concepto de Promoción pudiera ser: "Aumentar la prevalencia de personas libre del hábito tabáquico" como objetivo y "Aumentar en X% la prevalencia proyectada de personas libre del hábito tabáquico en el último mes en población de 12 a 64 años" como meta. Asimismo sucede con el objetivo 3.3 "Reducir el consumo de riesgo de alcohol" y su meta "Disminuir 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años". En contraposición desde la Promoción pudiera diseñarse como objetivo "Aumentar el consumo seguro de alcohol" y como meta "Aumentar X% la prevalencia proyectada de consumo seguro de alcohol en población de 15 a 24 años".

- **Intervenciones de Promoción sobre Determinantes Intermedios de la Salud:**

En el ámbito de la Atención Primaria de Salud (20), dado el modelo de salud familiar y comunitaria al cual se adscribe, es habitual que el equipo de salud realice variadas intervenciones en la comunidad con el propósito de conseguir comportamientos saludables en ella. En sus diseños, es posible ver en muchas ocasiones planteamientos que se alejan de estar cobijadas en la Promoción de Salud. Tal es el caso de proyectos o programas que puedan identificar como objetivo general "Disminuir en X% la prevalencia de los factores de riesgo psicosociales en la población Y" en lugar de "Aumentar en X% la prevalencia de los factores protectores psicosociales en la población Y" o bien se habla de "Disminuir en X% la prevalencia del Estilo de Vida Sedentario en la población Y" en reemplazo de "Aumentar en X% la prevalencia del Estilo de Vida Activo en la población Y".

También, a la hora de plantear la evaluación, ya sea de resultado o impacto de la intervención, se suelen construir indicadores de naturaleza negativa. Por ejemplo, es posible ver el enunciado de un indicador de impacto como "Tasa de participantes del programa que disminuyen los factores de riesgo psicosociales" en lugar de "Tasa de participantes del programa que aumentan los factores protectores psicosociales" o bien siguiendo el segundo objetivo expuesto más arriba, se plantea

"Tasa de participantes que modifican el Estilo de Vida Sedentario" en lugar de "Tasa de participantes que adquieren el Estilo de Vida Activo".

Los objetivos en una intervención de Promoción de la salud dirigida a distintos niveles (individuos o comunidad), representan aquellos cambios cognitivos y/o afectivos y/o psicomotores, de carácter saludable, que se desean conseguir en los participantes una vez que ellos reciban los beneficios del proyecto o programa (21). Es por ello que mientras el interventor tenga la claridad de lo que persigue, estará en condiciones de plasmarlo adecuadamente en ellos. Los indicadores dentro del marco de los diferentes tipos de evaluaciones existentes, permitirán evaluar el nivel de logro de la intervención y desde la ciencia de la Epidemiología, deben cumplir con una serie de requisitos, uno de ellos es que tengan "validez", es decir que midan lo que realmente se supone que deben medir (22,23). Pues bien, en Promoción de la Salud, lo valido es lo "Saludable o Positivo" (21).

› Consideraciones finales

La Promoción de la Salud es un concepto en esencia Positivo que transita bajo el alero de lo Saludable, cuyo foco son los individuos y el medioambiente que los rodea, con el propósito de instar la adopción de comportamientos saludables en la población. La creación de entornos favorables que condicionen a los individuos a deambular en la esfera de la salud positiva, es la tendencia mundial que lidera en la actualidad.

La Prevención Primaria es un concepto diferente al de Promoción de la Salud, trabaja en base a factores de riesgo y enfermedades. La Promoción aporta para lograr el propósito de la prevención, pero como una estrategia independiente y contribuyente.

El rol del profesional sanitario debe ser la de un Gestor de la Promoción, que practica la abogacía para dar cumplimiento a la multidimensionalidad de la Promoción de Salud. El impacto de ésta en el status de salud de la población, dependerá de que los profesionales se empoderen en su rol y lleven a la práctica intervenciones promotoras de la salud, alineadas con el concepto inherentemente positiva de ella.

Finalmente, es que quizás el verdadero sentido del concepto de Promoción aún no ha sido puesto como un tema a discutir o que no existe consenso en esta temática o probablemente para algunos se trate de un mero detalle irrelevante, es por ello que cobra interés la mirada que se intenta poner de manifiesto en este artículo, pues exhorta a todas las disciplinas que conforman el sistema sanitario y del intersector, a considerar la coherencia en el planteamiento de objetivos e indicadores de una política pública, programa o proyecto con la esencia del concepto de Promoción de la Salud.

› Referencias bibliográficas

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document [Internet]. Ottawa: Government of Canada; 1974 (abr) [acceso 22 abr 2018]. 76 p. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/ informe-lalonde.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en

3. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf

4. Organización Panamericana de la Salud. Carta 2a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide [Internet]. Adelaide: Organización Mundial de la Salud; 1988 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf

5. Organización Panamericana de la Salud. Entornos propicios para la Salud. Declaración de Sundsvall [Internet]. Sundsvall: Organización Mundial de la Salud; 1991 [acceso22 abr 2018]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/entornos.pdf

6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI [Internet]. Yakarta: OMS; 1997 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/ previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

7. Organización Panamericana de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud hacia una mayor Equidad [Internet]. México: Organización Mundial de la Salud; 2000 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado [Internet]. Bangkok: OMS; 2005 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/ BCHP_es.pdf

9. Organización Mundial de la Salud (WHO. 7th Global Conference on Health Promotion [Internet]. Nairobi: WHO; 2009 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/conference_organisers_en.pdf?ua=1

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). The 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies [Internet]. Helsinki: OMS; 2013 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Shangai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. Shangai: OMS; 2016 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/ conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1

12. García M. Salud Comunitaria y Promoción de la Salud. En: Tomo I. Promoción de la Salud para Todos. México: ICEPSS Editores Canarias; 1999. p27-8.

13. Quintero E, De La Mella S, Gómez L. La Promoción de la Salud y su vínculo con la Atención Primaria. Medicent Electrón [Internet]. 2017 [acceso 6 ago 2018]; 21 (2): 101-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v21n2/mdc03217.pdf

14. Newman L, Baum F, Javanparast S, O'Rourke K, Carlon L. Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review. Health Promot Int. 2015; 30(2): 126–43.

15. Diez E, Aviñó D, Paredes-Carbonell J, Segura J, Suárez O, Gerez M, et al. Una buena inversión. La Promoción de la Salud en las ciudades y en los

en los barrios. Gac Sanit. 2016; 30 (S1): 74-80.

16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2008 [acceso 22 abr 2018]. 33 p. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?ua=1

17. Franco G. El rol de los profesionales de la salud en la Atención Primaria de Salud (APS). Rev Fac Nac Salud Pública. 2015; 33 (3): 414-24.

18. Martínez M, De la Concepción JC, Pérez A. La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [acceso 15 ago 2018]; 36(3). Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista %20medica/ano%202014/vol3%202014/tema08.htm

19. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Metas 2011-2020. Elige vivir sano [Internet]. MINSAL; 2011 [acceso 22 abr 2018]. 64 p. Disponible en: http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96-ca6de0400101640159b8.pdf

20. Observatorio Chileno de Salud Pública. Síntesis de la salud en Chile [Internet]. Chile: Universidad de Chile; 2013 [acceso 22 abr 2018]. Disponible en: http://www.ochisap.cl/images/SintesisSaludChile.pdf

21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en SNS [Internet]. España: Informes, Estudios e Investigación; 2014 [acceso 15 ago 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es-/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf

22. Sarría A, Villar F. Promoción de la Salud en la comunidad [Internet]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia; 2014 [acceso 22 abr 2018]. 938p. Disponible en: https://books.-google.cl/books?id=PPGlAwAAQBAJ&printsec=-front cover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

23. Giordis L. Introducción. En: Epidemiología. 5ta. ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014. p. 5-6.

Adulto mayor: Resignificación y desafíos para la salud y la enfermería

Autores:

Paola Puebla Santibañez. Enfermera, Magíster en Enfermería con mención en Gestión del Cuidado. Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso. E-mal: paola.puebla@uv.cl

› Resumen

Las personas mayores conforman en la actualidad un grupo que va aumentado en las poblaciones de todo el mundo, cambio demográfico asociado a factores sociales, económicos y de salud. Sin embargo, cómo se están asumiendo los desafíos que conlleva el aumento de la población adulta mayor y el significado que se le ha asignado, son aspectos que se hace necesario analizar. Con el propósito de dar respuesta a estas interrogantes la presente reflexión pretende resignificar el concepto de persona mayor y su lugar en la sociedad, especialmente desde el punto de vista de la disciplina enfermera en su rol educador, a fin de que los objetivos y las líneas de trabajo que se establecen en el quehacer profesional permitan un cambio en la conceptualización que posee la población de la persona mayor, rescatando un envejecimiento activo y positivo.

› Palabras clave: anciano, salud, enfermería (DeSC).

Older: Resignification and challenges to health and nursing

› Abstract

Seniors currently is a group that will be increased in populations around the world, demographic change associated to social, economic and health factors. However, how are we taking on the challenges associated with the increase in the older population and the meaning that has been assigned, are aspects that it is necessary to analyze. In order to respond to these questions, this reflection aims to give a new meaning to the concept of older person and their place in society, especially from the point of view of discipline of nursing in the educator role, so that the objectives and the lines of work set out, allow a change in the conceptualization that has the population of the elderly person, rescuing a positive and active aging

› Key Word: Aged, health, nursing (DeCS).

› Introducción

La población a nivel mundial está envejeciendo, lo que ha provocado una gran modificación demográfica y por ende un drástico cambio en la estructura poblacional, provocando una transición desigual, lo que se traduce en una baja tasa de crecimiento y elevado número de ancianos (1).

En este sentido, llama la atención que la evolución hacia poblaciones de mayor edad comenzó en las regiones con altos ingresos económicos, como Europa y América del Norte. Sin embargo, en la actualidad este escenario se invierte al hacerse evidente en los países de ingresos bajos y medios, como son los países de América Latina, donde se prevé que para el año 2050 el 80% de las personas mayores vivirá en estos estados, proyectándose que 1 de cada 4 habitantes será un adulto mayor en esta región (1,2).

Chile, se encuentra en una etapa avanzada de este proceso de envejecimiento, pero la transición social en torno a la persona mayor va desfasada, por lo que se hace necesario un análisis y una reflexión profunda no solo sobre los desafíos que conlleva el aumento de la población de mayor edad, sino también de las condiciones generales de vida, la valorización y la integración de estos en la sociedad (2).

En este último aspecto, aún existen estereotipos insertos en nuestro colectivo en torno a quienes están sobre los 60 años de edad, llevando a subestimar y obstaculizar el desarrollo de la persona en esta etapa, convirtiéndose en un desafío para el profesional enfermero conocer al adulto mayor y sus características para derribar mitos y reconocer que si bien, en esta etapa se produce un descenso en las capacidades físicas, no es sinónimo de discapacidad o dependencia inevitable, sino un periodo de adaptación en el camino de su desarrollo como persona integral, donde el aprendizaje sigue siendo activo, para adquirir nuevos saberes, desaprender otros o modificar hábitos arraigados que pueden ser nocivos, en favor de promocionar en ellos un estilo de vida saludable (3).

Para dilucidar lo descrito anteriormente, esta reflexión tiene como objetivo resignificar el concepto de persona mayor y su lugar en la sociedad desde el punto de vista de la disciplina enfermera en su rol educador, a fin de que los objetivos y las líneas de trabajo que se establecen en el quehacer profesional permitan un cambio en la concepción que posee la población de la persona mayor, rescatando un envejecimiento activo y positivo.

Envejecimiento como un proceso natural

El envejecimiento es un proceso natural pero no exento de contrariedades, por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida al nacer se asocia a un creciente desarrollo científico, tecnológico y económico de los países. Sin embargo, esta situación también ha provocado que la calidad de vida de las personas mayores en países en vías de desarrollo, sea más propensa a ser vulnerada, debido a su baja inclusión y participación en los distintos ámbitos de la sociedad, impidiendo por ende un adecuado desarrollo como persona integral (2).

En la actualidad la población adulta mayor representa un desafío para cada nación. El trazar un camino con un enfoque claro hacia ellos, visible en sus políticas públicas, planes y programas, significa delinear un trabajo con una mirada holista, considerando tanto las necesidades a cubrir en este grupo etario, como también el aporte social que significará favorecer en ellos un envejecimiento activo y saludable (1,4).

Lo anterior significa comprender que la persona mayor no solo presentará cambios físicos asociados natualmente al aumento de la edad, lo que

ciertamente pueden traer limitaciones, sino que también este proceso es una etapa que no inhibirá la autonomía y las posibilidades de percibir bienestar. En este sentido la persona mayor debe tomar un papel protagónico en el cuidado de su salud, mediante la adquisición de conocimiento aplicable a su realidad actual. Así lo revela la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) realizada en Chile en el año 2015, la cual evidencia que el 85,5% de los adultos mayores se consideraba autovalente, antecedente que se transforma en un precedente para que se fortalezca la funcionalidad e independencia de la persona mayor, dentro de la sociedad en la cual se desenvuelve (4-6).

En este contexto, Chile se suscribe en el año 2017 a la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, instancia que promueve una vejez digna, respetada y valorada, la cual establece dentro de sus pilares el fomento de las actividades de educación en la población mayor, que le permita compartir experiencias y conocimientos en grupos de pares o intergeneracionales (1,7).

Para dar sustento a esta iniciativa, resulta primordial la facilitación de instancias educativas en la población mayor, las que tendrán como objetivo favorecer su bienestar de forma integral. Frente a esta situación el profesional de enfermería puede adoptar un rol protagónico, puesto que, en el ámbito sanitario es quien apoya el proceso de adaptación y toma de decisiones durante el tránsito de las personas por todo el ciclo vital, con especial énfasis en las edades extremas, siendo la adultez mayor especialmente sensible (8-11).

Chile y su relación con la persona mayor

En la actualidad, en Chile los discursos oficiales respecto al rol del adulto mayor han propuesto que se encamine a una posición más empoderada, que le permita seguir desarrollándose como persona autónoma con el propósito que logre un envejecimiento activo y saludable.

El concepto de "envejecimiento activo y saludable" ha sido definido por la mencionada Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores como (3,12):

"El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones".

Considerando la realidad política, social y económica de Chile, este concepto resulta ser un desafío, ya que el adulto mayor se encuentra en un proceso de resignificación, donde se deben soslayar los estereotipos que minimizan y desvalorizan a la persona en esta etapa de vida, para dar paso al rescate de la importancia que poseen las experiencias y vivencias de la persona mayor, aspectos que son considerados como herramientas de adaptación llegando incluso a ser la mayor fortaleza que poseen (13, 14).

Esta propuesta presenta desafíos para el adulto mayor, lo compromete y lo responsabiliza con las generaciones siguientes, su vivencia es riqueza práctica que trasciende para mejorar y/o fortalecer el desempeño en la vida, asumiendo de esta forma, su rol como agente multiplicador en beneficio de otros (13,14).

El poseer el rol de agente multiplicador en la adultez mayor, se puede observar en lo descrito por Erikson en su teoría del desarrollo psicosocial, donde posiciona al adulto en una etapa donde se ve enfrentado a la "Integridad versus

desesperación". Esta fase evidencia que la persona se ve enfrentada a los cambios propios de esta etapa de vida, pero que puede fortalecer su identidad enfocando su mirada en el aporte que realizar a la generación siguiente, donde la experiencia pasa a ser considerada como un hito clave y valioso, independiente del descenso en las capacidades físicas y/o cognitivas y del desarrollo psicosocial y/o espiritual que posea (14-16).

A fin de empoderar al adulto mayor en los aspectos antes mencionados, se están desarrollando líneas enfocadas hacia su desarrollo integral, tanto en el ámbito de salud como en el ámbito del desarrollo social, aportando a la visualización de la persona mayor como un ser humano autónomo y con la capacidad de decisión.

A nivel de institucionalidad pública chilena, se han creado instituciones para fortalecer el desarrollo integral de la persona mayor. Una de ellas es el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), entidad creada en septiembre del año 2002, cuyo propósito fundamental es reconstruir la mirada que la sociedad chilena tiene de la persona mayor. Destacan los valores que se contienen en su líneas y ejes estratégicos, donde destacan el respeto de los derechos del adulto mayor, el fomento de la participación social, la articulación de redes sociales que resguarden el bienestar de la persona mayor, especialmente en aquellas con dependencia y en estado de vulnerabilidad. Junto con ello, se fortalecen las políticas de salud, especialmente a través del mejoramiento de la accesibilidad al sistema, beneficiando de esta forma la calidad de vida, la autonomía y la autovalencia, generando una apertura al desarrollo de las capacidades y de las habilidades en favor de e él mismo y de su entorno (2).

Otra de las entidades públicas comprometidas en el desarrollo integral del adulto mayor a nivel de la región de Valparaíso, es la Universidad de Valparaíso, como universidad pública y regional, desde el año 2015 ha desarrollado un trabajo interdisciplinario de formación del adulto mayor, como parte del Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) denominado "Gerópolis: Modelo de educación, salud y territorio, enfrentando la desigualdad en la tercera edad de la Ciudad Valparaíso", el cual busca mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a nivel regional, en esta instancia se han articulado las iniciativas de distintas unidades académicas que hasta ese momento desarrollaban actividades individuales con los adultos mayores. Como parte de este PMI se han implementado programas permanentes como el de Formación de Agentes Multiplicadores de Salud (17).

En junio de 2017 y dependiente de Gerópolis, se crea el Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto Mayor (CIDAM), con la intención no solo dar continuidad a las acciones realizadas en el marco del PMI, sino también el de concebir nuevas iniciativas en relación al envejecimiento y la vejez en la región de Valparaíso. En este contexto, la Escuela de Enfermería de la misma Universidad ha participado activamente, haciéndose parte en la formación de los agentes multiplicadores en salud, donde el adulto mayor es parte esencial, lo que ha facilitado la generación de vínculos sociales y le ha permitido relacionarse y darse a conocer en medio de un grupo intergeneracional y/o de pares. Este tipo de instancias han fortalecido las habilidades sociales que benefician la autopercepción de la persona mayor, sintiéndose "útiles" y reforzando el concepto de sí mismo (17, 18).

El profesional de enfermería en su rol de educador

Sor Callista Roy, teorista de enfermería refiere en su modelo de adaptación, que para la persona logre un óptimo nivel de bienestar, debe generar respuestas armónicas, eficaces que fortalezcan su integridad y el logro de una vida saludable,

adaptándose de esta forma, a los cambios de su entorno, de sus necesidades, de su autopercepción y de su rol en diversos contextos (familiar, comunitario y social). Según la autora, la no adaptación o no aceptación de estos aspectos pueden generar amenazas en torno a sus expectativas o conflictos con el ejercicio de su autonomía en la toma de decisiones y su interacción con las personas significativas que le rodean (19, 20).

Si lo anterior se extrapola a la persona mayor, para focalizar el modelo de adaptación referido por Roy, el profesional enfermero debe desarrollar habilidades y conocimientos acordes a las necesidades, experiencias, intereses y saberes del adulto mayor, con el fin de "acompasar" a la persona en este periodo. Este término hace referencia a la necesidad de conocer plenamente al individuo que se cuida, comprendiendo que sus ritmos son distintos a otras etapas del ciclo vital, que no le restan habilidades ni capacidades, sino que las fortalece en el sentido de madurez y experiencia, las cuales le permiten transitar a un período único de la vida con características particulares (21), en otras palabras, el profesional enfermero, se debe acercar a la persona mayor y profundizar su conocimiento en base a las características biopsicosociales de ella, convirtiéndose un acompañante en el proceso de envejecimiento y adaptación en esta etapa de vida.

De esta forma, el profesional de enfermería también se empodera y se apropia de su rol como educador, formando un vínculo con el educando, que en este caso es la persona mayor, quien se encuentra dispuesto a aprender para mejorar su bienestar y servir a otros en su desarrollo como persona integral, convirtiéndose en un aporte a la sociedad actual aprendiendo, reaprendiendo o modificando saberes, incluso reinsertándose laboralmente en distintos ámbitos (18, 22).

Esto permite a la /el enfermera/o reflexionar sobre la importancia de su cercania con la persona mayor en la diada educador-educando, la cual sigue siendo una relación llena de desafíos, pero a la vez un vínculo clave en el aporte al cambio de significado en torno a quien es el adulto mayor en la sociedad actual, permitiendo y aceptando de esta forma, que la adultez mayor es un proceso que se transita pausadamente para seguir construyendo el conocimiento a través de la experiencia y las vivencias.

Así, la profundización del conocimiento en educación se verá favorecida por el vínculo intergeneracional que enriquecerá la atención y el reconocimiento del otro, como persona integral, fortaleciendo el cuidado humanizado, en una etapa de la vida, donde "acompasar" al otro será posible, a través del desarrollo de competencias específicas y competencias blandas, fundamentales en el profesional enfermero.

› Consideraciones finales

En este periodo de transición sociodemográfica, en donde la población adulta mayor está siendo protagonista del cambio, la sociedad se esta viendo desafiada para estar a la altura de sus necesidades. Chile, a través de sus políticas, programas y fondos enfocados al logro del desarrollo integral de la persona mayor, está construyendo este nuevo significado sobre quien es el adulto mayor en la actualidad (22).

El fortalecimiento de programas en las organizaciones e instituciones cuyo enfoque sea la participación de los adultos mayores, permitirá una retroalimentación y crecimiento intergeneracional, donde la experiencia, el conocimiento y la interacción social inicien un encuentro con el otro, haciendo visible el fortalecimiento de la identidad de la persona mayor en torno a la capacidad organizativa, al crecimiento de su alcance, impacto y el grado de influencia política (22).

Que las instituciones de educación superior fortalezcan su enfoque hacia la persona mayor y se generen vinculaciones con entidades comunitarias, posibilitará el surgimiento de iniciativas para potenciar habilidades y conocimientos en el adulto mayor, beneficiando el fortalecimiento de su identidad como persona mayor.

Es necesario reconocer que Chile ha cambiado su fascie, donde su rostro joven ha evolucionado hacia un rostro maduro, experimentado, que tiene mucho que expresar y que metódicamente va trabajado para darse a conocer, proceso en el cual el profesional de enfermería está llamado a "acompasarle".

› Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La buena salud añade vida a los años. Información general para el dìa mundial de la salud 2012. [Internet] Ginebra (Suiza): OMS; 2012. [acceso 30 jul 2018]; Disponible en http://www.who.int /ageing/publications/whd2012_global _brief/es/

2. Arnold M, Herrera F, Massad C, Thumala D. Quinta encuesta nacional inclusión social de las personas mayores en chile 2017. Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional. Santiago de Chile. Ediciones Servicio Nacional del adulto Mayor; 2012. 138p.

3. Korem K. Ancianos. En: Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p.165-85.

4. Amezcua T, Alberich Tomás. Los nuevos roles de las personas mayores en el hogar y la sociedad: ser mayor ya no es lo que era. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2017 [acceso 30 jul 2018]; 18. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n26/001.php.

5. Organización de Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos Humanos de las personas mayores. [Internet] Washington (EE.UU); 2015. [acceso 30 jul 2018]; Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/56678/1/convencioninteramericana-sobre-la-proteccion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-mayores-oea.pdf

6. Aldana G, Hernández C, Gómez L. El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. Revista Digital Universitaria [Internet]. 2013. [acceso 2 abr 2018] 14(4). Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/index.html

7. Reyes F, Machado E. Fundamentos teóricos- metodológicos sobre la educación del adulto mayor en el contexto de la educación permanente. Rev Hum Med [Internet]. 2017; [acceso 30 jul 2018]; 17(2): 291-305. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200004 &lng=es

8. Mogollón E. Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. Revista Interamericana de Educación de Adultos. 2012;34(1):56-74.

9. Vásquez-Amézquita, M. Factores predictores de la reserva cognitiva en un grupo de adultos mayores. Revista Chilena de Neuropsicología [Internet]. 2016; [acceso 30 jul 2018]; 11(1): 5-11. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id= 179346558005

10. Vargas M, Arana B, García M, Ruelas M, Melguizo E, Ruiz A. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. Aquichan. 2017; 17(2): 171-82.

11. López-Higues R, Rubio-Valdehita S, Prados

JM, Galindo M. Reserva cognitiva y habilidades lingüísticas en mayores sanos. Rev Neurol. 2013; 57 (3): 97-102.

12. Sánchez A, Mansilla E, Adame S, Valero L, Barro A. Envejecimiento Activo y Saludable en Centros Residenciales: Escuela de Salud y Bienestar. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2017; [acceso 30 jul 2018]; 11 (26). Disponible en: http://www.index-f.com/para/n26/036.php.

13. Benard J. Karen Horney y el psicoanálisis humanista. En: Frager R, Fadiman J. Teorías de la personalidad. 2da ed: Oxford; 2001. p.165-98.

14. Miralles I. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. Rev Trab soc [Internet]. 2011. [acceso 30 jul 2018]; (16): 137-61. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712011000100009&lng=es&tlng=es

15. Villafuerte J, Alonso-Abatt Y, Alonso-Vila Yi, Alcaide Y, Leyva I, Arteaga Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur [Internet]. 2017. [acceso 30 jul 2018]; 15(1): 85-92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012 &lng=es

16. Nebrera G, Lavado C, Fernández, F, Cabra J, Navas E. Envejecimiento Activo. Programa Interinstitucional en el Municipio de Vélez-Málaga. Rev Paraninfo Digital [Internet]; 2017. [acceso 30 jul 2018]; 26. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n26/029.php.

17. Universidad de Valparaíso. Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto mayor Gerópolis [Internet]. Universidad de Valparaíso; [actualizado 2018; acceso 30 jul 2018]. Disponible en: https://geropolis.uv.cl/

18. Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto mayor Gerópolis, Universidad de Valparaíso. Informe satisfacción programa agentes multiplicadores de salud año 2017. Valparaíso (Chile); 2017.

19. Kennth. D. Phillips. Modelo de la Adaptación En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7ma Ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2011.p. 335-65.

20. Díaz S, Camejo Y, Díaz B. Programa de intervención educativa para promover conductas asertivas en el adulto mayor. Rev Mediciego [Internet]. 2012; [acceso 30 jul 2018]; 18 (2). Disponible en: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/325

21. Blandon J. El proyecto social, bases para la reflexión de campo y acompañamiento de las comunidades. Taller Gerópolis de mediación social, co-gestión y el desarrollo de proyectos sociales y acompañamiento de la comunidad. Valparaíso, Chile. 2018

22. Galleguillos D. Inclusión social y calidad de vida en la vejez. Experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talagante [trabajo final de grado]. Santiago: Universidad de Chile; 2015.

Iris Veliz Hume. Pionera de la enfermería pediátrica en el norte de Chile

Autores:

Lucia Castillo Lobos. Enfermera. Magister en Administración y Dirección de Recursos Humanos. Académica Escuela de Enfermería. Universidad de Santiago de Chile. E-mail: lucia.castillo@usach.cl.

E. Rocío Núñez Carrasco. Enfermera. Doctora en Enfermería. Directora Escuela de Enfermería. Universidad de Santiago de Chile. E mail: elizabeth.nunez@usach.cl

Amaya Pavez Lizarraga. Enfermera-Matrona. Doctora en Antropología. Académica Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile. E-mail: amaya.pavez@usach.cl

Enzo Videla Bravo. Licenciado y Magister en Historia. Académico Departamento de Historia Universidad de Santiago de Chile. E-mail: enzo.videla@usach.cl

Leidy Sánchez Castillo. Licenciada en Historia Universidad de Concepción. Concepción Chile. lk.sanchezcastillo@gmail.com

Trabajo ganador de las II Jornadas de Historia de la Enfermería: Desde los cimientos de la salud Pública un testimonio regional. Red Chilena de Historia de la Enfermería. Realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Diciembre 2017.

› Resumen

Introducción. Durante la revisión de los personajes que han dado nombre a los establecimientos de salud en Chile, se encuentra el Centro de Salud Familiar Iris Veliz, en la ciudad de Arica. Al profundizar la búsqueda sobre su vida y obra se obtuvieron escasos antecedentes, motivando la investigación sobre su trayectoria. El propósito de este trabajo fue fortalecer los orígenes históricos de la enfermería chilena, a través de la visibilización de la primera enfermera profesional y laica de la ciudad de Arica, pionera de la enfermería pediátrica en el extremo norte del país, quien se desempeñó en una ciudad fronteriza en un entorno de pobreza, expansión demográfica y alta mortalidad infantil. **Material y Método.** Corresponde al método histórico con enfoque social. Para efectos de este artículo solo se consideraron las fuentes secundarias obtenidas, tales como registros familiares y documentos de la época. **Resultados.** Los resultados relevaron el aporte de Iris Veliz a la enfermería chilena. Los antecedentes obtenidos fueron analizados a la luz de un marco teórico relativo a la memoria, género e identidad profesional desde una perspectiva regional. **Conclusiones.** Recordar a Iris Veliz invita a reflexionar sobre las identidades de Enfermería, reconociendo a tantas otras enfermeras anónimas. El conectar el pasado con el presente de la disciplina, resignifica la actual práctica del cuidado, fundamentando el cuerpo de conocimientos que sustenta a la Ciencia de Enfermería.

› Palabras clave: Historia de la Enfermería, Chile, Enfermería Pediátrica (DeCS)

Iris Veliz Hume. Pioneer of pediatric nursing in the north of Chile

› Abstract

Introduction. While reviewing the names of personages that have been used to name health establishments in Chile, it was found the Family Health Center Iris Véliz located in the city of Arica. A deep search into Iris' life and work brought up little information, which leaded us to research her work. The purpose of this paper was to strengthen the historical origin of Chilean Nursing by bringing to light the city of Arica's first professional and lay Nurse, pioneer of Pediatric Nursing in the far North of Chile, who worked in this border city, in a environment of poverty, demographic expansion, and high levels of child mortality. **Materials and Method.** The methodology corresponds to the historic method with a social approach, based on secondary sources such as family records and documents of the time. **Results.** The results showed up Iris' contribution to the Chilean nursing. The information collected was analyzed against a theoretical framework related to memory, gender and professional identity with a regional perspective. **Conclusions.** Remembering Iris Véliz is an invitation to think about the identities of nursing, to recognize so many other anonymous nurses. Connecting the past with the present of the discipline gives meaning again to the current practice of caring. This fact supports the body of knowledge that holds the Science of Nursing.

› Key Word: History of Nursing, Chile, Public Health (DeCS)

› Introducción

Durante el proceso de búsqueda de experiencias exitosas sobre trabajo comunitario en Enfermería en el extremo norte de Chile y realizando una revisión sobre los personajes que han dado nombre a los establecimientos de salud a lo largo del país, encontramos en la ciudad de Arica la figura de la Enfermera Iris Veliz Hume. ¿Quién es Iris Veliz Hume? ¿Qué la hace merecedora de que un Centro de Salud Familiar lleve su nombre?

El propósito de esta propuesta es re-significar su vida y obra, digna de rescate y reconocimiento, como pionera de la enfermería pediátrica en la zona norte del país a través de la formulación de objetivos que visibilicen su aporte a la enfermería, analizados a la luz de un marco teórico relativo a la memoria, identidad profesional y género.

Obedeciendo a la inexistencia de literatura escrita respecto a los referentes de enfermería en Chile a nivel nacional y regional, el trasfondo biográfico de Iris Veliz permitirá también abordar, desde una perspectiva histórica, el rol social que conlleva la práctica de enfermería, robusteciendo así los cimientos históricos de la disciplina que dieron origen al actual estado del arte de la profesión enfermera desde una perspectiva regional y fortaleciendo la memoria colectiva de las enfermeras y por ende su identidad profesional.

› Material y Método

Se utilizó el método histórico con enfoque social. Para efectos de este artículo, se han considerado las fuentes secundarias obtenidas, a partir de los cuales se pretende reconstruir el contexto sociocultural en que Iris Veliz se desenvolvió. Dentro de estas fuentes secundarias se consideran artículos científicos, censos, estadísticas de la época, fotografías y documentos familiares.

El proyecto de investigación definitivo sobre la trayectoria de Iris Veliz será enviado a evaluación al Comité de Ética Institucional de la Universidad de Santiago de Chile. No obstante, se ha solicitado a la familia de Iris Veliz su autorización para la utilización de fotografías familiares y documentos personales en esta publicación.

Contexto Sociopolítico

La zona de Arica durante los primeros años del siglo XX fue objeto de todos los procesos de cambio desarrollados en Chile para la creación de una institucionalidad sanitaria, consecuente al cambio de paradigma planteado para la contención de las enfermedades sociales y para dar respuesta a la contingencia política (1).

A nivel central, las configuraciones de entidades se hacen patentes desde 1892 con la creación del Consejo Superior de Salubridad, creado para abordar principalmente los problemas de la vida urbana, manifestados por el gran impacto de las enfermedades transmitidas por contacto directo o generadas por inadecuadas condiciones sanitarias, tales como el Tifus Exantemático, Fiebre Tifoidea, Coqueluche, Tuberculosis, entre otras (1). que se transforma en un precedente para que se fortalezca la funcionalidad e independencia de la persona mayor, dentro de la sociedad en la cual se desenvuelve (4-6).

Paralelamente se generaron transformaciones en la infraestructura sanitaria de los centros aglomerados de la población. Un ejemplo de esto es la inauguración del alcantarillado de Santiago en 1910, hito que marca la construcción de una red de drenajes de desechos biológicos cotidianos y la construcción de la red de distribución de agua potable en las ciudades de cabecera de las provincias. No obstante este avance, la distribución de agua constituye una problemática, especialmente para la zona norte del país, puesto que, aún en la década de 1950, aun existían problemas

Sin embargo, no solo la creación de institucionalidad y de infraestructura bastaba para contener los problemas de las enfermedades de orden social. También era necesario formar un conjunto de personas con conocimiento teórico y práctico para mediar entre la población y los problemas de salubridad. Así, instituciones intelectuales y profesionales estimularon la creación de varias Escuelas de Enfermeras entre los años 1902 y 1919. Entre estos actores individuales y representantes de grupos sociales interesados, la figura del connotado Dr. Alejandro del Rio fue destacada, contribuyendo a la generación de las bases de la medicina social en Chile. Acá la temática de género abarca una condición importante, pues las condiciones inherentes que se valoraban en la época, como elemento de la identidad femenina, incluían la vocación del cuidado de los débiles, niños y enfermos, relacionada de forma natural con los contenidos y actividades que conllevaba los estudios de Enfermería (2).

Las actividades de las primeras egresadas de las Escuelas de Enfermería fueron canalizadas a través de instituciones privadas, empresas industriales y estatales. Es así como en la Caja de Seguro Obrero, creada en 1924, las Enfermeras tendrán un rol importante en los distintos programas de salud, orientados al cuidado de los lactantes y sus madres, entre otros (2). Estos programas apuntaban a la disminución de la mortalidad infantil, indicador de bienestar social, cuyas altas cifras fueron exitosamente disminuidas a mediados del siglo pasado.

Respecto a las regiones extremas del país, durante las primeras décadas del siglo XX, se comenzaba a vivir situaciones de cambio que provocaron la emergencia de la institucionalidad en salud. En la década del 1920, la Provincia de Arica destaca por su escasa densidad demográfica y por las condiciones generalizadas de pobreza. En su condición de puerto natural, la provincia estaba en una situación compleja para hacer frente a los problemas de salubridad, condición que se complejizo, entre los años de 1953-1958, por la promulgación del régimen de Puerto Libre durante el segundo gobierno de Carlos Ibáñez de Campo, el cual fomento el desarrollo urbano y comercial de Arica, como eje portuario e incipiente sector industrial (3).

La dinámica económica de la ciudad experimentó un considerable incremento y debido al acelerado desarrollo económico, se produjo un aumento de la tasa de crecimiento demográfico y expansión urbana de Arica (3), haciendo evidente la escasez general de servicios sanitarios para abordar el crecimiento demográfico. Esta situación provocó que, desde la institucionalidad de salud central, se propiciara la migración de profesionales de la salud a Arica desde otras regiones del país (4). En este proceso, destaca en 1952, como hito de la expansión de la cobertura de la atención sanitaria, el reemplazo del antiguo Hospital San Juan de Dios de Arica por el nuevo Hospital Juan Noé, proyectado para atender a 25.000 habitantes (4). Sin embargo, prontamente las capacidades de la institucionalidad asistencial en Arica se hicieron insuficientes.

Respecto al contexto sanitario y epidemiológico de la época, se hace imperioso destacar la alta morbilidad y mortalidad que alcanza la diarrea aguda en la población pediátrica. Según algunos indicadores de la época, en 1955 fallecieron en Chile 28.320 niños menores de un año, de los cuales 9.000 fallecieron a causa de la diarrea aguda (5). Según un estudio realizado en Arica, “en 1956 fallecieron 100 niños menores de un año, de los cuales un 37%, la causa primitiva fue la diarrea aguda” (5).

Historiografía

En este contexto social, la revisión y rescate de fuentes secundarias aportaron información relevante sobre la vida y obra de Iris Veliz, hasta ahora

desconocida por la comunidad de enfermería.

Iris Veliz Hume nació en Arica el 20 de mayo de 1927. Estudió enfermería en la Universidad de Chile y conformó el primer grupo de enfermeras universitarias llegadas a Arica junto a Filomena Garrido y Josefina Morales en 1953 (4,6). Su obra alcanza protagonismo en la creación del primer Servicio de Pediatría de la Provincia de Arica en el Hospital Juan Noé Crevani, recién inaugurado en 1952 (4), en el cual ejerció por más de 30 años (7). Iris se casó y tuvo dos hijos. falleció el 13 de marzo de 1976 en pleno ejercicio de la profesión (6).

FIGURA 1. IRIS VELIZ HUME CON UNIFORME DE ENFERMERA

Iris Veliz asumió la organización y puesta en marcha del primer servicio pediátrico en el norte de Chile en condiciones de precariedad, en un escenario de expansión demográfica y epidemiológicamente adverso para los niños ariqueños de la época. Fue también capaz de "formar equipo para tratar complejas patologías en una época de menos recursos tecnológicos, supliendo la falta de recursos técnicos con sabiduría y amor" (7). Quienes tuvieron oportunidad de trabajar con ella, la recuerdan como muy cercana al equipo de salud por cuanto "armonizaba la relación entre los padres y los médicos pediátras" (7) en un escenario laboral de gran exigencia profesional.

Iris Veliz es rememorada como "una enfermera magnífica, con una enorme entrega, dueña de un gran espíritu de trabajo y de mística" (6). Maternal en su trato, entregaba permanentemente "su mensaje de amor a los niños enfermos" (7). Destacó también por su entrega, humanidad y dedicación a la profesión al "trabajar incansablemente y sin horario", incluso en algunos registros es descrita "como un faro, una iluminación de lo que deben ser los funcionarios de salud" (6), características que la hacen ser considerada como fuente de inspiración debido a su abnegación y humildad en el ejercicio de su profesión.

En legitimo reconocimiento a su trayectoria, el 26 de junio de 1985 se bautizó al ex Consultorio Oriente de la ciudad de Arica como Centro de Salud Familiar Iris Veliz (6,8).

Reflexiones desde la enfermería

Como muchas enfermeras que en la cotidianidad de su trabajo son personajes locales que generan un impacto en la sociedad de su época y penetran en la cultura popular de la zona donde se desenvuelven, no obstante, son invisibles en la construcción de la narración histórica de la salud pública en Chile.

La Enfermera Iris Veliz Hume, es una de tantas enfermeras anónimas, que son recordadas por quienes tuvieron la dicha compartir en la intimidad de su profesión o bien por la comunidad que valoró su trabajo al beneficiarse el cuidado profesional recibido. Actualmente, pese a que un Centro de Salud Familiar lleva su nombre y a que ha sido merecedora de distintos reconocimientos por parte de comunidad ariqueña, su aporte a la Enfermería se ha mantenido invisibilizado, no existiendo hasta hoy registros escritos de su trayectoria por la comunidad de Enfermería. Esta

invisibilización implica un olvido de los aportes específicos de un saber subordinado (9) y corresponde a una estrategia del sistema sexo-género hegemónico, la que en salud se representa en la perspectiva biomédica y en la preeminencia del profesional médico por sobre otros profesionales de la salud.

El rememorar a Iris Veliz, valoriza la contribución a la salud de los profesionales distintos al profesional médico, favoreciendo la evolución del concepto social de salud asociado exclusivamente a la ausencia de enfermedad a un concepto que considera un completo estado de bienestar. Esta sobrevaloración de la función "curadora" desvaloriza el rol de otras profesiones, como la enfermería, que contribuye a la salud desde un enfoque biopsicosocial del proceso-salud enfermedad, para el cuidado de las personas, familias y comunidades, desde una perspectiva compleja e integral.

Si bien la enfermería chilena ha tenido muchos réditos durante su historia, estos no han sido incorporados al universo simbólico de la cultura, determinando que el conocimiento de la disciplina no ha sido totalmente descrito, invisibilizando así a las enfermeras pioneras generadoras de conocimiento. La visibilización de estas enfermeras, como es el caso de Iris Veliz, permite fundamentar el cuerpo de conocimiento que sustenta a la ciencia de enfermería.

La identidad de las enfermeras chilenas posee un legado de memoria asociado a la salud social. Esta re-significación de la salud, entendida como una re-significación momento-social, es una prerrogativa para las nuevas formas de gestionar la salud en nuestro país. Por ello, reflexionar en torno a las identidades de enfermería, permite instaurar un puente que conecta el pasado con el presente, resignificando las prácticas de los cuidados de enfermería en el Chile actual inspirando a reposicionar la identidad profesional (10).

La entrega y compromiso de Iris Veliz para con sus pacientes, su aporte a la salud de los niños ariqueños de la zona norte del país y la humanización demostrada en su trayectoria personal y profesional, motivan hoy su recuerdo y reconocimiento por parte de la Enfermería Chilena.

FIGURA 2. IRIS VELIZ HUME

Proyecciones

A la luz de los antecedentes recabados hasta hoy y con el objetivo de visibilizar y plasmar en forma escrita, el aporte de Iris Veliz para la Enfermería y la salud en el norte de Chile, resulta imperioso continuar la investigación sobre su vida y trayectoria profesional a través de un proyecto de investigación que considere otras áreas de su vida, de manera de dilucidar algunos mitos que rodean su figura, aclarar algunas imprecisiones de las fuentes contactadas y además contribuir como experiencia a la formación de las nuevas generaciones de Enfermeras.

Además, a partir de los antecedentes recabados, será posible reconstruir la memoria social y sanitaria que contextualizo la Enfermería de la época en el extremo norte del país.

Finalmente, a través en este trabajo, se hará justicia a una mujer pionera de la Enfermería chilena, a quien, si bien se le han rendido variados homenajes, su figura aún se mantiene invisibilizada ante el colectivo regional y nacional.

› Referencias Bibliográficas

1. Gutierrez J. Problemas de saneamiento del agua potable en Iquique. Revista Chilena de Higiene y Salubridad. 1951; 9(3): 63-70.

2. Zarate MS. El licor de la vida: Lactancia y alimentacion materno-infantil en Chile (1900-1950). En: Sciolla C. Historia, Alimentacion y Cultura en Chile. Una mirada interdisciplinaria.: Editorial Catalonia; 2010. p. 235-61.

3. Ministerio de las Culturas las artes y el patrimonio (Chile), Biblioteca Nacional de Chile. Politicas especiales Iquique (1556-2004). [Internet] En: Memoria Chilena. [acceso 13 dic 2017] Disponible en://www.memoriachilena.-cl/602/w3-article-94771.html

4. Sudy H. El Hospital y su historia. Arica (Chile): Servicio de Salud Arica, Subsecretaria deRredes Asistenciales; 2011.86 p.

5. Brand G, Del Villar A. Tratamiento de la diarrea aguda grave y toxicosis del lactante en el Hospital de Arica. Rev Chil Pediatr. 1957; 28(5): 370-5.

6. Urrutia S. Dicurso 18 aniversario CESFAM Iris Veliz Hume. Diario online República de Arica. [Internet] 2013 [acceso 21 dic 2017]. Disponible en: http://www.republicadearica.cl/?p=19813

7. Sudy Pinto H. Iris, Mensajera de los Dioses. La estrella de Arica. 2018 Mayo 19; Editorial: p. 11. Sección Comentarios.

8. Republica de Chile. Comision Nacional de Energia. Diario Oficial N°39.851 [Internet]; 2011 [acceso 23 ago 2017]. Disponible en: https://www.cne.cl/archivos _bajar/(5)ResExe793_PptoPanelExpertos.pdf.

9. Pavez A. La Enfermeria, realidad de ciudadania y de genero en Chile. Cienc Enferm. 2013; XIX(3):95-102.

10. Nuñez E, Urra E, Pavez A. Identidad e institucionalidad de las Enfermeras chilenas en la primera mitad del siglo XX. Cienc Enferm. 2016; XXII(1): 135-45