

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO



REALIDAD SANITARIA Y ROL DE LA ENFERMERA
EN LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES.

LAMBAYEQUE- 2011

AUTORA: LIC. CARMEN SUSANA NUNCIRA TELLO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:
MAGISTER EN ENFERMERÍA

Chiclayo, abril del 2012

REALIDAD SANITARIA Y ROL DE LA ENFERMERA
EN LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES.

LAMBAYEQUE 2011

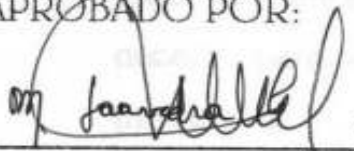
POR:

Lic. Carmen Susana Nuncira Tello

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado
académico de:

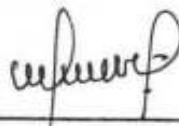
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:



Mgtr. Miriam Saavedra Covarrubia

Presidenta del Jurado



Mgtr. Mirtha Alvarado tenorio

Secretaria del Jurado



Dra. Elaine Lázaro Alcántara

Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2012

A Dios, por su inmenso amor incondicional y porque hace posible todos los milágrs de mi vida, entre ellos el colocar a personas buenas y sabias en mi camino.

A mi madre Amparo, a mi esposo Jorge y a mis adorados hijos Claudia, Fernando y Camila, porque me dan todo el amor y motivación que necesito para seguir adelante y lograr mis sueños.

Un especial agradecimiento a la Dra. Sofía Lavado Huarcaya por motivarme y encaminarme en la investigación.

Un enorme agradecimiento a la Dra. Elaine Lázaro Alcántara, por su gran apoyo en la asesoría y su contribución en esta investigación, quien me guio paso a paso y me animó a seguir adelante.

A todos los docentes de la Maestría en Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, que con sus enseñanzas me ayudaron a tener las herramientas necesarias para desarrollar esta investigación.

Agradezco a todas las colegas que trabajan con la Estrategia de Daños no Transmisibles del MINSA y la Cartera del Adulto de EsSalud que colaboraron en esta investigación, permitiéndome una entrevista en la cual compartieron su conocimiento y sus inquietudes laborales.

A todo el equipo de epidemiología de EsSalud y a la coordinadora de la Estrategia de Daños no transmisibles del MINSA, de la ciudad de Chiclayo, por proporcionarme toda la información necesaria.

A las jefas del Hospital Sanidad de Policía quienes apoyaron este reto asumido no sólo con las facilidades prestadas, sino con el ánimo para ser cada día mejor.

A mis amigas y compañeras de la Maestría por sus valiosas sugerencias y aportes en esta investigación.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN Y ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: Aspectos teórico-conceptuales	19
1.1 Antecedentes	19
1.2 Marco teórico – conceptual	22
CAPÍTULO II: Aspectos metodológicos	38
2.1. Tipo de investigación	39
2.2. Abordaje metodológico	43
2.3. Sujetos de estudio	43
2.4. Escenario	45
2.5. Instrumentos de recolección de datos	46
2.6. Procedimiento	49
2.7. Análisis de datos	50
2.8. Criterios éticos	51
2.9. Criterios de rigor científico	53
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
3.1. La diabetes un problema social emergente para enfermería	56
3.2. Los obstáculos presentes en la prevención de la diabetes	72
3.3. Multiplicidad de roles de la enfermera en la prevención de la diabetes en el primer nivel de atención.	95
CONSIDERACIONES FINALES	119
RECOMENDACIONES	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	135

LISTADO DE TABLAS

	N° Página
TABLA N° 1: Incidencia de la diabetes en el MINSA. 2008 – 2010.	61
TABLA N° 2: Número de personas con diabetes agrupadas por sexo. 2010.	62
TABLA N° 3: Incidencia de la diabetes de EsSalud 2008 – 2010.	65
TABLA N° 4: Incidencia de las nefropatías diabéticas en el centro de hemodiálisis del HAAA. 2008 – 2010.	69
TABLA N° 5: Relación de número de pacientes con el número de diálisis en función del costo.	71

LISTA DE CUADROS

CUADRO N° 1: Características de las enfermeras que trabajan con la diabetes en MINSA y EsSalud.	84
---	----

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue describir la realidad sanitaria de la diabetes en el departamento de Lambayeque, analizar el rol de la enfermera frente a la realidad sanitaria de dicha enfermedad y discutir las implicancias de esta realidad en el rol preventivo de enfermería. El marco teórico desarrolla los conceptos de *Realidad sanitaria* con aportes de OMS (2009), y *rol de la enfermera* fundamentado por Kérouac (1996) y Torres (2005). El abordaje fue el Estudio de caso, argumentado en Menga Ludke (1986). MINSA y EsSalud de Lambayeque fueron los escenarios de la investigación. La muestra fue de 10 enfermeras que trabajaron con la estrategia de daños no transmisibles y con la cartera del adulto. La información se recogió con la entrevista semiestructurada y cuestionario socio demográfico. Se aplicó análisis de contenido de Bardin (2006), emergiendo tres categorías: (a) La diabetes un problema social emergente, donde enfoca el impacto que la diabetes genera hoy en día en la sociedad dando origen a un nuevo rol de la enfermera salubrista. (b) Los obstáculos presentes en la prevención de la diabetes, donde se enfatiza cómo las políticas de salud perpetúan un enfoque biomédico y asistencialista, y se demuestra que las estrategias no responden a la realidad, a esto se añade un presupuesto deficiente y escasez de profesionales de enfermería. Y (c) Multiplicidad de roles de la enfermera en la prevención de la diabetes, donde emergen los siguientes roles: Asistencial, gestora, educadora y ausente el rol de investigadora.

Palabras Claves: Realidad sanitaria, Diabetes, Rol de la enfermera, prevención de la diabetes.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the reality of diabetes care in the department of Lambayeque, analyze the role of the nurse face the reality of diabetes care and discuss the implications of this reality in the preventive role of nursing. The theoretical concepts developed with input from health Reality OMS (2009), and the role of nurses based on Kérouac (1996) and Torres (2005). The approach was the case study, argued Menga Ludke (1986). The stage was MINSA health centers and EsSalud of Lambayeque. The sample included 10 nurses who worked with the strategy of noncommunicable diseases and damage to the portfolio of the adult. The information was collected with semi-structured interview and sociodemographic questionnaire. Content analysis was applied Bardin (2006), three categories emerged: (a) Diabetes emerging social problem for nursing, focuses on the impact that diabetes leads today in society, giving rise to a new role as Public Health Nurse. (b) The obstacles in the prevention of diabetes, which is emphasized, as health policies perpetuate a biomedical approach and welfare, the strategies do not correspond to reality, poor budget and lack of nursing resources. And (c) Multiple roles of the nurse in preventing diabetes, where roles emerge: Welfare, manager, educator and researcher role absent in both institutions.

Keywords: health Reality, Diabetes, Role of the nurse, prevention of the diabetes.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que el último siglo se ha convertido en una de las mayores dolencias que afecta a la población en todo el mundo, ella ocupa el cuarto lugar de las enfermedades que más decesos provoca y es una de las más costosas para el sistema sanitario mundial, con una cifra de enfermos que en la actualidad, según la Federación Internacional de Diabetes (FID) es de 285 millones, de los cuales el 5 a 10% pertenecen a la diabetes tipo 1, y el 90 a 95% pertenece a la diabetes tipo 2, que a diferencia de la anterior puede ser prevenida con estilos de vida saludables. ⁽¹⁾

La proyección dentro de veinte años según la misma fuente, es de aproximadamente 435 millones de personas las que padecerán de diabetes tipo 2. Esta es una advertencia que incita al mundo a reaccionar a tiempo,

debido a que la diabetes, afecta cada año a 7 millones de personas, y causa la muerte de cuatro millones.⁽¹⁾ Esta enfermedad alcanzará dimensiones epidémicas en casi todos los países, si es que las políticas de salud no son replanteadas teniendo en cuenta los cambios de la población y sus necesidades, priorizando la prevención y la promoción de estilos de vida saludables para evitar el sobrepeso y la obesidad que son uno de los factores que desencadena esta enfermedad.

Actualmente se estima que en el mundo existen aproximadamente 1500 millones de adultos (mayores de 20 años) con sobrepeso y 500 millones de personas obesas, de las cuales aproximadamente 300 millones son mujeres. De igual forma se encontró en el año 2010, 43 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Todos estos niños corren el riesgo de padecer diabetes tipo 2, aumentando la posibilidad de morir prematuramente, restando en una media de 20 años la esperanza de vida y el deteriora de la calidad de vida.⁽²⁾

El sobrepeso y la obesidad sumado a la vida sedentaria son los factores desencadenantes de la diabetes tipo 2, es por ello que “la diabetes se ha convertido en la enfermedad de ricos y pobres”, no discrimina grupos etarios. Y se considera como “la epidemia del siglo XXI”. El aumento de esta enfermedad es favorecido por la influencia de los países industrializados que motivan el consumo de comida chatarra, por los determinantes de la salud como estilos de vida no saludables, condiciones de vida de las personas que no permite satisfacer sus necesidades básicas y la falta de educación en prevención y promoción de la salud.

Es importante destacar que se ha intensificado el consumo de estos alimentos, denominados como “comida chatarra” en desmedro de los alimentos nativos y naturales en cualquier comunidad del orbe. La clara evidencia de estas tendencias lo demuestran; el rápido crecimiento de las industrias alimentarias, donde la producción de alimentos empaquetados ha

superado el de las industrias que producen alimentos sin conservantes o persegantes, ha contribuido al incremento de personas con riesgo de obesidad, lo cual representa una amenaza para la salud de las mismas, en especial en menores de edad.

Frente a esta realidad, el gobierno del Perú y sus autoridades de salud vienen adoptando medidas necesarias, pero insuficientes aún, para disminuir la incidencia de la diabetes, por ser una enfermedad crónica degenerativa con el consecuente impacto socioeconómico. La realidad es que se ha generado una gran demanda de servicios ambulatorios y de hospitalización. Es importante precisar que las complicaciones más comunes de la diabetes como: Cardiopatías, accidentes cerebro vascular, insuficiencia renal, pie diabético, retinopatías y otros; han incrementando los gastos del sector salud, agudizando la crisis de este sector por contar con bajo financiamiento por parte del Estado, para el cual designa solo el 4.5% de su Producto Bruto Interno (PBI),⁽³⁾ lo que no permite hacer viable sus políticas de salud.

De igual forma, la diabetes origina un gasto adicional cuando las personas enfermas no cuentan con un seguro de salud, lo que conlleva a asumir los gastos de la enfermedad, afectando enormemente la economía del hogar. A esto se suma un sistema de salud fragmentado donde la atención se da bajo distintas modalidades como en el MINSA (Ministerio de Salud), EsSalud (El Seguro Social de Salud del Perú), fuerzas armadas y policiales, instituciones privadas, donde en cada uno se siguen estrategias distintas en lo que respecta a atender la diabetes.

La realidad del departamento de Lambayeque no es ajena a lo mencionado, el reconocimiento social de su gastronomía rica en calorías ha permitido el incremento de la población con sobrepeso, a esto se suma que el estilo de alimentación de la población ha cambiado por influencia de los medios de comunicación y de los grandes centros comerciales que

incentivan el consumo de comidas “chatarra” desde temprana edad; observándose niños, adolescentes y adultos con sobrepeso y obesidad en mayor porcentaje que años anteriores.

Todo lo mencionado se corrobora con los datos encontrados en los archivos de la Red Lambayeque de EsSalud, donde la prevalencia de la diabetes, fue de 10887 en el año (2008) 8793 pacientes en el (2009) y 9322 en el año (2010). De igual modo, ^{xi} NSA de la región Lambayeque, se encontraron 500 personas con DM --- 2008, 1918 personas con DM en el año 2009 y 2362 en el año 2010. Como se aprecia el incremento es significativo a lo largo de estos tres años, considerando que hay casos aún no detectados, ya que no existe un tamizaje de la población, por parte del Ministerio de Salud, debido a la falta de recursos humanos y logísticos.

Por otro lado, se reportaron datos que en el año 2010 la población de pacientes de insuficiencia renal hemodializados por EsSalud de Chiclayo fue de 343 de los cuales 137 fueron atendidos en el centro de hemodiálisis del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo y el resto se repartieron en los centros de hemodiálisis privados que tienen convenio con esta institución. De las personas hemodializadas en EsSalud, el 60% ha correspondido a nefropatías diabéticas, observándose que en estos últimos años la población con insuficiencia renal se ha incrementado de tal manera que el centro de hemodiálisis de esta institución no se abastece para atender a toda su población y están haciendo uso de los servicios de los cuatro centros de hemodiálisis privados que existen en el departamento de Lambayeque.

Esta necesidad de más centros de hemodiálisis surge como consecuencia de las complicaciones que la diabetes genera, demandando un alto costo para las familias y para el país (la primera hemodiálisis tiene un costo de S/. 600 y las siguientes sesiones cuestan S/. 350 aproximadamente). Un paciente necesita un promedio de tres diálisis por semana, lo cual le genera un gasto aproximado de S/. 4 200 por mes sin

contar otros gastos por medicamentos. Si es asegurado, el gasto lo asume el seguro de salud; por el contrario, si el paciente no goza de un seguro y es pobre, será imposible costearse este tratamiento. Confirmándose la frase “es menos costoso prevenir que curar”.

A pesar de esta cruda realidad, las políticas de salud no han mejorado, ya que están influenciadas por las políticas neoliberales que pretenden deslindar responsabilidad al Estado en la atención de la salud y la educación, enfatizando la atención curativa antes que la promoción de la salud. A esto se añade la inconsciencia involuntaria de los trabajadores de salud, especialmente médicos, enfermeras y nutricionistas- quienes llevados por una visión biomédica de la salud en el cuidado, priorizan actividades de prevención secundaria, cuando el daño y sus factores determinantes avanzan a pasos agigantados.

La evidencia de esta indiferencia del Estado y las políticas frente al problema, es que no existe el programa de diabetes en MINSA, está inmerso en una estrategia amplia que diluye las acciones en lo que respecta a prevenir la diabetes y en EsSalud se encuentra concentrada en la cartera del adulto mayor, confirmando la persistencia de estereotipos en el equipo de salud y por ende en la sociedad que la diabetes está directamente relacionada con la edad. Esto lleva a descuidar los grupos etarios de la niñez, adolescencia y juventud, en la cual la diabetes está avanzando silenciosamente cada año.

El programa de MINSA, que incluye este problema social, es el de Estrategias de daños no transmisibles, en el cual están inmersos otros problemas como: Hipertensión, enfermedades oftálmicas y neoplasias, lo que evidencia un enfoque biomédico en la atención de estos problemas muchos de ellos también consecuencia de las complicaciones de la diabetes. Al responder a este enfoque biomédico, la enfermera limita su actuar al daño considerando además que son problemas propios del adulto

mayor; siendo poco lo que la enfermera realiza en su labor de promoción de la salud, pues su rol es asistencialista, impuesto por las características de las directivas que rigen la atención de salud en los servicios y programas, emanados de MINSA, priorizando las estadísticas sin importar las personas que están afectadas.

La problemática se agudiza cuando se descubre que más allá de la “desorientación” por parte del Estado, las políticas y el personal, donde las instituciones se abocan a tratar la diabetes solo como enfermedad crónica del adulto mayor, donde las enfermeras concentran su accionar a cumplir con las metas tan altas impuestas por la institución, como por ejemplo en EsSalud, la enfermera a cargo de la cartera del adulto debe captar entre 600 a 1000 pacientes que padecen de diabetes en un mes, esto es productividad que sigue una mirada capitalista de la salud de las personas.

La enfermera en estos ámbitos se aproxima principalmente a realizar acciones de prevención secundaria y terciaria; como por ejemplo, el programa de nefroprevención con pacientes diabéticos, en el cual la enfermería limita su labor, castrando cualquier iniciativa de promocionar estilos de vida saludable.

Otro de los aspectos que desconfigura el rol de la enfermera frente a la diabetes es el referido a la sobresaturación de trabajo de la enfermera quien asume más de un programa o estrategia, sobre todo, en los centros de salud MINSA. Así esta institución puede atender varias estrategias y sus acciones están sujetas a las necesidades del centro de salud, como el apoyo en campañas de vacunación descuidando el programa a su cargo. De igual forma, refieren que el gran problema en el MINSA es la falta de recursos humanos, de infraestructura y logístico.

Las capacitaciones sobre diabetes son escasas y las pocas que han recibido han sido orientadas a la elaboración de informes estadísticos,

tratando en lo posible de hacer lo que está a su alcance para la atención de las personas, sintiendo la indiferencia del Estado frente a esta problemática, impidiendo que ellas asuman la responsabilidad social que demanda esta área de enfermería, esto conlleva a que la enfermera dedique gran parte de su tiempo a realizar un trabajo de escritorio, donde se preocupan por cumplir con la presentación de informes y cubrir sus coberturas en el papel; dejando de lado esa labor tan importante de prevención primaria y promoción de estilos de vidas saludable en su comunidad.

Por otro lado, quienes laboran en esta estrategia del MINSA, no tienen estímulos económicos, quedando su sueldo reducido al compararlo con el de una enfermera asistencial hospitalaria de la misma institución. De igual manera, las enfermeras de EsSalud del primer nivel de atención y las asistenciales perciben mayor sueldo. Esto ocasiona que algunas enfermeras del primer nivel de atención del MINSA, no trabajen a gusto y se dediquen a buscar oportunidades para migrar a trabajar a los hospitales, usando el trabajo en la comunidad como algo transitorio. Esto hace que la enfermera no asuma un rol protagónico en el nivel preventivo promocional.

Esta situación se gesta desde las universidades, al formarse profesionales de enfermería con enfoque biomédico para desempeñar labor asistencial, es por ello que las enfermeras se sienten más valoradas cuando laboran en grandes hospitales con tecnología de vanguardia. De tal modo que cuando son llamadas a trabajar en el primer nivel de atención no le dan importancia o el valor que esto significa tanto para la profesión como para contribuir en el mejoramiento de la salud de la población.

Frente a la realidad descrita, cabe preguntarse ¿cómo es el trabajo que desempeña la enfermera en la estrategia de enfermedades no transmisibles y en la cartera del adulto?, ¿cuál es la visión de la enfermera sobre el problema social de la diabetes?, ¿qué limitantes experimenta frente al cuidado de estas personas?, ¿es consciente de la responsabilidad asumida

en el programa?, ¿piensa que el Estado ha asumido políticas coherente con la realidad sanitaria de la diabetes?, ¿cómo es la realidad sanitaria de la diabetes?, ¿cuál es el rol que la enfermera asume frente a la realidad sanitaria de la diabetes?, ¿qué expectativas expresa la enfermera responsable de este programa en MINSA y EsSalud?

Todos estos planteamientos conllevan a formularse la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la realidad sanitaria y el rol de la enfermera en la prevención de la diabetes en el departamento de Lambayeque?

Los objetivos del estudio se configuraron de la siguiente manera:

- Describir la realidad sanitaria de la diabetes en el departamento de Lambayeque.
- Analizar el rol que la enfermera asume frente a la realidad sanitaria de la diabetes
- Discutir las implicancias de esta realidad sanitaria de la diabetes en el rol preventivo de enfermería.

La investigación se torna relevante, no sólo por ser inédita en la región y abordar la problemática de la enfermería comunitaria, poco estudiada, sino porque permite generar una visión del contexto socio sanitario de la diabetes, a partir de la construcción de cuadros estadísticos que reflejan el alarmante incremento de la incidencia de personas con diabetes y sus complicaciones. Estos resultados, que no son organizados por MINSA, sino contruidos por la investigadora, permiten generar planteamientos sobre la responsabilidad asumida por el Estado frente a la realidad de la diabetes, discutiendo el rol atribuido a la enfermera en la prevención de la enfermedad.

Por otro lado, el trabajo sienta las bases para la generación de políticas de salud que enfatice y lleven a asumir medidas pertinentes para

disminuir la incidencia de la diabetes, partiendo de la mirada de quienes operativizan el programa correspondiente, motivando la necesidad de torno a esta enfermedad en el departamento de Lambayeque y en todo el país; teniendo cifras exactas de incidencia, prevalencia de esta enfermedad desarrollar investigaciones en, de los determinantes de la salud que favorecen el incremento de la diabetes, las complicaciones que son más frecuentes en nuestro departamento y el costo real que el Estado invierte en cada una de estas personas que sufre esta enfermedad.

Los resultados contribuyen en el saber de la enfermería y su ejercicio profesional, permitiendo que las enfermeras reflexionen sobre su rol frente a la prevención de la diabetes, en la promoción de estilos de vida saludables y su contribución en la salud pública que les permita ganar un espacio valioso y mayor autonomía, empoderarse en estrategias preventivos promocionales en beneficio de la población, siendo partícipes y protagonistas de reformas sanitarias y políticas de salud, que les lleve a ocupar cargos importantes en el Ministerio de Salud.

El estudio lleva a la reflexión sobre el papel de las universidades en la formación de enfermeras y la necesidad de formar profesionales salubristas con conocimiento de políticas sociales saludables que les permita entender mejor las necesidades de la población y de esta manera ir liderando y empoderándose en la salud pública.

Para un mejor entendimiento el trabajo ha sido dividido en cuatro capítulos: el Capítulo I se centra en la construcción del marco teórico conceptual de la investigación, donde se han considerado los antecedentes encontrados que se relacionan con el objeto de estudio y se analizan los conceptos de rol, realidad sanitaria, prevención y diabetes, a la luz de las propuestas asumidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y autores como Torres, M. Piedrola y otros. El Capítulo II detalla los aspectos metodológicos seguidos

para llegar al objeto de estudio, la investigación que fue cualitativa, con enfoque de Estudio de Caso, refleja en esta parte el procedimiento seguido para la obtención de los resultados del estudio, considerando los principios formulados por Menga Ludke para el método seguido y formulando el análisis de contenido según Bardin (1996) para el tratamiento de la información. La investigación ha considerado los criterios éticos de Elio Sgreccia y los criterios de rigor científico de Guba y Lincoln.

En el Capítulo III se realiza el análisis y discusión de las categorías que han surgido en el estudio, las que han sido estructurados en tres grandes categorías: (1)La diabetes un problema social emergente, (2)Los obstáculos presentes en la prevención de la diabetes y (3)La multiplicidad de roles de la enfermera en la prevención de la diabetes, analizando y discutiendo de una manera dinámica las implicancias de estos tres elementos en la salud de la población y el rol de enfermería.

Finalmente, se muestran las Consideraciones Finales, a las que se ha arribado después de un exhaustivo análisis y confrontación con la literatura terminando con las recomendaciones a tener en cuenta para ir generando cambios en las políticas de salud y en la formación del profesional de enfermería.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. 1 Antecedentes:

Estudios sobre realidad sanitaria y el rol de la enfermera en la prevención de la diabetes no se encontraron, sin embargo, se ubicaron investigaciones extranjeras con realidades parecidas a la nuestra aunque con diferentes enfoques. En el ámbito internacional se reportaron las siguientes investigaciones:

García, R. y Suárez, R. (2007), en La Habana-Cuba, investigaron los resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia, demostrando que la educación terapéutica unida a los cuidados clínicos garantiza la eficacia en el tratamiento de la diabetes. Siguió como método la *Investigación acción participación*. Este trabajo se desarrolló en tres etapas. La primera etapa del trabajo (década del 70), se

centró en declarar la educación como función primordial, donde se alcanzó un aumento significativo de los conocimientos sobre la enfermedad y disminución temporal de las concentraciones promedio de glucemia. En la segunda etapa (década del 80), el diseño de un Programa de Educación en Diabetes, donde se encontró que la educación en pequeños grupos con el método de participación interactiva permite a los participantes el intercambio de experiencias, aprender de los otros y reforzar criterios y sentimientos positivos ante el cuidado diario. En la tercera etapa (del 90 a la fecha), se extendió el programa a todos los servicios del sistema de salud. Se logró una mejor calidad de los servicios en la atención primaria. Y el modelo teórico planteado en el Programa Nacional de Educación en Diabetes mostró ser eficaz, tras 25 años de experiencia. Su desarrollo desde la práctica a la teoría para regresar a la práctica y transformarla, permitió su avance desde el producto inicial hasta su generalización a todo el sistema nacional de salud. Sin embargo, la batalla educativa y de prevención había que ganarla en la atención primaria de salud.⁴

Pico, M. y Tobón, O. (2005), Manizales-Colombia, "Sentido de Rol de la Profesión de Enfermería: En el Primer Nivel de atención". En una población de 14 enfermeras. El objetivo de la investigación fue: Debelar vivencias frente al rol en torno a: Valor atribuido frente al rol en esta área, consecuencia sobre el trabajo y quehacer profesional. El Método de investigación fue un estudio etnográfico que debeló un fenómeno humano desde lo cultural. Donde el criterio de inclusión fue de 2 o más años en el trabajo. Los resultados fueron los siguientes: 1) En lo profesional, que la enfermera tiene un rol poli funcional que no le permite desarrollarse a cabalidad en ciertas área; 2) Desde el punto de vista ético, percibe a la profesión como una responsabilidad interiorizada. "El trabajo es un deber moral, un valor central para su desarrollo personal y profesional". 3) Con respecto al cuidado, refieren que cuidar significa: Estar con ellos, compartir

sus tristezas, alegrías expectativas y dejarlos y ayudarlos a ser y 4) Refieren que fueron formadas con énfasis para la atención hospitalaria y algunos elementos de salud pública, que no era necesario en la agenda educativa y política. En cuanto a la competencia en salud pública, refieren que en el pregrado no se dan herramientas suficientes para el liderazgo en la profesión en esta área.⁵

Carrasco F; Moreno M. y otros, (2005), Chile. "Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes". El proyecto consistió en promover estilos de vida saludables en adultos con sobrepeso u obesidad en riesgo de diabetes, beneficiarios del sistema público de salud, detectados en el examen de salud preventivo del adulto u otra actividad de salud. Los pacientes fueron reclutados entre diciembre de 2004 y junio de 2005. Se seleccionaron para el estudio personas entre 18 y 45 años, con un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 38 kg/m², con antecedentes de familiar de primer grado con DM2 o con glicemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dl. El diseño de esta investigación corresponde a un estudio multicéntrico, prospectivo, no controlado, en el cual participaron 4 centros e ingresaron al estudio 276 pacientes (35 hombres y 241 mujeres) completaron el estudio 160 pacientes (141 mujeres y 19 hombres), lo que determina una pérdida de 42% al cuarto mes de seguimiento. Uno de los problemas observados en esta intervención fue la alta tasa de abandono (42%). Se requiere de la implementación de programas de seguimiento de estos pacientes en el largo plazo, para reforzar las medidas nutricionales, de promoción de actividad física y los contenidos educativos entregados en esta primera etapa.⁶

Ruiz Méndez, Soledad. (2009), España. "La magnitud de la diabetes mellitus tipo 2 en España". Método: Revisión bibliográfica. Teniendo en cuenta la prevalencia, incidencia, mortalidad y costos de dicha enfermedad, se analizó la evolución de la diabetes tipo 2, en estudios transversales, longitudinales retrospectivos y prospectivos. La prevalencia en el 2004 era

de 6.2% y la prevalencia actual es de 10 – 15% en la población adulta. Pero es preocupante que una alta proporción de diabéticos están sin diagnosticar. Para reducir los costos asociados a las complicaciones es necesario trabajar con los grupos más vulnerables, el diagnóstico temprano y el tratamiento inicial. Ello conducirá a obtener mejor Estado de salud y calidad de vida de la población diabética lo que favorecerá el mejor uso de los recursos de salud. Para ello enfermería debe implementar medidas preventivas y estar concientizada de la importancia de nuestro rol.⁷

1.2 Marco teórico Conceptual:

La realidad sanitaria se considera un concepto de construcción compleja por lo que la investigadora lo ha delimitado a partir de su definición etimológica y escritos formulados por la OMS, asociado al concepto de prevención auspiciado por Piedrola (2008). Los conceptos de rol de la enfermera y prevención, del mismo modo han sido auspiciados por la OPS (2005) y autores como Torres (2005).

La realidad sanitaria se define a partir de su etimología, que de acuerdo a la Real Academia Española (RAE), significa todo lo que es o no perceptible, accesible o entendible por la ciencia o filosofía o cualquier otro sistema de análisis. En este sentido se afirma que la realidad es todo aquello que existe aun cuando no sea perceptible a los sentidos. La palabra “sanitaria” es definida por la OMS (2009), como un conjunto de servicios diseñados para promover la salud incluyendo intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sea dirigida a la persona o a la población.⁽⁸⁾

De esta forma al unir ambos vocablos en uno solo y componer la expresión “*realidad sanitaria*”, se puede construir en dos perspectivas: Lo social y lo epidemiológico, aunque este último puede estar inmerso en lo social. En consecuencia este concepto surge de la construcción a partir de

indicadores históricos, sociales, políticos, económicos, culturales y de salud que conforman el rostro social de una determinada población.

En otras palabras, la *realidad sanitaria* significa estudiar la situación de salud en su contexto, es decir, tal y como sucede en ese momento, permitiendo medir, evaluar y buscar estrategias de solución a los problemas de salud de la población. La forma de expresar la realidad sanitaria es partir de los indicadores epidemiológicos, que permiten hacer un balance sociosanitario, orientado a atender los problemas de salud y al planteamiento de posibles soluciones.

La realidad sanitaria en nuestro país está reflejada principalmente en indicadores de pobreza, indicadores sociodemográficos, socioeconómicos, de morbilidad y mortalidad. Dentro de los indicadores de morbilidad encontramos los problemas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, en esta última categoría encontramos la diabetes como un problema de salud emergente en la compleja *realidad sanitaria* del Perú.

La Realidad Sanitaria de la diabetes está reflejada socialmente como una enfermedad aún desapercibida por los indicadores epidemiológicos, sin embargo, se viene constituyendo en un problema que a futuro causará un impacto socioeconómico en el país. Según la FID (2010) la diabetes mellitus está determinada en el mundo, no solo por el impacto socioeconómico, sino que también genera un efecto importante en los aspectos políticos, culturales y de estrategias de salud que están obligando a los gobiernos entre ellos, el de Perú, a reformular estrategias que permitan frenar el problema.⁽⁹⁾

La FID (2010) ha definido la diabetes como un síndrome metabólico originado por el sobrepeso, la obesidad y vida sedentaria donde la insulina no es utilizada por el cuerpo eficazmente. Así mismo, la OMS (2010), define como un desorden metabólico, de etiología múltiple, caracterizado por hiperglucemia crónica. Originando cambios en el metabolismo de los

carbohidratos, grasas y las proteínas como resultado de un defecto de la secreción y acción de la insulina, hormona que regula el azúcar en la sangre.^(9, 10)

Es importante aclarar que esta definición tradicional de la diabetes se complementa al considerar que esta enfermedad está asociada a los aspectos culturales de la población. Por ejemplo, en los últimos años en el Perú se ha producido una corriente que rescata la gastronomía peruana como un componente de identidad nacional la cual es rica en carbohidratos y grasas, esto sumado a la invasión de centros comerciales con grandes cadenas de comida rápida, la sensibilización de los medios de comunicación al consumo de productos industrializados en las loncheras fáciles, y otros.

Es importante resaltar que en nuestro país existen tres tipos de diabetes tal como lo menciona OMS (2010), diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y la diabetes mellitus de la gestación. La DM de tipo 1 representa al 5 al 10% del total de la población diabética. Sus síntomas consisten en poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita. En la DM tipo 2, caracterizado por la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina- lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso y la inactividad física-, representa el 90 a 95% de los casos. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero menos intensos.⁽¹⁰⁾ Una limitante de la realidad sanitaria de la diabetes tipo 2 es que la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. El tercer tipo de diabetes de la gestación que se detecta por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, sin que la paciente refiera síntomas.⁽¹⁰⁾

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica, crónica y degenerativa que no solo afecta a la persona sino que afecta a la sociedad. Esta enfermedad, que en un inicio se creía que era solo hereditaria, con el transcurrir del tiempo se fue descubriendo que existen determinantes de la salud que la condicionan, los mismos que están relacionados con las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. ⁽³⁾ En ese sentido los determinantes serían: Biológicos, estilos de vida, condiciones de vida y trabajo (educación, producción de alimentos, ambiente de trabajo, desempleo, agua y saneamiento, servicios de salud y hogar) y condiciones socioeconómicas – culturales y ambientales. ^(11, 12)

Dentro de los determinantes biológicos, se considera a la herencia, la edad- los casos de diabetes se incrementa en la edad adulta-, el sexo, la raza- siendo más predisponente en los indios americanos, las comunidades de las islas del Pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afro-americanos y los hispanos-, y el estado nutricional ya que esta condiciona a un tipo de diabetes no especificada. ⁽¹³⁾

Otro tipo de determinantes son los individuales. La falta de ejercicio, el consumo de comidas chatarra, el consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas favorecerán el desarrollo del sobrepeso y la obesidad desencadenando la diabetes tipo 2; es así que en el desarrollo de la diabetes juega un papel importante el nivel cultural de las personas o de los pueblos, ya que estos favorecen, en principio, la capacidad de adquirir hábitos alimenticios. Al respecto se consideramos que en nuestro país tenemos una cultura gastronómica rica en carbohidratos y grasas, lo cual condiciona el sobrepeso.

Por otro lado, los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales tendrán también un impacto en la salud. Los cambios en las políticas determinan tales influencias, como las condiciones económicas. Esto es el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a

nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas, que llevan a la inequidad.⁽¹⁹⁾ Ante esta realidad es necesario que el Estado trabaje para mejorar las condiciones de vida de las personas, donde tengan derecho a la salud, a la educación, a los servicios sanitarios básicos y a un trabajo digno que les permita satisfacer sus necesidades básicas; ya que el desempleo no permite acceder a una alimentación saludable. Recordemos que muchas personas pobres y de extrema pobreza no cuentan con seguros sociales de salud.

De esta manera, la diabetes se incrementa a pasos agigantados originando que sea considerada como una epidemia del siglo XXI. A pesar que el concepto de epidemia, se usa cuando una enfermedad es transmisible causada por bacterias y virus la cual se contagia entre miembros de una comunidad.⁽⁷⁾ Esta condición ha convertido a la diabetes en una enfermedad vista como un gran problema de salud pública, aumentando el interés por parte de los países en latinoamérica, donde hace algunos años la prioridad eran los temas materno infantiles, sin embargo en la actualidad la preocupación se ha extendido a esta patología social.

La problemática social de la diabetes es asumida a través de las estrategias sanitarias implementadas en nuestro país. Es importante comprender que una estrategia sanitaria es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en un tiempo determinado para llevar a cabo el cumplimiento de metas encaminadas a disminuir el impacto social que genera un daño transmisible o no transmisible.⁽¹⁴⁾

En este sentido, la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles emitida por MINSA, direcciona el abordaje social y epidemiológico de diferentes enfermedades como: la hipertensión, diabetes, cáncer, ceguera, obesidad, entre otras. Este programa, dirigido por enfermeras, contempla acciones de sensibilización en la población, orientada a disminuir la morbi-mortalidad de las personas por efectos de

estas enfermedades, a través de la promoción de la salud, la cual está definida como “aquellas acciones encaminadas a mejorar los estilos de vida de la población, a través de educación para la salud”.

La educación para la salud (EPS), como estrategia de trabajo, ha sido analizada por muchos autores. Así tenemos a algunos con tendencia ambientalistas, que destacan que los Programas de EPS no deben solo abocarse a modificar conductas, es importante que consideren, también de forma esencial, los determinantes socioeconómicos y ambientales que influyen en ellas. Los Programas educativos han tenido un carácter culpabilizador hacia el comportamiento individual, cuando el verdadero responsable es el ambiente social en el que se desenvuelve el individuo.⁽¹⁵⁾

La EPS es considerada una de las principales actividades de la enfermera, se configura como parte de su rol en el primer nivel de atención, debiendo desarrollar educación para la salud con la persona, familia, comunidad, centros de estudio y de trabajo para motivarles y concientizarles sobre la importancia de cambios de conducta que están afectando su salud y la importancia de seguir estilos de vida saludables teniendo en cuenta sus recursos económicos y respetando su cultura. De igual manera, dentro de las actividades está el dedicar esfuerzo en la capacitación y organización dirigido a la búsqueda de cambios políticos considerando los determinantes socioeconómicos que influyen en ellas. Hoy sabemos que la actuación limitada al individuo no logra mantener conductas, aun con una actitud positiva por parte del ciudadano, si los factores sociales no son favorables para ellos.

Para que la persona sea responsable de su auto cuidado, y adopte estilos de vida saludables debe tener un mínimo nivel educativo, y los medios necesarios para una alimentación saludable. Pero esto no es posible en personas pobres y de extrema pobreza que están desempleados, que no tiene que comer y consumen grasas saturadas y carbohidratos como fuente

de energía, aun sabiendo que les hace daño porque no tienen otra alternativa. No podemos esperar que se hagan responsables de su salud bajo esas condiciones de desigualdad.

El papel, por lo tanto, del educador sanitario debe ser brindar información, formación y despertar la conciencia de la población respecto a las relaciones existentes entre las condiciones, los estilos y la calidad de vida de la población. Así mismo, ayudarles a organizarse y buscar soluciones en su comunidad, convirtiéndose en un potente instrumento para el cambio. Bajo este enfoque el modelo de Nola Pender (2006) se queda limitado solo a los cambios de conducta, que son muy importantes para cambiar hábitos que afectan a la salud,⁽¹⁶⁾ pero tal enfoque debe complementarse con otro de la promoción de la salud social y ambiental, para así motivar a las autoridades y al Estado, en el trabajo con los determinantes de la salud.

Siguiendo esta línea, es preciso entender que la enfermera como profesional de la salud asume un rol social frente a la realidad sanitaria de la diabetes. En este sentido, Ander Egg (1994) refiere que "rol" es una palabra inglesa que hace referencia "al papel que desempeña una persona en la sociedad".⁽¹⁷⁾ El concepto está vinculado a la función o papel que cumple alguien o algo, en este caso la enfermera. El concepto de "rol social", está referido al "conjunto de comportamientos y normas que una persona, como actor social, adquiere, aprehende de acuerdo a su estatus en la sociedad". Se trata, por tanto, de una conducta esperada según nivel social y cultural.

El rol social de la enfermera frente a la diabetes se establecería como la puesta en práctica de una serie de acciones que han sido reconocidas socialmente como labores propias de la enfermera, para ser aceptado y desempeñado por los profesionales de enfermería. La delimitación del rol de enfermería en su labor social se configura en un patrón de conducta esperada frente a esta realidad sanitaria, debiendo satisfacer las expectativas

sociales que acompaña su participación pública con el correspondiente estatus.

En este sentido, la *Scope and Standards of Public Health Nursing Practice* describe el abordaje de la salud pública por parte de la enfermería como: "La práctica de la promoción y protección de la salud de las poblaciones utilizando conocimientos de las ciencias de enfermería, las sociales y las propias de la salud pública". Esto obliga que las entidades formadoras generen un programa básico de estudios que incluyan: Valores de salud pública y aculturación, epidemiología, informática, comunicación, competencia cultural, trabajo en equipo, formulación de políticas.⁽¹⁸⁾

De esta manera el rol de la enfermera salubrista es promover la salud y prevenir los daños originados por los malos hábitos y estilos de vida poco saludables de la población. Este rol social asumido por los profesionales de enfermería tienen diferentes matices y están ligados al rol establecido en la ley del enfermero peruano y corroborado por Kérouac (1996), como: el rol asistencial, rol docente, administrativo e investigador.⁽¹⁹⁾

En el rol asistencial, la enfermera forma parte del equipo interdisciplinario e intersectorial y participa, en el cuidado integral de la persona, familias y comunidades respetando sus valores, costumbres y creencias; participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación y ejecutar, acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.⁽²⁰⁾

Desde la salud pública, el rol asistencial de enfermería consiste en participar en los programas de vigilancia epidemiológica; ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad; realizar y controlar el proceso de atención de Enfermería como método científico de la profesión; ejecutar actividades de promoción

y fomento de la salud a los individuos, la familia y la comunidad para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud; actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, las familias y las comunidades; ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo; ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.

La labor asistencial de la enfermera salubrista le permite aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia; ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable; planificar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes; detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de la vida; capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.⁽²⁰⁾

En el rol administrativo, la enfermera salubrista realiza lo siguiente: Planificar y controlar los cuidados de enfermería; participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud; asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional; administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención y dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitaria.⁽²⁰⁾

En su rol administrativo, la enfermera diseña, implementa y participa en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establece estándares para su medición; establece políticas de atención, educación e investigación en enfermería; vela por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería; controla y cumplir los principios de asepsia y antisepsia; ejecuta y controlar el cumplimiento de los

principios éticos; participa en las técnicas administrativas y científicas de enfermería; supervisa el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.

Para el caso del área docente, la enfermera de salud pública diseña, planifica y participa en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud;⁽²⁵⁾ planifica, ejecuta y controla el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería; asesora en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional; desempeña funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales; integra los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente; desempeña funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales; coordina cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales como internacionales e imparte docencia incidental en el puesto de trabajo.⁽²⁰⁾

En el rol de investigación, la enfermera salubrista realiza y participa en investigaciones en enfermería y en otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población; divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional; coordina, controla y participa en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación e integra los consejos científicos en los diferentes niveles de atención.^(20, 21)

En la actualidad la Enfermería es una profesión en continuo perfeccionamiento, la tendencia es que la enfermera esté preparada para laborar tanto en el área asistencial hospitalaria como en la salud pública, en lo preventivo promocional. La enfermera trabaja muy cerca de la comunidad, conoce los problemas médicos, sociales culturales y familiares

de la población asignada a su cuidado y siempre está tratando de solucionar las dificultades existentes. Para la comunidad ella es la representante más conocida del centro de salud. Suministra cuidados de salud a la población, con cuya idiosincrasia se identifica y desarrolla programas de motivación y educación con el objeto de mejorar el nivel de salud de la población inculcándoles hábitos y prácticas saludables. Su método de trabajo es la visita domiciliaria para reforzar la educación el grupo familiar de cómo cuidar su salud y entrevistándoles para aclarar sus dudas.

Con los cambios que se vienen produciendo en el orden demográfico y epidemiológico, se han rediseñado una serie de prioridades sobre la base de la calidad de la atención, donde el trabajo se ha ido desplazando de las acciones terapéuticas a las preventivas y de esta a la promoción de salud. Es así que Leavell y Clark (1953) definen la prevención como: "La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y aumentar la salud y la eficiencia física y mental de las personas. Estos mismos autores esquematizaron la historia natural de la enfermedad, donde identifican un periodo prepatogénico (prevención primaria), Otro periodo patogénico (prevención secundaria) y la prevención terciaria orienta sus acciones a la rehabilitación."⁽⁹²⁾

La OMS (1998) define la prevención como: "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida". Piedrola (2008) define a la prevención como "ciencia y arte que utiliza todos los medios sanitarios y sociales a su alcance para conservar, incrementar y restaurar al máximo la salud física, mental social y moral del individuo de la familia y de la nación". Para así lograr el perfecto y continuado ajuste del hombre a su medio ambiente y el pleno goce de la vida misma individual y socialmente considerado."⁽⁹³⁾

Para tal efecto, se denomina factor de riesgo a ciertas variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarlas. Existen factores de riesgo no modificable (o endógeno), los cuales están relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la herencia, raza, etc. Los factores de riesgo modificable o exógeno son aquellos susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos, como el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad.⁽²⁴⁾ Estos factores se modifican con estilos de vida saludables que llevan a modificar hábitos o conductas nocivos para la salud.

La prevención de la diabetes incluye un conjunto de acciones para evitar su aparición o progreso. Esta prevención se da en tres niveles: Prevención primaria, secundaria y terciaria. La primera, tiene por objeto evitar la enfermedad, la cual es toda actividad que se desarrolla antes de la enfermedad. La "Prevención Secundaria" se hace principalmente para evitar las complicaciones, con énfasis en la detección temprana de la diabetes, y la "terciaria", está dirigida a evitar la discapacidad funcional, social y a rehabilitar al paciente discapacitado. Y en este caso evitar la discapacidad del paciente tales como ceguera, accidentes cerebro vasculares, amputaciones e insuficiencia renal.⁽²⁴⁾

La FID (2007) declara que la intervención para prevenir o retardar la diabetes provocará una importante reducción en su incidencia, sus complicaciones y co-morbilidad, y recomienda controlar los factores de riesgo modificables. Sugiere organizar planes nacionales de la diabetes adaptada a condiciones culturales de cada país, los que incluyan a todos los grupos sociales organizados y que inicien en salas cunas, jardines y colegios.⁽²⁵⁾ Los programas deben ser de amplia cobertura orientados a controlar los factores modificables como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo para evitar el síndrome metabólico que condiciona la diabetes

y las enfermedades cardiovasculares. Para ello el énfasis estará dirigido a los cambios de estilo de vida y de condiciones de vida.

Las acciones preventivas deben ser ejecutadas no sólo por el sector salud, sino con la participación y compromiso de la comunidad, las familias y el individuo, utilizando los medios de comunicación masiva existente en cada región que eduquen en estilos de vida saludables, que lleven a modificar hábitos que afecten la salud. Se entiende por hábito: “el comportamiento o modo especial de proceder adquirido por repetición de actos iguales originados por tendencias instintivas (RAE)”. Para Bordieu (1992), el hábito es concebido como “un proceso de socialización desde la infancia que simultáneamente es generado por estructuras objetivas a la vez que generadoras de esquemas y conductas y prácticas sociales”.⁽²⁵⁾

Es así que los hábitos están formados por influencias del contexto a la cual pertenece la persona, o la familia y por las prácticas individuales y percepciones de cada persona que le lleva a adquirir un determinado estilo de vida. Donde los hábitos que afecta a la salud no dependen solo de las personas, sino también de la sociedad, del Estado que debe modificar las condiciones de vida a través de sus políticas públicas que protejan la salud de las personas con justicia social y responsabilidad compartida entre el Estado y el ciudadano. Es por ello que es muy importante en la prevención primaria el trabajo arduo de la educación para la salud que lleve a modificar hábitos nocivos para la salud.

La prevención primaria está muy ligada a la promoción de la salud y forma parte de la evolución en el tiempo. Labonte (1993) proporcionó un camino útil para la organización de los diferentes enfoques que han guiado la Promoción de Salud, sugiriendo que se han realizado tres enfoques fundamentales desde los comienzos del siglo XX. El Enfoque Biomédico, que surge en las décadas de los 70 y 80, es sinónimo de cuidados preventivos de

salud, ya que está enfocado en prevenir la enfermedad o la discapacidad individual mediante la disminución de factores de riesgo fisiológicos. Su éxito consiste en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad; así como la disminución de la prevalencia de factores de riesgo fisiológicos y estrategias desde el punto de vista biomédico, tales como: la Inmunización, realización de pruebas para la detección temprana de enfermedades y su tratamiento, continúan siendo una parte importante en la práctica de la salud pública hoy en día.⁽²⁶⁾

El enfoque conductual, donde ocurren cambios en las políticas de salud en el campo de todas las disciplinas de las Ciencias Médicas, el aumento de la morbi-mortalidad ocurridos prematuramente en épocas anteriores pudieron ser evitados con modificaciones en el estilo de vida de las personas. En este sentido el empeño de la Promoción de Salud debe estar en fomentar estilos de vida saludables para evitar factores de riesgo. Y se deben implementar la herramienta de educación para la salud que se incluyan en los programas de salud, y esta a su vez influir en la modificación del estilo de vida.

Finalmente el enfoque socio ambiental. Aquí el foco fundamental está en los elementos que se encuentran en el ambiente y que contribuyen a favorecer el mantenimiento de la salud o la aparición de la enfermedad en un individuo o grupo. Este paradigma emerge del campo social- ecológico. Su premisa fundamental desde esta perspectiva es que la salud es producto de la interdependencia entre la persona y los subsistemas del ecosistema, tales como, la familia, la comunidad, la cultura y el ambiente físico y social. Para promover la salud, estos ecosistemas deben ofertar condiciones económicas y sociales que conduzcan o contribuyan a estilos de vida saludables.⁽²⁶⁾

Es así que para mejorar la salud de la población se necesita que estos tres enfoques de promoción de la salud se complementen ya que los tres son importantes, se necesita aplicar la prevención en sus tres niveles, fomentar estilos de vida saludables que lleven a modificar hábitos que afecten la salud permitiendo que la persona se empoderen en el cuidado de su salud y es importante trabajar con el enfoque social ambiental donde el Estado y las organizaciones mundiales trabajen juntos sobre los determinantes de la salud que mejore las condiciones de vida de la población en especial de los más pobres para que ellos puedan ser partícipes en el cuidado de su salud.

A lo largo de la historia de enfermería, esta profesión ha estado vinculado a la promoción de la salud y a la prevención es así que en la temprana década de los 80, en la literatura de enfermería ya se podían apreciar los aspectos en los cuales se daba énfasis a la promoción de salud que responsabilizaba a las personas a seguir estilos de vida saludables para lograr un alto nivel de bienestar. Es así que el término de enfermera salubrista ya formaba parte del equipo de salud pública a comienzos del siglo XX. Y se atribuye a Lillian Wald el haber acuñado el término “enfermera sanitarista”, como una descripción de las enfermeras que trabajaban para promover la salud y prevenir las enfermedades en grandes concentraciones de inmigrantes pobres en la ciudad de Nueva York. Muy poco tiempo después, las publicaciones que mencionaban a las enfermeras como parte del personal imprescindible para un organismo sanitario, donde las consideraban esenciales ya que esta profesión cumple funciones claves en la salud pública.⁽¹⁸⁾

Hoy en día es importante que las enfermeras reflexionen en el rol que deben desempeñar en la salud pública para contribuir en la educación de la población que les lleve a ejercer la promoción de la salud y la prevención

de las enfermedades. Ya que últimamente se están adormeciendo por la influencia de las políticas de salud que les lleva a priorizar su rol asistencial curativo aun en el primer nivel de atención, restándole importancia a esta noble labor de la educación para la salud que le permitirá contribuir en alcanzar una población con mayor cultura de salud que le lleve al cuidado de su salud.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLOGICO

La investigación es una actividad humana orientada a estudiar la realidad en su contexto natural. Intenta interpretar, describir, explicar, comprender los fenómenos y discutir la realidad a través de un plan de indagación sistemática, la cual inicia con la identificación de un problema fruto del interés y la curiosidad del investigador por un fenómeno social y la delimitación de los objetivos que reflejan las intenciones del investigador.

Es así que el autor de la presente investigación preocupado por la realidad sanitaria de la diabetes, la cual se incrementó con tasas muy elevadas de incidencia y prevaecía en los últimos cinco años y con la curiosidad de comprender el rol de la enfermera frente a este fenómeno, es que elige la investigación cualitativa, la cual consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y

comportamientos que son observables, incorporando lo que los participantes dicen, sus experiencias, sus actitudes, sus creencias, pensamientos, tal como son sentidas y expresadas por las personas y no como el investigador las observa; consiste en un proceso que busca analizar y comprender los procesos y fenómenos en forma más integral y profunda tomando en cuenta el contexto que lo rodea y la percepción que tienen de su realidad.⁽²⁷⁾

Pineda (1994) refiere que la investigación cualitativa es de índole interpretativa y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso; la cual consiste en la obtención de datos descriptivos derivados del contacto directo de la investigadora con la situación estudiada, preocupado por retratar la visión de los propios actores y de los significados que para ellos tiene el problema en estudio. Este enfoque se basa en una visión del mundo que parte del posicionamiento de que no existe una realidad única, que es diferente para cada persona y cambia con el tiempo cuyo significado solamente se conoce en una situación o contexto dado.⁽²⁸⁾

Los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de los datos recogidos para evaluar modelos, hipótesis, y teorías preconcebidas.⁽²⁹⁾ Por todo lo mencionado, el investigador aplicó a su estudio este tipo de investigación cualitativa descriptiva por la naturaleza de su fenómeno de estudio, el cual le permitió describir de manera minuciosa todo lo relatado por los sujetos respecto al objeto de investigación, logrando analizar la realidad sanitaria y el rol de la enfermera en la prevención de la diabetes en Lambayeque para finalmente llegar a una discusión.

2.1.- Tipo de investigación

En la presente investigación se utilizó como método de investigación el estudio de caso. Algunos autores lo consideran como un método, y

otros, como un diseño de la investigación cualitativa. Yin (1994) menciona que este tipo de investigación no tiene especificidad, pudiendo ser usado en cualquier disciplina. Las interrogantes "cómo" y "por qué" son los más indicados para una metodología de estudio de caso.⁽³⁰⁾

Según Polit (2000), los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. La investigadora que realiza este estudio intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo o de sus problemas. Este método de investigación es de gran importancia ya que va de acuerdo al objeto de investigación, en el cual también el investigador participa. Así mismo, este estudio suele apuntar a adquirir la percepción más completa posible del objeto, considerándolo como una entidad holística, cuyos atributos podemos entender en su totalidad solamente en el momento en que examinemos todos simultáneamente.⁽³¹⁾

Por otro lado, hay diferentes objetivos que se pueden lograr con una investigación de estudio de caso: ofrecer explicaciones o interpretaciones sobre el fenómeno investigado o simplemente hacer una descripción, explorar sus características y funcionamiento o hacer una evaluación.^(30, 32)

La investigadora ha partido por construir una base teórica sobre el objeto de estudio, lo que permitió ampliar las perspectivas sobre a dónde quiso llegar con su investigación, y realizar el análisis identificando qué elementos nuevos surgen en el camino. Se enfatizó la interpretación del contexto, para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas con la problemática determinada a la que están relacionadas. Además "buscan retratar la realidad en forma compleja

y profunda, donde el investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo.

Para un mejor entendimiento se menciona a Nisbet e Watt (1978) en Menga Lucke, quienes caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases: La fase exploratoria, la cual comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada.⁽⁵³⁾

La segunda fase consiste en la delimitación del estudio y se realiza cuando se han identificado los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección determinada por las características propias del objeto de estudio.⁽⁵³⁾ En esta fase se procedió a recolectar la información de la realidad sanitaria y el rol de las enfermeras en la prevención de la diabetes en Lambayeque.

La última fase de este método es el análisis sistemático y la elaboración del informe; que desde ya en la fase exploratoria del estudio, surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Es así que en la presente investigación, los datos fueron escritos tal como lo manifestaron los sujetos de estudio en las entrevistas realizadas, posteriormente se agruparon y establecieron las unidades de significado o categorías, luego se realizó el análisis de contenido y de los documentos, para difundir los resultados por medio de la elaboración del informe.

De igual manera Menga Ludke (1986) refiere que el estudio de caso presenta siete principios que debe tener en cuenta todo investigador: Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento (donde el investigador parte de algunos presupuestos y está atento a nuevos elementos que puedan surgir), enfatizan la interpretación en el contexto, buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda, usan una variedad de fuentes de información, revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales, procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social y los resultados del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación.⁽⁵³⁾

En esta investigación se aplicó todos los principios del estudio de caso, ya que emergieron nuevos descubrimientos o situaciones captados del estudio de la realidad sanitaria y rol de la enfermera en la prevención de la diabetes de una forma completa y profunda a través de la observación libre, la aplicación de una entrevista semiestructurada a profundidad, de la revisión de documentos y normativas referente a la Estrategia de Daños no Transmisibles y de la cartera del adulto mayor donde está incluido la diabetes. Asimismo, este estudio se narró en un lenguaje sencillo y comprensible para todo tipo de lector.

Entre sus ventajas encontramos que proporcionan más información sobre procesos íntimos y complejos que cualquier otro método y posibilitan formular ideas sobre el desarrollo durante el proceso de la investigación; entre sus deficiencias encontramos el que sus resultados son poco generalizables y es difícil lograr la objetividad.

2.2.- Abordaje metodológico

La investigación tuvo un abordaje de tipo descriptivo y su objetivo es observar fenómenos, describirlos, clasificarlos, e interpretarlos. Procura analizar hechos y/o fenómenos haciendo una descripción detallada de la forma cómo se presenta, más precisamente, es un análisis en profundidad de la realidad investigada. ⁽³⁴⁾

La investigación descriptiva es amplia y permite un análisis del problema de investigación en relación a los aspectos sociales, económicos, políticos; así como percepciones de diferentes grupos, comunidades, entre otros aspectos. También es utilizada para la comprensión de diferentes factores y elementos que influyen en un determinado fenómeno. Exige un planteamiento riguroso en cuanto a la definición de métodos y técnicas para la colecta y análisis de datos. Es recomendable que en este tipo de investigaciones se utilicen informaciones obtenidas a través de estudios exploratorios.

Según Oliveira (2007), el estudio descriptivo permite el desarrollo de un análisis para la identificación de fenómenos, explicación de relaciones de causa y efecto de los fenómenos. En otras palabras, permite que se analice el papel de las variables que, de cierta forma, influyen o causan el surgimiento de los fenómenos. ⁽³⁴⁾

2.3 Sujetos de la investigación

El trabajo de investigación contó con la participación de 6 enfermeras que laboran en las Estrategias de Daños no Transmisibles: Diabetes, en el MINSA de Lambayeque y 4 enfermeras que trabajan con la Cartera de Salud del Adulto Mayor que abordan el problema de la diabetes en hospitales, policlínico y centros médicos de EsSalud. En esta investigación se ha tenido en consideración como criterios de inclusión: a) que las

enfermeras laboren en las estrategias y carteras mencionadas, de las instituciones en estudio; b) que tengan un tiempo de servicio mínimo de un año a más.

Durante la investigación se tuvo en cuenta la riqueza de la experiencia profesional, cultural, social de las participantes y su percepción de la realidad sanitaria y el rol de la enfermera en la prevención de la diabetes en el departamento de Lambayeque. Así mismo, para conocer mejor su perfil se aplicó un cuestionario sociodemográfico (Anexo N° 2). Esto ha permitido conocer a los sujetos de estudio, observándose que el 83% de las enfermeras del MINSA tenían edades entre 30 a 35 años, mientras que las enfermeras de EsSalud, el 85% tenían edades comprendidas entre 40 a 45 años. También se encontró que el tiempo de servicio de las enfermeras del MINSA en promedio fue 2 años, donde solo el 33% tenía de tres años a más, mientras que en EsSalud el promedio fue de 9 años donde el 75% tenían de 8 años a más, de tiempo de trabajo. Esta diferencia en las edades y tiempo de servicio de las enfermeras de ambas instituciones que laboran en el primer nivel de atención se debe a que la gran mayoría de las enfermeras del MINSA, migran a otros trabajos mejor remunerados.

En lo que respecta a las capacitaciones sobre diabetes mellitus, se encontró, que las enfermeras de ESSALUD, recibieron mayor número de capacitación siendo el promedio 5, donde el 75% recibió de 3 a más capacitaciones, mientras que las enfermeras del MINSA recibieron en promedio una capacitación donde el 33% no recibió ninguna capacitación. De igual manera se encontró que solo el 16% de enfermeras que laboran en el primer nivel de atención del MINSA realizó maestría en salud pública, mientras que en Essalud, se encontró un 25%. También se encontró que el 16% de enfermeras que laboran en las estrategias han realizado segunda especialidad en instrumentación quirúrgica. Esto se da porque no se encuentran motivados en la labor que desempeñan y están buscando

oportunidades para ir a trabajar en los hospitales donde son mejores remuneradas.

El 50% de las enfermeras del MINSA tienen que atender de 7 a más estrategias, mientras que las enfermeras de EsSalud, se dedican a atender sólo una cartera (cartera del adulto mayor) lo cual le permite organizar un poco mejor su trabajo.

2.4. Escenario

Esta investigación tuvo como escenario al departamento de Lambayeque, que se encuentra ubicado al norte del Perú. Su población está conformada por personas que proceden de la región de la costa, sierra y selva; lo cual les lleva a tener una diversidad gastronómica, que influye en sus hábitos alimenticios. A esto se suma el gran crecimiento económico en estos últimos años, evidenciado por los grandes centros comerciales donde se promueve el consumo de comidas chatarras. Todo este contexto se ha tenido en consideración para el análisis de esta investigación.

Específicamente los escenarios fueron los distintos establecimientos de salud del MINSA y de EsSalud que trabajan con la diabetes. En el MINSA se trabajó con los centros de salud: Túpac Amaru, José Leonardo Ortiz, Atusparias, El Bosque, La Victoria y Chongoyape, los cuales trabajan con la Estrategia de Daños no Transmisibles. Se formó en el año de 1996, en esta época en el departamento de Lambayeque se inició con un solo centro de atención como consultoría, para luego pasar a establecerse como estrategia de daños no transmisibles, la cual se aprobó el 23 de setiembre de 2005, con resolución ministerial N° 771- 2004, para el periodo 2004 – 2012. Esta estrategia entró en vigencia desde el 2004, y tiene como objetivo: Contribuir en la disminución de la mortalidad y morbilidad por daños no transmisibles, priorizando la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el

cáncer y la ceguera. Así mismo, se respalda en la *ley general de protección del paciente diabético* N° 28553 y en la *ley general de salud* N° 26842 artículo II y III. ⁽¹⁴⁾ Esta estrategia todavía no se encuentra implementado en todos los centros de salud por falta de presupuesto y de recursos humanos.

En EsSalud se trabajó con las enfermeras de la cartera del adulto mayor del Hospital Naylamp, Policlínico Chiclayo Oeste, policlínico de la Victoria, policlínico José Leonardo Ortiz. Esta atención por carteras de atención primaria de salud, se da desde el 2004, la cual entró en vigencia mediante la resolución de gerencia de división de prestaciones de salud N° 246-GDP-EsSalud. Posteriormente, esta cartera fue modificada en el año 2008, y se ampara en el modelo de atención integral de salud y acorde a la estrategia de atención primaria de salud y esta cartera tiene una marcada orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y son brindados a los asegurados en un contexto familiar, comunitario y ambiental. ⁽³⁵⁾

2.5. Instrumentos de recolección de los datos

Para la presente investigación el instrumento que se utilizó fue la entrevista semiestructurada a profundidad que se aplicó a las enfermeras de MINSA y EsSalud (ver anexo N° 3), el cual constituye una técnica de recolección de datos a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico, las cuales va a permitir comprender los puntos de vista de los participantes con sus propias palabras. ⁽³⁶⁾ En las entrevistas semi estructuradas el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. ⁽³⁷⁾

Este instrumento facilitó recoger la información a través de reiterados encuentros cara a cara de la investigadora y las informantes. ⁽⁵⁰⁾

Lo cual permitió recabar información respecto de la realidad sanitaria y el rol de la enfermera en la prevención de la diabetes. La entrevista semiestructurada adopta la forma de un diálogo coloquial, donde a medida que se avanza, la personalidad del interlocutor va tomando la forma en nuestra mente, adquirimos las primeras impresiones con la observación, con la audición de su voz, la comunicación no verbal y toda la amplia gama de contextos verbales por medio de los cuales se pueden aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir los problemas orientar hacia una perspectiva. ⁽³⁸⁾

Se denomina entrevista semiestructurada en profundidad, porque el entrevistado es abordado por un entrevistador altamente entrenado para obtener información detallada sobre un tema específico, a fin de realzar motivaciones, creencias, percepciones y actitudes en relación a cierta situación y/o objeto de investigación. ⁽³⁹⁾

El entrevistador debe poseer por lo menos una cultura media, que comprenda el valor y la importancia de cada dato recogido y la función que su trabajo desempeña en el conjunto de la investigación. Tendrá que ser mentalmente ágil, no tener prejuicios marcados frente a ninguna categoría de personas y, sobre todo, ser capaz de dejar hablar libremente a los demás, eliminando por completo todo intento de convencerlos, apresurarlos, o agredirlos con sus opiniones. Es decir el criterio personal del entrevistador no deberá influir en las respuestas brindadas por la personas. ⁽³⁹⁾

Se utilizó la entrevista semiestructurada en profundidad, que permitió obtener información detallada sobre un tema específico, teniendo como base una guía de preguntas que llevó a formular nuevos cuestionamientos basándose en las respuestas obtenidas durante el curso de la interacción. Para validar el instrumento se aplicó la entrevista a tres enfermeras que laboran en las instituciones en estudio, las mismas que no fueron incluidas

durante el desarrollo y análisis de los datos. Estos resultados permitieron reformular las preguntas con el fin de que el entrevistado entienda los términos utilizados en el estudio.

Todas las enfermeras que participaron en el presente estudio fueron informadas previamente sobre los objetivos de la investigación, así mismo se respetó la privacidad de sus datos, el anonimato en las entrevistas y el respeto a la libertad de decisión de responder o no. Se solicitó su participación a través del documento de consentimiento informado, para garantizar el cumplimiento de los criterios éticos considerados en la presente investigación. La entrevista contó con una duración promedio de 30 minutos, teniendo en cuenta que no afecte la confiabilidad de los datos y se usó la grabadora con el permiso del entrevistado.

Una entrevista puede ofrecer elementos para corroborar evidencias recolectadas por otras fuentes, posibilitando triangulaciones y consecuente aumento del grado de confiabilidad del estudio.⁽³¹⁾ La triangulación es una técnica que tiene por objetivo captar con máxima amplitud, la descripción, explicación y comprensión de un foco de estudio. Parte del principio que es imposible concebir una existencia aislada de un fenómeno social sin raíces históricas, sin significados culturales y sin vinculación estrecha y esencial con una macro realidad social. Para ello recurre a los sujetos, la observación libre o dirigida, documentos, instrumentos legales (leyes, decretos, resoluciones) e instrumentos (oficios, memorandos, estadísticas, fotografías).

(40)

En este estudio se utilizó la triangulación de información, ya que se aplicó una entrevista semiestructurada a las enfermeras del MINSA y EsSalud sobre “La realidad sanitaria y el rol de la enfermera en la prevención de la diabetes” y para captar esta realidad con mayor amplitud se empleó la observación libre, se recurrió a documentos de la estrategia de

los daños no transmisibles que incluya a la diabetes, se revisó los documentos de la Cartera del Adulto mayor y se examinó las guías de atención al paciente con diabetes, se analizó decretos y datos estadísticos proporcionadas por MINSA, EsSalud y clínicas de hemodiálisis privadas que brindaron la información de los pacientes de insuficiencia renal causados por nefropatías diabéticas.

2.6. Procedimiento

Una vez aprobado el proyecto de investigación se presentó a las instancias correspondientes, siendo para este estudio la oficina de capacitación del MINSA y de EsSalud, quienes se encargaron de emitir la autorización para la realización de las entrevistas a las personas encargadas de las Estrategias de Daños no Transmisibles: diabetes (MINSA) y de los programas de la cartera del adulto: Diabetes (EsSalud). Una vez recibido el permiso se procedió a la recolección de la información.

El documento de *consentimiento informado* (Ver Anexo N° 1) sirvió para garantizar el cumplimiento de los criterios éticos considerados en la presente investigación, es así que a las enfermeras se les dio el tiempo para leer libremente lo escrito, el cual refiere los objetivos de la investigación, los tipos de instrumentos para la recolección de datos y los derechos que tiene como participante del estudio. Este documento contiene una parte específica donde las enfermeras colocaron sus firmas, como evidencia de su aceptación a participar de la investigación.

Para la aplicación de la entrevista semiestructurada a profundidad se informó a las enfermeras sobre los objetivos de la investigación, la privacidad y el anonimato de las informaciones que serán vertidas en las mismas, la libertad y el respeto para no responder las preguntas

consideradas indiscretas o innecesarias. Es por ello que en la identificación de los discursos ellas fueron identificadas por seudónimo.

Paralelamente a la aplicación de las entrevistas, se transcribieron los mensajes conforme a lo señalado por los sujetos de estudio asegurando que el contenido de sus textos estén completos y fieles al texto original. Se resaltaron los textos más significativos, identificando los fragmentos en el mensaje para posteriormente, según la técnica de análisis de contenidos, analizar la información al nivel de detalle, especificidad y abstracción dependiendo de los objetivos de la investigación.

2.7. Análisis de los datos

Posterior a la recolección de la información, se realizó el análisis y tratamiento de los datos hallados para ordenar la información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer. Para ello se empleó la técnica del "*análisis de contenido*", la cual permite el análisis e interpretación de textos ya sean escritos o grabados, pintados, filmados o documentos. El denominador común de todos estos materiales, es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos sociales.⁽⁴¹⁾

Este análisis de contenidos se basa en una lectura textual o visual, como instrumento de recogida de la información, en la cual se sigue el método científico el cual debe ser sistemático, objetivo, replicable y válido. Krippendorff (1990) define al "análisis de contenido" como una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto, donde desarrollan los mensajes y los significados. Con lo cual cualquier análisis de contenido debe realizarse en relación con el contexto de los datos y

justificarse en función de este. Donde el investigador social puede reconocer el significado de un acto situándolo dentro del contexto social de la situación en la que ocurrió. ⁽⁴¹⁾

De igual manera Laurence Bardin (2002) define al “análisis de contenidos” como “el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que tienden a obtener indicadores (cuantitativos o no), por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes”. ⁽⁴²⁾

Este tipo de análisis le permitió a la investigadora, analizar las entrevistas tanto el texto, como el sentido oculto de las narraciones, por parte de las enfermeras sobre la realidad sanitaria y el rol de la enfermera en la prevención de la diabetes, para lo cual se recolectó la información tal como fue sentida, expresada y percibida por los sujetos de estudio sin la intervención del investigador. Así mismo, esta técnica permitió analizar toda la documentación relacionada con la diabetes como: Políticas de salud, lineamientos, estrategias, programas y los datos estadísticos que se encuentran sobre la diabetes en el departamento de Lambayeque.

2.8 Criterios éticos

En las investigaciones se tienen en cuenta diversos criterios éticos, los cuales dependen del sujeto en estudio con la finalidad de evitar un daño con el estudio ya que en este tipo de investigación cualitativa en su mayoría se estudian a personas, con el fin de que puedan exteriorizar sus sentimientos, percepciones, pensamientos; y sean captados por el investigador para assimilarlas, ordenarlas y analizarlas. En el presente trabajo se consideraron

y se han puesto en práctica los principios de la ética personalista propuestos por Elio Sgreccia.⁽⁴³⁾

El primero de ellos se refiere “Al valor fundamental de la vida humana”, el cual alude que la vida corpórea y física del hombre no es nada extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la misma. El ser humano es, por lo tanto, un valor en sí mismo y como tal exige ser tratado y considerado. No cabe la utilización o el abuso según intereses o razones. Todo hombre frente a otro hombre es un bien absoluto, no relativo a nadie. Jamás puede ser tratado y considerado como un objeto utilizable, debe ser considerado como un ser irrepetible y único.

Es importante aclarar que salvo la circunstancia comentada el respeto de la vida humana, su defensa y promoción, tanto de la ajena como el de la propia, representa el primer imperativo ético.⁽⁴³⁾ Este principio se puso en práctica en todo momento, desde el inicio de la investigación hasta la culminación de este estudio, dado que no ha pretendido tratar a la persona solo como un medio de información, sino; por el contrario, a partir de este estudio se buscó encontrar beneficios para mejorar la Estrategia de Daños no Transmisibles y la Cartera del Adulto en beneficio de la persona cuidada para mejora en su calidad de vida.

El segundo principio propuesto por la bioética personalista es el de “libertad y responsabilidad”. El mismo que requiere una previa aclaración: el derecho a la vida es anterior al derecho a la libertad. Esto se justifica en que para ser libre se requiere estar vivo, en cuanto la vida es condición indispensable del ejercicio de la libertad. Este principio sanciona el deber moral del paciente de colaborar a los cuidados ordinarios y a salvaguardar su vida y la de los demás. Esta libertad tiene su contrapartida en la libertad-responsabilidad del médico que no puede transformar la terapia en una constricción obligatoria cuando no está en juego la vida del paciente.⁽⁴³⁾

La investigadora puso en práctica este principio desde el inicio, al respetar la decisión de los sujetos de estudio de querer participar o no en el desarrollo de la investigación, respetando en todo momento sus opiniones, sin coaccionar sus respuestas, tampoco presionándolos para que respondan. Además la investigadora ha tenido la responsabilidad de recopilar la información de modo fidedigno, tal cual como han sido expresados por los sujetos de estudio.

Finalmente, conviene referirse al principio de “sociabilidad, socialización y subsidiaridad”. En el caso de la promoción y defensa de la vida y de la salud se considera a la propia vida y de los demás como un bien, no sólo personal sino también social porque todos estamos involucrados en la salud de los demás.⁽⁴⁴⁾ Así mismo los poderes públicos deben establecer todas las estrategias necesarias para conservar la salud y que esta llegue a toda la población sin discriminación, se trata de orientar las acciones para un bien común, respetando los derechos de la persona, que son anteriores a los de la sociedad. Es importante gestionar los recursos con equidad y dando prioridad a los débiles y más necesitados. ⁽⁴⁴⁾

La presente investigación se sustentó en este principio ya que los resultados beneficiaron a varias personas y permitieron enfocar la importancia del rol de la enfermera en la prevención de la diabetes.

2.9 Criterios de rigor científico

Referirse al rigor de una investigación resulta de suma importancia ya que como ciencia social la Enfermería aborda temas sociales, abstractos, como en este estudio, que debe ser objetivado y respaldado a través del uso de fuentes confiables de información, donde lo vertido en los discursos sea mantenido fidedignamente. En este sentido se plantea que las

investigaciones cualitativas garanticen su calidad a través del rigor metodológico utilizado por ser la esencia del quehacer científico, en cada una de las etapas de este trabajo de investigación. Los criterios que permiten el rigor son la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.⁽⁴⁵⁾

La *credibilidad* se logró a través de las informaciones recogidas de documentos y datos estadísticos de los diversos hospitales sobre la incidencia de la diabetes y sus complicaciones, sumado a las observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes del estudio, los cuales se respaldaron por la veracidad y confirmación de los sujetos informantes. Se evitó en todo momento la subjetividad del investigador, quien asumió la tarea de captar lo que es “cierto”, “conocido” o “verdadero” para los informantes en el contexto o situación social en que viven.

La *auditabilidad o confirmabilidad* es un criterio propuesto por Guba y Lincoln, citado por Castillo (2003), y consiste en la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Es decir, a través de este criterio se comprueba si la investigación se realizó o no. Para ello se debe registrar los discursos en cintas de grabaciones, videos, etc.⁽⁴⁵⁾ Se describieron las características de los informantes y su proceso de selección; así mismo se realizó la transcripción fiel de las entrevistas de los informantes y se discutieron los contextos interpersonales y sociales en la presentación del informe.

La *transferibilidad o aplicabilidad* es el tercer criterio que se tuvo en cuenta para juzgar el rigor científico en esta investigación. Este se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello

se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos. ⁽⁴⁵⁾

Este criterio se asumió en la presente investigación, en el sentido que durante todo el proceso se trató de contextualizar el fenómeno de estudio y se consideraron suficientes datos descriptivos del contexto de los participantes, permitiendo así que otros investigadores validen la aplicabilidad del estudio en otros escenarios.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo tiene como propósito presentar los resultados del estudio, en el cual se consideran tres categorías: 1) La diabetes un problema social emergente, 2) los obstáculos presentes en la prevención de la diabetes y 3) los múltiples roles de la enfermera en la prevención de la diabetes en Chiclayo.

3.1 La diabetes, un problema social emergente

Debido al desarrollo alcanzado en la esfera de la salud en nuestro país, las enfermedades crónicas transmisibles han pasado a un segundo plano como problema de salud; por lo tanto, son las enfermedades crónicas no transmisibles el principal problema que afecta a la población con elevadas tasas de morbilidad, mortalidad e invalidez. Dentro de este grupo

de enfermedades la diabetes mellitus adquiere una extraordinaria importancia social, debido a que constituye la séptima causa de muerte en nuestro país, a su elevada prevalencia y a que puede provocar complicaciones graves de invalidez, con su consiguiente repercusión sobre los aspectos físicos, psíquicos y sociales del individuo y en un marco más amplio sobre los aspectos económicos y laborales, donde la enfermera ha pasado a ocupar un lugar de vanguardia.

Abordar este problema desde la perspectiva de la enfermería significa partir por la construcción de indicadores que permitan desde una visión cuantitativa apreciar la magnitud del problema. A pesar que la diabetes es considerada la enfermedad del siglo XXI, esta no es reciente, viene afectando a la sociedad desde hace 1500 años antes de Cristo donde aparecieron los primeros reportes en la cultura egipcia y 10 siglos después se encontraron datos referenciales en la India, de una extraña enfermedad propia de los pudientes quienes eran obesos, tenían orina dulce y afectaba a varios miembros de una familia.⁽⁴⁶⁾ Esta enfermedad se incrementó en la década de los 80 debido a la crisis económica que se agudizó en América Latina y el Caribe. Las condiciones de inequidad entre los grupos sociales, se agravaron con medidas de estabilización, contribuyendo a aumentar la pobreza y sus formas extremas.⁽⁴⁷⁾

Así mismo, las migraciones de las poblaciones rurales hacia las periferias urbanas, y las migraciones de las personas de los países más pobres hacia los países más ricos; generaron aculturalidad en sus costumbres gastronómicas, cambiando el consumo de sus productos nativos por alimentos industrializados. También se produjeron cambios importantes en las condiciones y modos de vida de dichos grupos. Las transformaciones sociales, económicas y demográficas ocurridas durante decenios coincidieron con el perfil epidemiológico, de los patrones alimentarios y de la actividad física.⁽⁴⁷⁾

De esta forma, la diabetes mellitus se ha convertido en un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como para el subdesarrollado, el cual se ha incrementando a cifras epidémicas; básicamente ocasionadas por la pobreza que impide que las personas puedan consumir alimentos saludables, la vida sedentaria y la influencia de los países industrializados que motivan el consumo de comidas chatarras que conllevan al sobrepeso y la obesidad. Definitivamente ha dejado de ser solo la enfermedad de las personas con mayor poder adquisitivo ahora es la enfermedad de los pobres.

Con este panorama se puede afirmar que la diabetes en Lambayeque ha pasado a constituirse en una de las enfermedades crónicas más alarmantes, produciendo incapacidad y discapacidad en las personas que la padecen. Condicionantes como la gastronomía, los hábitos alimenticios, la falta de educación en salud, entre otros; han condicionado que hoy Lambayeque sea una población de muy alto riesgo en comparación a otras del Perú.

Solo por poner un ejemplo, la insuficiencia renal por nefropatías diabéticas se ha visto incrementada en la población del departamento de Lambayeque, registrándose en los últimos cinco años la creación de cuatro centros de hemodiálisis privados pues el único preexistente, perteneciente al hospital Almanzor Aguinaga, no se abastecía para la demanda de personas que requieren hemodiálisis como consecuencia de la diabetes.

Pero ¿por qué considerar la diabetes como un problema social? Ander Egg define "problema social" como una "situación social de desequilibrio, desajuste, desorganización o falta de armonía, o situación normal que, en su proceso de crecimiento, enfrenta a una crisis que obliga a una reformulación radical". Los problemas sociales son los que constituyen las cuestiones inquietantes que se dan en el seno de una sociedad y en

relación a los cuales se tiene conciencia de la necesidad de encontrarles soluciones.⁽¹⁷⁾

De igual forma Lilitiana Pantano (1993) cita a Paul Horton y señala que hablar de problema social implica hacer referencia a la cultura del hombre, a sus relaciones con otros individuos, a su conducta personal orientada por otras conductas y a lo relativo a la conciencia colectiva. En términos comunes es aquello que suscita malestar generalizado y que aparece más precisamente como “la condición o el proceso que ejerce una influencia desorganizadora sobre las personas o la sociedad”. Y afecta a un número importante de personas, que según se cree, debe corregirse mediante la acción social colectiva.⁽⁴⁸⁾

En este sentido, se considera que la diabetes es un problema social emergente, debido a su crecimiento acelerado en los últimos tiempos, que está causando un gran impacto social y económico porque genera un alto gasto en el sector salud por todas las complicaciones que produce, aumentando los cinturones de pobreza, por ser una enfermedad de tratamiento costoso, que lleva a realizar un gasto por bolsillo en las familias que no cuentan con seguro de salud, ya que el Estado a través del MINSA, no cubre la atención gratuita para esta enfermedad y las familias tienen que gastar sus pocos recursos en el tratamiento. El problema se acrecienta, si la persona que sufre de diabetes es el jefe de familia, porque es una enfermedad que causa discapacidad e impide que la persona continúe trabajando.

En el departamento de Lambayeque y en el Perú debido a que no se ha dado la importancia respectiva a la DM, existen pocos datos referentes a la incidencia, prevalencia de la DM y sus complicaciones. Esto es corroborado por OPS (2001), que refiere que en América Latina no se realiza vigilancia epidemiológica de la diabetes, no se cuenta con mucha

información de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. Se han realizado encuestas en forma esporádica y no han formado parte de una política de vigilancia epidemiológica regional. ⁽⁴⁹⁾

Si se contara con toda la información estadística, la Estrategia de Daños no Transmisibles podría hacer uso de las tres líneas principales de acción que consiste en Mejorar la disponibilidad y el uso de la información epidemiológica, Promover el uso racional de los servicios disponibles a través de la implementación y evaluación del programa de diabetes y promover el desarrollo de programas educativos que tengan en cuenta las características socioculturales de cada región o país⁽⁴⁹⁾ y se haría una mejor distribución de los recursos humanos y del presupuesto destinado para el primer nivel de atención, sin embargo esta no es la realidad.

Esta problemática se hizo evidente cuando se buscó información referente a la diabetes en MINSA, de este departamento, donde se encontró escasa información debido a que la estrategia continúa en proceso de implementación por falta de presupuesto. Los datos hallados no reflejan la realidad de la población que padece de DM, ya que están subestimados pues no se hace tamizaje a toda la comunidad a cargo de cada centro de salud. Así mismo, las personas sólo acuden a los establecimientos de salud cuando se agudiza los signos y síntomas. Al respecto la FID (2009) menciona que la diabetes es una enfermedad silenciosa que se inicia cinco a diez años atrás del momento del diagnóstico y que las personas por lo general se percatan que presentan esta enfermedad cuando ya se han presentado complicaciones.⁽¹⁾

TABLA N° 1: Casos nuevos de la diabetes según guía del MINSA teniendo en cuenta el Código Internacional de las Enfermedades (CIE) 2008 - 2010.

Años	2008		2009		2010		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DM, no especificada.	225	45	222	11.5	1255	53.7	1702	35.6
DM, no insulina-dependiente	226	45.2	677	35.2	842	35.6	1745	36.5
DM, insulina-dependiente.	14	4.6	130	6.7	132	5.6	276	5.8
Otras DM, especificada.	35	7.0	884	46.1	95	4.0	1014	27.3
DM, en el embarazo.	0	0.0	5	0.3	31	1.3	36	0.8
DM, asociada con desnutrición.	0	0.0	0	0.0	7	0.3	07	0.1
total	500	100.0	1918	100.0	2362	100.0	4780	100.0

Fuente: Centro de Estadística del MINSA de Lambayeque.

En la tabla N° 1, se toman datos de los registros del MINSA, donde se aprecia que en el año 2008 se tuvieron 500 casos nuevos de diabetes, incrementándose en el 2010 a 2362. Corroborándose el crecimiento acelerado de esta enfermedad. En EsSalud, por el contrario, se evidenciaron casos nuevos de diabetes para el 2008 (10 887), en el 2009 se registraron (8 793) y en el año 2010 se halló (9 322) casos de diabetes. Estos datos registrados no son del total de la población que atiende cada institución porque ambas no realizan tamizaje a toda su población por falta de presupuesto y de recursos humanos. Ambas instituciones registran cifras menores que no corresponde para una población de un millón de habitantes, donde existe un alto índice de sobrepeso y obesidad, con tasas de prevalencia de la diabetes en zonas urbanas para el Perú de 6% a 8%,⁽⁵⁰⁾ es decir, en Lambayeque debe existir un promedio de 60,000 a 80,000 personas diabéticas.

Como se puede apreciar, la población registrada es inferior a la que se estima que debe existir, el número de casos considerados en este cuadro construido a partir de un informe proporcionado por la Oficina de Estadística del MINSA, solo muestran aproximadamente una décima parte de la verdadera incidencia, esto se trataría de una “bomba de tiempo” que a futuro deberán enfrentar el personal de salud, entre ellos, la enfermera. Esta problemática demandaría de esta, en un futuro próximo, asumir una gran responsabilidad en la difusión de signos de alarma para la población en riesgo.

Por otro lado, se observa en la Tabla N° 2 del MINSA para el año 2010, según sexo, que la prevalencia de la diabetes es mayor en las mujeres que en los hombres, donde de 2 362 casos el (68.4%) le corresponden al sexo femenino y solo un 31.6% le corresponde al masculino. Demostrándose que las mujeres tienen mayor predisposición a padecer la diabetes que los varones. Esto es corroborado por datos registrados por la OPS (2005), que reportó que en el Perú del total de personas atendidas por consultas externas, son diabéticos 41601 y de estos 27453 son mujeres y solo 14148, hombres.⁽⁴⁹⁾

TABLA N° 2: Número de personas con diabetes agrupados por sexo y tipo de enfermedad. MINSA, 2010.

Sexo	E10-DM Insulina dependiente	E11-DM No Insulina Dependiente	E12-DM asociado con desnutrición	E13-DM Especificada	E14- DM No especificada	Diabetes en el embarazo	TOTAL %
Total	132	842	7	95	1255	31	2362 (100%)
F	89	580	3	74	839	31	1616 (68.4%)
M	43	262	4	21	416		746 (31.6%)

Fuente: Centro de estadística del MINSA de Lambayeque.

Por otro lado, hasta hace poco se creía que la DM tipo 2 solo era causada por factores hereditarios y se presentaba en edades del adulto y adulto mayor. Hoy se demuestra que el factor que más predispone a la diabetes es el sobrepeso, la obesidad, la vida sedentaria, el consumo de comidas chatarras, el trabajar todo el día fuera de casa, lo cual lleva a alimentarse con lo que encuentran a su paso. De igual forma, la pobreza y la extrema pobreza no permiten que las personas consuman alimentos saludables ya que las frutas, las verduras y las proteínas tienen un costo más elevado.

En esto se basa las industrias alimentarias para ofrecer diversos alimentos de alta densidad energética (ricos en grasas y azúcares), pero deficiente en otros nutrientes esenciales. Y es su gran poder de saciedad, su sabor agradable y su bajo costo son cualidades que los hacen socialmente aceptables y los preferidos por los grupos más pobres. ⁽⁴⁷⁾ Estos se ven obligados a consumirlos a pesar de que saben que tales alimentos les pueden hacer daño: el cliente no tiene otra alternativa y tiene que satisfacer su necesidad de alimentación.

La vida acelerada y el trabajar todo el día fuera de casa lleva a las personas a comer en el camino lo que encuentran, muchas veces comidas poco saludables, esto hace que aumente el número de personas con sobrepeso y la prevalencia de la diabetes. Por ejemplo teníamos 50 pacientes con diabetes, ahora tenemos 180 y nos vamos a los 200 pacientes en cinco años. (E4)

Veo en mi programa que estos pacientes con diabetes están aumentando, la mayoría de ellos por factores de herencia y otros por obesidad. Tenemos que dar mucho énfasis a la prevención primaria, para evitar que esta enfermedad se transforme en una epidemia y se propague más. (M1)

De igual manera, la población económicamente activa (PEA) no se percata que padece de DM porque está más preocupado en generar un mayor ingreso económico para cumplir con las exigencias del mundo globalizado, tenemos a profesionales que trabajan todo el día y muchas

veces en dos centros laborales. Lo que les lleva a sufrir de estrés por las presiones e inestabilidad laboral amenazante. Esto contribuye a descuidar su salud, ya que no cuentan con el tiempo necesario para acudir a los establecimientos de salud y realizar controles de rutina. Esto es corroborado por las enfermeras entrevistadas:

Nosotros salimos en las campañas médicas y trabajamos con la PEA de todas las empresas de nuestra jurisdicción, porque esta población no viene a las consultas porque se sienten bien. Y captamos varios pacientes, donde ellos mismos se dan con la sorpresa de que su glucosa esta alta y muchas veces su presión también esta alta. Entonces realizamos despistajes, educamos. Hay pacientes que mejoran con estilos de vida saludables, pero otros pacientes ingresan al programa. (E1)

Un paciente dijo que el sobrepeso no es problema porque toda su familia es gordita y no le parecía algo malo, porque eso lo tienen de herencia, le pedimos al paciente que traiga a toda su familia a controlarse y encontramos a otros miembros de su familia con este problema de diabetes y ellos desconocían que tenían la enfermedad creían que estaban sanos. (M4)

Yo pienso que la diabetes es una enfermedad que está creciendo a pasos agigantados por la falta de conocimiento de cómo prevenir esta enfermedad, esto se ve cuando el paciente hipertenso viene a sus controles y dice me hace mal la sal pero no el azúcar, entonces le pedimos sus análisis de glucosa y nos damos cuenta que el paciente hipertenso ya está haciendo cuadros de hiperglucemia. (E2)

En estos fragmentos se evidencia, el desconocimiento que tiene la población relacionada con estilos de vida saludables, en identificar factores de riesgo, desconocen los signos y síntomas de la enfermedad y sus complicaciones. Es importante que el Estado en coordinación con el MINSA y el sector de educación, difunda por los medios de comunicación programas orientados al cuidado de la salud y concientice a la población sobre la importancia de prevenir la DM, ya que sus complicaciones ocasiona discapacidad, genera enormes gastos a los sistemas de salud y a las familias,

causa sufrimiento en las personas que lo padecen y en sus seres queridos y muchas veces, la muerte.

Así mismo, el personal de salud realiza escasa educación para la salud en lo referente a las formas de prevenir la diabetes y sobre promoción de la salud. Del mismo modo, las personas no le prestan importancia al cuidado de su salud, creen que es pérdida de tiempo realizar controles de rutina, y asistir a charlas educativas que motiven el cuidado de su salud. Esto se da porque no tenemos cultura de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud.

TABLA N°3: Incidencia de la Diabetes de la población de EsSalud, Lambayeque en los años 2008 - 2010.

DIABETES EIDADES	2008			2009			2010			Total
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	
<1-9	5	1	6	9	0	9	13	10	23	38
10-19	32	14	46	21	16	37	26	27	53	136
20-34	116	70	186	74	77	151	101	64	165	502
35-49	858	692	1550	822	690	1512	792	701	1493	4555
50-64	2458	1903	4361	2136	1840	3976	2264	1672	3936	12273
> 65	2590	2148	4738	1566	1542	3108	1916	1736	3652	11498
TOTAL	6059	4828	10887	4628	4165	8793	5112	4210	9322	29002

Fuente: Centro de Epidemiología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (HAAA) de EsSalud. 2010.

En la actualidad la diabetes mellitus está afectando cada día más a la PEA, por razones expuestas anteriormente y porque este grupo dispone de un poco más de dinero por estar en actividad laboral, realiza más vida social donde le es difícil tener autocontrol en lo que respecta al consumo de alcohol, fumar y cometer excesos en la comida. De igual manera, es un grupo influenciado por las costumbres alimenticias de los países industrializados. Este aumento se evidencia en la Tabla N° 3 de la población

de EsSalud, observándose que entre el 2008 y el 2010 en el grupo etario de 20 a 30 años se encontraron 502 casos, en las edades de 35 a 45 años se notificaron 4555 y en el grupo 50 a 64 años 12273 personas con diabetes. Sumando un total en esta PEA de 17320 casos nuevos de diabetes mellitus.

Otro grupo vulnerable son los niños y adolescentes, debido a que hoy los niños realizan menos actividad física, su rutina está limitada por no contar con espacio para correr y jugar en los parques y campos, ahora son obligados a estar confinados en pequeños departamentos y casas donde en sus ratos libres sólo se dedican a ver televisión, usar el internet, escuchar música y hacer uso de juegos electrónicos, lo que los hace cada día más sedentarios.

Esta poca actividad y los malos hábitos de alimentación han llevado a que niños y adolescentes experimenten sobrepeso y obesidad a temprana edad, todo esto debido a la influencia del mundo globalizado y capitalista que motiva el consumo de alimentos dañinos en supermercados, cines y *moI*. Esta realidad es corroborada por las enfermeras del estudio.

En los últimos cinco años vemos un aumento de la diabetes mellitus en la población adulta y adulto mayor. Pero en estos últimos tiempos estamos encontrando en adolescentes de 16 años, en jóvenes de 20 años especialmente por los estilos de vida poco saludables, por toda la tecnología que tenemos y por los hipermercados de Real Plaza que venden todo tipo de comidas chatarras. (E1)

La diabetes en mi población atendida va en aumento, se está viendo casos de diabetes en niños y adolescentes que presentan sobrepeso. Pero el grupo que lidera esta enfermedad son los adultos maduros y mayores. (M5)

Este incremento de la diabetes en grupos etarios menores en especial adolescentes y jóvenes es formulado por un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), el cual afirma que existen en el mundo aproximadamente 1 500 millones de personas jóvenes (mayores de 20

años) con sobrepeso, de igual forma en el 2010, 43 millones de menores de 5 años con sobrepeso.⁽⁹⁾ Tal como lo demuestra la investigación realizada por Larraburre, en el Perú (2006), en la cual encontró niños menores de 5 años (7%) con sobrepeso y (12%) con obesidad.⁽⁵¹⁾

Todos estos niños corren el riesgo de padecer diabetes tipo 2, aumentando la posibilidad de morir prematuramente, restando en una media de 20 años la esperanza de vida y el deterioro de la calidad de vida.⁽⁹⁾ En el departamento de Lambayeque ya se está evidenciando la presencia de la diabetes tipo dos en niños y adolescentes. Esto se demuestra en la Tabla N° 3 de EsSalud en el periodo 2008 al 2010 donde para el grupo etario 1 a 9 años fue de 38 casos y para el grupo de 10 a 19 años se encontró 136 casos de diabetes mellitus.

Otro de los problemas sociales que genera esta enfermedad está relacionado con las complicaciones como: Neuropatías, cardiopatías, retinopatías, amputaciones de miembros inferiores e insuficiencia renal. En este estudio solo se analizará insuficiencia renal por nefropatía diabética, ya que genera un alto impacto socioeconómico en el Estado y en las familias.

Es indudable el hallazgo del impacto social y económico que ocasionan las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en la población, sobre todo en la población económicamente activa, ya que la mayoría de los casos quien padece de diabetes mellitus es la persona que sostiene económicamente a la familia; conllevando que al no poder desempeñar una actividad remunerada a causa de la invalidez, reduce los ingresos de las familias.

En el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo se apreció una incidencia de nefropatías en donde se observó que la diabetes es la principal causa de insuficiencia renal, este incremento debe llevar a la reflexión a las autoridades y todos los profesionales de la salud, que son responsables en

educar a la población para evitar la enfermedad y sus complicaciones que causa discapacidad, sufrimiento a la persona que lo padece y a su familia.

En la localidad de Chiclayo se han encontrado registros del centro de hemodiálisis del HAAA-EsSalud, en el 2008 Tabla N°4 se encontró que del total de 85 pacientes recién diagnosticados de insuficiencia renal el 64.7% fueron causados por nefropatías diabéticas y solo el 35.3% le correspondía a otras enfermedades. En el 2009 se encontraron 103, de estos 56.3% fueron por nefropatías diabéticas y en el 2010 se registraron 137 casos, de los cuales 60.5% fueron por esta complicación. Así mismo el mayor porcentaje de esta complicación se registraron en los grupos etarios de 41-60 y en el grupo de mayores de 60 años. De igual forma, el sexo masculino fue el que mayor número registró en nefropatías diabéticas en el 2008 43.6%, en el 2009 y el 2010 el sexo femenino fue el que mayor número presentó: 58.6% y 56%, respectivamente. Estas cifras no es el total de la población atendida por EsSalud, en el departamento de Lambayeque, solo es del centro de hemodiálisis del HAAA de Chiclayo, el resto se atiende en los cuatro centros de hemodiálisis privados que tienen convenio con esta institución.

En estos datos estadísticos se puede apreciar claramente que la mayor causa de la insuficiencia renal es por nefropatía diabética y esto seguirá en aumento en cuanto no se trabaje con estrategias para prevenir la diabetes y sus complicaciones, ya que se sabe que 10 a más años viviendo con diabetes aumenta enormemente las posibilidades de complicaciones microvasculares y macrovasculares.

TABLA N°4: Incidencia de las nefropatías diabéticas en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2008 – 2010.

Insuficiencia Renal	Grupo Etario	2008			2009			2010		
		F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Nefropatía Diabética	0 - 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	21 - 40	1	0	1	0	1	1	2	3	5
	41 - 60	14	9	23	18	8	26	20	18	38
	mayor a 60	12	19	31	16	15	31	22	18	40
	Total	23	24	55	34	24	58	28	22	83
	Participación	62.1%	60%	64.7%	61.8%	50%	56.3%	62.2%	46.8%	60.5%
Otros	0 - 20	0	1	1	0	2	2	1	2	3
	21 - 40	5	6	11	5	4	9	3	3	6
	41 - 60	5	7	12	10	6	16	8	9	17
	mayor a 60	4	2	6	6	12	18	18	10	28
	Total	14	16	30	21	24	45	17	25	54
	Participación	37.8%	40%	35.2%	38.1%	50%	43.6%	37.8%	53.2%	39.4%
TOTAL		37	40	85	55	48	103	45	47	137

Fuente: Cuaderno de Registros del Centro de Hemodiálisis del HAAA- EsSalud. Chiclayo.

El costo del tratamiento de la diabetes mellitus es otro aspecto que analizar pues se conoce que es elevado. El Estado aún no ha asumido una responsabilidad directa al respecto, lo que se evidencia en la inexistencia de equipos y servicios especializados en el tratamiento de las complicaciones por diabetes en hospitales públicos, lo que no sucede con EsSalud, donde la demanda ha superado la oferta, ocasionando que en nuestra región se tercerice el servicio de salud, por lo que los centros de hemodiálisis privados

en Chiclayo pasaron de cero a cuatro. Solo para tener una referencia del costo, se afirma que en la población española oscila entre 710 y 2 837 millones de euros, lo cual representa al gasto sanitario público estimado de 46 172 lo que equivale 1.5% a 6.2%. Actualmente se calcula que la población con diabetes puede consumir entre 4% al 14% del gasto sanitario global en los países occidentales. Un paciente con diabetes consume entre 2 a 6 veces más recursos que los individuos de similar edad con otras enfermedades crónicas.⁽⁷⁾

En la región de Lambayeque el costo que genera la insuficiencia renal, que es una de las complicaciones de la diabetes cuando requieren de hemodiálisis es de S/. 300.00 soles por diálisis aproximadamente, considerando que una persona que padece esta enfermedad necesita tres sesiones por semana, lo cual equivale a 14 hemodiálisis al mes, gasta en promedio S/. 4 900 mensuales, sin incluir otros gastos de medicamentos. Al año por paciente se gasta S/.58 800, presupuesto que genera que cada año más personas entren en pobreza por gastos de salud. Así mismo este gasto es imposible costearse para personas pobres que no tiene seguro social y están condenados a morir prematuramente por las consecuencias de la diabetes.

En la Tabla N°5 se puede apreciar que en el 2010, el HAAA-EsSalud atendió a un promedio de 133 pacientes para hemodiálisis al mes y en promedio tiene un número de sesiones de 1592 lo cual generó un costo estimado de S/. 477600 por mes y al año se estimó aproximadamente a S/. 6'208 100.

TABLA N°5: Número de pacientes y Número de diálisis. Centro de hemodiálisis del HAAA 2010.

Mes	Número Pacientes	Número Diálisis	Costo en soles
Enero	141	1 720	516 000
Febrero	142	1 561	468 300
Marzo	142	1 673	501 900
Abril	132	1 650	495 000
Mayo	138	1 717	515 100
Junio	117	1 128	338 400
Julio	130	1 590	477 000
Agosto	125	1 650	495 000
Septiembre	125	1 589	475 700
Octubre	125	1 643	492 900
Noviembre	133	1 592	477 600
Diciembre	133	1 592	477 600
Total	1583	19 105	6 208 100

Fuente: Registros del Centro de hemodiálisis del HAAA-EsSalud. Chiclayo.

En este presupuesto no está incluido el gasto ocasionado por las personas atendidas en los centros de hemodiálisis privados que son contratados por EsSalud. La carga económica para la institución es muy alta y cada día registran nuevos pacientes afectados, por lo que se considera que es urgente que el Ministerio de Salud y todos los profesionales, en especial de Enfermería, empiecen a trabajar en la promoción de la salud que lleve a estilos de vida saludables permitiendo modificar hábitos que perjudican la salud de las personas, porque de lo contrario el presupuesto destinado a este sector de salud se verá seriamente afectado con este ritmo de crecimiento de la diabetes mellitus, y a futuro tendremos una menor esperanza de vida al nacer debido a la elevada incidencia de esta enfermedad.

La reducción de las desigualdades debe ser una prioridad en las políticas públicas y las propias de salud, apuntando a disminuir la incidencia, y morbi-mortalidad por diabetes mellitus. Para conseguirlo las intervenciones no deberían centrarse en programas basados en medidas biotecnológicas, sino en las acciones sociales y políticas que reduzcan las

desigualdades económicas y la injusticia social donde la enfermera sea líder en su comunidad y use la herramienta de la educación para la salud en la prevención, promoción y participando en las políticas públicas de forma activa, generando proyectos que permitan que los ciudadanos mejoren sus condiciones de vida, a través de programas creadores de fuentes de trabajo, de educación para la salud y de esta manera fomentar su auto cuidado.

3.2. Los obstáculos presentes en la prevención de la diabetes

En esta categoría se realiza una mirada crítica a la incoherencia que existe entre las políticas de salud con la prevención y promoción de la salud, para ello se ha organizado la discusión en seis aspectos: (a) Las políticas de salud perpetúan un enfoque biomédico y asistencialista y de espaldas al rol de prevención de la enfermeras, (b) La estrategia de enfermedades no transmisibles muy amplia, (c) El presupuesto deficiente para el sector salud, agudizándose mucho más en el primer nivel de atención, (d) Falta de recursos humanos en especial profesionales de enfermería, (e) La desmotivación de las enfermeras que trabajan en el primer nivel de atención del MINSA por los bajos sueldos y (f) La falta de cultura de prevención y promoción por parte de los usuarios.

Estos elementos emergidos dan cuenta que aún hoy en día existen políticas ligadas a la realidad y al mismo tiempo son una utopía. La implementación de la estrategia sanitaria de la diabetes, como parte de la estrategia de no transmisibles es prueba de ello, pues favorece la minimización de este problema que traspasa la epidemiología y genera un gran impacto social. El análisis aquí desarrollado no pretende fragmentar este tema sino por el contrario integrar sus aristas y comprender la magnitud del rol de la enfermera en la prevención y promoción de la salud, asociado a un análisis de las limitantes para su desenvolvimiento.

A lo largo de la historia ha sido de mucha preocupación de los pueblos y países proteger, conservar, recuperar y mejorar la salud de las personas, para ello los gobiernos han organizado sus sistemas de salud de acuerdo al contexto buscando optimizar los recursos humanos, físicos económicos y ambientales. Desde finales del siglo XVIII y principios del siglo XX, la salud adopta un modelo de predominio biomédico y asistencialista orientado a la curación de las enfermedades, la prevención de daños secundarios ligada al proceso de salud-enfermedad. Con el transcurrir del tiempo y el desarrollo de las ciencias sociales, las autoridades sanitarias vieron la necesidad de mejorar las políticas de salud para ir más allá de prevenir los factores de riesgo y actuar sobre los determinantes de la salud desarrollando la promoción de la salud.

En la carta de Ottawa (1996) la promoción de la salud es entendida como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, los medios necesarios para mejorarla y ejercer el mayor control sobre la misma”. Constituyendo un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino también dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, en un proceso que permita a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. Y para lograr la salud se requiere: Paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.⁽⁵⁹⁾

Teniendo en cuenta esta definición, se puede decir que mientras que la prevención tiene un enfoque biomédico ligado a la enfermedad, que actúa sobre los factores de riesgo de las personas y le compete al sector salud. La promoción tiene un enfoque político y social y actúa sobre los determinantes de la salud para cambiar la condición de vida de la

población. Debe realizarse un trabajo conjunto entre promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, siendo muy necesarias para fomentar y promover la salud de las personas y de la población. Es urgente que en el mundo y en nuestro país se tomen las medidas necesarias, para que las políticas de salud estén orientadas de acuerdo al contexto, y no sigan con el enfoque biomédico asistencialista que se aprecia en todos los niveles de atención, donde el Estado invierte más en el área asistencial que en la promoción y prevención primaria.

Para entender qué es política se recurrió a Hannah Arendt (1975) quien afirma que el hombre es apolítico, la política surge entre los hombres por tanto, totalmente fuera de los hombres; surge en el inter espacios y se establece como relación. La política emerge en la esfera social como producto de una construcción colectiva, su tarea es garantizar la vida y la libertad en el sentido más amplio. La respuesta social emerge como una acción de la política. La más conocida es aquella determinada por la acción del Estado y la otra determinada por la sociedad civil.⁽⁵³⁾

Así mismo, Gramsci (2007) emplea el concepto de política en dos acepciones: amplia y restringida. En su concepción amplia la política es concebida como libertad, con universalidad y con totalidad. En su concepción restringida nos presenta como propio de las ciencias políticas, un concepto que envuelve el conjunto de las prácticas y de las objetivaciones directamente ligadas de poder entre gobernantes y gobernados.⁽⁵⁴⁾

En este sentido, se adopta una postura complementaria, es decir, ambas concepciones de políticas y promoción de la salud, deben interactuar y orientarse como un recurso para la vida cotidiana y no como el objetivo de vida. Por ello resulta imperante que en nuestro país se adopten políticas de salud orientadas de acuerdo al contexto, que respondan a la diversidad cultural, social y étnica. Sin embargo, la realidad

dista de este idealismo, pues las políticas continúan con un enfoque biomédico asistencialista en todos los niveles de atención, reflejado en el explosivo incremento de infraestructura hospitalaria, entre el 2010 y 2011, construyéndose en el país 58 hospitales de II y III nivel y en la región Lambayeque, solo uno. Esto refleja la orientación asistencialista adoptada por gobierno, el cual a pesar de la nueva política de inclusión social y unificación del sistema de salud, no puede romper con las viejas estructuras de un sector que se ha mantenido incólume en un paradigma fragmentado de la salud de las personas, invirtiendo grandes contingentes de dinero en el área asistencial en desmedro de la promoción de la salud y la prevención primaria, espacio históricamente destinado para Enfermería.

Las políticas de salud dentro de las exigencias de la nueva política social-económica neoliberal, adoptada desde los 90, con el presidente Alberto Fujimori tuvo un fuerte impacto social. El neoliberalismo ha generado reformas estructurales en todos los sectores del Estado como: Recorte en el gasto público, reformas tributarias, privatización de las empresas estatales, apertura a la globalización, modernización del Estado lo que llevó a la reducción de sus funciones justificando una mayor eficiencia del sector privado frente al sector público.⁽⁵⁵⁾

Laurell Asa Cristina (2000) refiere que las políticas de salud que se desprenden de las políticas neoliberales tienen dos grandes ejes: La mercantilización de la gestión del financiamiento, y de la prestación de los servicios de salud y la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios esenciales para los comprobadamente pobres⁽⁵⁶⁾

Con el bajo presupuesto destinado para salud, es difícil cumplir con metas altas impuestas ante la necesidad de ampliar la infraestructura y recursos humanos para la nueva demanda de servicios y resulta poco efectivo que se pretenda fortalecer los programas de prevención y

promoción. En este sentido y dada las actuales condiciones socioeconómicas, las acciones de prevención y promoción, por parte de las instituciones de salud se quedan cortas para responder y aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La *promoción de la salud* requiere de un enfoque participativo y multisectorial, determinándose que debe tener cinco prioridades: Promover la responsabilidad social por la salud, aumentar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, ampliar y consolidar las alianzas estratégicas en pro de la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario y garantizar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. ⁽⁵²⁾

Esta promoción requiere de un trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario y no solamente del trabajo del sector salud y de sus profesionales. En las actuales políticas de salud los conceptos de prevención y promoción han sufrido cambios. “prevención” es toda actividad encaminada a disminuir o suprimir los factores de riesgo que generan las enfermedades en las personas y “promoción de la salud” es el conjunto de actividades de carácter educativo e informativo individual o colectivo tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables.

Esta concepción centrada solo en la promoción de la salud conlleva a modificar los estilos de vida, convirtiéndolos en saludables; sin embargo, se desconoce que para lograr la salud de la población no basta solo trabajar en estilos de vida saludable, es importante que se trabaje en los determinantes de la salud de tipo económico, social y cultural, que lleven a modificar las condiciones de vida de las personas para así tener las herramientas necesarias para modificar sus estilos de vida y ser partícipes del cuidado de su salud.

Huertas (1998) menciona que se hace una utilización perversa de los “estilos de vida saludables” que lleva a responsabilizar y culpabilizar a las personas por estar enfermas, desconociendo el contexto en el que vive. Esto reafirma que las actuales políticas de salud neoliberales pretenden deslindar responsabilidad al Estado de la protección de la salud de la población pretendiendo dejar el cuidado de la salud como responsabilidad del individuo y la satisfacción de las necesidades sociales debe resolverse en la familia. ⁽⁵⁷⁾

En este sentido, se puede afirmar que las actuales políticas de salud neoliberales no favorecen la promoción de la salud y el trabajo de las cinco prioridades propuestas en la carta de la Ottawa. Se hace una llamada de atención a quienes participan en la formulación de leyes de salud para que tengan en cuenta que la prevención y promoción de la salud no es responsabilidad solo de la persona y del sector salud y que si bien este sector hace un gran aporte esto no basta para lograr la tan ansiada salud de la población. Se requiere de condiciones necesarias y de voluntad política, que sean efectivas, de lo contrario seguirán siendo acciones desarticuladas.

Como se menciona anteriormente, la construcción de grandes hospitales con tecnología de vanguardia pone en evidencia el enfoque de las políticas, y no es que esté mal que se modernice la salud, pero aquí el problema es que en el primer nivel de atención sus inversiones son muy escasas. Este predominio del paradigma biomédico está influenciado por las políticas de la globalización neoliberales que ven como negocio la prevención secundaria y terciaria, lo cual lleva a aumentar cada días las tercerizaciones de los servicios de salud, las clínicas privadas y las industrias de medicamentos. Es urgente que las políticas de salud se reorienten con el enfoque de la promoción de la salud y prevención primaria con equidad y justicia social para frenar el crecimiento de las enfermedades crónicas como la diabetes.

La *promoción de salud* es una respuesta válida que permite resaltar la importancia del entorno social como elemento indispensable para lograr la verdadera equidad en salud. Tiene dentro de sus herramientas la comunicación y la educación para la salud, las cuales están dirigidas a difundir y fomentar los estilos de vida teniendo como base la cultura, la política social y económica. Esto lleva a destacar la importancia de los procesos de construcción social de la salud y la necesidad de la participación de la sociedad en el alcance de los objetivos propuestos y esencialmente, para el logro de cambios de conductas y condiciones necesarias en el camino hacia una mejor salud.

Las políticas deben nacer para satisfacer las necesidades de la población, velar por el bien común y regularlas. La salud de la población es de responsabilidad compartida del Estado y sociedad. No debe darse en función del interés económico de un grupo de poder, evidenciado por los cambios de políticas de salud en el país de acuerdo al gobierno de turno, los ofrecimientos en mejoras en la salud en lo que respecta a la promoción y prevención, son objeto de manipulación política, como oferta electoral esto no permite tener políticas de salud sostenibles en el tiempo que nos lleve a tener una población saludable que ejerza su ciudadanía que se empodere en el cuidado de su salud.

“(...) Hicieron una campaña donde vinieron todas las autoridades del Ministerio de Salud y lo hicieron más por cuestiones políticas del momento y no porque les interese la salud de la población”. (M4)

“Las políticas de salud deben prestar atención a la problemática de la diabetes que va en aumento, deben complementar el nivel primario y dirigir sus esfuerzos en la prevención de esta enfermedad”. (M6)

Las instituciones que cuidan la salud de la población están normadas por las políticas de salud, entendidas como declaraciones y directrices que propone el Estado para dar parámetros de actuación como respuestas a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas,

se preocupan primordialmente por los servicios y programas de salud. Estas políticas de salud deben migrar hacia unas políticas públicas de salud, donde se caracterizan por una preocupación explícita de la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad de esta política consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable⁽⁵⁸⁾

Así mismo, las políticas de salud en el país son planteadas por el MINSA, en coordinación con el poder legislativo, las cuales rigen para todas las instituciones prestadoras de salud, públicas y privadas, presentándose algunas modificaciones de una institución a otra por tener distintas modalidades en su cobertura de atención, lo cual no permite que las políticas de salud se ejerzan con sentido de solidaridad y justicia social. Llevando a la inequidad en el acceso de la atención de salud. Es por ello que el MINSA para abordar sus problemas de salud planteó la Estrategia de Daños no Transmisibles (DNT), en la que está incluido el programa de diabetes, hipertensión arterial, ceguera y neoplasias.⁽¹⁴⁾

Esta estrategia tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los DNT, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que faciliten la prevención y atención de la salud de las personas en el país, en el marco de la Atención Integral de Salud.⁽¹⁴⁾ Por otro lado Es Salud, no trabaja con esta estrategia, donde los pacientes con diabetes se atienden a través de la Cartera de Salud Integral de Adulto, dificultando este modelo de atención la promoción y prevención de la diabetes en otros grupos etarios.

Según lo normado en esta estrategia:

“Disminuir la mortalidad por daños no transmisibles, para lo cual el mayor esfuerzo estará encaminado hacia la promoción de estilos de vida saludables, prevención, detección precoz y control de las enfermedades”⁽¹⁴⁾

Esta estrategia se basa en el lineamiento de política de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, referida a la construcción de una cultura de salud mediante comportamientos y entornos saludables en la población a través del compromiso compartido del cuidado de la salud y como expresión del derecho a la misma. La generación de políticas públicas saludables está relacionada con los DNT, el fortalecimiento de la participación social en la salud, la reorientación de los servicios y el desarrollo de actitudes que contribuyan en este propósito” ⁽⁵⁸⁾

“En Lambayeque se está caminando a pasos lentos pero seguro en lo que respecta la promoción de la salud. En cuanto a políticas de salud lo primero sería que el Ministerio de Educación y de Salud tiene que coordinar para que nuestras políticas cambien, ya tenemos los lineamientos de políticas que ya están de la mano con MINSA y educación pero falta que se ejecute y coordine. MINSA tiene estas políticas, pero lo que falta es el personal idóneo capacitado que exija que se realice, pero también le hace falta infraestructura”. (E1)

Esta estrategia está próxima a culminar su periodo de vigencia y todavía no se encuentra implementada, no es ejecutada en todos los centros de salud del MINSA. Así mismo, no cumple con el lineamiento de prevención y promoción de la salud y se observa que las enfermeras de ambas instituciones en estudio desarrollan más prevención secundaria abocando todos sus esfuerzos a atender a las personas que ya sufren de diabetes y tratando de prevenir las complicaciones. Porque las políticas de salud hasta el día de hoy no están orientadas para trabajar en la promoción y prevención primaria. Siendo de esta manera los servicios de atención primaria una prolongación de los hospitales que son utilizados para descongestionar los grandes hospitales.

Tanto la estrategia de DNT del MINSA como la Cartera de atención integral del adulto están normadas bajo el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) establecida por el Ministerio de Salud que menciona: “Que esta basado en el principio de universalidad en el acceso a los servicios de salud con equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los

servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de la persona, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios”. Prioriza la promoción y prevención, cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados. ⁽⁵⁹⁾ Esta atención integral está mejor llevada en EsSalud, que en el MINSA, donde no se efectiviza para la persona que sufre de diabetes, no lo protege. Está abocado a dar atención al binomio madre-niño.

De igual forma, se ha dado el reglamento de la ley N°28553, *ley general de protección a las personas con diabetes*, cuya finalidad es: establecer normas de aplicación, interpretación, ejecución y competencia, definiendo las bases para la atención de salud en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, con la participación activa de la familia, comunidad e instituciones de salud, educativas y otras previstas en el programa nacional de diabetes. Al alcance de esta ley, están sujetos las instituciones públicas y privadas, las cuales tienen que cumplir con los objetivos de vigilancia, prevención y control de pacientes con diabetes en coordinación con el sistema Nacional de Vigilancia de la Diabetes (SINADI-Perú); y registrar la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. ⁽¹⁴⁾

Esta ley de la diabetes tampoco se cumple, prueba de ello es que dicha enfermedad en el país y en el departamento de Lambayeque sigue en aumento y las personas que la padecen son de bajos recursos y no cuentan con un seguro de atención de salud, realizan el gasto por bolsillo y se sienten abandonados por el Estado, quien no cumple su responsabilidad compartida con la sociedad en el cuidado de la salud. Por otro lado, se observa que los establecimientos de salud del MINSA, a nivel nacional trabajan solo con una guía práctica clínica de DM, en el primer nivel de atención elaborada en el 2008, cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de la atención sanitaria de las personas con diabetes mellitus, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a través de la

intervención sobre los factores de riesgo, diagnóstico precoz, y prevención de las complicaciones por este daño.⁽⁶⁰⁾ Esta guía tal como está planteada no promueve la promoción de la salud y prevención de la diabetes, está orientada a dar atención asistencial a la persona que ha desarrollado la enfermedad.

Con este análisis no se pretende dejar de lado la labor asistencial que es muy importante que se realice en los centros de salud, para las personas que no tienen acceso a los hospitales, pero todos los esfuerzos solo se están centrando en la parte asistencial y cada día se resta importancia al trabajo preventivo promocional que nos ayudaría mucho a disminuir la incidencia y prevalencia de la DM, que cada año va en aumento y causa tanto sufrimiento en las personas.

Así mismo, la enfermera es consciente que en este primer nivel de atención su rol principal debe estar enfocado a la promoción de estilos de vida saludables que le permita modificar hábitos que afectan su salud. Reconoce que no está trabajando en la amplitud que quisiera en la prevención de factores de riesgo ya que siente que el Estado les da la espalda y no les apoya en este rol y se sienten solas y frustradas al ver que no están logrando prevenir la diabetes.

Las políticas de salud no lo toman a la prevención de la diabetes como muy prioritario. (...) El MINSA más atiende al paciente que padece la enfermedad, no hay mucha promoción de estilos de vida saludable y prevención de la diabetes. (M2)

Yo pienso que las normativas de salud teóricamente incluyen todo, pero muchas veces la verdad es diferente de acuerdo a cada establecimiento. Mi sugerencia es que EsSalud y el MINSA unifiquen criterios y trabajen con las mismas estrategias sanitarias en pro de la prevención y promoción de la salud para evitar que la diabetes siga creciendo (E2)

Así como se está llevando la estrategia en la actualidad no está previniendo la diabetes. Es urgente que se oficialice la estrategia como tal desde la prevención hasta el tratamiento. Que se implemente porque hasta el día de hoy no están implementados se trabaja como se puede. (M5)

(...) Yo creo que tal como está llevándose ahora no ayuda en nada, es una estrategia prácticamente de nombre sin presupuesto y de poca importancia para el MINSA, ya que están más abocados al binomio madre-niño, (M6)

La realidad descrita va generando algunos obstáculos que impiden que se pueda ejercer el rol en promoción y prevención de las enfermeras. Esto es producto de políticas asistencialistas que aún en la atención primaria predomina el enfoque curativo, restándole importancia a la promoción de la salud y prevención de la diabetes, lo cual le lleva al Estado a destinar un bajo presupuesto de salud en este nivel. Esto ocasiona que las estrategias hasta la fecha no estén implementadas pese a que su periodo de vigencia ya está llegando a su fin 2004 al 2012, no tienen presupuesto para desarrollar estrategias de promoción y prevención primaria, no cuentan con los recursos humanos suficientes y capacitados para atender esta estrategia, se exige el cumplimiento de metas altas en la cartera de atención integral del adulto y se capacita en el llenado de informes estadísticos. De igual forma no tienen los insumos que son indispensables y que permitan hacer el tamizaje de glucosa en toda la población atendida. Los centros de salud que no tienen laboratorio no cuentan con glucómetro, no cuentan con la infraestructura adecuada ni mobiliario. Tal como se confirma en los siguientes discursos:

“Los mayores obstáculos es referente a la infraestructura ya que es inadecuada porque no nos permite privacidad para evaluar al paciente”. (E4)

“Para que este programa funcione correctamente falta presupuesto, si no hay presupuesto por más que tengamos la buena intención, toda la voluntad y si las instituciones no trabajan en la prevención y promoción de la salud todas los deseos se quedan en intenciones”. (M2)

“Con nuestros propios recursos y con ayuda de las estudiantes de enfermería nos agenciamos de rota folios, trípticos y otros materiales educativos que necesitamos. No tenemos toda la

infraestructura y el material necesario para este programa, se atiende con lo que hay. (M4)

“Los obstáculos son el escaso presupuesto para realizar la promoción y prevención por falta de material educativo y de difusión. La falta de infraestructura y de todos los insumos para realizar tamizaje de la glucosa”. (M6)

Falta hacer mucha difusión sobre la diabetes y la forma de prevenirla, explicar a la población sobre estilos de vida saludables, y no se está haciendo porque no tenemos recursos para esta difusión. (M4)

Así mismo, las características de las enfermeras que laboran en ambas instituciones difieren en algunas características como: El tiempo de servicio, se puede apreciar que es mayor en las enfermeras de EsSalud y el número de capacitaciones que también es mayor en las enfermeras de esta institución en mención. Sin embargo, en ambas entidades se encontró un número reducido de enfermeras con maestrías en salud pública, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1: Características de las enfermeras de MINSA (Estrategia ENT) y de EsSalud (Cartera de la salud Integral del Adulto). 2010. Chiclayo.

Características	Enfermeras del MINSA (promedio)	Enfermeras de EsSalud (promedio)
Tiempo de servicio	2	9
Nº de capacitaciones	1	5
Nº de estrategias que atiende	6	1
Especialidad:	1	1
En salud Pública	1	1
Otros (Instrumentación)	1	1
Ninguna	4	2
Total de enfermeras	06	04

Fuente: De las entrevistas del estudio.

El bajo presupuesto destinado al primer nivel de atención no permite que se contrate el número de enfermeras necesarias para atender las estrategias, lo cual lleva a una sobrecarga laboral que no les permite cumplir con todas las actividades que exige esta estrategia ya que muchas veces las enfermeras que trabajan en MINSA tienen que atender 6 estrategias

en promedio y en algunos casos cuando hay una sola enfermera en el centro de salud atienden las 14 estrategias con las que trabaja esta institución, situación imposible de desarrollarla bien, ya que no le va a alcanzar el tiempo para todas las actividades. Cuando la enfermera atiende más de una estrategia tiene que cerrar los demás programas, por ejemplo, en campaña de vacunación y destinar todos sus esfuerzos a cumplir con sus coberturas lo que exige esta campaña.

(...) La idea es que una enfermera se haga cargo de una estrategia para que lo lleve bien. Porque yo estoy a cargo de todo, entonces no me alcanza el tiempo. Por ejemplo ahora que estoy en campaña de vacunación estoy abocada a la campaña y descuido los otros programas. (M3)

No nos dedicamos exclusivamente a esta estrategia durante todo el año, no puedo dar atención en este programa todos los días ya que apoyo a otros programas, por ejemplo en estos días estoy apoyando en la Campaña de Vacunación del sarampión, hemos tenido que cerrar el programa casi una semana, ya que trabajamos de acuerdo a las necesidades del centro de salud (...) Dejamos de atender en el programa mientras dura la campaña y eso le incomoda a los pacientes del programa, porque cuando asisten a sus controles se encuentran con un aviso de que no hay atención, entonces el paciente se va, hay deserción y muchas veces ya no regresa. (M4)

Los principales obstáculos son las múltiples actividades que tengo que realizar en el centro de salud ya que solo somos dos enfermeras y tenemos que repartirnos varias estrategias. Y por la falta de profesionales de enfermería en mi centro de salud, la coordinación de la estrategia de los daños no transmisibles lo atiende una obstetra, pero yo tengo a mi cargo el programa del adulto mayor donde atiendo la diabetes. (M6)

El obstáculo básicamente en mi programa es recursos humanos, porque nos vemos limitados en nuestras actividades, porque tenemos que dar un educación al paciente y le hacemos lo más resumido posible hablando rápido para que el otro paciente no espere, ya que son pacientes adultos mayores y se impacientan (E2)

Estos obstáculos lleva a los usuarios que se atienden en la Estrategia de Daños no Transmisibles, abandonen este programa y le restan importancia a la labor preventiva que hace la enfermera. Así mismo, las enfermeras de EsSalud, que trabajan en la cartera de atención integral del

adulto, refieren que ellas sólo atienden este programa y en algunos policlínicos trabajan más de dos enfermeras en esta cartera, pero se quejan que el tiempo no les alcanza para cumplir con todas las metas muy altas que les exige su institución lo cual consiste en captar de 600 a 1200 personas al mes para el programa de nefroprevención que está incluida en esta cartera, donde invierten gran parte de su tiempo tratando de captar a los usuarios y no les queda mucho espacio disponible para realizar promoción de la salud.

Las limitaciones son en cuanto a recursos humanos, falta enfermeras ya que las metas son muy elevadas. En nefroprevención tenemos que captar 600 pacientes por mes, es bien difícil que podamos captar esa cantidad. Tenemos que hacer una búsqueda activa, esto lo hacemos intrahospitalaria, hacemos seguimiento de la historia. (E2)

Otro obstáculo es la saturación de nuestro tiempo porque cada enfermera del programa atendemos de treinta pacientes a más por día y en el turno de la tarde atiende una sola enfermera. Esto no nos permite realizar una promoción y prevención adecuada porque no nos alcanza el tiempo. De igual forma el sistema nos exige metas altas que consiste en captar 1200 pacientes. (E3)

Así mismo, tiene que revisar diariamente más de treinta historias clínicas para ver los valores de la glucosa y triglicéridos y al mismo tiempo atender esta cantidad de pacientes en sus programas realizando consejería, coordinaciones de consultas médicas, organizando y desarrollando sus talleres de prevención secundaria y rehabilitación. Dejando de lado su labor de educadora en los colegios e instituciones que pertenecen a su jurisdicción. Debido a la falta de tiempo y si lo hacen lo realizan una vez al año lo cual es muy poco porque tienen programado una visita al mes. Esta realidad presentada por las enfermeras refleja claramente que las políticas de salud no promueven la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades.

De igual manera, por falta de profesionales de enfermería en el primer nivel de atención, la enfermera dedica gran parte de su trabajo a desarrollar

labor administrativa y asistencial, lo cual no le deja tiempo para salir a la comunidad y trabajar en la prevención de la DM y la promoción de la salud y espera que el paciente llegue a buscarla en su programa. Esta falta de tiempo, le está llevando a delegar funciones propias de enfermería a otros profesionales y de esta manera su campo de acción se ve más limitado. Esto se evidencia en las visitas domiciliarias, donde lo realiza muchas veces el personal técnico de enfermería quien no está capacitado para solucionar todos los problemas que puede encontrar en dicha visita y se limita a verificar en qué condiciones está el paciente y no se da la educación de salud. Y de esta manera la enfermera pierde su imagen en la comunidad y cada vez está más lejos de la promoción de la salud.

“En mi centro de salud las visitas domiciliarias lo realiza el técnico de enfermería porque no me alcanza el tiempo, el personal técnico solo va y averigua porque no está viniendo el paciente y ahí queda”.(M3)

Esto lleva a las enfermeras a experimentar sentimientos de frustración en su rol de promoción y prevención primaria y sienten que no están haciendo un buen trabajo, este obstáculo fue manifestado por todas las entrevistadas. Así mismo la estrategia de daños no transmisibles es muy amplia ya que incluyen varias enfermedades que requieren atención especial en lo que respecta a disminuir su incidencia ya que en estos últimos años esta aquejando enormemente a la población como: Diabetes, hipertensión arterial, cáncer, ceguera. Todas estas enfermedades son muy importantes y necesitan ser atendidas por separado. En lo que respecta a la diabetes e hipertensión se podría manejar en una sola estrategia ya que tienen algunos factores condicionantes en común y se pueden prevenir con estilos de vida saludables y cambios de hábitos que afectan la salud.

De repente, podría hacerse muchas cosas, pero los obstáculos son el factor tiempo, factor personal (ya que no tenemos suficientes recursos humanos) ya que esta estrategia es amplia. Atender a un paciente adulto mayor cuando es su primera cita nos lleva buen tiempo escucharle sobre su enfermedad y eso incomoda al otro

paciente que está afuera esperando que se le atienda y algunas veces se van y ya no regresan. (M4)

El principal obstáculo para mí es que la multiplicidad de funciones que tengo que realizar origina que no me alcance el tiempo para llevar a cabo todos los procesos del cuidado y la atención en la prevención con los pacientes diabéticos. Así mismo carecemos de insumos y materiales necesarios para una buena atención en esta estrategia y sobretodo falta personal de enfermería para trabajar en las estrategias. (M5)

Otro de los obstáculos encontrados en esta investigación es la falta de capacitaciones en la promoción de la salud y prevención de la diabetes, las enfermeras del MINSA que trabajan en la estrategia refieren algunas que en todo el tiempo que trabajan con esta estrategia no han recibido capacitación de prevención de la diabetes y todo lo referente a esta enfermedad y las que dijeron haber recibido capacitación mencionaron que solo les habían capacitado en el llenado de informe estadístico y solo tuvo una duración de un día cuadro N° 1, evidenciándose que al Estado solo le importa los datos estadísticos y que en papeles sus coberturas y metas están cumplidas, donde muchas veces estas cifras están maquilladas para que los objetivos se logren solo en papeles, restándole importancia a trabajar con los determinantes de la salud y disminuir los factores que desencadenan las enfermedades.

He recibido dos capacitaciones para la estrategia de daños no transmisibles en los tres años que trabajo en este centro. Pero las capacitaciones fueron un solo día y ahí se veían todas las enfermedades que están incluidas en esta estrategia, pero más importancia le daban a las estadísticas y cómo realizar los informes mensuales que capacitarte en la promoción y prevención de la enfermedad (...) estas capacitaciones se dan a grandes rasgos, no es específica de la diabetes, (M3)

Falta que se nos dé a todo el personal del programa capacitación para prevenir y atender al paciente con diabetes. Estoy un año en el programa y no he recibido ninguna capacitación. (M2)

“Las enfermeras de ESSALUD, que trabajamos en el primer nivel de atención, recibimos capacitaciones constantemente, por ejemplo en los ocho años que tengo trabajando en esta institución me han

capacitado 10 veces en la prevención y tratamiento de la diabetes”.(E1)

En las enfermeras de EsSalud se observó que tienen mayor número de capacitaciones en diabetes: un promedio cinco capacitaciones. En ambos grupos de enfermeras se encontró que tienen muy pocas las segunda especialidad en salud pública. El Estado debería capacitar a las enfermeras del MINSA tan igual como lo hace con las enfermeras de EsSalud. Esto demuestra que las políticas de salud no son equitativas para todas las instituciones de salud. De igual manera el Estado debería subvencionar la segunda especialidad en salud pública que lleve a formar profesionales salubristas para todas las enfermeras que trabajan en el primer nivel de atención, esto permitiría que las enfermeras se empoderen en este campo de la salud pública ya que esto es fundamental para conseguir mayor nivel de salud de la comunidad, tal como lo hace con los profesionales de medicina que el Estado les subvenciona y les paga para que hagan su residencia.

Estas desigualdades en la inversión del Estado en las distintas instituciones prestadoras de salud, se refleja en los mejores sueldos y beneficios que se otorga a las enfermeras de EsSalud, así como mayor presupuesto en sus programas y capacitaciones en diabetes; está llevando a la desmotivación de los profesionales de enfermería que trabajan en el primer nivel de atención del MINSA, ya que ellas se sienten abandonadas en su trabajo por el Estado y tienen que lidiar con una serie de obstáculos para atender su programa, no tienen incentivos y realizan un trabajo arduo en las comunidades tan igual que las que realizan las enfermeras hospitalarias. Así mismo en la misma institución del MINSA hay diferencias de sueldo entre las enfermeras que realizan labor asistencial en los hospitales con las enfermeras que trabajan en la salud pública.

Este hecho también refleja que las políticas de salud están enfocadas con el paradigma biomédico donde realizan mayor inversión y otorga mejores sueldos a los profesionales del área asistencial. Esto lleva a que muchas enfermeras que laboran en la salud pública usan este trabajo en forma temporal, hasta que se presente otras oportunidades de trabajo y por lo general migran a trabajar en los hospitales. Esto se refleja en el cuadro N° 1, donde se observa que las enfermeras del MINSA tienen poco tiempo de servicio en promedio dos años comparado con los nueve años que presentan las enfermeras de EsSalud. Esto hace que varias enfermeras realicen sus especialidades en otras áreas que no tiene relación con la salud pública, y viven esperando oportunidades para migrar a otras instituciones, donde reciben mejor remuneración. En este estudio se encontró enfermeras con especialidades en instrumentación y postulando para lograr una vacante en los hospitales.

Las enfermeras no permanecen más de dos años ya sea porque migran a otros trabajos o porque les cambian de programa y se pierde la continuidad. (M3)

Tengo trabajando dos años en mi centro de salud, y estoy postulando a una plaza en el Hospital Inchaústegui, porque pagan más y tengo una especialidad en instrumentación quirúrgica. (M2)

En las desmotivaciones también juega un rol muy importante el perfil que tenga la enfermera y con el cual se ha formado en las universidades.

La promoción de la salud es un trabajo arduo, te tiene que gustar para que puedas ver los frutos, ver como mejoran y cómo cambian las personas en aspecto sobre cuidar su salud y eso te llena de satisfacción. Las enfermeras trabajamos a gusto en los programas, tenemos mejores sueldos, más insumos trabajamos comprometidas, nos sentimos a gusto en EsSalud. (E1)

Si continuó trabajando en mi centro de salud es porque me gusta la salud pública, a pesar de todos los obstáculos que se me presentan. Tenemos que esperar que las cosas cambien, ya que las esperanzas no se pierden, y mientras tanto nosotros seguimos trabajando con lo que tenemos y vamos atendiendo a nuestros pacientes. (M5)

Frente a esta problemática, el Estado debería mejorar los sueldos de los profesionales de la salud pública, concientizarlos y capacitarlos para que se empoderen en el trabajo comunitario y reenfoque las políticas de salud hacia la promoción y prevención ya que proporciona un éxito social importantísimo y deben ser priorizado en las políticas sanitarias. Tal como menciona la OMS (2008) "La promoción de la salud más necesaria que nunca".⁽⁶¹⁾ Al respecto Mario Reveré (1998), citado por Nájera, refiere que las grandes transformaciones en el mundo, fruto de las políticas neoliberales, está generando cada vez más la exclusión de la atención de salud y casi la desaparición del concepto de salud pública en la práctica de protección de enfermedades crónicas prevenibles, que interpretado a la luz del derecho se convierte en un homicidio culposo.⁽⁶²⁾

La desmotivación y poca importancia que se al trabajo de la enfermera en la salud pública, se arrastra desde los tiempos de nuestra pionera en enfermería Florence Nigthingale, quien tuvo influencia del positivismo y le dio a enfermería un enfoque biomédico, donde a pesar de los tiempos y logros que se ha tenido en la profesión tenemos muy arraigado este paradigma que lo llevamos aun cuando realizamos trabajo comunitario donde debería predominar el rol de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Las universidades también están contribuyendo a formar profesionales de enfermería con enfoque biomédico con capacidades solo para trabajar en el área hospitalaria, les preparan para recibir órdenes y asumir su labor asistencial. Deberían también prepararles para el trabajo en la salud pública para lograr su independencia y tomar decisiones en mejoras de la población. Este desfase producido en los últimos años en la mayoría de los países entre la práctica diaria de enfermería y la enseñanza de la misma está condicionado por factores como: El cambio en los patrones de las enfermedades y una mayor demanda social de la salud, por los cambios demográficos, donde se ve alterada la pirámide poblacional que disminuyó

la natalidad y aumentó la población adulta mayor y con ello las enfermedades crónicas degenerativas.

Estos cambios generan que se crean más hospitales y clínicas y por ende se contraten más profesionales de la salud en esta área ya que es más rentable curar que prevenir las enfermedades, esto lleva a que muchos inversionistas vean a la salud como un negocio, como las grandes transnacionales que ven a la población enferma como una fuente de dinero y necesitan que cada día exista más gente enferma para aumentar sus ganancias en la venta de medicamentos, de instrumentales y tecnología de vanguardia. Esto lleva a mayor inequidades en la administración de la salud y que la salud se vea como un preciado tesoro inalcanzable para la gente pobre y de extrema pobreza.

Lo mencionado anteriormente sumado al gran avance de los conocimientos científicos y tecnológicos que han dado lugar a la medicina hospitalaria está alejando a los profesionales cada día del área de la salud pública. Esta preferencia de las enfermeras por los trabajos hospitalarios no ha cambiado mucho a pesar de los tiempos, ya que en 1989 la Asamblea Mundial de la Salud reconoció que los avances tecnológicos estaban contribuyendo en la mala distribución de los escasos recursos de enfermería donde se encontró que el 80% de las profesionales trabajaban en hospitales y solo un 20% en la salud pública.⁽⁶³⁾ Es urgente que las universidades formen a sus alumnos con valores éticos humanitarios y con justicia social. Donde les enseñen a ser visionarios y soñar que podemos empoderarnos en la promoción de la salud y prevención, tal como lo afirma Rosenau:

“Soñamos con una época en que todo hombre de acuerdo con sus capacidades asumirá su parte en el trabajo común y poseerá lo suficiente para las necesidades de su cuerpo y las exigencias de su salud. Soñamos con una época en que no habrá sufrimientos innecesarios, ni muertes prematuras y en que el bienestar del hombre será la más alta preocupación. Soñamos todas estas cosas con la satisfacción de ayudar a que se produzcan y en beneficio de los que han de vivir después de nosotros: Porque cuando los jóvenes

*son visionarios, los sueños de los viejos acaban siendo realidad”
(64)*

Este poco valor que la enfermera otorga al trabajo comunitario se refleja también en otros países como Portugal, donde hay 36000 enfermeras, de las cuales solo un 17% ejercen función en los centros de salud y apenas 15% de enfermeras tiene especialidades en salud pública comunitaria.⁽⁶³⁾ Es urgente que las enfermeras reflexionemos en esta problemática y dirijamos la mirada a desarrollarnos y empoderarnos en la promoción y prevención de la salud, dejando evidencia de nuestro trabajo y siendo participe en las reformas de políticas de salud pública para ir cambiando poco a poco ese paradigma biomédico. Así mismo las universidades deben reflexionar y reenfocar la educación de sus estudiantes que esté de acuerdo a las necesidades del nuevo papel que deben desempeñar en la sociedad las futuras enfermeras para contribuir con la salud de la población y el futuro de la profesión.

Tenemos que esperar que las cosas cambien, ya que las esperanzas no se pierden, mientras tanto nosotros seguimos trabajando con lo que tenemos y vamos atendiendo a nuestros pacientes”. (M4)

A pesar de las frustraciones y desmotivaciones de las enfermeras del MINSA, ellas continúan trabajando en su programa con lo poco que tienen por el bien de sus pacientes y de su comunidad con la esperanza de que las políticas de salud en un futuro próximo cambien en pro de la promoción de la salud. Ellas reconocen que desde los años 90 se ha ido mejorando el trabajo comunitario hasta la actualidad, pero estos pequeños logros no basta para mejorar la salud de la población.

El último obstáculo que se encontró en esta investigación es la falta de cultura de prevención y promoción de la salud por parte los usuarios. Esto se evidencia, por la poca importancia que le dan a los consultorios de enfermería que están orientado a la prevención y promoción. Ellos creen,

que asistir a estos consultorios es una pérdida de tiempo y prefieren solo pasar por el médico, ya que la población atendida, también están influenciados por el paradigma biomédico, donde dan mucha importancia a la prescripción de medicamentos, ven al médico como una autoridad de salud que les puede solucionar todos sus problemas.

“Las personas con diabetes o las que tienen riesgo no le dan la importancia a los consultorios de consejería de enfermería, ellos dicen prefiero pasar con el médico porque me da el tratamiento y medicamentos para tres meses y no tengo que estar viniendo cada mes. (E2)

“En mi centro de salud, para captar a las personas que sufren diabetes o en riesgo y poder educarlos, los tengo que enamorar haciendo sorteos de víveres después de cada jornada de charlas que organizo con las alumnas de enfermería, porque ellos dicen asistir a charlas es una pérdida de tiempo. (M5)

Así mismo, las personas creen que al asistir a los programas de prevención, atendidas por las enfermeras, les están haciendo un favor a estos profesionales, para mejorar sus coberturas y no lo perciben que el beneficio es para ellos en el aprendizaje de su auto cuidado. Es por ello que siempre están esperando algo a cambio para asistir a estos programas. Por lo que la enfermera emplea una serie de estrategias para mantenerlos contentos, ya sea consiguiéndoles medicamentos para el tratamiento de la diabetes a través de donaciones, facilitándole las consultas médicas y con el médico de su preferencia o haciéndoles pequeños obsequios con donaciones de las estudiantes e internas de enfermería.

Al respecto Pico, M y col. (2005) piensan que no ha impactado el paradigma de la promoción de la salud en las personas, puesto que estas no están preparadas para el auto cuidado y desconocen sus deberes y derechos en salud, lo cual le implica a la enfermera un reto frente a los estilos de vida. Es muy difícil que la gente en este momento tenga interiorizada como importante la promoción y prevención, porque desafortunadamente todavía no hemos incidido en eso. ⁽⁵⁾ Las personas le atribuyen escasa

importancia al cuidado de su salud y utilizan los servicios solo cuando se sienten enfermas, en parte, debido a que no han logrado satisfacer sus necesidades básicas.

De esta manera, se puede concluir la importancia de trabajar en todos aquellos obstáculos que impiden que la salud de la población pueda llegar con total integralidad a todas las personas, a través de un cuidado esencial en el primer nivel de atención, donde exista un compromiso del Estado, de la sociedad civil y de todas las personas en el cuidado de su salud.

3.3. Multiplicidad de roles de la enfermera en la prevención de la diabetes en el primer nivel de atención

En esta categoría se analiza detalladamente cuatro elementos: Rol asistencial, rol de gestión, rol de educadora y de investigación. Tomados de las entrevistas de las enfermeras en MINSA y EsSalud, para lo cual se recurre a los autores Kérouac, Antón, M y otros investigadores. Aquí es importante mencionar que el rol asistencial fue el primer rol que asumió la enfermera desde sus inicios, donde lo ejercía en los hospitales encaminando sus acciones en lo curativo, desempeñando un papel de auxiliar del médico. Con el transcurrir del tiempo fue empoderándose y ampliando su quehacer en otros roles como: Educadora, de gestión y de investigación, donde el objetivo de estos roles están orientados a brindar un mejor cuidado de la persona, familia y de toda la población.

Estos cambios en la profesión de enfermería están llevando a pasar de ser enfermeras de médicos a ser enfermeras de ciudadanos. Esto debido a que la sociedad exige cada vez más una asistencia directamente al servicio de la comunidad. Pero esto no se consigue de la noche a la mañana, ya que forma parte de su filosofía, que impregna todos sus actos, su nivel de decisión y de independencia. Debido a que a la enfermera le prepararon

para ser asistente del médico, y en base a ello le enseñaron “mini medicina”, mini pediatría, mini cirugía. Aprendió como pilar de su profesión a obedecer, a no actuar sin consultar y utilizar términos como vocación, sumisión y obediencia.⁽⁶⁵⁾

Es importante que las enfermeras poco a poco vayan reflexionando sobre el paradigma biomédico curativo e intente migrar al paradigma de promoción de la salud que le permita liderar el cuidado de la población y lograr su autonomía en el que hacer de su profesión. Esto es fundamentado por CastrillónM y Col (1999). Donde menciona que en este mundo globalizado, la profesión de enfermería en América Latina enfrenta grandes retos. En la clínica deberá reasumir su función de cuidador, pero su presencia en la atención de los pacientes deberá caracterizarse por intervenciones que demuestren la calidad científica y humanización del cuidado profesional.⁽⁶⁶⁾

La sociedad del siglo XXI presenta cada día un aumento de las enfermedades crónicas como la diabetes, y propone nuevos retos a las enfermeras, quienes están llamadas a ser agentes de cambio asumiendo un rol protagónico en la prevención de las enfermedades y promoción de estilos de vida saludable que le lleve a cambiar hábitos que afecten su salud de las personas, familias y comunidades permitiéndoles ejercer su ciudadanía y empoderamiento en su auto cuidado.

La enfermera de hoy debe ayudar a identificar los determinantes de la salud de su comunidad, para luego participar y liderar en proyectos sociales que lleve a mejorar las condiciones de vida, en coordinaciones multidisciplinarias, multisectoriales y con el Estado. De igual manera, tiene un reto frente al rol de cuidado individual y colectivo, que le exige transformaciones en la toma de decisiones como respuesta a los cambios del medio que no siempre son favorables al profesional ni a los usuarios.

Para entender la definición de "rol", se recurre a Ander Egg (1994), quien refiere que "es una palabra inglesa, que hace referencia al papel que desempeña una persona en la sociedad, así mismo, es el conjunto de expectativas que regula el comportamiento de un individuo en una situación dada, lo cual lleva a ocupar un estatus".⁽¹⁷⁾ Es un conjunto de actividades, funciones y responsabilidades asignadas a una persona, a un profesional o grupo de personas, las cuales pueden desarrollar simultáneamente varios roles en el ejercicio de su profesión

Para Nájera, el rol que ejerce la enfermería en la salud pública es dinámico en la atención preventiva, promocional, terapéutica y educativa orientada a dar respuesta a las necesidades de salud de la sociedad. Involucra la asistencia al individuo, familia y grupos comunitarios en el logro de un grado deseable de autodirección en el cuidado de su salud de acuerdo con su potencial. La enfermera está insertada en todas las actividades relacionada con la planificación, coordinación y administración de la atención primaria de salud ⁽⁶⁷⁾

La enfermera de salud pública cumple un rol vital y trascendental en el quehacer sanitario, en lo que conciernen los cuidados de la vida y la salud en los términos de promoción y prevención. Tiene una vasta experiencia en este campo, por ser inherente a su formación y por estar más cerca de la población y de los pacientes. Las enfermeras entrevistadas reconocen la importante labor que debe cumplir en el desempeño de su rol en la prevención de la diabetes, en el primer nivel de atención. Ellas consideran que la *Promoción de Salud* constituye la piedra angular en la práctica de los profesionales de enfermería. Pero también reconocen todos los obstáculos presentes que impiden que lideren la prevención y promoción de la salud.

*El rol ideal que debe cumplir la enfermera en el programa debe ser:
En primer lugar, un rol en la prevención de la diabetes y promoción*

de la salud como piedra angular, brindar asistencia técnica para los casos de diabetes, asumir un rol docente y realizar investigaciones que le lleve a mejorar el cuidado individual y colectivo. Así mismo, debe ejercer gerencia en su estrategia desde la planificación, ejecución y evaluación. (M5)

El rol que cumple la enfermera en la cartera del adulto en lo que respecta a la diabetes es un rol muy importante y amplio, Constituye un pilar básico para la enseñanza del auto cuidado de la salud en las personas y familia, no solamente es una actividad sino son varias actividades que se hace para prevenir la diabetes y con el paciente diabético evitar las complicaciones. (E2)

Las enfermeras mencionan que el rol ideal debe ser la prevención y promoción porque reconocen que no están desempeñando este rol como quisieran, y sienten frustración porque el sistema no les permite. Es urgente que los profesionales de enfermería desempeñen su rol de educadoras en la población, sobre el auto cuidado que deben tener, para conservar su salud o para prevenir la enfermedad. Haciéndoles partícipes y ciudadanos responsables de su salud, compartiendo esta responsabilidad con el Estado, quien está llamado a proporcionarles los medios necesarios para mejorar sus condiciones de vida.

Para que la enfermera cumpla este rol importante, primordial y preponderante en la prevención de la diabetes, ejerciendo su rol de educadora en el auto cuidado, es necesario que el Ministerio de Salud fortalezca las acciones y capacitación en la prevención de la diabetes y promoción de la salud. Así mismo, debe brindar todos los elementos y herramientas necesarios a todo el personal que labora en este nivel de atención, enfatizando en la comunicación interpersonal, grupal y social así como en diversos aspectos socioculturales. Esto potenciaría su trabajo integral en la comunidad y permitiría lograr los cambios esperados en nuestros perfiles de salud.

La enfermera debe ir más allá de la prevención y empoderarse en la promoción de estilos de vida saludables que le lleven a modificar hábitos o conductas negativos en la población. Porque hasta la fecha no se evidencia

su rol en la promoción dentro de la sociedad ya que continúa bajo el enfoque biomédico preventivista y podríamos decir que: “La enfermera está tan cerca de la prevención y tan lejos de liderar la promoción de la salud”. Para tomar conciencia de su papel tan importante en la sociedad debemos, conocer la realidad sanitaria de la diabetes en nuestro departamento para plantear posibles soluciones, que lleven a generar un cambio en los sistemas de salud.

Estos cambios deben orientarse a reformas en las políticas de salud y públicas con equidad, calidad de la atención, eficiencia, sostenibilidad y participación social. lo cual no podrán alcanzarse sin el compromiso y participación de todos los profesionales de salud, de la población y del Estado. Porque la salud de las personas depende de tres factores: El auto cuidado, el cuidado desde el sistema sanitario y el cuidado desde las políticas generales del Estado. ⁽⁶²⁾

Estos tres factores son muy importantes para el cuidado de la salud del individuo y de toda la población, porque no podemos responsabilizar y dejar solo al ciudadano en el cuidado de su salud, el tiene una parte de la responsabilidad, el resto está en el campo del Estado a través de sus políticas de salud, que son asumidas por las instituciones y por ende por los profesionales de la salud. Aquí juega un papel muy importante y protagónico la enfermera en su rol de educadora sobre el cuidado de la salud, por su cercanía y familiaridad que tiene con el usuario y la comunidad.

El cuidado se entiende como acción de asistencia, de apoyo y de facilitación a la persona que tiene necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida. Interesándose en lo que es universal y diverso en las culturas. Los cuidados comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la

promoción y conservación de comportamientos de salud y de su recuperación.⁽¹⁹⁾

Según Allen, el principal objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. La enfermera desempeña un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje.⁽¹⁹⁾

El cuidado está inmerso en todas las acciones de enfermería y las enfermeras deben empoderarse en el cuidado comunitario para ganar este espacio en la sociedad, que hasta el momento está siendo descuidado y no es un campo atractivo para los profesionales médicos, porque la prevención y promoción de la salud no es rentable para ellos.

El paradigma biomédico continúa impregnado en la profesión de enfermería, hace que las universidades continúen formando profesionales con una gran inclinación para trabajar en atención de salud curativa, lo cual ha opacado las funciones de salud pública de las enfermeras en todos los niveles de atención de salud. Frente a esta realidad la OPS (2001), hace un llamado de atención a las universidades para formar a sus alumnos de enfermería no solo en lo curativo a nivel individual, sino también promover las funciones esenciales de salud pública en el trabajo de enfermería, las cuales son:

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y amenazas para la salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación social en la salud.

- Formulación de políticas, capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación del acceso equitativo a los servicios básicos de salud.
- Formación de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Investigación en salud pública.
- Reducción de emergencias y desastres en salud.⁽¹⁸⁾

En América Latina las enfermeras son cada vez más importantes para la atención primaria y otras funciones no hospitalarias. Donde las considera como los miembros más competentes de los equipos de salud en esta esfera. Las enfermeras están desempeñando funciones de educación de los paciente fomento de estilos saludables, trabajo con grupos comunitarios, organización de actividades de salud preventiva. Pero así mismo llama a la reflexión, sobre el papel de las enfermeras en las funciones de formulación de políticas está menos desarrollada.⁽¹⁸⁾

Las enfermeras están obligadas socialmente a ampliar su rol en políticas públicas y participen activamente en proyectos sociales, que ayuden a canalizar soluciones a los problemas de salud y del medio ambiente de su comunidad con la cual trabajan. Ya que enfermería es una profesión con muchos roles en potencia para desarrollar, debido a que tiene mucho que aportar en la salud de la población, por el trabajo directo que hace con la comunidad, lo cual le permite conocer sus necesidades, su cultura, sus fortalezas, sus deficiencias, sus temores y tener mayor aceptación en las familias.

Es importante que las enfermeras se empoderen en otros roles como de gestión, educadora e investigadora, porque hasta el momento sigue predominando en todos los niveles de atención su rol asistencial. Esto es una muestra clara de que continúan dominados por el paradigma biomédico, lo cual se corrobora en el presente estudio, donde tanto las enfermeras del MINSA como de EsSalud, refieren que gran parte de su tiempo lo dedican al rol asistencial, porque el sistema de salud no apoya y da facilidades para la prevención y promoción.

El “*rol asistencial*”, que desarrollan las enfermeras en los centros de salud y policlínicos, en los consultorios del adulto y adulto mayor, donde realiza múltiples actividades asistenciales como: Controlar las medidas antropométricas, controlar los signos vitales, tomar muestra de glucosa con el hemoglucotex, realizar curaciones en caso de heridas, verificar que el paciente que sufre de diabetes este tomando de forma correcta sus medicamentos, aplicarle insulina de ser necesario, aplicarle vacunas, etc.

Cuando el paciente viene para el control de enfermería nosotros lo pesamos, tallamos, medimos el perímetro abdominal, le sacamos su índice de masa corporal, le hacemos control de su presión arterial, control de su glucosa con el hemoglucotex y revisamos también en el sistema los valores de sus controles anteriores. (E2)

La enfermera en este programa realiza un rol asistencial con el paciente diabético, control de signos vitales, lo pesamos tallamos, sacamos el índice de masa corporal, realizamos curaciones si el caso lo requiere. (M4)

Las políticas de salud actuales están promoviendo y convirtiendo a los centros de salud del MINSA y EsSalud, en mini hospitales por lo que están transfiriendo a los pacientes a los centros de salud para descongestionar los hospitales, convirtiendo el primer nivel de atención en satélites de la labor asistencial curativa, alejando de esta manera cada vez más el rol de prevención y promoción. El rol asistencial está normado que se brinde en los centros de salud, pero este no debe ser el que predomine, porque en la

atención primaria debe prevalecer el cuidado comunitario frente al individual y debe primar la prevención y promoción frente a las acciones curativas.

En estos centros de salud trabajan en su mayoría con la persona que ya padece de diabetes o que fueron diagnosticados en otros lugares. Algunos de ellos son captados en el mismo centro de salud o por lo general el paciente busca al personal de salud, en lugar que las enfermeras salgan a la comunidad a impartir educación sobre cómo promover la salud, prevención y diagnóstico precoz de la diabetes. Esto se presenta porque tiene a su cargo varias estrategias, realiza multiplicidad de roles y no hay el número adecuado de profesionales de enfermería. Lo cual impide que realicen todas las actividades preventivas de diabetes y mucho menos puedan empoderarse en la promoción de la salud.

Mayormente los pacientes vienen con el diagnóstico de diabetes que les dieron en las clínicas o en el hospital de la Mercedes, son pocos los que se identifican en el centro de salud. Cuando vienen acá ya vienen con su tratamiento. (M3)

Esta situación genera un sentido de frustración por parte de las enfermeras, que ven como aumenta la incidencia de diabetes, pero al mismo tiempo se siente atadas de manos por el sistema de salud y por las políticas de salud que no le permiten desarrollar su rol al ciento por ciento en la prevención primaria y en la promoción de la salud. Donde las enfermeras de ambas instituciones se dedican a desarrollar la prevención secundaria, tratando de prevenir las complicaciones de la diabetes en lugar de prevenir la enfermedad. Esto se da porque su trabajo está orientado a trabajar más con la persona que padece la diabetes.

Las enfermeras de EsSalud están más empoderadas en la prevención secundaria y realizan nefroprevención con su paciente de diabetes controlando su presión arterial y supervisando su tratamiento con

nefroprotectores que son medicamentos antihipertesivos, tiene mayor capacitación al respecto. Este programa se está ampliando en los colegios y empresas debido al incremento de la insuficiencia renal ocasionada en su mayoría por las nefropatías diabéticas y la hipertensión. Esto demuestra que las instituciones de salud en el nivel primario y en los programas preventivos promocionales están dando mayor importancia al rol asistencial curativo.

El médico revisa los resultados de microalbumiemia y creatinina, y si cree que debe recibir tratamiento de nefroprotección con medicamentos como: Enalapril, Captopril y Losartan, nos envía al paciente para darle consejería y chequear que tome sus medicamentos en forma correcta. (E1)

Las enfermeras del MINSA en su rol asistencial, preocupadas porque no pueden realizar un tamizaje de la glucosa que les permita hacer un diagnóstico precoz,- por la falta de presupuesto para los insumos y porque algunos centros de salud no cuentan con laboratorios y mucho menos con un glucómetro- emplean estrategias como campañas de dosaje de glucosa y triglicéridos a bajo costo, para todos los usuarios que asisten a su centro de salud. Esta campaña la coordina con laboratorios privados una o dos veces al año, pero aun así, no está al alcance de todos porque son en su mayoría personas pobres y de extrema pobreza. Si gastan en el análisis ya no les alcanza para su tratamiento.

El dosaje de glucosa no es gratuito, las personas tienen que pagar un costo de 6 soles. Algunas veces me pongo de acuerdo con algunos laboratorios para que les dejen el examen a mitad de precio, esta actividad lo realizo una o dos veces al año. (M6)

De igual forma muchas enfermeras como parte de sus estrategias para controlar a sus pacientes diabéticos de bajos recursos, prestan glucómetros a los serumistas de medicina o enfermería y se agencian de medicamentos para el tratamiento de la diabetes a través de donaciones. Como se ve, las enfermeras del MINSA, en respuesta a sus necesidades, se

ven obligadas a buscar soluciones para cumplir con su rol asistencial y contribuir en el cuidado de sus pacientes debido a que la institución de salud no les proporciona lo necesario.

El programa no cuenta con medicamentos gratuitos, nosotros nos agenciamos pidiendo donaciones a los visitadores médicos o nos regalamos otros pacientes lo que les sobra. Estos medicamentos los regalamos a los pacientes de escasos recursos. (M5)

Esta realidad no lo viven las enfermeras de ESSALUD, que cuentan con un mayor presupuesto en sus programas, cuentan con laboratorios en todos sus policlínicos y con glucómetros que les permite hacer tamizajes en todos sus usuarios que asisten a otros consultorios. Y en las consultas médicas les proporcionan a todos los pacientes medicamentos para tres meses, donde las enfermeras supervisan cada mes que los pacientes lo tomen correctamente.

Sale la enfermera una vez por semana a realizar el hemoglucotex, a todos los pacientes de consultas externas que no vienen a nuestro programa, les tomamos la muestra y los captamos. (E1)

Las instituciones de salud del primer nivel de atención están llamadas a promover los enfoques centrados en la salud, más que los centrados en la enfermedad, esto modificaría la elección del sistema de prestación de cuidados, el número de personal cuidador, las descripciones del puesto de trabajo, las normas y los criterios de calidad de los cuidados, los programas de orientación y de formación continuas, el sistema de promoción y el presupuesto. En el seno de estas organizaciones y dentro del equipo multidisciplinar es donde se llevan a cabo las intervenciones enfermeras, donde en la actualidad y debido a los cambios económicos y sociales, existe una nueva cultura de los cuidados, y los encargados de liderar y dinamizar este trabajo son los gestores enfermeros.

Otro de los roles predominantes de las enfermeras en la prevención de la diabetes, en el primer nivel de la atención que ocupa gran parte de su tiempo es el "*rol de gestora*". Meleéis (1989) refiere que la gestión del cuidado está orientada hacia las personas, su familia, el personal de enfermeras y los equipos interdisciplinarios. La gestión se define como "un proceso humano y social, que gravita alrededor de la influencia interpersonal y de liderazgo, de motivación y de participación, de comunicación y de colaboración". La gestión sirve de guía para las actividades de la dirección de los cuidados, donde la enfermera gestora favorece una cultura organizadora centrado en el cuidado de la persona⁽¹⁹⁾

Leininger (1989) refiere que la enfermera gestora está llamada a apoyar la intervención de las personas cuidadoras, a crear un contexto y un entorno de trabajo favorable para la prestación de cuidados adaptados a la cultura de los usuarios y del personal. Hoy se solicita ampliamente a la enfermera gestora, que sea eficaz en su gestión de los recursos humanos, financieros y técnicos. Está llamada a apoyar cambios importantes.⁽¹⁹⁾

La enfermera en su *rol de gestora* debe ser la mediadora en el proceso de administración de cuidados a la población y la encargada de promover y supervisar el buen funcionamiento de este proceso, así como de moderar y arbitrar los recursos humanos y materiales del mismo. Por ello debe ser un personal competente, conocedor de la disciplina y de la profesión, así como de las tareas de gestión. Esta función va unida a la de planificar y organizar la atención integral a las personas y a la comunidad a través de estrategias que ayuden a alcanzar mayores avances y cuotas de salud a un costo soportable por la comunidad.⁽⁶⁸⁾

Es preciso que las enfermeras se concienticen y reflexionen sobre la importancia de este rol y se capaciten para ello. Para no confundirse ejerciendo un rol maternal, donde la enfermera cree que debe resolver todos los problemas de la institución desde las actividades más complejas

hasta las más simples, por lo cual trabaja mucho y en la gran mayoría de veces no deja evidencia documentada de su gestión. Por otro lado, le cuesta delegar responsabilidades porque piensa que nadie mejor que ella para resolverlas. Siempre está asumiendo mas roles de los que puede solucionar y esto le está alejando del cuidado directo con el paciente y la comunidad.

En mi centro de salud solo somos dos enfermeras y tenemos que dividirnos entre las dos 12 estrategias y aparte ejerzo la jefatura de enfermería, y por eso el tiempo me falta. (M6)

Las enfermeras creen que deben ser poli funcionales y que todo tiene que pasar por sus manos, son “todistas” y generan “codependencia” en las relaciones de cuidado y de gestión para el cuidado. La “codependencia” surge de un Estado desviado en las relaciones entre las personas, que puede llegar a ser disfuncional. Uno de los roles que puede asumir un codependiente es el de cuidador. “El cuidado codependiente es cuidar a otros a expensas de cuidar de sí mismo. Además, el codependiente tiene dificultad de percibir su rol como cuidador y en sus relaciones se crea una competencia inadecuada para controlar al otro, de forma tal, que ninguno de los dos es capaz de desarrollar capacidad de empoderamiento, frustrando el auto cuidado.”⁽⁶⁹⁾

Los resultados de la “codependencia” se traducen en sentimientos de impotencia al ver frustrados los deseos de lograr las metas del cuidado, en pro de las metas económicas de las instituciones. Adicionalmente, porque el sistema empodera a los usuarios y enfermeras, en pro de los administradores, los médicos y la tecnología. En este contexto las enfermeras son captadas para mantener sistemas disfuncionales. Esta presión le ocasiona una carga emocional que es asumida como una imposición del usuario, por la institución y por ella misma. Sin embargo, el hecho de sentirse el centro, el computador, la mamá, le representa un valor

una centralidad que no quiere perder, cree que por ser polí funcional es buena administradora.⁽⁵⁾

Al respecto, menciona Spector y Muños (2003) que la enfermera tiene este rol polí funcional porque dentro de la cultura de la enfermera se da un conjunto de prácticas, hábitos, referencias, normas y rituales, entre las cuales todavía se conserva como propias las relativas al orden y la organización, la metodología sistemática de resolución de problemas y el cumplimiento de recomendaciones o indicaciones médicas.⁽⁵⁾ Esta cultura de recibir órdenes la enfermera lo tiene bien impregnada en su práctica profesional que le es difícil liberarse de la noche a la mañana. Por ello es importante que la enfermera se desarrolle en el cuidado comunitario, para lograr su autonomía en el ejercicio profesional.

El deber administrativo de las enfermeras es la gestión del cuidado individual y/o colectivo. Sin embargo, constantemente le están asignando labores que sobrepasan sus funciones. Y esto está llevando a que la enfermera delegue su principal rol de cuidadora. Esto es corroborado por Castrillón (1999) quien afirma que el personal auxiliar se identifica claramente con las actividades referidas al cuidado directo de enfermería y el personal profesional con la administración del servicio de enfermería.⁽⁶⁶⁾

Las enfermeras entrevistadas reportan la falta de tiempo y de personal de enfermería, como una de las razones para delegar funciones propias de enfermería al auxiliar de enfermería, como es el caso de las visitas domiciliarias, las cuales son realizadas por los auxiliares, quienes lo único que hacen es constatar porque el paciente no va a sus controles. Se pierde la oportunidad de dar educación sanitaria y hacer un diagnóstico situacional de las familias e identificar factores de riesgo de la diabetes.

El ejercicio del *rol de gestora* no debe ser un impedimento para que la enfermera brinde un cuidado personalizado al usuario y a la comunidad, este rol más bien le debe ayudar a organizar su cuidado. Si su rol de gestión le demanda mucho tiempo, que delegue el cuidado a otro profesional de enfermería, para que sea asumido con profesionalismo y de esta manera se vaya construyendo y fortaleciendo la imagen positiva de la enfermera en la sociedad.

La enfermera en la gerencia de los servicios y en los programas cumple un rol transcendental en sus diversas etapas, en la elaboración de análisis de la situación de salud, identificación y priorización de problemas, la programación de actividades, los procesos de control en los diferentes niveles de responsabilidad. Muestran el compromiso con la visión y misión institucional.⁽⁷⁰⁾

En las enfermeras entrevistadas, ellas referían que gran parte de las horas de trabajo lo dedican a labores administrativas, ya que cada día les agregaban más responsabilidades en este rol, lo cual les impedía estar directamente en el cuidado con sus usuarios. Así mismo, este rol les resta tiempo en las actividades de prevención de la diabetes y de promoción de estilos de vida saludables en la comunidad. Mencionan que mensualmente tiene que revisar muchas historias clínicas, cumplir metas altas, preparar informes estadísticos, programar y coordinar visitas a las distintas instituciones, realizar coordinaciones internas, organizar visitas domiciliarias, charlas educativas, coordinar campañas de tamizaje de la glucosa, coordinar campañas médicas en las empresas, solicitar consultas médicas para los pacientes diagnosticados con diabetes.

Otra de las funciones que debe desarrollar la enfermera es la presentación de un plan de trabajo anual al director de la institución de salud, algunas veces tiene que desempeñar labores como jefa y al mismo

tiempo cumplir con los demás roles. Lo cual le lleva a un agotamiento físico y emocional y experimenta sentimiento de ineficiencia profesional, porque siente que ninguno de sus roles los desarrolla a cabalidad y muchas veces es percibida por los usuarios como un profesional deficiente. Para no dar esta imagen algunas enfermeras del MINSA citan a sus pacientes fuera de sus horas de trabajo en las tardes para desarrollar talleres y tratar de darles atención integral en la medida de sus posibilidades.

Uno de los roles de enfermería es coordinar con las diferentes especialidades para la atención integral del paciente, se coordina citas con el médico, con la psicóloga y si el paciente está con sobrepeso se coordina con el profesional de nutrición. De igual manera se coordina las campañas de tamizaje con los laboratorios. No me alcanza el tiempo y cito a mis pacientes fuera de mi hora de trabajo para no abandonarlos. (M4)

En el rol de gestión Coordinamos campañas médicas en las empresas de nuestra jurisdicción, organizamos distintos talleres con los pacientes diabéticos, revisamos historias clínicas y hacemos informes mensuales de las metas programadas. Realmente nos falta el tiempo para cumplir con todo. (E1)

Es urgente que el Estado mejore la atención primaria y lo enfoque hacia la prevención y promoción de la salud para disminuir la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes, ya que esta enfermedad se puede prevenir con estilos de vida saludable. Y para ello es necesario que aumente el presupuesto en este sector y se amplíe el número de profesionales de salud, en especial las enfermeras, para empezar el trabajo arduo de la prevención y promoción.

La enfermera debe reorientar sus capacitaciones y desarrollo hacia un nuevo modelo de administración acorde con la realidad actual y con las exigencias futuras, para ejercer un liderazgo de mayor impacto; intervenir en la toma de estrategias del sector, participar activamente en los planes de salud, en las políticas públicas que les permita realizar abogacía por la comunidad vulnerable. De igual manera, debe empoderarse y liderar la

educación para la salud, para concientizar la importancia del auto cuidado en todos los ciudadanos.

Para lograrlo es importante que las enfermeras ejerzan el “*rol de educadora*”, el cual también es ejercido por otros profesionales de salud. Pero es a la enfermera a quien reconoce la población como la principal educadora de la salud y a quien recurren cuando necesitan un consejo de cómo cuidar su salud. Por ello es importante que la enfermera se empodere y ejerza este rol en todos los niveles de atención, porque trabaja las veinticuatro horas del día y durante todo el año con las personas sanas o enfermas, en los hospitales o en los centros de salud, donde debe aprovechar todos sus espacios para dar educación para la salud sobre estilos de vida saludables al individuo y al colectivo para evitar la diabetes.

La enfermera debe empoderarse en el rol de educadora en la prevención de la diabetes en el primer nivel de atención y fomentar estilos de vida saludables en las personas, familias y en toda la población. (M1)

“La enfermera cumple un rol educador en lo que respecta a la prevención de la diabetes. La enfermera constituye un pilar básico para la enseñanza del auto cuidado de la salud en las personas y familias”. (M6)

Este rol fue reconocido hace muchos años atrás por Virchow (1920), quien ya le daba mucha importancia a la educación para la salud, y habló de la necesidad de organizar la comunidad, para educar a los individuos en el cuidado de su salud personal y asegurar a cada uno un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud; habló también de la prosperidad y la libertad en el contexto de una democracia completa, donde se planteó la necesidad de que los individuos se apropien de la responsabilidad de cuidar su salud, como complemento del compromiso estatal y de la importancia que tiene, para el concepto integral de salud, el componente social. ⁽⁷¹⁾

El Ministerio de Salud de Canadá en 1974 emitió el informe "Lalonde", en el cual apareció la promoción de la salud como una estrategia gubernamental, que incluía políticas públicas para favorecer el mantenimiento de la salud, a través de programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones; para lo cual fundamentó su estrategia en las acciones que apuntaran a cambios en el estilo de vida.⁽⁷²⁾

Es importante que las enfermeras se empoderen en la educación sanitaria para tener un papel activo en la promoción de la salud y por ende prevenir las enfermedades, ya que hasta la fecha por lo observado en la investigación, falta trabajar mucho en este rol. Y para ello las enfermeras deben exigir a las instituciones que les apoyen en esta ardua labor, que será de mucho beneficio para la salud de la población.

El profesional de salud no debe ser un simple reproductor de conocimientos ni el usuario un receptor pasivo de lo que le es transmitido, deben desarrollar, siempre que sea posible, una relación que posibilite un diálogo que contribuya a la producción de valores que respondan a las necesidades concretas y que aumente, además, el coeficiente de autonomía de los sujetos para vivir la vida de una manera autónoma y socialmente responsable.⁽⁷³⁾

Carvalho (2008) nos da a entender por empoderamiento en la definición de la "*promoción de la salud*" como "un proceso de capacitación de los individuos y colectivos con el objetivo de que estos aumenten el poder sobre las condiciones y determinantes de la salud", plantea a la educación para la salud el desafío de repensar sus procesos pedagógicos. Más que mejorar la información e inducir comportamientos. El proceso de empoderamiento social debe estimular la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de cogestión de los problemas sociales por parte de los individuos y colectivos.⁽⁷³⁾

Las estrategias que más se emplea en el programa es la educación al paciente en cada control de enfermería, sobre todo lo relacionado con la diabetes ya que constantemente nos encontramos

con falta de conocimiento sobre su enfermedad, ellos no son consientes de las complicaciones y de los cuidados que deben seguir para evitar daños renales. (E2)

Debemos continuar con la educación constante con el paciente, para lograr cambiar hábitos y conductas que afecten su salud, para lograr una mayor concientización sobre su enfermedad para que colabore en su auto cuidado, no debemos bajar la guardia hasta que el paciente sienta la importancia de cambiar conductas negativas para su salud.(M6)

En estas entrevistas se corrobora la falta de educación en la prevención de la diabetes, donde las enfermeras mencionan que gran parte de usuarios que acuden al centro de salud desconocen sobre cómo prevenir la diabetes y sus complicaciones. Esto se presenta porque no se da la debida importancia a la promoción de la salud y a la prevención primaria, porque las estrategias no tiene presupuesto y el número suficiente de enfermeras para realizar este rol de educadora. Las enfermeras de los programas tienen sobrecarga laboral y manejan varias estrategias que son un obstáculo para desarrollar este rol tan fundamental en el primer nivel de la atención.

Así mismo, las enfermeras en estudio de ambas instituciones realizan un rol educativo más orientado a la prevención secundaria, donde sus acciones están dirigidas a trabajar con la persona que padece la enfermedad. Y se hace muy poca prevención primaria y promoción de la salud, debido al predominio del paradigma biomédico en el primer nivel de atención. Aunque es sabido que el solo hecho de trabajar con la prevención es ejercer un enfoque biomédico, debemos migrar hacia la promoción. Esto nos hace pensar que los trabajos encaminados en el primer nivel de atención están tan lejos de la promoción, porque todavía no estamos ni empoderados en la prevención primaria.

En estos fragmentos de las entrevistas, las enfermeras reconocen que educar para cambiar hábitos es una ardua labor que necesita educación continua, donde se ven los resultados a largo plazo. Debido a que los

hábitos, según Bordeu (1997) son conductas adquiridas desde la niñez impuestas por las familias y por la sociedad en la cual se desenvuelven y están muy fijados en las costumbres de las personas.⁽²⁵⁾ No es suficiente enseñar estilos de vida saludables para cambiar hábitos que afectan la salud, si antes no se mejora las condiciones de vida que les permita satisfacer sus necesidades básicas como mínimo, que le permita ser responsable de su auto cuidado.

Antón (1989) afirma que para educar en el auto cuidado se debe tener presente que depende de dos factores como: Saber y poder. El primero equivale a la cultura que tenga sobre salud el ciudadano, de su familia y de la sociedad a la que pertenece; en la cultura de la salud entran conceptos, habilidades, técnicas actitudes, prejuicios, valores, tabúes, etc. Y el poder está referido a tener todos los medios necesarios, para el cuidado de la salud, basándose en su saber actuar.⁽⁶³⁾

Es importante que la enfermera eduque y empodere a la persona en el cuidado de su salud y como ciudadano responsable que conoce sus deberes y derechos, para exigir una responsabilidad compartida con el Estado en este cuidado. Y para ello la enfermera debe tener la capacidad de escuchar al otro, para identificar sus necesidades y ayudarlo a encontrar sus propias soluciones, respetando sus costumbres en el cuidado de su salud.

Al respecto, Paulo Freire (1997) menciona: "Si el sueño que nos anima es democrático y solidario, no es hablando a los otros, desde arriba hacia abajo, como si fuéramos los portadores de la verdad a ser transmitida a los demás, que aprendemos a escuchar, sino que es escuchando como aprendemos a hablar con ellos. El educador que escucha aprende la difícil lección de transformar su discurso al alumno. Y lo que nunca hace quien aprende a escuchar para poder hablar, es hablar impositivamente."⁽⁷⁴⁾

Para lograr ejercer su *rol de educadora*, es importante que la enfermera emplee la técnica de escucha-transmisión, según la base del sujeto emisor y receptor, con habilidades de comunicación que generen confianza y relaciones humanas personales o grupales con determinación emocional y de valores. En esta técnica el sujeto emisor tiene que tener en cuenta lo que quiere decir, lo que se sabe decir y lo que se dice y como se dice, porque el tono de las palabras influye en la aceptación por parte de las personas. Y en el sujeto receptor, se tiene que evaluar lo que escucha, lo que comprende, lo que aprende, lo que retiene, lo que acepta y lo que se practica.⁽⁷⁵⁾ Todo esto se tiene que tener en cuenta para evaluar el logro que se ha tenido con la educación y permitirá reforzar la enseñanza en el cuidado de su salud.

Las enfermeras que imparten educación sanitaria deben ser asertivas, tener un buen carácter, buen trato y ser amable con el paciente y familia.(E1)

La educación impartida con amabilidad permitirá afianzar los lazos de confianza y respeto del usuario con la enfermera y le permitirá mejorar su imagen en la comunidad y ser considerada la educadora de salud. De igual forma, permitirá que la enfermera desarrolle una educación continua y evalúe periódicamente los cambios de conducta que adopte la comunidad, donde la educación para la salud llegue a ser el rol que más predomine en las enfermeras del primer nivel de atención.

Según Pico y Tabón (2005) menciona que la enfermera se perciben como el principal agente educativo, y asumen su rol educadora por formación profesional y condición de mujer-madre, entendida como la primera educadora y socializadora del cuidado de la salud en el hogar, que da centralidad a la mujer en las relaciones familiares y, por analogía, la enfermera se siente el centro en la institución, que se refleja en su comunicación con los usuarios, quienes la reconocen como mediadora y educadora. Este rol le hace sentirse visible, con credibilidad y autoridad

frente al usuario y le permite reconocer sus cualidades de escucha, negociación, acompañamiento, paciencia, empatía y ayuda.⁽⁵⁾

Para ejercer la educación para la salud es necesario que la enfermera comprenda el mundo de los usuarios, para ir transformándolo, teniendo en cuenta no solo la transmisión de los conocimientos, sino también las barreras que el individuo pone a nuevas actitudes, la resistencia a renunciar a ciertas costumbres que afectan su salud, lo cual lo aprendió de sus padres y lo que se le va a enseñar.

Las enfermeras en su *rol de educadora*, en el presente estudio, realizan charlas educativas en su centro de trabajo con los pacientes que sufren de diabetes y con todos los usuarios que asisten a otras consultas. De igual forma, realizan charlas en los centros educativos e instituciones según sus posibilidades. También realizan visitas domiciliarias cuando es necesario y el tiempo se le permita; y aprovecha este espacio para dar educación sanitaria a toda la familia, aunque muchas veces esta visita lo realiza el personal auxiliar. Así mismo, realiza consejerías y forma líderes para que colaboren con ella captando pacientes que sufren de diabetes para el programa o personas que presentan algún riesgo. Estos líderes son pacientes diabéticos que han aprendido a auto cuidarse.

Las visitas domiciliarias han formado parte de los principios de la reforma de atención primaria, donde el trabajo a domicilio de la enfermera tendrá un gran contenido de educación sanitaria cuyo objetivo es el siguiente: De carácter investigador, asistencial, educación sanitaria y mixta.

⁽⁶⁵⁾ Las enfermeras del estudio en su mayoría realizan las visitas para hacer seguimiento a los pacientes que no asisten al programa.

La enfermera debe hacer el seguimiento al paciente, que no se trabaje por cumplir metas establecidas, sin importarle la persona, que se realice visitas domiciliarias para ver la problemática que vive el paciente. (M3)

Se capacitan líderes, quienes son personas con el diagnóstico de diabetes que aprendieron a auto cuidarse, y nos ayuda a captar personas en riesgo o que ya tienen la enfermedad, ellos nos ayudan dentro del hospital. (E2)

Las universidades deben tomar conciencia de la importancia de este rol de educadora y deben impartir desde aulas todas las técnicas y herramientas de comunicadora social, para ejercer educación para la salud en el ejercicio de la profesión, como una forma de cuidar de la salud individual y de la población. Así mismo, deben influenciar en los alumnos para que valoren el trabajo de salud pública y se empoderen en el rol preventivo promocional.

El trabajo de educación para la prevención de la diabetes y promoción de la salud, es un trabajo arduo, te tiene que gustar para que puedas ver los frutos. Ver como mejoran y cómo cambian las personas en aspectos sobre cuidar su salud y eso te llena de satisfacción. (E1)

El “rol de investigadora”, estuvo ausente en la presente investigación en todas las enfermeras entrevistadas, ya que refieren que no les alcanza el tiempo y no cuentan con incentivos y con el presupuesto necesario para desarrollar este rol. Es importante que se formen comités de investigación en el primer nivel de atención para evaluar los programas, las estrategias, las incidencias y prevalencias de las enfermedades y el nivel de conocimiento que tienen las personas en los distintos temas de salud, con la finalidad de reforzar y darle el valor científico a la profesión. Y contribuir a mejorar los servicios de salud en beneficio de la población.

Esto es fundamentado por Bergman (1990), citado por Kérouac, donde menciona que la práctica, la teoría y la investigación están íntimamente unidas. La práctica interroga y sugiere las hipótesis, la teoría guía la conceptualización de los problemas y los temas de investigación, los investigadores elaboran los proyectos y efectúan la investigación científica, lo

que permite perfeccionar la teoría existente o contribuir a la elaboración de nuevas teorías. ⁽¹⁹⁾

Las enfermeras de las distintas áreas prueban estas teorías y así su ejercicio profesional o práctica tiene un sustento científico. Es así que la teoría, la práctica y la investigación tienen un carácter interdependientes, se enriquecen mutuamente y son las fuentes de inspiración y de desarrollo. La investigación enfermera llega a la madurez en el sentido en que se vuelve progresivamente más apta para describir, analizar y explicar los fenómenos unidos a su centro de interés y a los principios que se derivan de este. ⁽¹⁹⁾

En esta investigación se puede reflexionar de la importante labor que ejerce la enfermera en todos los roles: Asistencial, de gestión, educadora y de investigadora, en pro del cuidado de la persona, familia y comunidad. Lo cual le hace el profesional más idóneo para ejercer el rol en la prevención y promoción de la salud que le lleve a ser líder de la educación para la salud, por ser el profesional que más conoce la problemática de salud de la población, para ejercer abogacía salubrista por el bien de la comunidad, que les lleve a ejercer su ciudadanía y responsabilidad en su auto cuidado compartida con el Estado.

CONSIDERACIONES FINALES

La diabetes mellitus se ha convertido en los últimos años en una de las enfermedades que más decesos provocan y resulta de un alto costo al sistema sanitario y a la realidad económica de quien lo padece. Este problema se asocia con factores relacionados con el proceso de globalización y los cambios que este ha generado en el estilo de vida de las personas, no discriminando a ningún grupo etario; realidad a la cual no es ajena la sociedad lambayecana donde la prevalencia e incidencia de la diabetes se ha incrementado en los últimos tres años en un 30% aproximadamente.

Frente a esta realidad el Estado ha incorporado políticas de salud que enfatizan la orientación recuperativa, tradicionalmente preponderante en los servicios de salud como estrategia principal para abordar el problema sanitario. Las instituciones de MINSA y EsSalud, acogiéndose a las políticas establecidas, concentran sus esfuerzos en la población que experimenta el daño, en desmedro de aquellas actividades propias de la promoción de la salud y estilos de vida saludables.

El personal de enfermería, alineados a las políticas de salud biomédicas asistencialistas, se limitan a ejercer su rol asistenciales y de gestora lo cual implica aplicar medicamentos, curar heridas, captar personas que sufren de diabetes, llenar los registro, detección de complicaciones de la diabetes y la coordinación de las actividades. Descuidando el verdadero sentido que tiene el rol de la enfermera en el trabajo de salud pública que es el *rol de educadora* que le permita liderar y empoderarse en la prevención y promoción de la salud.

Estas políticas de salud impuestas llevan a genera en los profesionales de enfermería desmotivación, sobrecarga laboral y a darle

poca importancia al trabajo que se realiza en la salud pública, acrecentando sus deseos de migrar a otras instituciones para ejercer su rol asistencial.

Comprender el rol de la enfermera, frente a la realidad sanitaria de la diabetes, implica el análisis del conjunto de comportamientos, acciones, actitudes y conducta frente a una realidad sanitaria preocupante y desmotivadora. El papel ideal que corresponde en el ejercicio de la enfermera de salud pública, deben estar centradas en la promoción de la salud y en la prevención del daño, minimizando los hábitos y estilos de vida poco saludables de la población; para ello los profesionales de enfermería deben asumir acciones que implican ejercer sus cuatro roles como enfermera asistencial, educadora, de gestora e investigador. Siendo el rol más relevante en esta área, el de educadora de salud.

La diabetes como un problema social emergente, adquiere una extraordinaria importancia, debido a los condicionantes existentes en la realidad Iambayecana; por ejemplo, en el año 2010 en la población que atiende el MINSA, se han determinado un total de 2362 casos nuevos, el cual es casi cinco veces superior al registrado en el 2008 que se encontró 500 casos; estas cifras solo es de las personas captadas en los diferentes centro de salud, desconociéndose el total de la población afectada porque no se hace tamizaje. Es así que el estudio demuestra que las cifras obtenidas no reflejan la verdadera magnitud del problema, ya que existe un subregistro originado por el desconocimiento de las personas sobre los signos y síntomas de la diabetes; a esto se añaden los aspectos culturales y el proceso mismo de la enfermedad (las manifestaciones de la enfermedad aparecen después de 5 a 10 años de iniciada la diabetes), que la estereotipa como una "silenciosa".

La prevalencia e incidencia de la enfermedad es reconocida por las enfermeras como un problema de difícil solución, debido a la resistencia

que genera en la población el asumir conductas alimentarias saludables, en una ciudad donde la diversidad gastronómica y las costumbres son parte del modo de vida de los pobladores. Frente a esto, han asumido acciones que priorizan la educación para la salud, sin embargo, esta actividad solo constituye una pequeña parte de su accionar diario, ya que de acuerdo al protocolo establecido en sus instituciones sus actividades deben centrarse en la prevención secundaria dejando un poco de lado la prevención primaria.

Las instituciones de salud en la región experimentan un elevado gasto debido a las complicaciones relacionadas con la diabetes, considerándose las nefropatías diabéticas como una de las complicaciones más comunes de esta enfermedad, y se le atribuye el 60% de los casos de insuficiencia renal en la población lambayecana. Esto se evidencia con el alarmante incremento de centros de hemodiálisis privados en el departamento, que tercerizan sus servicios con EsSalud.

El rol de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, por parte de las enfermeras frente a la diabetes, se ve obstaculizado por la asincronía de las políticas de salud frente a la realidad sanitaria de las enfermedades no transmisibles en especial la diabetes, que requiere acciones urgentes para frenar esta epidemia del siglo XXI que crece a pasos agigantados. Las políticas de salud están enfocando su mayor esfuerzo en atender las complicaciones de la diabetes en lugar de desarrollar un trabajo coordinado con las distintas instituciones de salud, educación, comunicación, economía y otros, donde se involucren en la promoción y prevención de las enfermedades crónicas.

Estas políticas de salud asistencialistas, no acordes con la realidad sanitaria, se reflejan en la mayor inversión que designa el Estado, en la parte asistencial, donde se incrementan nuevos hospitales con tecnología de

vanguardia en desmedro de la atención primaria, lo cual se demuestra en la estrategia de daños no transmisibles, las cuales no se han acompañado de presupuestos idóneos que viabilicen esta estrategia que está llegando al final de su periodo (del año 2004 al 2012) y todavía no están implementadas en los distintos centros de salud del MINSA, los cuales no cuentan con recursos básicos como glucómetros, laboratorios, insumos, infraestructura y otros.

De igual manera, este bajo presupuesto designado al primer nivel de atención ocasiona que no se cuente con el número necesario de enfermeras para desarrollar el trabajo comunitario, concentrándose en mayor número en los hospitales y clínicas. Así mismo, producto de estas políticas de salud que dan mayor importancia al trabajo asistencial se presenta una diferencia de sueldos entre las enfermeras que realizan labor asistencial hospitalaria frente a las enfermeras del primer nivel de atención.

Esta problemática no favorece la labor de promoción y prevención de la diabetes por parte de las enfermeras, porque tienen que lidiar con una serie de obstáculos para sacar adelante su estrategia (MINSA) o la cartera del adulto (EsSalud). Esto lleva a experimentar sentimientos de frustración y desmotivación por parte de las enfermeras que sienten que no están contribuyendo en la prevención de la diabetes y que el Estado las deja solas en esta ardua labor y no valoran sus trabajos comunitarios. Esto ocasiona que el personal de enfermería realice especialidades y maestrías en otras áreas que no se relacionan con la salud pública y que constantemente migren a otras instituciones donde encuentran un mejor ambiente laboral y son mejores remuneradas.

Otro obstáculo encontrado en esta investigación es la falta de cultura de promoción de estilos de vida saludables y de prevención de las enfermedades por parte de los usuarios, quienes continúan con paradigmas biomédicos muy marcados, donde dan mucha importancia al tratamiento

curativo impartido por el médico. Esto les lleva a dar poca importancia a la educación para la salud y a los consultorios de consejería de enfermería. Ellos creen que es una pérdida de tiempo asistir a estos consultorios y escuchar charlas educativas, ya que están acostumbrados a preocuparse por su salud y buscar ayuda sólo cuando se presentan los signos y síntomas de la enfermedad.

Al respecto Pico, M. (2005) menciona que el paradigma de la promoción de la salud todavía no ha impactado en la población y por lo tanto no están capacitados para su auto cuidado, evidenciándose por el incremento de la población con sobrepeso, obesidad y de las enfermedades crónicas. Es por ello que las enfermeras que participaron en esta investigación, preocupadas por esta problemática y el cuidado de la salud de la población son conscientes que deben de dejar de ser enfermeras para médicos e ir empoderándose en su cuidado al servicio de los ciudadanos. Son conscientes que deben migrar del paradigma curativo al paradigma de promoción de la salud, que le permita liderar el cuidado de la salud de la población y lograr su tan ansiada autonomía en el quehacer profesional.

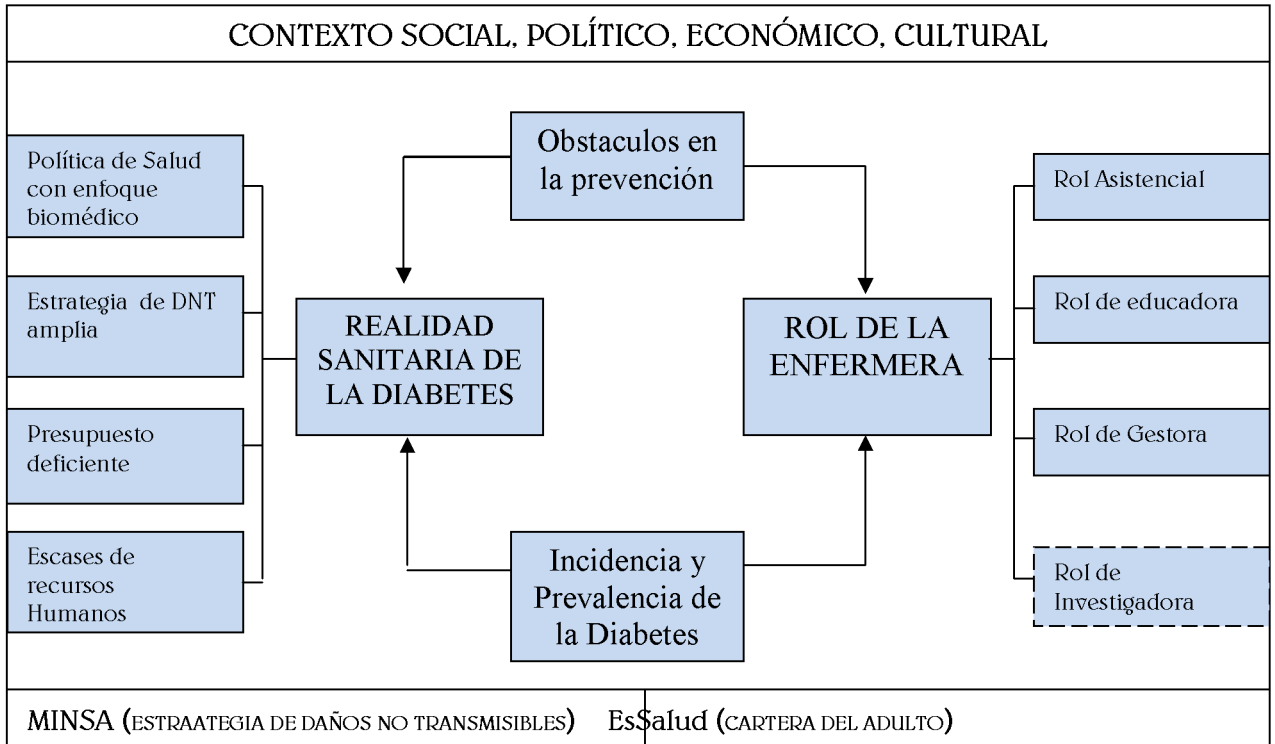
La enfermera cumple un rol primordial y trascendental en el cuidado de la salud de la población lo cual se encontró en las enfermeras del presente estudio que pese a todos los obstáculos presentes en ambas instituciones en estudio, ellas continúan trabajando con lo que tienen a su alcance para prevenir la diabetes, sintiendo que sus acciones se diluyen frente a un problema de gran magnitud que es el crecimiento acelerado de esta enfermedad. Donde tanto las enfermeras del MINSA como de EsSalud, en el primer nivel de atención, desempeñaron roles asistenciales con las personas que ya desarrollaron la enfermedad, de educadoras de la salud, de gestoras del cuidado; y se encontró ausente el rol de investigadora, donde ellas atribuyen que no lo realizan por la falta de presupuesto, por sobrecarga laboral y por falta de capacitación en investigación.

El rol preponderante de la enfermera en el primer nivel de atención debe ser el de educación para la salud, el cual le permite empoderarse en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de las enfermedades; pero en este estudio se encontró con mucho pesar que las enfermeras realizan más el rol asistencial impuesto por el paradigma biomédico que traen desde sus antecesoras de enfermería, los cuales son fortalecidos por las universidades formadoras de esta profesión y por las políticas de salud que están generando que el primer nivel de atención se transforme en la continuidad de los hospitales. Las enfermeras realizan muy poca prevención primaria y todos sus esfuerzos están orientados en la prevención secundaria, y se podría decir que “estamos más cerca de la prevención secundaria y tan lejos de la promoción de la salud”.

La enfermera de hoy, que se desempeña el trabajo comunitario o ejerce el rol de enfermera salubrista, debe realizar un trabajo arduo en la educación sanitaria, así mismo debe ayudar a identificar los determinantes de salud de su comunidad, para luego participar y liderar en proyectos sociales que lleven a mejorar las condiciones de vida de la población, en coordinaciones multidisciplinarias, multisectoriales y con el Estado; donde se brinde las condiciones mínimas necesarias como empleo, educación, acceso a los servicios de salud, vivienda y otros, a todos los ciudadanos, para que ellos puedan asumir esta responsabilidad compartida con el Estado en el cuidado de su salud.

Esta realidad sanitaria de la diabetes demanda del profesional de enfermería que asuma un rol activo frente a este problema de salud, permitiendo que la enfermera a través de su rol asistencial, educativo, gestor y de investigación pueda superar las limitantes y obstáculos, para brindar cuidados de enfermería que enfatizan la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en las personas y sus familiares que se encuentran en riesgo.

MODELO CONCEPTUAL



RECOMENDACIONES

Este acápite del estudio no pretende convertirse en un protocolo de verdad, el investigador solo pretende recoger algunas propuestas a partir de los resultados del estudio, por lo que las recomendaciones se realizan en tres aspectos: (a) A las instituciones de salud, (b) entidades formadoras y (c) enfermeras comunitarias.

1. A las instituciones de salud.

Las políticas de Estado orientadas a salud deben desestructurarse del paradigma biomédico, orientándose a políticas que respondan a las necesidades de la sociedad, enfatizando la prevención y promoción de estilos de vida saludables, lo cual exige mejorar el nivel de educación en salud de la población.

Los profesionales de la salud especialmente el profesional de enfermería deben ser reorientados en las funciones que desempeña actualmente; asumiendo un rol protagónico en actividades centradas a promocionar la salud anteponiéndose al daño, específicamente de la diabetes.

El Estado debe capacitar de forma continua a los profesionales de enfermería en la prevención de la diabetes, considerando que la misma es un problema de la epidemiología social y que por ende precisa de empoderar tanto al profesional de la salud como al ciudadano para que ambos asuman una responsabilidad en el control de de esta enfermedad a "pasos agigantados".

El Estado a través del ministerio correspondiente debe procurar mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería, de tal suerte que se deje de tener una migración constante del personal de la estrategia de daños no transmisibles, específicamente de la diabetes, condicionado por los bajos sueldos, inestabilidad y sobrecarga laboral

generando abandono del trabajo comunitario y fracaso en la promoción de la salud.

Considerar los resultados de la presente investigación como parte del reflejo de una realidad sentida por la población y el profesional de enfermería a la cual muchas veces el Estado sigue "dando la espalda".

2. A las entidades formadoras

Las universidades deben asumir la responsabilidad social de formar profesionales de enfermería con conciencia y ética para el desenvolvimiento en la prevención y promoción de la salud; empoderando a estos profesionales para que respondan de manera efectiva en la satisfacción de necesidades educativas de la población.

Las escuelas de enfermería deben generar competencias de liderazgo aplicadas en el trabajo comunitario que enfatizan en la educación sanitaria, gestión de políticas públicas y municipalización de la salud como espacios obligatorios en la experiencia práctica de la formación de enfermería orientada a conseguir una sociedad saludable.

3. A las enfermeras comunitarias

Repensar el rol que la enfermera asume en el primer nivel de atención dejando de lado el funcionalismo para acercarse más a la realidad social rescatando el rol "de visitadora comunitaria" que desde Nightingale se visionó para ella. Este pensar debe direccionar a las enfermeras a desarrollarse en el espacio comunitario como líderes para la promoción de la salud a través de un arduo trabajo en la promoción y la prevención de la diabetes.

Exhortar a las enfermeras de la Estrategia de Daños no Transmisibles a mantener el ánimo y la pericia en su desenvolvimiento manteniendo el

propósito de contribuir en el cuidado humanizado de la persona, familia y comunidad, traspasando la barrera de la normatividad, a través de la perseverancia y lucha continua contra las limitantes culturales que favorecen la prevalencia de la diabetes.

Las enfermeras del área comunitaria deben romper con los mitos generados entorno a la investigación y comprender que los resultados del día a día en su trabajo constituyen experiencias enriquecedoras que deben ser sistematizadas para la mejora de las políticas de salud, estrategias, formación y estatus profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Federación Internacional de la Diabetes (FID). "IDF Diabetes Atlas". 2006-2009 Disponible en: <http://www.Diabetesatlas.org/es/content/prologo>. [Consultado el 22 de octubre de 2010]
- (2) Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2008). "Obesidad y sobrepeso". Edit.Nota descriptiva N° 311. Febrero 2011 (visitado el 18 de enero de 2011) Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html
- (3) Ministerio de Salud del Perú (MINSA). "*Lineamientos de políticas sectoriales para el periodo 2002 – 2012 y Principios fundamentales para el Plan Estratégico sectorial del Quinquenio*". agosto 2001 a julio 2006.
- (4) GARCÍA, Rosario. ; Suárez, R. "*Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia*". Rev. cub. salud pública vol.33. La Habana, 2007.
- (5) PICO, M y Tobón, O. "*Sentir del rol de la profesión de enfermería: En el primer nivel de atención*". Edit.Fundación IndexEnferm (gran). Granada – España, 2005.
- (6) CARRASCO Fernando; Moreno M y otros. "*Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes*". Chile, 2005.
- (7) RUÍZ, S. "*La magnitud de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en España*". Edit. Biblioteca Lascasas, España, 2009. (visitado el 26 de octubre de 2010) Disponible en: www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0464.php
- (8) OMS. "*Más que palabras*" Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo, enero 2009.
- (9) Federación Internacional de la Diabetes (FID). "*Guía de la FID para el programa de Diabetes*". Volumen 55 N° 2. octubre 2010.
- (10) OMS. "*Diabetes. Notas descriptivas 312*". octubre 2010 (visitado el 26 de Octubre 2010) Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html
- (11) MINSA. "*Propuesta Técnica del Plan Nacional Concertado de Salud*". Lima. 2006.
- (12) VEGA, J. Solar, O. Irwin, A. "*Equidad y Determinantes Sociales de la Salud: Conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*". OMS. (visitado el 24 de octubre del 2010) Disponible

en: www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores./modulo-1/DSS-Vega-Solar.pdf

- (13) MEDIAVILLA, J. "*Abordaje de la diabetes en Atención Primaria*". Edit. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Madrid-España, 2004.
- (14) MINSA. "*Estrategia de los daños no transmisibles y el programa de diabetes*". (visitado el 20 de octubre del 2010) Disponible en: www.minsa.gob.pe
- (15) "*Enfermería y educación para la salud. Aula virtual*." http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/aula/aula_acredit_eps_oct04.pdf
- (16) PENDER, N. "*health promotion in Nursing practice*". Secta Edición. Estados Unidos, 2006.
- (17) ANDER-EGG, E. "*Diccionario del Trabajo Social*". Edit. Humanistas. Buenos Aires-Argentina. 1994.
- (18) OPS. "*La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI*". Biblioteca Las casas, 2005 (visitado en noviembre 2010) Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0054.php>
- (19) KÉROUAC, S. et al. "*Pensamiento enfermero*" edit. Masson. Barcelona-España, 1996.
- (20) TORRES, M, Dandicourt C, Rodríguez A. "*Funciones de enfermería en la atención Primaria de Salud*". Rev. Cubana Medicina Gen Integr. Cuba, 2005.
- (21) FRIZON, M. "*Historia de enfermería y su relación con la Salud Pública*". Edit. Culture y qualidade. 1999.
- (22) CLARK, E. "*Texbook of preventive medicine*" Edit. Tavistock-London. 1953.
- (23) PIEDROLA, G. "*Medicina preventiva y salud Pública*", 11va edición. Edit. El Sevier Masson. España 2008.
- (24) Asociación Latinoamericana de diabetes (ALAD). "*Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitua tipo 2*". 2000.
- (25) BORDIEU, P. "*Razones prácticas sobre la teoría de la acción*". Edit. Anagrama. Barcelona-España. 1997.
- (26) LABONTE, R. "*Promoción de salud y empoderamiento*". España, 1993.

- (27) ROCAMORA, G. "Análisis Cualitativo". Edit. Arteología. 2004. (Acceso 15 de noviembre del 2010) Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/guillemat/270.htm>
- (28) PINEDA, B, et al. "Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud". Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- (29) CANALES, F. "Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de Salud". 4º Edición. 2004
- (30) YIN, R. "Case Study Research. Design and Methods". Edit.SAGE, London. 1994.
- (31) POLÍT, D. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". 6º Ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2000.
- (32) MERRIAM, S. "Qualitative research and case study applications in education". Edit. Jossey-Bass. San Francisco-Estados Unidos, 1998.
- (33) MENGA LUDKE, M. "El Estudio de Caso: Su potencial en educación". Brazil,1986.
- (34) OLIVEIRA, M. "Como fazer pesquisa qualitativa". Brasil: Edit Vozes. Brazil,2007.
- (35) EsSalud. "Cartera de servicios de atención primaria". Lima, 2008.
- (36) MAYAN, M. "Una introducción a los métodos cualitativos. Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales". Traducción: Cesar a. Cisneros Puebla. 2002
- (37) HERNANDEZ, R, Fernandez C, Baptista P. "Metodología de la investigación" quinta Edición, Edit. McGraw-Hill/ Interamericana editores S.A. México. 2010.
- (38) MARTINEZ, M. "Ciencia y arte en metodología cualitativa". 1º Ed. Edit. Trillas. México, 2004.
- (39) PÉREZ, G. "Metodología de la investigación en educación, abordaje cualitativo". 3º Ed. Edit. La Muralla S.A. España, 2000.
- (40) TRIVIÑOS, A. "Introdução á pesquisa em ciências sociais". Edit. Atlas. Brasil. 1996.
- (41) KRIPPENDORFF, K. "Metodología de análisis de contenido: Teoría y Práctica". Barcelona-España, 1990.
- (42) BARDIN, L. "Análisis de contenido" traducción: César Suarez. Ed. ALKAL. Madrid-España, 2002.
- (43) SGRECCIA, E. "Manuale di Bioetica". obcit.Tomo II, p. 491.

- (44) TARASCO, M. *“Tendencias y corrientes filosóficas en bioética. Medicina y Ética”* 1993.
- (45) CASTILLO, E, Vásquez, M. *“El rigor metodológico en la investigación cualitativa”*. Colombia. [Acceso 15 de Noviembre del 2010]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos904/rigorinvestigacion-cualitativa/rigor-investigacion-cualitativa.shtml>.
- (46) *“Historia de la diabetes”*. (Visitado el 10 de Octubre del 2010). Disponible en: <http://www.diabetesymas.com/BreveHistoria.php>
- (47) PEÑA M; Bacallao J. *“La obesidad en la pobreza: Un problema emergente en las Américas”* Publicado en la revista futuro N^o 10, vol. 3. 2005. <http://www.revistafuturos.info>
- (48) PANTANO, L. *“La discapacidad como problema social”*. Edit. Eudeba. Buenos Aires-Argentina, 1993.
- (49) OMS y OPS. *“Iniciativa de Diabetes para las Américas (DIA): Plan de Acción para América Latina y el Caribe”*. 2001-2006
- (50) Martha del Valle-ALAPAC. *“Epidemiología de la diabetes”* XIX Congreso latinoamericano de patología clínica/ML. Argentina. 2009. (visitado Junio del 2011). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/77028184/Epidemiologia-de-La-Diabetes1-2009>
- (51) Ministerio de Salud (MINSa). *“Boletín Estadístico de Salud”*. N^o 02, abril a Julio, Perú, 2009.
- (52) OMS. *“Carta de la Ottawa para la promoción de la salud”*. Ginebra, 1986.
- (53) ARENDT, H. *“O que é a política”*. Ed. Quinta, Edit. Bertrand. Rio de Janeiro-Brasil. 2004.
- (54) GRAMSCI, A. *“cuaderno do cárcere”*. Ed. Tercera Edit. Civilização brasileira. Rio de Janeiro-Brazil, 2007.
- (55) PORTOCARRERO, F. *“Políticas Sociales en el Perú. Nuevos aportes para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú”*. Lima. 2002.
- (56) IAURELL ASA, C. *“Las políticas de salud en el contexto de las políticas sociales”*. Revista Nueva Gaceta, segundo semestre, año 1, N^o 1. Colombia. 2000.
- (57) HUERTAS, R. *“Los informes del Banco Mundial”* En: Neoliberalismo y políticas de salud. Edit. El Viejo Topo, España. 1998.
- (58) OMS. *“Adelaida Políticas Públicas saludables”*. Ginebra. 1988.

- (59) EsSalud. "Modelo de atención integral de la gestante, del niño y adolescente y del adulto - adulto mayor" Lima-Perú, 2008.
- (60) MINSA. "Guía de práctica clínica de diabetes mellitus en el primer nivel de atención". Lima-Perú, 2008.
- (61) OMS. "La atención primaria de salud más necesaria que nunca". 2008. (visitado en Diciembre del 2010). Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf
- (62) NÁJERA, R; Castrillón, M. "La enfermera en América Latina, situación actual, área crítica y lineamientos para un plan de desarrollo". Colombia, 2000.
- (63) GONZÁLES, L; Valcárcel B. "Desarrollar recursos humanos en Salud. En: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo". Informe SESPAS, Edit. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada-España, 2000.
- (64) Asociación de alumnos y Masters en salud pública en Galicia. "Apuntes de Salud Pública" 1993.
- (65) ANTÓN, M. "Enfermería y atención primaria de la salud" Edición. Días de Santos. Madrid-España, 1989.
- (66) CASTRILLON, M. et al. "La Enfermería en Colombia y la Reforma del Sector Salud. En: Investigación y Educación en Enfermería". Vol XVII, Nº1. Colombia, 1999.
- (67) Nájera, R. et al. "La enfermería en la atención primaria en México". Rev. Educación médica y salud vol.18 Nº 1.México.
- (68) BANQUERO, A. et al. "El desarrollo profesional de los directivos de enfermería. Estudio de las necesidades de formación". Granada-España, 2004.
- (69) DURAN, M. "Elementos limitantes y facilitadores para el desarrollo teórico e investigación del cuidado de enfermería" II Jornada internacional de ciencias de enfermería USAT-Perú. 2008.
- (70) ROJAS, C. "El rol de la enfermera en el cuidado del paciente y en el desarrollo regional". 2004.
- (71) OPS. "Que es la promoción de la salud". Washington, 1991.
- (72) OMS/OPS. "Promoción de la salud: Una antología" Washington-Estados Unidos, 1996.

- (73) CARVALHO, S. "*Promoción de la salud "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria*". Salud colectiva. Scielo v.4 n.3 Lanús. Chile, 2008.
- (74) FREIRE, P. "*Pedagogía da autonomia: saberes necessários à prática educativa*". Edit. Paz e Terra. Sau Paulo-Brazil, 1997.
- (75) DE TORRES, L. et al. "*La enfermera de nutrición como educadora y transformadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario*". España. 2008

ANEXOS

ANEXO N° 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LIBRE ACEPTACIÓN

Por intermedio de la presente se invita a usted a participar en la investigación titulada "Realidad sanitaria y rol de las enfermeras en la prevención de la diabetes" para la realización de la tesis de postgrado. La cual tiene por objetivo: Describir la realidad sanitaria de la diabetes en el departamento de Lambayeque, analizar el rol que la enfermera asume frente a la realidad sanitaria de la diabetes, discutir las implicancias de esta realidad sanitaria de la diabetes en el rol preventivo de enfermería. Su participación se realizará por medio de una entrevista y un cuestionario, donde responderá algunas preguntas elaboradas por la investigadora y que serán grabadas, garantizando el anonimato y confidencialidad de las informaciones prestadas.

Se le informa que usted puede retirarse en cualquier momento de la investigación y durante el grabado de la entrevista podrá ser desarrollado e interrumpido en el momento que desee, sin ningún perjuicio en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Por lo anteriormente expuesto agradeceremos las revisiones del mismo y confiamos en su participación para ser realidad nuestros objetivos planteados en esta investigación a realizar. Por estar en conformidad con lo antes expuesto, procedo a firmar este consentimiento informado aceptando así mi participación en la presente investigación referida en este documento.

(FIRMA DE LA PARTICIPANTE)

ANEXO N° 3



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD A LAS ENFERMERAS

Introducción:

La presente entrevista busca comprender la realidad sanitaria y el rol de las enfermeras en la prevención de la diabetes, por tal motivo se solicita su participación en este estudio respetándose la confidencialidad de cada uno de los datos obtenidos.

1. ¿Cómo describiría el rol que cumple la enfermera en la prevención de la diabetes?
2. ¿Describa usted cómo es el trabajo que realiza en este programa?
3. A su criterio ¿Cuáles son los obstáculos y limitaciones que enfrentan las enfermeras en las estrategias de daños no transmisibles o en la cartera del adulto en la prevención de la diabetes?
4. ¿Qué estrategias propias de enfermería utiliza usted en la prevención de la diabetes?
5. ¿Cuál cree usted que debe ser el rol de la enfermera frente a la diabetes?
6. ¿Cómo describiría la realidad sanitaria de la diabetes en Lambayeque?
7. ¿Cree usted que las normativas de la estrategia de daños no transmisibles y la cartera del adulto favorecen la prevención de esta enfermedad?
8. ¿Desea agregar algo más?