



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES, EDUCACION FÍSICA Y KINESIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

SITUACIÓN ACTUAL DE LA EVALUACIÓN POSTURAL EN EL SISTEMA
EDUCATIVO CHILENO.
IMPLICANCIAS KINESIOLÓGICAS.

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología

AUTORES: MARCELO PABLO ELGUETA BELTRÁN
JOSÉ LUIS GALLEGUILLO LÓPEZ
ANGELO ALFREDO LIZAMA BERNALES
PROFESOR GUÍA: ENRIQUE HUMBERTO PORTALES TAPIA

SANTIAGO DE CHILE, OCTUBRE DE 2015



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES, EDUCACION FÍSICA Y KINESIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

SITUACIÓN ACTUAL DE LA EVALUACIÓN POSTURAL EN EL SISTEMA
EDUCATIVO CHILENO.
IMPLICANCIAS KINESIOLÓGICAS.

Proyecto MYS II/06/2014, aprobado y financiado por la Dirección de Investigación de la
Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología

AUTORES: MARCELO PABLO ELGUETA BELTRÁN
JOSÉ LUIS GALLEGUILLO LÓPEZ
ANGELO ALFREDO LIZAMA BERNALES
PROFESOR GUÍA: ENRIQUE HUMBERTO PORTALES TAPIA

SANTIAGO DE CHILE, OCTUBRE DE 2015

Agradecimientos

Al pensar en este punto se me vienen a la cabeza muchas personas que de una forma u otra ayudaron en este proceso, agradezco a nuestro Profesor Guía, el Kinesiólogo Enrique Portales Tapia por creer en nosotros desde el momento en que le solicitamos su orientación para llevar a cabo esta investigación. También le agradezco profundamente a la señora MSJ, quien siempre tuvo la amabilidad de recibirnos y orientarnos en las distintas etapas de este proceso, también incluyo a nuestras informantes claves AVJ y MGM, sin su ayuda este trabajo no sería posible. Agradezco además la ayuda y buena disposición de las Señoras Emaly Silva y Gloria Pérez, quienes siempre nos dieron una palabra de aliento durante esta etapa, agradezco además a mi gran amiga Francisca González quien me apoyó durante gran parte de mi etapa formativa y en esta investigación, incluyo también a mi gran amigo y compañero de tesis José Galleguillo, cuyo apoyo y dedicación con esta investigación fue fundamental para culminar este proceso.

El mayor agradecimiento se lo llevan aquellas personas con las que convivo día a día, mi familia: mi madre Marcela, mi padre Ricardo, mis hermanos Ricardo, Rafael y Patricia, quienes me han apoyado incondicionalmente y han comprendido mis largos periodos de ausencia implicados en el desarrollo de este proceso. Por último, pero no menos importante, destaco a mi compañera de vida y polola Javiera, quien ha sido y seguirá siendo el pilar fundamental en todo esto, sin su apoyo, comprensión y contención en momentos claves cuando el camino se ponía mas difícil, no sería la persona que soy hoy.

A todos, sinceramente les doy las gracias.

Marcelo Pablo Elgueta Beltrán.

En este camino tan largo, tengo mucho que agradecer. A mi familia por haber estado siempre pendiente de mí, de mis complicaciones y alegrías. Siempre me estuvieron dando apoyo y eso siempre se los agradeceré.

Agradezco a mis amigos, por apoyarme, preocuparse, comprenderme y ayudarme cuando estaba un poco estresado.

Agradezco al personal de la universidad por su buena disposición cuando los necesitamos, en especial a la Directora de Carrera Verónica Vargas, a la secretaria académica Lorena Sotomayor y por sobre todo a la Tías Emaly Silva y Gloria Pérez, por sus constantes muestras de apoyo y cariño durante el proceso de investigación.

Quiero agradecer a mis compañeros de tesis, en especial a Marcelo Elgueta por su compromiso, dedicación y apoyo en todo el proceso.

Muchas gracias a las personas entrevistadas AVJ y MGM, debido a que fueron un gran aporte para nuestra investigación. Además, agradezco a los funcionarios de la JUNAEB y MINSAL, por su excelente disposición.

Gracias a nuestro Profesor guía, Enrique Portales, que pese a tener mucho trabajo, él fue más que guía, fue un buen compañero. Entregándonos las orientaciones necesarias y las herramientas para cumplir con nuestros objetivos.

Por último, agradezco a mi novia y compañera de vida Cindy, porque sin ella, no sé que hubiese hecho. Gracias por su cariño, preocupación, confianza, ayuda y amor.

José Luis Galleguillo López.

Agradezco a los funcionarios tanto de JUNAEB como del MINSAL, por su colaboración, su buena disposición y el tiempo invertido, en especial a nuestras entrevistadas pues fueron parte fundamental para llevar a cabo nuestra tesis.

También agradecer a nuestro Profesor guía Enrique Portales, por su disposición y apoyo a lo largo de este proceso.

Finalmente agradecer a mis amigos y familia, especialmente a mi madre por su comprensión, preocupación y apoyo durante estos meses de trabajo.

Angelo Alfredo Lizama Bernal.

Tabla de contenidos

Resumen	ix
Summary.....	x
Introducción.....	1
Capítulo 1: Objetivos.....	4
1.1. Objetivo general.....	4
1.2. Objetivos específicos	4
Capítulo 2: Marco metodológico.....	5
2.1. Enfoque metodológico.....	5
2.2. Estrategia de investigación	5
2.3. Selección de informantes y escenario	7
2.4. Recolección de la información	8
2.5. Proceso de recolección de la información	10
2.6. Análisis de información	12
2.7. Criterios de rigor	22
2.7.1. Criterio de credibilidad.....	22
2.7.2. Criterio de transferibilidad.....	23
2.7.3. Criterio de Consistencia	23
2.7.4. Criterio de Confirmabilidad.....	24
Capítulo 3: Marco teórico.....	25
3.1. Concepto de postura corporal	25
3.1.1. Alineamiento normal	26
3.1.2. Alteraciones posturales.....	27
3.1.2.1. Hiperlordosis	28
3.1.2.2. Hipercifosis	28
3.1.2.3. Escoliosis.....	28
3.1.2.4. Pie plano.....	30
3.1.2.5. Genu valgo	31
3.1.2.6. Genu varo	31
3.1.2.7. Lumbalgia.....	32
3.2. Contexto escolar	33

3.2.1.	Utensilios escolares	33
3.2.2.	Mobiliario escolar.....	35
3.2.3.	Hábitos posturales	36
3.2.4.	Actividad física.....	37
3.2.5.	Higiene postural.....	38
3.3.	Métodos de evaluación postural	39
3.3.1.	Test de La Línea de Plomada	39
3.3.2.	Test de Adams	41
3.3.3.	Observación postural	41
3.3.3.1.	Observación por posterior según Santonja et al. (2006):	41
3.3.3.2.	Observación por anterior según Santonja et al. (2006):	42
3.3.4.	Observación de la marcha.....	42
3.3.5.	Ángulo o método de Cobb.....	43
3.3.6.	Signo de Risser	45
3.3.7.	Podoscopía.....	45
3.4.	Modelo Biopsicosocial de la Salud.....	46
3.5.	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	47
3.5.1.	Funcionamiento y Discapacidad.....	48
3.5.2.	Factores Contextuales.....	49
Capítulo 4: Resultados.....		50
4.1.	Alteraciones posturales más comunes en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno	51
4.1.1.	Escoliosis	54
4.1.2.	Otras alteraciones posturales	58
4.2.	Programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica	63
4.2.1.	Contexto histórico	67
4.2.2.	Políticas públicas de MINEDUC (JUNAEB).....	69
4.2.2.1.	Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.....	70
4.2.2.2.	Área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.....	71
4.2.3.	Políticas públicas de MINSAL.....	77
4.2.3.1.	Programa Nacional de Salud de la Infancia	77

4.2.3.2.	Control de salud escolar	78
4.2.3.3.	Área de ortopedia del control de salud escolar	79
4.2.3.4.	Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes	82
4.2.3.5.	Control joven sano	82
4.2.3.6.	Examen físico y de columna del control de joven sano	84
4.2.4.	Relación entre MINSAL, MINEDUC y JUNAEB.....	92
4.2.5.	Coordinación bilateral entre MINSAL y MINEDUC	92
4.2.6.	Coordinación bilateral entre MINSAL y JUNAEB.....	93
4.3.	Eficacia de las políticas públicas implementadas a partir de los programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural	96
4.3.1.	Eficacia Programa de Servicios Médicos de JUNAEB: Fortalezas, debilidades y desafíos.....	100
4.3.2.	Fortalezas del área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.....	103
4.3.3.	Debilidades del área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.....	105
4.3.4.	Desafíos para el área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.....	107
4.3.5.	Eficacia políticas públicas de MINSAL: Fortalezas, debilidades y desafíos	111
4.3.6.	Fortalezas del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes	112
4.3.7.	Debilidades del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes	113
4.3.8.	Desafíos para el Programa Nacional de Salud de la Infancia y el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, de MINSAL	115
4.3.9.	Relación entre MINSAL y JUNAEB: Fortalezas, debilidades y desafíos	119
4.3.10.	Fortalezas de la relación entre MINSAL y JUNAEB	119
4.3.11.	Debilidades de la relación entre MINSAL y JUNAEB.....	119
4.3.12.	Desafíos de la relación entre MINSAL y JUNAEB	120
4.4.	Métodos utilizados en evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno	125
4.4.1.	Test de Adams	126
4.4.2.	Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine y Maniobra talones levantados.....	128

4.4.3.	Observación postural y de marcha	129
4.5.	Quién, cómo, cuándo y dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno	131
4.5.1.	¿Quién y dónde?	131
4.5.2.	¿Cuándo?	132
4.6.	Rol del Kinesiólogo en la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno	135
Capítulo 5:	Discusión	145
5.1.	Escoliosis	145
5.2.	Incidencia y prevalencia de escoliosis	149
5.3.	Uso de corsé como tratamiento de escoliosis	150
5.4.	Mirada Biopsicosocial de las políticas públicas de MINSAL y JUNAEB sobre evaluación postural	151
5.5.	Focalización de atención según prevalencia e incidencia del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB	153
5.6.	Focalización de atención según patología del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.....	154
5.7.	Focalización de atención según curso del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.....	155
5.8.	¿Dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno?	157
5.9.	Diferencias conceptuales	158
5.10.	Vínculo entre el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB y comunidad educativa	159
5.11.	Seguimiento y resolutivead final del control de salud escolar.....	160
5.12.	Test de Adams y ángulo de Cobb.....	160
5.13.	Observación postural y Test de la línea de la plomada	162
5.14.	Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine, Maniobra talones levantados y Podoscopía.	163
5.15.	Concepto de higiene postural	164
5.16.	Rol del Kinesiólogo en las políticas públicas de JUNAEB sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica.....	165
5.17.	Rol del Kinesiólogo en las políticas públicas de MINSAL sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica.....	167
5.18.	Profesional idóneo.....	169

Capítulo 6: Proyecciones, implicancias profesionales y consideraciones finales	171
6.1. Proyecciones	171
6.2. Implicancias Profesionales.....	172
6.3. Consideraciones finales	176
Bibliografía.....	182
Anexos	190
Anexo N° 1. Pauta de Entrevista JUNAEB	190
Anexo N° 2. Pauta de Entrevista MINSAL	194
Anexo N° 3. Ficha de screening de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB	197
Anexo N° 4. Consentimiento informado	198
Anexo N° 5. Acta de protocolo del comité de ética UMCE.....	200

Resumen

Según Espinoza-Navarro et al. (2009), los índices de alteraciones posturales presentes en la población estudiantil infantil en Chile, han ido en aumento. En vista de esta situación, es evidente la necesidad de adoptar una estrategia preventiva desde las primeras etapas escolares (Méndez & Gómez-Conesa, 2001). Es por esto que nos planteamos la pregunta ¿cuál es la realidad de la evaluación postural en el sistema educativo chileno?

Desarrollamos esta investigación con un enfoque cualitativo y utilizamos como técnica de recolección de información tanto la revisión de documentos vinculados a las políticas públicas que incluyen evaluación postural en nuestro país como la entrevista semi-estructurada a profesionales de la salud relacionados con la creación de estas políticas.

Identificamos dos programas de MINSAL y uno de JUNAEB, solo en este último figura el Kinesiólogo vinculado a la evaluación postural. Además, detectamos falta de coordinación e instancias de comunicación entre ambas instituciones.

Consideramos que es pertinente replantear los roles de cada parte involucrada en estas políticas, para así avanzar hacia la creación de un equipo multiprofesional, en donde el Kinesiólogo tenga una participación activa en el proceso de screening con el fin de otorgar una atención de carácter integral.

PALABRAS CLAVES: Políticas públicas, evaluación postural, Kinesiólogo, multiprofesional.

Summary

According to Espinoza-Navarro et al. (2009), the levels of postural abnormalities detected among Chilean child student populations have increased. Considering this situation, it is evident the need to adopt a preventive strategy from the first school stages (Mendez and Gómez-Conesa, 2001) Thus, we asked ourselves the question: What is the reality of postural evaluation in the Chilean school system?

We developed this research with a qualitative focus, and as data gathering technique, we both reviewed documents linked to public policies that include postural evaluation in our country and used semi-structured interviews to healthcare professionals related to the creation of these policies.

We identified two programs from MINSAL and one from JUNAEB; only in the latter the Physical Therapist assigned to postural evaluation appears. We also detected lack of coordination and communication opportunities between both institutions.

We think that is relevant to reassess the roles of each player involved in these politics, in order to move towards the creation of a multiprofessional team, where the Physical Therapist has an active participation in the screening process, aiming to the deliver an integral healthcare service.

KEY WORDS: Publics polities, postural assessment, Physical Therapist, multiprofessional.

Introducción

En la sociedad actual, existe una importante incidencia de problemas derivados de malas posturas. Particularmente, los que afectan a la espalda, los cuales tienen consecuencias económicas y laborales consideradas por varios autores (García-Alén, 2009).

Uno de los principales problemas es el dolor lumbar, según el Protocolo Referencia y Contrarreferencia Síndrome de Dolor Lumbar Puro, Agudo y Crónico, realizado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, en el año 2011, el dolor lumbar es una condición muy frecuente que afecta tanto a hombres como mujeres en plena edad productiva laboral y económica. Es la segunda causa de consulta médica, superada sólo por las enfermedades respiratorias, además entre el 7 y 14% de la población refiere estar cursando un lumbago y entre el 70 y 80% de la población es afectada por dolor lumbar en algún momento de su vida. Según Hestbaek, Leboeuf y Kyvik (2006), la presencia de dolor de espalda en edades tempranas supone un riesgo para padecer dolor de espalda en la edad adulta.

García-Alén (2009), concluye que el dolor de espalda es el problema postural de mayor prevalencia en la población escolar, sobre todo el dolor lumbar, originado en la mayoría de los casos por malos hábitos posturales. Este autor también refiere que la etapa escolar es el momento ideal de intervención, ya que es cuando el estudiante mejor puede afianzar hábitos saludables con mayores probabilidades de que perduren en la vida adulta.

Concretamente en el ámbito escolar, los estudiantes se exponen constantemente a diversos factores como carga de mochilas (Cardon, De Clercq, Geldhof, Verstraete & De Bourdeaudhuij, 2007), posturas sedentes prolongadas (Knight & Noyes, 1999; Murphy, Buckle & Stubbs, 2004) y mobiliario escolar inapropiado (Milanese & Grimmer, 2004; Christoulas, Panagiotopoulou, Papanckolaou y Mandroukas, 2004). Tradicionalmente, se han atribuido los problemas de espalda en niños y adolescentes a factores tan diversos como el género, la edad, el peso corporal, el tabaquismo, el nivel de práctica de actividad física, la fuerza muscular, el mobiliario escolar, el modo de sentarse en clase, el uso de la mochila y factores psicosociales, como estrés y depresión (Fraile, 2009).

En vista de esta situación, es evidente la necesidad de adoptar una estrategia preventiva desde las primeras etapas escolares (Méndez & Gómez-Conesa, 2001; Cardon et al., 2007). Gómez-Conesa (2009) defiende la adopción de estrategias de prevención e intervención en la escuela, fundamentándose en los beneficios físicos que conllevan y en las consecuencias de ahorro económico que suponen.

Según Espinoza-Navarro, Valle, Berrios, Horta, Rodríguez y Rodríguez (2009), en la actualidad, en nuestro país, los índices de alteraciones posturales presentes en la población estudiantil infantil han ido en aumento, no existiendo un adecuado sistema de Salud, que permita detectar precozmente esta situación. Estas palabras no dejan de llamar la atención, parecieran ser, desde nuestra visión, el planteamiento de un desafío para las políticas públicas de nuestro país relacionadas con este tema, razón por la cual, estimamos necesaria y pertinente la realización de una revisión en profundidad de los programas ministeriales tanto del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), como del Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC) relacionados con la detección de alteraciones posturales en la población escolar, específicamente con la evaluación postural como estrategia para esto.

A raíz de todo lo expuesto anteriormente, finalmente nos conduce a plantearnos como pregunta de investigación ¿cuál es la realidad de la evaluación postural en el sistema educativo chileno? Para dilucidar esta pregunta, nosotros establecemos como objetivo general de esta investigación “develar la situación actual de la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”, con sus respectivos objetivos específicos, “identificar las alteraciones posturales más frecuentes en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo actual”, “describir los programas tanto del MINSAL como del MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica”, “dar cuenta la eficacia de las políticas públicas implementadas a partir de los programas ministeriales existentes del MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural”, “describir los métodos de evaluación postural utilizados en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”, “describir quién, cómo, cuándo y dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno” y “reconocer el rol del Kinesiólogo en la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo

chileno”. Para responder a esta pregunta, en esta investigación contemplamos, como mencionamos anteriormente, la realización de una revisión documental que contemple los programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC relacionados con la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno. Además, de manera complementaria realizaremos entrevistas semi-estructuradas a informantes claves vinculados con estos programas ministeriales, con el fin de conocer su percepción de esta problemática, profundizar y enriquecer el conocimiento obtenido sobre este tema.

Desde nuestra perspectiva, la evaluación postural en niños que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno, en sí, es una oportunidad laboral para los Kinesiólogos, ya que, estos profesionales cuentan, desde nuestra visión, con las competencias necesarias para esta labor, es por esto que creemos que esta investigación puede ser el inicio de la apertura de una posible fuente laboral para los Kinesiólogos, siempre y cuando surjan más investigaciones relacionadas con esta temática, que encausen y dilucidan este camino llamado evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

Capítulo 1: Objetivos

1.1. Objetivo general

- Develar la situación actual de la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

1.2. Objetivos específicos

- Identificar las alteraciones posturales más comunes en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo actual.
- Describir los programas tanto del MINSAL como del MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica.
- Dar cuenta de la eficacia de las políticas públicas implementadas a partir de los programas ministeriales existentes del MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural.
- Describir los métodos de evaluación postural utilizados en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.
- Describir quién, cómo, cuándo y dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.
- Reconocer el rol del Kinesiólogo en la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

Capítulo 2: Marco metodológico

2.1. Enfoque metodológico

A partir de la necesidad que tenemos por identificar y comprender el contexto en el que se enmarca la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno, desarrollamos nuestra investigación con un enfoque cualitativo ya que, tal como lo indican Rodríguez, Gil y García (1999), este tipo de metodología estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales (entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos), que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.

Por lo antes mencionado creemos que este enfoque es el más apto para satisfacer nuestros planteamientos investigativos, el cual nos permitió conocer la situación actual y el contexto en el que se realiza la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo de nuestro país.

2.2. Estrategia de investigación

Para descubrir las cualidades que en conjunto caracterizan el estado actual de nuestro objeto de estudio hemos elegido el estudio de caso como estrategia de investigación para el desarrollo de esta.

El estudio de caso constituye un método de investigación para el análisis de la realidad social de gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales y humanas, representa la forma más pertinente y natural de las investigaciones orientadas desde una perspectiva cualitativa (Latorre, Del Rincón & Arnal, 1996).

Todas las definiciones vienen a coincidir en que el estudio de casos implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés (Rodríguez et al., 1999).

El estudio de casos no es una opción metodológica, sino una elección sobre el objeto a estudiar. Como forma de investigación, el estudio de casos se define por su interés en casos particulares, no por los métodos de investigación usados. El estudio de casos es tanto el proceso de indagación acerca del caso como el producto de nuestra indagación (Stake, 1994).

Dentro de las tres modalidades de estudio de caso en función del propósito identificadas por Stake (1994), el estudio instrumental de caso es el que más se ajusta a nuestro interés y propósito como investigadores. Este mismo autor señala que en esta modalidad el caso particular se analiza para obtener mayor comprensión sobre una temática o refinar una teoría. El caso propiamente tal juega un papel secundario, ya que es un instrumento para conseguir otros fines indagatorios.

El caso que nosotros hemos planteado es: “Programa de servicios médicos de la JUNAEB, centrado en el área de columna en niños que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno en la región metropolitana en el año 2013.”

Sin embargo, considerando la gran cantidad de información obtenida y analizada durante el transcurso de esta investigación, creemos pertinente ampliar este caso, puesto que, con el caso planteado anteriormente solo veríamos la realidad de la evaluación postural a partir de la visión de una sola institución. Por lo tanto, el caso que finalmente hemos planteado es: “Políticas públicas que consideren evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en Chile, entre los años 2010 y 2014”.

2.3. Selección de informantes y escenario

En este estudio se realizó un muestreo intencional donde, como investigadores, buscamos personas que tengan experiencia personal o que sean expertos en el tópico (Mayan, 2001), sin embargo los criterios de elección también son formulados a partir de determinados intereses, facilidades, situaciones, etc. (Pla, 1999).

Los informantes escogidos por nosotros, en nuestro rol de investigadores, y que nos facilitaron la información necesaria para construir y complementar nuestro conocimiento, que nos permitió comprender la realidad de la evaluación postural desde su visión, corresponden a dos profesionales de la salud cuya experiencia laboral se encuentra vinculada, ya sea desde el momento de la concepción, creación, implementación y progreso (hasta la actualidad), con las políticas públicas de nuestro país relacionadas en forma directa o indirecta con la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica. Los informantes deben tener un vínculo con el Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB, con el Programa Nacional de Salud de la Infancia y/o el Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, estos últimos pertenecientes al MINSAL.

Para preservar la identidad de nuestros informantes claves, procedimos a utilizar las iniciales de sus nombres seguidas por la letra “M” o “J”, según la institución en la cual se desempeña la persona, “M” simboliza a MINSAL y “J” a JUNAEB. Por ejemplo “AVJ” simboliza las iniciales de nuestro informante clave perteneciente a la JUNAEB y “MGM” representa las iniciales de nuestro informante del MINSAL. Estas siglas se utilizarán dentro de un paréntesis al final de cada cita perteneciente a su respectivo informante clave, todo esto estará destacado con letras en cursiva.

El escenario escogido para la recolección de información fue el lugar de acción laboral en el cual se desenvuelven nuestros informantes claves (dependencias del MINSAL y JUNAEB).

2.4. Recolección de la información

Utilizamos como técnica de recolección de información para esta investigación la revisión y posterior análisis de documentos, que según nuestro criterio, pueden dilucidar y responder a nuestras inquietudes en relación a la evaluación postural. Dentro de esta revisión están contemplados los programas ministeriales, que de una forma u otra, incluyen, desarrollan y, en algunos casos, dan luces de la realidad en la que está inmersa esta temática. Estos documentos son:

- Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013).
- Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a).
- Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010).
- Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b).
- Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014).

Además, seguido a esta revisión documental, y de manera complementaria, utilizamos como técnica de recolección de información a la entrevista semi-estructurada o, también llamada entrevista en profundidad o informal, a profesionales de la salud vinculados con la concepción, creación, implementación y seguimiento de los programas ministeriales tanto del MINSAL como JUNAEB sobre evaluación postural en educación básica existentes en nuestro país y que fueron incluidos en esta revisión. Este tipo de entrevista se caracteriza porque no se adopta un rol de un entrevistador inflexible, todo es negociable. Los entrevistados pueden hablar sobre la conveniencia o no de una pregunta, corregirla, hacer alguna puntualización o responder de la forma que estimen conveniente (Agar, 1980).

Spradley (1979) plantea que es posible concebir a la entrevista en profundidad como una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos

elementos que ayudan al informante a comportarse como tal. Según este mismo autor los elementos diferenciadores de la entrevista en profundidad son: La existencia de un propósito explícito, la presentación de unas explicaciones al entrevistado y formulación de unas cuestiones.

Según Rodríguez et al. (1999) lo que el entrevistador persigue con ella no es contrastar una idea, creencia o supuestos, sino acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros. Lo realmente interesante son las explicaciones de los otros. La entrevista se desarrolla a partir de cuestiones que persiguen reconstruir lo que para el entrevistado significa el problema objeto de estudio.

Teníamos ideas más o menos fundadas en relación a las políticas públicas de nuestro país que están relacionadas con la evaluación postural en la educación básica, todo esto producto de la revisión y análisis documental previamente realizado. Deseábamos profundizar en ellas con el fin de conocer la visión de la realidad de nuestros informantes claves sobre la temática expuesta. Esta visión nos orientó en la construcción del conocimiento que nos guió en la comprensión y posterior develación de la realidad de la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

Para realizar las entrevistas trabajamos en base a dos pautas (una dirigida a nuestro informante vinculado a JUNAEB y otra a MINSAL), las cuales nos permitieron orientarnos al momento de la realización de estas (Anexos 1 y 2 respectivamente).

Las transcripciones respectivas de cada entrevista se sumaron a los cinco documentos primarios señalados con anterioridad, haciendo un total de siete documentos primarios a analizar.

2.5. Proceso de recolección de la información

El día 18 de abril del 2014 realizamos nuestra primera visita a la oficina de la JUNAEB ubicada en Antonio Varas 153, Providencia, Santiago. Acudimos a este lugar con el objetivo de solicitar orientación sobre el proceso para obtener la información que precisamos para nuestra investigación. Nos enviaron a la oficina de MSJ (para preservar su identidad, utilizamos sus iniciales y la letra “J” correspondiente a la institución donde se desempeña laboralmente), quien nos recibió y además nos explicó el proceso para obtener una copia del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, en el cual se contempla un área de columna, que es uno de los documentos fundamentales para cumplir con los objetivos planteados en nuestra investigación. Esta visita tuvo una duración de aproximadamente 20 minutos, en los cuales se nos señaló que debíamos ingresar la solicitud a través de la página web de la JUNAEB y dentro de 20 días hábiles recibiríamos la respuesta. Acto seguido, realizamos esto el día 19 de abril del 2014 y solo quedaba esperar la fecha en la cual obtendríamos la respuesta.

El día 30 de abril, antes de que se cumpliera el plazo establecido, recibimos un correo electrónico de MSJ, en el cual adjuntaba la respuesta que la Jefa del Departamento de Salud del Estudiante hizo a nuestra solicitud. A nuestro parecer, esta respuesta no fue del todo satisfactoria, debido a que solo presentaba parte de lo que nosotros solicitamos, específicamente incluía información general del programa y un cuadro resumen de las ejecuciones año 2013 de las áreas de Oftalmología, Otorrino y Traumatología (columna). Esto nos llamó profundamente la atención, razón por la cual el día 7 de mayo reenviamos un correo electrónico a MSJ para realizar nuevamente la petición de una copia del programa de nuestro interés, pero no recibimos respuesta.

El tiempo transcurría y no teníamos lo que necesitábamos para continuar con nuestra investigación, ante esto, el día viernes 6 de junio realizamos una segunda visita a las dependencias de la JUNAEB, nuevamente nos recibió MSJ, quien nos señaló que lo que queríamos no era posible, ya que no existe un documento que aluda a ese programa, sino que lo que había era un manual, pero no estaba actualizado, lo que estaba disponible eran las reformas que se le han hecho al programa hasta el 2013, que lleva por nombre Orientaciones Técnico Programáticas Año 2013 del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta

Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013). Este documento además está disponible en la página web de la JUNAEB pero no es fácil de encontrar debido a que el proceso de búsqueda para llegar a él es muy largo y confuso, razón por la cual se nos entregó una copia en formato físico.

Estábamos sorprendidos por la falta de claridad en el manejo de conceptos entre los funcionarios de esta institución, debido a que habían al menos tres términos totalmente diferentes para aludir a lo mismo, hablaban de programa, manual, protocolo y orientaciones técnicas como sinónimos, pero esto dificulta tanto la comunicación entre las partes involucradas como el proceso de búsqueda en sí. A pesar de esto nos íbamos conformes, cuando ya creíamos que nuestra visita llegaba a su fin, le solicitamos a MSJ si podía contactarse con la Jefa del Departamento de Salud del Estudiante para solicitar una reunión, para sorpresa de nosotros dijo que nos podía recibir en ese mismo instante. Fuimos a su oficina y nos dijo lo mismo que MSJ, que no existe el documento que solicitamos y que tampoco hay un manual actualizado que aluda a este programa, pero que se está trabajando en uno y que estaría disponible a fin de año. Ella nos entregó una copia de un documento llamado Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de Salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control de salud joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013).

Destacamos la buena disposición de ambas funcionarias, ya que estuvieron dispuestas a facilitar y colaborar con nuestra investigación, sin su ayuda no habríamos podido encausar este proceso que nos llevó a cumplir con los objetivos planteados.

Realizadas todas las diligencias y búsquedas pertinentes obtuvimos tres documentos primarios a analizar, los cuales son un pilar fundamental para nuestra investigación. Dos de estos tres documentos corresponden a los obtenidos en las dependencias de la JUNAEB, proceso que hemos detallado anteriormente. A estos documentos se sumó la Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), considerando que el área de columna del Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB se focaliza principalmente en escoliosis creemos pertinente que esta guía adquiera la connotación de documento primario dentro de nuestra investigación.

Para obtener otra visión de la problemática a investigar y conocer lo realizado por el sector de salud en evaluación postural, efectuamos una intensa búsqueda de documentos que dieran cuenta de los programas ministeriales de MINSAL que contemplen evaluación postural. El resultado de esta búsqueda fueron dos documentos: Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014) y Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b). Estos documentos se sumaron a los tres mencionados anteriormente, haciendo un total de cinco documentos primarios a analizar.

Las entrevistas efectuadas en las dependencias de la JUNAEB y MINSAL respectivamente fueron transcritas para ser analizadas posteriormente, por lo tanto, y tal como se señaló con anterioridad, estas transcripciones fueron incluidas en dentro de los documentos primarios, obteniendo un total de siete documentos que adquirieron esta connotación para ser analizados posteriormente.

2.6. Análisis de información

Realizamos un análisis cualitativo de los datos obtenidos, Rodríguez et al. (1999), definen el análisis de datos como un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones que se realizan sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación.

Esta definición planteada sigue en la misma línea de lo señalado por Bunge (1995), quien define análisis como el proceso aplicado a alguna realidad que nos permite discriminar sus componentes, describir las relaciones entre estos y utilizar esa primera visión conceptual del todo para llevar a cabo síntesis más adecuadas.

Miles y Huberman (1994) plantean el siguiente esquema (figura N°1) sobre las tareas implicadas en el análisis de datos, el cual, a nuestro parecer, grafica, sintetiza y ordena este proceso. Además, Rodríguez et al. (1999) señalan que este esquema ilustra el carácter no lineal del análisis y la interconexión de las tareas contempladas:

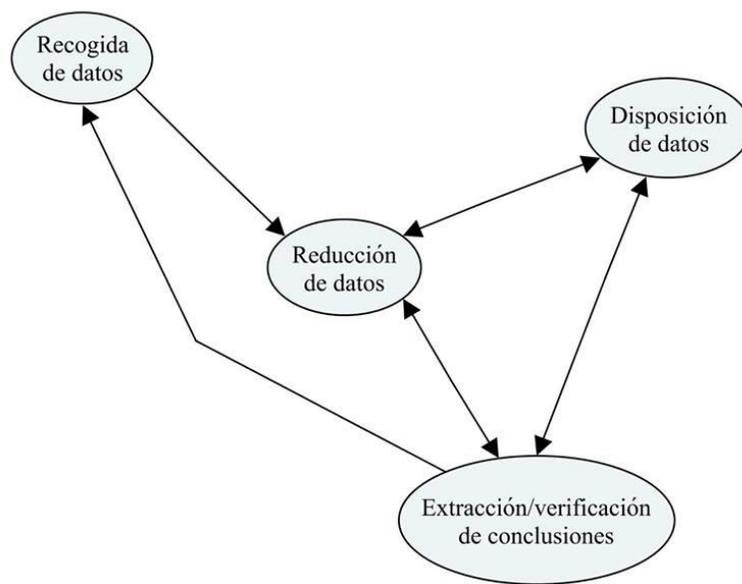


Figura N° 1. Tareas implicadas en el análisis de datos según Miles y Huberman (1994). Reproducido de Rodríguez et al. (1999).

Para efectuar el análisis de la información recopilada en el proceso de recogida de datos dentro de nuestra de investigación, seguimos el método comparativo constante que implica la codificación y el análisis simultáneo de datos a fin de desarrollar conceptos. A través de la comparación constante se logra mayor precisión de los conceptos, el reconocimiento de sus propiedades, el conocimiento de sus interrelaciones y finalmente la integración en una teoría congruente (Ramallo & Roussos, 2008).

Para cumplir con el proceso señalado anteriormente, procedimos a codificar los siete documentos primarios mencionados previamente. Según Rodríguez et al. (1999), la codificación no es más que la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que la consideramos incluida. Además, señalan que es el proceso físico, manipulativo mediante el cual dejamos constancia de la categorización realizada. Por lo tanto, los códigos, que representan a las categorías, consisten en marcas que añadimos a las unidades de datos.

Dentro de los documentos primarios rescatamos los conceptos de primer orden o citas, las que son fragmentos del documento primario con información significativa para el estudio, que luego reunimos en códigos. A su vez estos códigos fueron agrupados en familias de códigos, las cuales finalmente conforman las metacategorías. En esta investigación se utilizaron 847 citas, 422 códigos, 19 familias y 3 metacategorías, a modo de reducción de la información.

A continuación ilustraremos lo anteriormente expuesto en la siguiente tabla (tabla N°1), la cual incluye las tres metacategorías, con las familias respectivas y códigos más representativos de estas. Las cifras incluidas en el paréntesis continuo al nombre del código, representan de izquierda a derecha la densidad del código, es decir, el número de citas en que se encuentra este, y el número de relaciones que tiene con otros códigos (Portales, Salinas & Undurraga 2006).

Tabla N° 1. Metacategorías, familias y códigos resultantes.

Metacategorías	Familias de códigos	Códigos		
Equipo Multiprofesional	Profesional idóneo	Acompañado (4-1)	Actualizado (4-1)	Analítico (2-1)
		Calidad (2-2)	Capacitado (4-1)	Comprometido (8-1)
		Consentimiento informado (6-6)	Convicción (3-1)	Costo-efectividad (4-2)
		Creatividad (2-1)	Cuidadoso (4-1)	Empático (3-1)
		Empoderamiento (6-1)	Enfermera (8-6)	Estudioso (3-1)
		Experiencia laboral (3-1)	Experticia (2-1)	Formación profesional (1-1)
		Habilidades blandas (2-1)	Kinesiólogo (22-6)	Médico (11-6)
		Perfil profesional desaffo (1-1)	Profesional idóneo screening (5-7)	Profesional perfil (15-15)
		Profesional valoración (4-1)	Profesor efi (8-4)	Reflexivo (2-1)
		Respetuoso (3-1)	Técnico paramédico (2-5)	
	Control de salud escolar	Control de salud escolar (19-15)	Enfermera (8-6)	Establecimientos educacionales (19-7)
		Médico	Nutrición	Ortopedia

		(11-6)	(1-1)	(8-13)
		Técnico paramédico (2-5)		
	Control joven sano	Acompañado (4-1)	Control joven sano (13-4)	Cuidadoso (4-1)
		Enfermera (8-6)	Establecimientos educacionales (16-7)	Examen físico (6-9)
		Matrona (1-4)	Médico (11-6)	Técnico paramédico (2-5)
	ASM	Establecimientos educacionales (19-7)	Intervención kinésica (18-7)	Profesor (26-3)
Profesor efi (8-4)		Rol docente (7-1)		
Alteraciones Posturales	Control de salud escolar	Asma bronquial (1-2)	Ausencia del tutor (3-1)	Claudicación de la marcha (6-2)
		Consentimiento informado (6-6)	Control de salud (16-6)	Control de salud escolar (19-15)
		Dorso curvo (13-5)	Enfermera (8-6)	Escoliosis (20-13)
		Establecimientos educacionales (16-7)	Genu valgo (3-4)	Genu varo (3-4)
		Médico (11-6)	Observación de la marcha (6-5)	Observación postural (2-9)
		Ortopedia (8-13)	Otras herramientas ep (3-5)	Pie plano (9-4)
		Presencia del tutor (4-1)	Screening (26-15)	Test de adams (15-9)
		Técnico paramédico (2-5)		
	Implicancias kinesiológicas	Actividad física (10-3)	Asm columna (36-13)	Asm columna pesquisa (19-3)
		Autocuidado (14-2)	Dorso curvo (13-5)	Educación en salud (19-5)
		Escoliosis tratamiento (9-5)	Intervención kinésica (18-7)	Observación postural (2-9)
		Participación (23-7)	Rol kinésico (20-0)	Screening (26-15)
		Test de adams (15-9)		
	Escoliosis	Derivación (44-4)	Enfermera (8-6)	Escoliosis (20-13)
		Escoliosis característica (8-3)	Escoliosis cirugía (15-7)	Escoliosis cirugía adolescente (1-1)

		Escoliosis cirugía criterios (1-6)	Escoliosis cirugía criterios adolescente (2-1)	Escoliosis cirugía indicación (1-3)
		Escoliosis cirugía objetivos (2-1)	Escoliosis clasificación (4-3)	Escoliosis congénita (2-1)
		Escoliosis consecuencia (3-1)	Escoliosis examen (1-3)	Escoliosis idiopática (5-7)
		Escoliosis idiopática adolescente (4-1)	Escoliosis idiopática consecuencias (1-1)	Escoliosis idiopática prevalencia (1-1)
		Escoliosis idiopática progresión (1-1)	Escoliosis manejo ortopédico (6-1)	Escoliosis marcha (1-1)
		Escoliosis neuromuscular (5-1)	Escoliosis niños (3-1)	Escoliosis no-idiopática (7-5)
		Escoliosis no-idiopática origen (1-1)	Escoliosis no-idiopática prevalencia (1-1)	Escoliosis prevalencia (2-1)
		Escoliosis rigidez (1-1)	Escoliosis seguimiento y rehabilitación (1-1)	Escoliosis tratamiento (9-5)
		Escoliosis tratamiento niños (2-4)	Kinesiólogo (22-6)	Matrona (1-4)
		Médico (11-6)	Observación postural (2-9)	Pesquisa (22-6)
		Profesor (26-3)	Profesor efi (8-4)	Screening (26-15)
		Test de adams (15-9)	Técnico paramédico (2-5)	Traumatólogo (17-1)
	Otras alteraciones posturales	Claudicación de la marcha (6-2)	Dorso curvo (13-5)	Genu valgo (3-4)
		Genu varo (3-4)	Hiperlordosis lumbar (2-4)	Pie plano (9-4)
	Control joven sano	Acompañado (4-1)	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)
		Control de salud (16-6)	Control joven sano (13-4)	Control joven sano objetivos (1-1)
		Cuidadoso (4-1)	Enfermera (8-6)	Establecimientos educativos (16-7)
		Examen de columna características (2-1)	Examen físico (6-9)	Matrona (1-4)
		Médico (11-6)	Observación de la marcha (6-5)	Observación postural (2-9)

		Presencia del tutor (4-1)	Respetuoso (3-1)	Screening (26-15)
		Técnico paramédico (2-5)		
	ASM	Asm columna (36-13)	Asm columna origen (6-1)	Asm columna pesquisa (19-3)
		Asm criterio de focalización (18-1)	Derivación (44-4)	Dorso curvo (13-5)
		Escoliosis (20-13)	Establecimientos educacionales (16-7)	Intervención kinésica (18-7)
		Observación postural (2-9)	Pesquisa (22-6)	Profesor (26-3)
Profesor efi (8-4)	Screening (26-15)	Test de adams (15-9)		
Políticas Públicas	Ámbito educativo	Aap (2-8)	Asm (10-10)	Autocuidado (14-2)
		Comunidad educativa (10-1)	Contexto escolar (13-1)	Contexto histórico (26-0)
		Control de salud (16-6)	Desarrollo físico (2-0)	Dse (5-5)
		Esfuerzo educación (8-1)	Establecimientos educacionales (16-7)	Hvpv (3-1)
		Infraestructura (1-2)	Insumos (2-2)	Junaeb (17-8)
		Junaeb fortalezas (3-8)	Junaeb misión (4-1)	Junaeb programas (3-5)
		Mineduc (5-5)	Mineduc misión (2-2)	Procesos administrativos (2-2)
		Profesor (26-3)	Profesor efi (8-4)	Pso (5-3)
		Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)	Rol de actores escolares y comunales (14-1)
		Rol docente (7-1)	Sector educación (3-0)	Seguro escolar (1-0)
	ASM	Asm (10-10)	Asm columna (36-13)	Asm columna origen (6-1)
		Asm columna pesquisa (19-3)	Asm criterio de focalización (18-1)	Asm desafíos (54-2)
		Asm eficacia (50-1)	Asm encargados regionales (1-0)	Asm modelo de atención (19-1)
		Asm oftalmología (29-4)	Asm orientación técnica (1-0)	Asm origen (2-0)

		Asm otorrino (23-4)	Asm proceso de abordaje (20-1)	Derivación (44-4)
		Dorso curvo (13-5)	Escoliosis (20-13)	Establecimientos educacionales (16-7)
		Intervención kinésica (18-7)	Observación postural (2-9)	Pesquisa (22-6)
		Profesor (26-3)	Profesor efi (8-4)	Rol docente (7-1)
		Screening (26-15)	Test de Adams (15-9)	
	Eficacia de programas	Asm eficacia (50-1)	Control de presupuesto (2-1)	Eficacia (1-0)
		Esfuerzo minsal (8-1)	Gestión (31-0)	Gestión control (1-8)
		Gestión control desafíos (1-1)	Gestión control eficacia (2-1)	Gestión control funciones (2-1)
		Gestión control indicadores (5-3)	Gestión de riesgo (1-2)	Indicadores de salud (2-1)
		Junaeb debilidades (3-3)	Junaeb fortalezas (3-8)	Minsal debilidades (8-1)
		Minsal desafíos (14-1)	Minsal fortalezas (4-1)	Pnsi desafíos (5-3)
		Psiaj desafíos (1-1)	Relación m-j debilidades (6-9)	Relación m-j desafíos (15-6)
		Satisfacción usuaria (1-1)	Tablero de control (1-2)	Tablero de control indicadores (5-1)
	Control de salud escolar	Asma bronquial (1-2)	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)
		Control de salud (16-6)	Control de salud escolar (19-5)	Cuestionario de salud infantil (3-1)
		Cuestionario de salud mental (1-1)	Desarrollo puberal (14-1)	Dorso curvo (13-5)
		Enfermedad cv (1-1)	Enfermera (8-6)	Escoliosis (20-13)
		Establecimientos educacionales (16-7)	Genitourinario (1-1)	Genu valgo (3-4)
		Genu varo (3-4)	Médico (11-6)	Nutrición (1-1)
		Observación postural (2-9)	Oftalmología (1-2)	Ortopedia (8-13)
		Otorrino	Otras herramientas ep	Presencia del tutor

		(1-2)	(3-5)	(4-1)
		Salud bucal (6-2)	Salud bucal urgencias (1-2)	Salud mental (4-1)
		Screening (26-15)	Test de adams (15-9)	Técnico paramédico (2-5)
	Control joven sano	Acompañado (4-1)	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)
		Control de salud (16-6)	Control joven sano (13-4)	Control joven sano objetivos (1-1)
		Cuidadoso (4-1)	Enfermera (8-6)	Establecimientos educativos (16-7)
		Examen de columna características (2-1)	Examen físico (6-9)	Matrona (1-4)
		Médico (11-6)	Observación de la marcha (6-5)	Observación postural (2-9)
		Presencia del tutor (4-1)	Screening (26-15)	Técnico paramédico (2-5)
		MINSAL	Autocuidado (14-2)	Consentimiento informado (6-6)
	Contexto histórico (26-0)		Control de salud (16-6)	Control de salud escolar (19-15)
	Control joven sano (13-4)		Control joven sano objetivos (1-1)	Derivación (44-4)
	Enfermera 88-6)		Esfuerzo minsal (8-1)	Examen de columna características (2-1)
	Examen físico (6-9)		Insumos (2-2)	Kinesiólogo (22-6)
	Matrona (1-4)		Médico (11-6)	Minsal (14-12)
	Minsal debilidades (8-1)		Minsal desafíos (14-1)	Minsal fortalezas (4-1)
	Minsal misión (2-1)		Ortopedia (8-13)	Pnsi (14-5)
	Psiaj (9-6)		Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)
	Screening (26-15)		Sector salud (2-0)	Servicio de salud (10-4)
	Técnico paramédico (2-5)			
PNSI	Asma bronquial (1-2)	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)	

		Control de salud escolar (19-15)	Cuestionario de salud infantil (3-1)	Cuestionario de salud mental (1-1)
		Desarrollo puberal (14-1)	Enfermedad cv (1-1)	Escoliosis (20-13)
		Familia (20-0)	Genitourinario (1-1)	Nutrición (1-1)
		Oftalmología (1-2)	Ortopedia (8-13)	Otorrino (1-2)
		Pnsi (14-5)	Pnsi desafíos (5-3)	Pnsi objetivo (1-1)
		Presencia del tutor (4-1)	Salud bucal (6-2)	Salud bucal urgencias (1-2)
		Salud mental (4-1)		
	PSIAJ	Control joven sano (13-4)	Control joven sano objetivos (1-1)	Psiaj (9-6)
		Psiaj desafíos (1-1)	Psiaj instrumentos (1-1)	Psiaj objetivo (1-1)
	Relación MINSAL-JUNAEB	Descoordinación (5-1)	Desorganización (4-1)	Establecimientos educativos (16-7)
		Planificación (3-2)	Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)
		Relación m-j (11-9)	Relación m-j características (5-3)	Relación m-j convenio (2-1)
		Relación m-j debilidades (6-9)	Relación m-j desacuerdo (11-1)	Relación m-j desafíos (15-6)
		Relación m-j desarrollo (5-1)	Relación m-j futuro (3-1)	Relación m-j inicio (4-1)
		Resolutividad (9-2)	Screening (26-15)	Seguimiento (11-2)
		Servicio de salud (10-4)		
	Evidencia y desafíos evaluación postural	Actividad física (10-3)	Asm desafíos (54-2)	Autocuidado (14-2)
		Calidad (2-2)	Contexto (1-0)	Educación en salud (19-5)
		Eficacia (1-0)	Empoderamiento (6-1)	Escoliosis prevalencia (2-1)
		Escoliosis tratamiento niños (2-4)	Evidencia (6-1)	Evidencia desafíos (5-0)
		Minsal desafíos (14-1)	Participación (23-7)	Perfil profesional desafío (1-1)

		Pesquisa (22-6)	Pnsi desafíos (5-3)	Psiaj desafíos (1-1)
		Relación m-j desafíos (15-6)	Respaldo (2-0)	Screening (26-15)
		Seguimiento (11-2)		
	Fortalezas y debilidades JUNAEB	Asm criterio de focalización (18-1)	Asm modelo de atención (19-1)	Costo-efectividad (4-2)
		Educación en salud (19-5)	Evidencia (6-1)	Impacto (2-1)
		Junaeb debilidades (3-3)	Junaeb fortalezas (3-8)	Norma 2009 (1-1)
		Participación (23-7)	Resolutividad (9-2)	Seguimiento (11-2)
		Sustentabilidad (3-1)	Vínculo comunitario (3-1)	
	Fortalezas y debilidades MINSAL	Comunidad educativa (10-1)	Costo-efectividad (4-2)	Evidencia (6-1)
		Impacto (2-1)	Insumos (2-2)	Minsal debilidades (8-1)
		Minsal desafíos (14-1)	Minsal fortalezas (4-1)	Orientación técnica incompleta (1-0)
		Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)	Resolutividad (9-2)
		Responsabilidad (3-0)	Seguimiento (11-2)	Sistema de registro (1-0)
		Sustentabilidad (3-1)	Vínculo comunitario (3-1)	

Los “networks” son representaciones gráficas que nos permitieron realizar el trabajo conceptual de nuestra investigación. Representan las relaciones creadas entre los diferentes componentes o códigos (Portales et al., 2006).

Esto lo realizamos con el apoyo del programa computacional Atlas. Ti versión 6.2, para Windows Xp, Vista, 7 y 8. Según Portales et al. (2006), esta es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de, principalmente, grandes volúmenes de datos textuales.

2.7. Criterios de rigor

Cuando hablamos de calidad de la investigación aludimos al rigor metodológico con que esta ha sido diseñada, desarrollada, y a la confianza que, como consecuencia de ello, podemos tener en la veracidad de los resultados conseguidos (Rodríguez, Flores & Garcia, 1996). Con el fin de garantizar la fiabilidad y validez de nuestra investigación, a continuación procederemos a exponer los criterios de rigor con que esta ha sido diseñada y desarrollada.

2.7.1. Criterio de credibilidad

La credibilidad, implica la valoración de las situaciones en las cuales una investigación pueda ser reconocida como creíble, para ello, es esencial la pesquisa de argumentos fiables que puedan ser demostrados en los resultados del estudio realizado (Suárez, 2007).

Para cumplir este criterio, en nuestra investigación realizamos una revisión de los documentos ministeriales que contemplan a la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo existente en nuestro país, los cuales adquirieron la connotación de documentos primarios en nuestra investigación. En base a estos documentos, generamos dos pautas de entrevistas, para luego efectuar dos entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la salud relacionados con la creación, implementación y seguimiento de los programas ministeriales tanto del MINSAL como JUNAEB sobre la temática anteriormente señalada. Estas entrevistas fueron grabadas en audios, las que posteriormente fueron transcritas y estos escritos pasaron a ser parte de los documentos primarios, permitiendo así contrastar los datos entregados por esta investigación.

En nuestra investigación efectuamos, primero una triangulación entre investigadores, en donde cada investigador analizó documentos primarios distintos, para posteriormente confluir los puntos en común de lo revisado de forma individual. Además, realizamos una triangulación en base a las herramientas de obtención de información, es decir, la información codificada a partir de la revisión de los documentos se trianguló con la información codificada de las entrevistas realizadas. Permitiendo finalmente así efectuar las interpretaciones

pertinentes de estos datos, como se aprecia en los capítulos discusión y consideraciones finales.

Además, realizamos el proceso de confirmación con los participantes, a través de la revisión de las transcripciones de las respectivas entrevistas efectuadas.

2.7.2. Criterio de transferibilidad

Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos (Noreña, Alcaráz, Rojas & Rebolledo, 2012). Estos mismos autores señalan que si se habla de transferibilidad, se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación.

La manera de lograr este criterio fue a través de una descripción exhaustiva del proceso de recolección de la información, indicando cuales son documentos seleccionados y los criterios utilizados para ello, de la elección de los informantes claves para la realización de entrevistas y la forma en la cual se analizarán los resultados obtenidos, a través de citas, códigos, familias de códigos y metacategorías. Esta descripción densa del proceso, permite establecer concordancia con otros contextos. Además, la elección de la muestra fue a realizada través del muestreo intencionado, lo que permite identificar factores comparables con otros contextos.

2.7.3. Criterio de Consistencia

La consistencia se refiere a la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos hallazgos (Rodríguez, Lorenzo & Herrera, 2005).

Para poder cumplir con este criterio efectuamos una descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos. En primer lugar recogimos la información a través de la revisión documental efectuada y de la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a informantes claves, luego realizamos el análisis de los datos conseguidos, escogiendo las

citas, códigos, familias de códigos y metacategorías relevantes para la investigación, a modo de reducir la información obtenida. Por último, interpretamos la información mediante el proceso de triangulación de datos, comparando y complementando el análisis de los documentos primarios, realizado de manera individual por cada investigador. Esto facilitó la obtención de los resultados de esta investigación, uniendo la información recabada en las entrevistas con la revisión documental. Lo anteriormente señalado nos permitió estructurar nuestra discusión, las consideraciones finales, las proyecciones de nuestra investigación y las implicancias profesionales, todas estas detalladas a lo largo de este escrito.

2.7.4. Criterio de Confirmabilidad

En el criterio de confirmabilidad, los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (Noreña et al., 2012), para lograr este objetivo se realizaron transcripciones textuales de las grabaciones de audio de ambas entrevistas, posteriormente se efectuó un análisis fiel y acorde con lo señalado por los informantes. Además, estas transcripciones de las grabaciones, fueron entregadas a cada informante clave, con el propósito de confirmar los datos entregados por ellos, para el posterior análisis de esta información.

Capítulo 3: Marco teórico

3.1. Concepto de postura corporal

Kendall y Kendall (1985) definen postura como la composición de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo humano en todo momento. Lo cual se complementa por lo planteado por Magee (1997), quien define postura como la posición relativa que adoptan las diferentes partes del cuerpo en el espacio, pudiendo variar en relación a la situación que éste enfrenta.

Hemos de tener en cuenta que la postura no solo viene definida por situaciones estáticas, sino que es un concepto puramente dinámico, dada la infinidad de posiciones que se adquieren para conseguir cualquier objetivo (La Pierre, 1978; Andújar & Santonja, 1996).

Tanto Palmer y Epler (1998) como Kendall y Peterson (2000), refieren que según las demandas mecánicas y funcionales se puede observar una postura considerada como normal o buena, o por el contrario, alterada o mala. En el primer caso, es posible la eficacia biomecánica y fisiológica al minimizar el estrés que produce la gravedad, en el segundo, se produce mayor tensión sobre las estructuras de sostén produciendo un desequilibrio corporal.

Andújar y Santonja (1996) aluden a los conceptos de postura correcta como toda aquella que no sobrecarga la columna ni a ningún otro elemento del aparato locomotor. Postura viciosa como la que sobrecarga a las estructuras óseas, tendinosas, musculares, vasculares, etc., desgastando el organismo de manera permanente, en uno o varios de sus elementos, afectando sobre todo a la columna vertebral. Postura armónica como la postura más cercana a la postura correcta que cada persona puede conseguir, según sus posibilidades individuales en cada momento y etapa de su vida.

Según Rash y Burke (1985) y Brownstein (2001), la postura en el Hombre se encuentra relacionada entre otras con: entorno social, personalidad, actitud mental, ocupación, hábito postural, genética, vestimenta, edad, nutrición, estado de salud, actividad física y modelos socioculturales.

3.1.1. Alineamiento normal

En el modelo postural propuesto por Kendall, Peterson, Geise, McIntayr y Anthony (2008), la columna presenta una serie de curvaturas normales y los huesos de las extremidades se encuentran idealmente alineados para soportar el peso. La posición neutral de la pelvis conduce a un alineamiento correcto del abdomen y el tronco. El tórax y la región superior de la espalda se sitúan en una posición que favorece el funcionamiento de los órganos respiratorios.

Según Parco (2012), la postura óptima o postura ideal se da cuando ya están definidas las curvaturas de la columna y la bóveda plantar. También propone que es aquella en la cual los diferentes segmentos corporales van a estar alineados correctamente, generando un mínimo estrés sobre los tejidos corporales.

Alineación segmentaria ideal según Kendall et al. (2008):

Vista lateral:

- **Cabeza:** En posición neutra, ni inclinada hacia delante ni hacia atrás.
- **Columna cervical:** Curva normal, ligeramente convexa hacia delante.
- **Escápulas:** Adosada a la región torácica de la espalda.
- **Columna dorsal:** Curva normal, ligeramente convexa hacia atrás.
- **Columna lumbar:** Curva normal, ligeramente convexa hacia delante.
- **Pelvis:** Posición neutra, las espinas iliacas anterosuperiores en el mismo plano vertical que la sínfisis del pubis.
- **Articulación de la cadera:** En posición neutra, ni flexionada ni extendida.
- **Articulación de la rodilla:** En posición neutra, ni flexionada ni en hiperextensión.
- **Articulación del tobillo:** En posición neutra, pierna vertical y en ángulo recto con el pie.

Vista posterior:

- **Cabeza:** En posición neutra, ni inclinada ni rotada.
- **Columna cervical:** Recta.
- **Hombros:** A nivel, ni elevados ni deprimidos.
- **Escápulas:** En posición neutra, bordes internos paralelos y separados alrededor de 7 u 8 cm.
- **Columna dorsal y lumbar:** Rectas.
- **Pelvis:** Ambas espinas iliacas posterosuperiores en el mismo plano transversal.
- **Articulación de la cadera:** Posición neutra, ni en abducción ni en aducción.
- **Extremidades inferiores:** Rectas, ni en varo ni en valgo.
- **Pies:** Paralelos o con ligera desviación de las puntas hacia afuera. Maléolo y margen externos de la planta del pie en el mismo plano vertical, con lo que el pie no está en pronación ni en supinación. El tendón calcáneo debe estar vertical.

Según Kendall et al. (2008) las curvaturas normales de la columna consisten en una curva convexa hacia delante a nivel cervical (región cervical), una curva convexa hacia atrás en la región superior de la espalda (región torácica) y una curva convexa hacia delante en la región inferior de la espalda (región lumbar). Pueden describirse como una leve extensión de cuello, una ligera flexión de la columna torácica y una ligera extensión de la región inferior de la espalda. Cuando la curvatura lumbar es normal, la pelvis se encuentra en posición neutra.

3.1.2. Alteraciones posturales

Respecto a las deformidades de la columna vertebral, García-Alén (2009) menciona que en la infancia, la mayoría de las alteraciones en la columna se corresponden con desviaciones de tipo actitudinal (actitudes cifóticas, lordóticas y escolióticas). En relación a la prevalencia de este tipo de alteraciones, Molano (2004) encontró algún tipo de deformidad en el 100% de los niños integrantes de la muestra de su investigación (22 niños, con una edad de promedio de 8 años, distribuidos 13 escolares de género masculino y 9 femenino).

3.1.2.1. Hiperlordosis

Es una alteración de la curvatura normal de la columna, la cual consiste en un aumento de la curvatura anterior de la columna cervical y lumbar. Las causas de aumento de la lordosis incluyen: musculatura distendida (en especial la abdominal), abdomen abultado (exceso de peso o embarazo), mecanismos compensatorios de otras deformidades, contracturas en flexión de la cadera, espondilolistesis, problemas congénitos, entre otros (Magee, 1994).

3.1.2.2. HiperCIFosis

Es una alteración de la curvatura normal de la columna, la cual consiste en un aumento de la curvatura posterior de la columna torácica. La cifosis tiene variadas causas, entre ellas: la tuberculosis, fracturas vertebrales por compresión, enfermedad de Scheuermann, espondilitis anquilosante, anomalías congénitas, entre otras (Magee, 1994).

3.1.2.3. Escoliosis

Según Kendall et al. (2008) la columna posee una serie de curvaturas normales en dirección anteroposterior, pero las curvas en dirección lateral se consideran anormales. Además, este mismo autor, señala que la escoliosis es una curva lateral de la columna vertebral, dado que la columna no es capaz de inclinarse lateralmente sin rotar al mismo tiempo, por lo tanto, la escoliosis implica tanto la flexión lateral como la rotación.

Existen numerosas causas conocidas de escoliosis, algunas de estas implican modificaciones de la estructura ósea, como el acúñamiento de un cuerpo vertebral. También están vinculadas con problemas neuromusculares, afectando directamente a la musculatura de tronco, y existen otras relacionadas con la asimetría de una extremidad, como el acortamiento de una pierna o incluso por asimetría visual o auditiva (Kendall et al., 2008).

Álvarez (2010), menciona que los factores etiológicos involucrados en el desarrollo de una escoliosis son numerosos (Tabla 2), sin embargo, la mayor parte de las escoliosis no tienen

una causa conocida (escoliosis idiopáticas), observándose en niños sanos sin que pueda llegar a establecerse una causa. Según esta autora, en España este tipo de escoliosis idiopática con curvas menores de 10°, muestran prevalencias que oscilan entre 1 y 3%, con una proporción igual entre mujeres y hombres, mientras que para curvas mayores de 30° la prevalencia es mucho más baja, con una proporción niño/niña de 1/8 . Por otro lado en Chile, según lo mencionado en la Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), la mayoría de los estudios de prevalencia se enfocan en la escoliosis idiopática del adolescente. Además, señala que una curva estructural sobre 10° aparece en el 2 - 3% del universo en riesgo, que son las niñas y los niños de 10 a 16 años. De este grupo con escoliosis, el 10% requerirá de tratamiento activo y el 1% requerirá de cirugía. También refiere que la prevalencia de las formas no-idiopáticas es menos conocida, pudiéndose extrapolar basándose en su proporción de 15% del total de las escoliosis.

Tabla N° 2. Etiología de las escoliosis en función de su estructuración. Reproducido de Álvarez (2010).

Etiología de las escoliosis en función de su estructuración	
Escoliosis no estructuradas	Escoliosis estructuradas
Escoliosis postural Escoliosis por disimetrías	Escoliosis idiopática: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Infantil: antes de los 3 años ➤ Juvenil: de los 3 a los 10 años ➤ Adolescente: de los 10 años hasta la madurez Escoliosis congénita Escoliosis neuromuscular Escoliosis mesenquimatosas Escoliosis reumáticas Escoliosis osteocondrodistrófica Escoliosis neurofibromatosa Escoliosis metabólicas Escoliosis traumática Escoliosis tumoral

En las escoliosis no estructuradas, la columna vertebral es flexible y la curva desaparece al realizar un movimiento de flexión del tronco y en decúbito supino, es el caso de las escoliosis

posturales del adolescente o las debidas a disimetrías en las extremidades inferiores. Éstas nunca se acompañan de rotación de los cuerpos vertebrales (Álvarez, 2010).

Sin embargo, las escoliosis estructuradas presentan una rotación de las vértebras centrales de la curva, de forma que los cuerpos vertebrales sufren un giro hacia el lado de la convexidad mientras que los arcos costales posteriores se desvían hacia la concavidad. Esto produce una mayor prominencia de las costillas en la convexidad lo que origina una giba paravertebral visible en la espalda, especialmente cuando se flexiona la columna (Álvarez, 2010).

3.1.2.4. Pie plano

Es una alteración caracterizada por un aumento del área de contacto plantar con arco longitudinal interno disminuido o ausente, el cual después de los 3 años es posible empezar a descartar, ya que en los menores existe una almohadilla de grasa plantar que aumenta el área de contacto del pie con el suelo (Guzmán, 2003).

Tanto Winter (1986) como el Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Pie Plano en edad pediátrica, realizado por el Servicio de Araucanía Sur en el año 2010, exponen la siguiente clasificación de pie plano:

- **Pie plano de primer grado:** Se trata de un pie que es normal en reposo, pero que al recibir el peso del cuerpo produce un moderado aplanamiento del arco longitudinal con un discreto componente de valgo de retropié. Es una condición entre lo normal y el pie plano, por lo que debe ser objeto de vigilancia.
- **Pie plano de segundo grado:** Es un pie plano valgo ya bien definido. Hay aplanamiento de la bóveda plantar y un valgo del retropié claramente por encima de lo que hay que esperar como normal a una edad temprana del paciente.
- **Pie plano de tercer grado:** Al hacerse más marcado el pie plano, su porción anterior soporta una sobrecarga en la primera cuña y en el primer metatarso, por lo que se

desvía hacia lateralmente en valgo. Esta eversión del antepié es la que caracteriza al tercer grado, lógicamente ocurre un aplanamiento y el valgo de calcáneo, ya apuntados en el segundo grado.

- **Pie plano de cuarto grado:** Es la condición más grave del pie plano, ya que hay una evidente lesión en la articulación astrágalo escafoídea. A las deformidades ya señaladas en el tercer grado, se agrega la pérdida de la relación normal entre el astrágalo y escafoides con una prominencia de la cabeza del astrágalo en la planta del pie. El valgo del calcáneo es todavía más intenso y, de persistir sin tratamiento, el tendón de Aquiles resulta sensiblemente acortado. La deformidad puede hacerse rígida y no es corregida manualmente.

3.1.2.5. *Genu valgo*

Según la Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la infancia (MINSAL, 2014), el genu valgo corresponde a una posición de muslos y piernas donde las rodillas se encuentran juntas y los pies separados (posición en X).

Complementando lo anterior, Kendall et al. (2008) señalan que esta postura se origina como resultado de una combinación de rotación lateral de los fémures, supinación de los pies e hiperextensión de las rodillas. Debido a la rotación lateral, el eje de la articulación de las rodillas se sitúa oblicuo respecto al plano coronal, por lo que la hiperextensión dará lugar a una aducción a nivel de las rodillas.

3.1.2.6. *Genu varo*

La Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la infancia (MINSAL, 2014), define genu varo como una posición de los muslos y piernas donde las rodillas se encuentran separadas y los pies juntos (posición de vaquero).

Kendall et al. (2008) mencionan que el genu varo es consecuencia de una combinación de rotación medial de los fémures, pronación de los pies e hiperextensión de las rodillas. Cuando los fémures rotan medialmente, el eje de movimiento de la flexión y extensión es oblicuo respecto al plano coronal. Como consecuencia de este eje, la hiperextensión se produce en dirección posterolateral, dando lugar a una separación a la altura de las rodillas y a un arqueamiento aparente de las piernas.

3.1.2.7. *Lumbalgia*

Diferentes estudios afirman que la lumbalgia es el tipo más común de las dolencias de espalda y tiene cada vez más incidencia y a edades más tempranas. Desde la infancia el número de casos y la prevalencia del dolor aumentan proporcionalmente con la edad, la cifra de adolescentes afectados se acerca vertiginosamente a los datos encontrados en adultos (Cardoso & Gómez, 2008; Groll, Heine-Goldammer, & Zalpour, 2009).

Según el Protocolo Referencia y Contrarreferencia Síndrome de Dolor Lumbar Puro, Agudo y Crónico, realizado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, en el año 2011, el dolor lumbar es una condición muy frecuente que afecta tanto a hombres como mujeres en plena edad productiva laboral y económica. Es la segunda causa de consulta médica, superada sólo por las enfermedades respiratorias. Además, según este protocolo, entre el 7 y 14% de la población refiere estar cursando un lumbago y entre el 70 y 80% de la población es afectada por dolor lumbar en algún momento de su vida.

Álvarez (2010) encontró que en un grupo de niños de 9 años el dolor de espalda se relacionaba significativamente con las desviaciones de la columna lumbar, concretamente la presencia de hiperlordosis lumbar. En esta misma investigación se observó una relación significativa entre el dolor de espalda y el tiempo de carga de la mochila (13,3% dolor de espalda con tiempo de carga menor a 30 minutos, frente a un 26,7% de dolor con tiempo mayor a 30 minutos). Además, Jones, Watson, Silman, Symmons, y McFarlane (2003), en su investigación encontraron un 40,2% de prevalencia de lumbalgia en la muestra de escolares estudiada y destacaron las consecuencias discapacitantes del dolor en el 13,1% de los sujetos, el ausentismo escolar del 26,2% de los alumnos convalecientes y la reducción de actividad física en el 30,8% de los casos.

Kovacs (2000) establece que el 70% de los adolescentes ha sufrido algún tipo de dolor de espalda antes de los 16 años, por carga excesiva en la mochila, sedentarismo, práctica inadecuada de deportes o malos hábitos posturales, siendo un factor de riesgo para el rendimiento académico. Complementando esto, Hestbaek et al. (2006) señalan que padecer lumbalgias u otros dolores de espalda en la juventud implican enormes posibilidades de continuar sufriendo la dolencia en la edad adulta.

3.2. Contexto escolar

Concretamente, en el ámbito escolar, los alumnos se exponen constantemente a factores de carga de mochilas (Cardon et al., 2007), posturas sedentes prolongadas (Knight y Noyes, 1999; Murphy et al., 2004) y mobiliario escolar inapropiado (Limon, Valinsky & Ben-Shalom, 2004; Milanese y Grimmer, 2004; Christoulas et al., 2004).

3.2.1. Utensilios escolares

Dentro de todos los utensilios disponibles para el uso del estudiante durante su jornada escolar destacamos la mochila y el calzado escolar. Desde nuestra visión, consideramos que estos se encuentran presentes durante toda la etapa escolar de los niños y adolescentes.

Comenzando por la mochila podemos señalar que en el interior de esta se transportan los utensilios necesarios para realizar actividades dentro de la sala de clases (libros, cuadernos, carpetas, estuches, etc), alimentos y bebidas para consumir en el recreo, útiles de aseo, además de utensilios varios que pueden ser considerados prescindibles para la jornada escolar como juguetes, teléfonos celulares, dispositivos electrónicos, etc. La suma de todos estos va aumentando el peso que debe ser transportado por el estudiante y que puede ser considerado excesivo desde la visión del propio escolar, de sus pares, Profesores, padres, apoderados y otros integrantes de la comunidad escolar (Alberola, Pérez, Casares, Cano & Andrés, 2010).

Ruano, Palafox y García (2007) sostienen que varias investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos, Francia y Reino Unido, han demostrado que el exceso de peso en las mochilas puede provocar problemas musculares en el cuello, hombros y/o espalda. Estas mochilas cargadas con exceso de peso producen un desplazamiento del centro de gravedad hacia atrás, provocando una inclinación del cuerpo hacia delante, causando tensión en cuello y espalda. Además, mencionan que los expertos recomiendan que el peso máximo que deben llevar los escolares en sus espaldas no debe sobrepasar el 10% de su peso corporal. Por otro lado, Quintana, Martín, López, Romero y Sánchez (2005) concluyen que el peso de la mochila no guarda relación significativa con el dolor de espalda, incluso aumentan el peso recomendado a un 15% del peso corporal del alumno.

El peso transportado es una preocupación en sí, ya que implica un esfuerzo físico y además puede ser un problema potencial relacionado con la aparición de alteraciones posturales, la adquisición de malos hábitos, la aparición de deterioros estructurales que pueden afectar tanto a la funcionalidad como a la relación del escolar con su entorno en el corto, mediano y/o largo plazo (Alberola et al., 2010).

En relación al calzado escolar, según lo señalado por Espasa (2013), es importante que el niño disponga de una amplia variedad de estos, con el fin de que su pie no se adapte a ninguno en concreto, ya que se encuentra en plena etapa de crecimiento y puede ser perjudicial para su desarrollo acostumbrarse a un único tipo de calzado. Por lo general, el tipo de calzado más apropiado es el que está fabricado con materiales naturales como el cuero o la tela de algodón ya que ambos permiten la transpiración del pie.

Andújar y Santonja (1996) mencionan que el calzado escolar debe ser adecuado para las actividades que este realice en cada momento, las principales características que ha de tener el calzado durante el crecimiento son: la presencia de un rígido y resistente contrafuerte (pero que no inmovilice el tobillo), un antepié flexible que permita una buena funcionalidad de las articulaciones metatarsofalángicas. Además, debe ser holgado para favorecer el desarrollo armónico de los dedos y que permita la transpiración del pie.

3.2.2. Mobiliario escolar

López (2009) menciona que el mobiliario escolar, es junto con las mochilas, una de las causas de mayor incidencia en las dolencias de espalda registradas entre los niños. El diseño del mobiliario escolar debe tener en cuenta las dimensiones de los usuarios a los que va dirigido: niños y adolescentes. El mismo autor señala que la aplicación de estos criterios antropométricos presenta dificultades, al tratarse de una población con gran variedad de dimensiones según la edad e incluso dentro del mismo grupo etario.

Según el Manual de Apoyo para la Adquisición de Mobiliario Escolar, realizado en conjunto por el MINEDUC y la UNESCO en el año 2006, el mobiliario debe cumplir con ciertos conceptos de diseño que favorezcan el desempeño del alumno/a, reduciendo los riesgos de fatiga física y de deterioro de su salud, a la vez que les permitan ser funcionales para responder a la variedad de exigencias de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje planificado por los/as docentes.

La Guía de recomendaciones para el Diseño de mobiliario Escolar, también desarrollada en conjunto por el MINEDUC y la UNESCO en el año 2001, señala que la condición impuesta al diseño de mobiliario es que este reduzca al máximo la probabilidad de que los usuarios experimenten una fatiga muscular. Con ello, se trata de prevenir la interferencia de la incomodidad del mobiliario con la percepción de información, el procesamiento de ésta, y/o la toma de decisiones de los estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Además, menciona que los factores que condicionan la postura son la forma y el tamaño del mobiliario, los hábitos posturales y los requerimientos de las tareas solicitadas.

Espasa (2013) sostiene que el mobiliario escolar inadecuado para el peso y la altura del niño obliga al alumno a adoptar posturas forzadas, las cuales repercutirán a largo plazo en un problema de espalda. La posible solución ante esta situación sería componer el aula escolar con una serie de mesas y sillas las cuales tengan un tamaño adecuado para los alumnos. También es recomendable que estos posicionen su espalda firmemente apoyada en el respaldo de la silla, mantengan los pies siempre en contacto con el suelo y, al escribir, los brazos estén apoyados sobre la mesa. Los niños más altos asumen una postura bípeda y relajada, causada por la flexión excesiva de la cadera, llevando la pelvis hacia atrás y flexionando la columna

lumbar. Además, esta autora recomienda que los centros escolares dispongan de mobiliario ergonómico, es decir, de mesas y sillas ajustables al tamaño y peso de cada niño. Una silla no ergonómica, adicionada a una mesa de dimensiones inadecuadas, incrementan aún más el riesgo de alteraciones músculo–esqueléticas ocasionadas por postura mantenidas durante gran parte de la jornada escolar.

Fraile (2009) concluye que el mobiliario escolar no se adapta al momento evolutivo de cada alumno a lo largo de los distintos cursos por los que este pasa, además opina que tanto la silla como la mesa son elementos fundamentales para la comodidad del alumnado.

Según Knight y Noyes (1999), en relación al mobiliario escolar, es necesario cambiar las conductas dando más oportunidades a la entrega de información de aspectos posturales y antropométricos.

3.2.3. Hábitos posturales

La Real Academia Española (2001) define hábito como un modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.

Tanto Canté, Kent, Vásquez y Lara (2010), como Penha, Amado, Casarotto, Amino y Penteadó (2005) refieren que los problemas posturales se inician, en la mayoría de los casos, en la edad escolar. Es en este periodo de desarrollo a nivel músculo esquelético en donde la postura presenta muchos ajustes, adaptaciones propios de los cambios estructurales del cuerpo y de las exigentes demandas psicosociales.

La adopción de posturas incorrectas no corregidas a tiempo, ocasionan no solo un defecto estético en su figura, sino también desajustes en la actividad de órganos internos y funciones de estos tales como respiración, deglución, circulación, locomoción.(Amat, 2008). Complementando lo anterior, Molano (2004) señala a las etapas de la infancia y adolescencia como las fases sensibles para la adquisición de hábitos de vida saludables, dentro de los cuales, la educación en hábitos posturales tiene un rol trascendental. Es por esto que es

importante, tal como dicen Portales et al. (2006), concientizar al niño en relación a sus hábitos posturales, considerando diferentes posiciones corporales, ya sea de pie, sentado o acostado. Mendez et al. (2001) señalan que la educación impartida en la familia y en el colegio permite concientizar en el niño aspectos de higiene postural relacionados a la forma de caminar, permanecer de pie, sentarse o agacharse a recoger un objeto.

La mayor parte de las desviaciones posturales del niño se incluyen en la categoría de desviaciones propias del desarrollo, pero cuando estas pautas se hacen habituales, se convierten en fallos posturales (Kendall & Peterson, 2000).

Si un hábito postural incorrecto en un niño es mantenido en el tiempo, se podrían producir alteraciones posturales que se acentuarán durante su crecimiento hasta la adultez, produciendo signos y síntomas característicos de disfunciones músculo-esqueléticas (Portales et al., 2006).

3.2.4. Actividad física

Una postura incorrecta aumenta el estrés físico sobre determinados tejidos, dado que la fuerza y la flexibilidad son los dos componentes más importantes de la condición física que van a condicionar la postura, será necesario realizar elongaciones y ejercicios de fortalecimiento muscular para que haya un equilibrio entre ambas capacidades (Parco, 2012).

García-Alén (2009) comenta la importancia del sedentarismo como factor desencadenante para la aparición de problemas posturales. Señala que el sedentarismo es “una lacra social”. Además, considera que este puede y debe ser abordado en la escuela, específicamente desde las clases de Educación Física. El mismo autor refiere que evidentemente, no se trata de poner al alumnado a hacer ejercicio físico durante las dos horas semanales de las que se dispone, sino de promover el gusto por la práctica de actividad física en los ratos de ocio y dotar de las herramientas necesarias para realizarlo de manera correcta y segura.

En base a la experiencia en España en esta temática, Gómez-Conesa y Calvo (2011) mencionan que para potenciar el ejercicio físico con fines terapéuticos y para desarrollar las cualidades físicas a través del ejercicio, tanto en las intervenciones de prevención primaria

como secundaria de la lumbalgia con niños y adolescentes, en Kinesiología se llevan a cabo programas con acondicionamiento físico terapéutico. Así, según estos autores, un programa de prevención primaria de Kinesiología en el ámbito escolar con acondicionamiento físico, basado en estimular el juego, las actividades deportivas y el recreo activo, combinado con sesiones educativas de cuidado de la espalda, es eficaz para la adquisición de conocimientos de salud, mejorar las conductas saludables, incrementar los niveles de actividad física dentro y fuera de la escuela y fomentar un estilo de vida activo en niños y adolescentes de 8 a 12 años.

Beekhuizen, Hanney, y Kolber (2009) exponen que la actividad física juega un factor fundamental en la prevención de los problemas posturales. Además, instan a las instituciones públicas a promocionar el estilo de vida activo como herramienta eficaz contra las alteraciones posturales.

La Pierre (2000) señala que un plan de ejercicios de fortalecimiento muscular y de reeducación postural, dirigido por un equipo multiprofesional de Médicos, Kinesiólogos y Profesores, sería el camino más adecuado en la solución de prevenir o corregir algún patrón anormal de postura en niños.

3.2.5. Higiene postural

Andújar y Santonja (1996) definen higiene postural como las medidas o normas que podemos adoptar para el correcto aprendizaje de actividades o hábitos posturales que el individuo adquiere durante su vida, así como también alude a las medidas que faciliten la reducción de actitudes o hábitos posturales adquiridos previamente de manera incorrecta. En otras palabras hace referencia al aprendizaje de un conjunto de hábitos y normas, adquiridos de manera progresiva, con el fin de evitar y reeducar posturas viciosas que puedan repercutir en la espalda de manera negativa como por ejemplo dolor o incluso deformaciones.

Además, debemos tener en cuenta que la postura no solo viene definida por situaciones estáticas, sino que es un concepto puramente dinámico, dada la infinidad de posiciones que se adquieren para conseguir cualquier objetivo (La Pierre, 1978; Andújar y Santonja, 1996). En

este sentido, Santoja, Andújar y Ortín (2006) afirman que las medidas de higiene postural no sólo son consejos sobre el mobiliario, sino que consisten en una interiorización de las actitudes del individuo ante la vida. Es la adopción de posturas no forzadas, cómodas, que no reportan sufrimiento para el aparato locomotor de nuestro organismo. No es el mantenimiento de una sola postura sino que es un concepto dinámico y más amplio.

López (2009) señala que la correcta adopción de las posturas a lo largo de todo el día y durante el crecimiento prácticamente aseguran el correcto desarrollo de la columna vertebral. Desgraciadamente, es muy frecuente que los escolares adopten posturas incorrectas a lo largo del día. Penha et al. (2005) señalan que la mayor incidencia de alteraciones posturales ocurre en niños en edad escolar.

3.3. Métodos de evaluación postural

Según Álvarez (2010) al realizar el análisis de la postura corporal se debe tener en cuenta los distintos factores que pueden modificarla: herencia, edad, sexo, medio ambiente, hábitos posturales, cultura, religión, estado emocional, grado de actividad física, sedentarismo, características antropométricas, nivel de funcionalidad y/o de discapacidad, etc. El examen observacional de la postura permite cualificar y cuantificar la actitud postural junto con la alineación corporal del sujeto, además de valorar su posible repercusión en el movimiento y en las actividades diarias.

3.3.1. Test de La Línea de Plomada

Kendall et al. (2008) mencionan que este test se utiliza para determinar si los puntos de referencia del sujeto están alineados de igual manera que los puntos correspondientes al modelo postural planteado por este autor. Además, plantea que las desviaciones de los diferentes puntos revelan el grado de desalineamiento del sujeto, las cuales se definen como leves, moderadas o acusadas.

La línea de la plomada se suspende con una barra por sobre la cabeza del paciente. La plomada está alineada con el punto basal normal es decir, visto desde atrás, esta se ubica en un punto equidistante entre los pies y lateralmente, la línea de la plomada pasa por delante del maléolo lateral (Kendall et al., 2008).

Los siguientes puntos son los que coinciden con la línea de referencia del alineamiento ideal según Kendall et al. (2008).

Vista lateral:

- Ligeramente por delante del maléolo lateral.
- Ligeramente por delante del eje de la articulación de la rodilla.
- Ligeramente por detrás del eje de la articulación de la cadera.
- Cuerpos de las vértebras lumbares.
- Articulación del hombro.
- Cuerpos de la mayoría de las vértebras cervicales.
- A través de conducto auditivo externo.

Vista posterior:

- Punto medio entre los talones.
- Punto medio entre las rodillas.
- Línea media de la pelvis, línea interglutea.
- Columna vertebral.
- Línea media del cráneo.

Yufra y Giordana (2011) evaluó tanto la sensibilidad, como la especificidad del test de La Línea de Plomada en una población de 9.997 escolares mayores de 10 años, encontrando valores del 41 y 98,3% respectivamente.

3.3.2. Test de Adams

El diagnóstico presuntivo de escoliosis se realiza a través del examen físico que contempla el Test de Adams (MINSAL, 2010).

Con el sujeto en bipedestación estática se le solicita que realice una flexión anterior del tronco con las rodillas extendidas, miembros superiores en posición de péndulo, manos a igual altura y con ambas palmas en contacto. Se observa la espalda del niño por delante y por detrás. Este test aporta información sobre las curvas escolióticas, cifóticas, lordosis y flexibilidad o rigidez de la columna vertebral. El hallazgo más importante en el Test de Adams es la aparición de una giba costal, dorsal o lumbar, expresión de una rotación vertebral y signo patognomónico de la escoliosis estructurada, ya que las escoliosis funcionales corrigen su curva con esta maniobra (Álvarez, 2010).

Santonja et al. (2006) mencionan que cualquier desnivel descubierto en la columna vertebral debemos cuantificarlo, señalando el nivel de la curva escoliótica (cervico-torácico, torácico, torácico-lumbar, lumbar), su dirección (izquierda o derecha) en función del lado de la convexidad de la curva y la medición de la giba, ya sea en milímetros o en grados.

Yufra y Giordana (2011) evaluaron tanto la sensibilidad como la especificidad del Test de Adams en una población de 9.997 escolares mayores de 10 años, encontrando valores del 78,2 y 64,4% respectivamente.

3.3.3. Observación postural

Santonja et al. (2006) definen observación postural como una evaluación visual que se realiza tanto por anterior como por posterior. El paciente permanece en bipedestación y sólo con ropa interior. Es preciso que la persona explorada esté relajada y adopte su postura habitual.

3.3.3.1. Observación por posterior según Santonja et al. (2006):

La exploración debe comenzar con la inspección de la espalda, buscando la presencia de desniveles en hombros, escápulas y/o pelvis, asimetrías del triángulo del talle (espacio

comprendido entre la cara interna del brazo y la cara externa del torso), asimetría en el pliegue del talle y la disposición vertical o inclinada del pliegue interglúteo.

En las escoliosis estructuradas se observa la protrusión de una escápula y/ o de un área paravertebral.

3.3.3.2. Observación por anterior según Santonja et al. (2006):

Hay que buscar la posible asimetría entre ambos hemitórax. Se confirma el desnivel de los hombros y, con frecuencia, existe un descenso del tórax del mismo lado que el hombro que está descendido. En las escoliosis estructuradas existe protrusión de un hemitórax que, en las adolescentes, ocasiona la apariencia de un mayor desarrollo de una glándula mamaria (la de la zona protruida), el hemitórax protruido suele ser el opuesto al que esté protruido en la parte posterior.

Yufra y Giordana (2011) evaluaron tanto la sensibilidad como la especificidad de la evaluación visual posterior en una población de 9.997 escolares mayores de 10 años, encontrando valores del 82,6 y 28,8% respectivamente.

3.3.4. Observación de la marcha

Según lo expuesto por Magee (1994) el examen de la marcha consiste en mirar al niño/a por delante, atrás y de lado, desde proximal a distal mientras camina, idealmente varios metros para observar simetría, claudicación y estabilidad de la marcha, el niño/a debe estar sólo con ropa interior.

La Norma Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014) expone las características tanto de la marcha normal como de la marcha patológica y algunas de sus causas:

A. Marcha normal

La marcha normal es aquella que permite realizar un menor gasto energético al organismo y provee de libertad de movimiento para la realización de actividades, como caminar, correr y hacer deporte. Para que la marcha normal pueda suceder, se requiere indemnidad del sistema nervioso, muscular y osteoarticular.

Al comienzo la marcha es insegura e inestable, el niño o la niña camina con las piernas arqueadas fisiológicamente (genu varo) y con los codos flectados.

Hacia los 3 años la marcha es más segura, en este momento las piernas se arquean en genu valgo. Muchas veces a esta edad los preescolares miran al suelo para tener más estabilidad lo cual es normal. Recién a los 6 o 7 años se alcanza el patrón de marcha maduro, con la seguridad y estabilidad similar a la del adulto.

B. Marcha Patológica

Evaluar presencia de marcha en punta de pie (marcha equina), o en talones (posición talo), ver si hay claudicación de la marcha. La claudicación es siempre un síntoma de alarma pues puede ser síntoma de patología traumatológica de alta complejidad (por ejemplo. infección osteoarticular, traumatismos, neoplasias, enfermedades neuromusculares o autoinmunes, enfermedad de Perthes). Además, la marcha patológica puede ser producida por diferentes causas, entre ellas: dolor, deformidades estructurales, desórdenes neuromusculares y debilidad muscular aislada.

3.3.5 Ángulo o método de Cobb

El término “ángulo de Cobb”, se utiliza en todo el mundo para medir y cuantificar la magnitud de las deformaciones espinales, especialmente en el caso de la escoliosis (Lau, 2013).

Los autores Ferraro, Monticone, Negrin y Paroli (2003) y Lau (2013) señalan que la medida del ángulo de Cobb es el “gold standard” de la evaluación de escoliosis, aprobada por

la Sociedad de Investigación de la Escoliosis. Siendo además usada como el estándar de medición para cuantificar y realizar el seguimiento de la progresión de la escoliosis.

Aubin, Dansereau, De Guise y Labelle (1997) indican el procedimiento de medición ángulo o método de Cobb, el cual presenta 4 pasos detallados a continuación:

- 1) Se requiere una radiografía de la columna vertebral para realizar la medición, tomándose por referencia las plataformas de las vértebras límites superior e inferior de la curva. Para localizarlas nos basamos en que sus superficies superior e inferior se encuentran más inclinadas, que las superficies de las otras vértebras, hacia la concavidad de la curva.
- 2) Con un bolígrafo, sirviéndonos de una regla, se proyecta una línea hacia la concavidad de las superficies superior e inferior de las vértebras situadas en los extremos de la curva escoliótica.
- 3) Se traza la perpendicular de cada una de las líneas que representan la proyección de las superficies vertebrales. Se realizan de forma que estas dos perpendiculares se crucen entre sí.
- 4) Del cruce de las dos perpendiculares aparece el ángulo. El arco del ángulo es el grado o el valor de la curva escoliótica.

Según Lau (2013) los resultados del Método de Cobb se interpretan de la siguiente manera:

- Ángulo de menos de 20 grados: Escoliosis leve
- Ángulo de entre 25 y 70 grados: Escoliosis moderada
- Ángulo de más de 70 grados: Escoliosis grave
- Ángulo de más de 100 grados: Escoliosis muy grave

3.3.6 Signo de Risser

Permite evaluar la madurez de la columna vertebral, a través de la osificación de las crestas ilíacas (Espinosa, Arroyo, Martín, Ruiz & Moreno, 2009).

Los autores Orrego y Morán (2014) indican que este signo se correlaciona con el potencial de crecimiento, es decir a mayor potencial de crecimiento, mayor riesgo de deformidad progresiva. También estos autores indican que la cresta iliaca se divide en cuatro cuartos, objetivando:

- Risser 0: No hay ningún signo de osificación. Máximo potencial.
- Risser 1: Osificación de la apófisis del cuarto anterior
- Risser 2: Osificación del segundo cuarto.
- Risser 3: Osificación de los tres cuartos anteriores
- Risser 4: Osificación completa.
- Risser 5: La fusión de la apófisis con el ala iliaca. Mínimo potencial.

3.3.7 Podoscopía

Los autores Boudolos y Nikolaidou (2006) mencionan que la Podoscopía se encarga del estudio de la huella plantar y que los parámetros de esta, tienen la capacidad de descubrir la amplia variación en la morfología de los pies y ofrece una importante información sobre su clasificación. Padilla (2011) define al Podoscopio como un dispositivo basado en la colocación de espejos que reflejan la huella plantar y permite su visualización directa. De la misma manera, este autor indica que esta herramienta aporta información sobre el tipo de pie, así como posibles alteraciones morfológicas del mismo.

El Protocolo de Pie Plano del Servicio de Araucanía Sur (2010) refiere que con los distintos modelos de podoscopio se estudia el apoyo en carga y en descarga, en situación unípeda y bípeda, y con los pies paralelos, juntos o separados. Además, este protocolo describe que para analizar los pies se le indica al paciente que, totalmente descalzo, se coloque encima del podoscopio y se espera un tiempo prudencial hasta que se acostumbre a la postura;

el profesional se coloca detrás del paciente. Este mismo documento detalla que en primer lugar se hace un estudio del hábito adquirido por el propio paciente, dejándolo que posicione sus pies como tenga costumbre de hacerlo y en muchos casos esta primera impresión visual nos proporciona una gran orientación diagnóstica.

3.4 Modelo Biopsicosocial de la Salud

En 1977, George Engel propuso una nueva forma de conceptualizar la realidad médica y así reconsiderar el cambio del Modelo Biomédico de la práctica tradicional por uno nuevo: El Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977). Borrell (2002), menciona que Engel no negaba que la corriente Biomédica había aportado grandes avances a la Medicina, en concreto afirmaba que la Biomedicina era dualista, es decir, que entendía al ser humano compuesto por mente y cuerpo.

El Modelo Biopsicosocial considera al individuo como un sistema que está formado por otros sistemas (órganos, tejidos, células, etc.) y a su vez, está comprendido dentro de otros sistemas (familia, comunidad) (Vidal, 2006).

Este modelo posee una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica (Sperry, 2008). Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias (Havelka, Lučanin, & Lučanin, 2009).

Padilla (2010) señala que este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. Esta misma autora indica que el funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento.

Complementando lo anterior, Bishop (1994) define el Modelo Biopsicosocial como un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles.

El Modelo Biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud, si bien es cierto que carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo otorga al modelo libertad suficiente como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud (Juárez, 2011).

Desde el Modelo Biopsicosocial, la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad (Barriga, 1988; 1992)

Padilla (2010) menciona que el modelo biopsicosocial ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; se requiere utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad. Esta autora indica que es por esto que la discapacidad se incorpora dentro de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Vanegas y Gil (2007) apoyan lo referido por Padilla mencionando que la discapacidad bajo el Modelo Biopsicosocial, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. Además, estos autores señalan que la discapacidad no es atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto y el entorno social. Estos autores concluyen que el manejo del fenómeno requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.

3.5. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la

salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2001).

En el documento Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF realizado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el año 2001, se plantea que el objetivo principal de esta clasificación es brindar tanto un lenguaje unificado y estandarizado como un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”.

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes, las cuales fueron definidas en el documento anteriormente señalado.

3.5.1. Funcionamiento y Discapacidad

A. Funciones y Estructuras Corporales: Funciones Corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas) y Estructuras Corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”.

B. Actividades y Participación: Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona y Participación es el acto de involucrarse en una situación vital. Limitaciones en la Actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades. Restricciones en la Participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

3.5.2. Factores Contextuales

C. Factores Ambientales: Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el cual las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

D. Factores Personales: Constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características.

Capítulo 4: Resultados

A lo largo de este capítulo develaremos los resultados de nuestra investigación, los cuales emergen a partir del análisis de la información recopilada en los procesos de revisión documental y entrevistas efectuadas a nuestras informantes claves AVJ y MGM. Esta información está contemplada y distribuida dentro de las metacategorías “Equipo Multiprofesional”, “Alteraciones Posturales” y “Políticas Públicas”. Las cuales exponemos a continuación en la siguiente tabla (tabla N°3), junto con las respectivas familias de códigos agrupadas dentro de cada una de estas:

Tabla N° 3. Metacategorías y familias de códigos

Metacategoría	Familias de códigos
Alteraciones posturales	ASM
	Control de salud escolar
	Control joven sano
	Escoliosis
	Implicancias kinesiológicas
	Otras alteraciones posturales
Equipo Multiprofesional	ASM
	Control de salud escolar
	Control joven sano
	Profesional idóneo
Políticas Públicas	Ámbito educativo
	ASM
	Control de salud escolar
	Control joven sano
	Eficacia de programas
	Evidencia y desafíos evaluación postural
	Fortalezas y debilidades JUNAEB
	Fortalezas y debilidades MINSAL
	MINSAL
	PNSI
	PSIAJ
	Relación MINSAL-JUNAEB

4.1. Alteraciones posturales más comunes en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno

Uno de nuestros objetivos específicos que hemos planteado en esta investigación es “identificar las alteraciones posturales más comunes en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo actual”. Dentro de la revisión documental y entrevistas efectuadas destacamos la información que, a nuestro criterio, da cuenta de este objetivo. Esta información fue agrupada en dos familias: “Escoliosis” y “Otras alteraciones posturales”, ambas pertenecientes a la metacategoría “Alteraciones Posturales”. Los códigos que forman parte de estas familias son los siguientes (tabla N°4):

Tabla N° 4. Códigos y familias pertenecientes a la metacategoría Alteraciones Posturales.

Metacategoría: Alteraciones Posturales				
Familias de códigos	Códigos			
Control de salud escolar	Asma bronquial (1-2)	Ausencia del tutor (3-1)	Claudicación de la marcha (6-2)	Consentimiento informado (6-6)
	Control de salud (16-6)	Control de salud escolar (19-15)	Dorso curvo (13-5)	Enfermera (8-6)
	Escoliosis (20-13)	Establecimientos educacionales (16-7)	Genu valgo (3-4)	Genu varo (3-4)
	Médico (11-6)	Observación de la marcha (6-5)	Observación postural (2-9)	Ortopedia (8-13)
	Otras herramientas ep (3-5)	Pie plano (9-4)	Presencia del tutor (4-1)	Screening (26-15)
	Test de adams (15-9)	Técnico paramédico (2-5)		
Implicancias kinesiológicas	Actividad física (10-3)	Asm columna (36-13)	Asm columna pesquisa (19-3)	Autocuidado (14-2)
	Dorso curvo (13-5)	Educación en salud (19-5)	Escoliosis tratamiento (9-5)	Intervención kinésica (18-7)
	Observación postural (2-9)	Participación (23-7)	Rol kinésico (20-0)	Screening (26-15)
	Test de adams (15-9)			
Escoliosis	Derivación (44-4)	Enfermera (8-6)	Escoliosis (20-13)	Escoliosis característica (8-3)
	Escoliosis cirugía (15-7)	Escoliosis cirugía adolescente (1-1)	Escoliosis cirugía criterios (1-6)	Escoliosis cirugía criterios adolescente (2-1)
	Escoliosis cirugía indicación (1-3)	Escoliosis cirugía objetivos (2-1)	Escoliosis clasificación (4-3)	Escoliosis congénita (2-1)
	Escoliosis consecuencia (3-1)	Escoliosis examen (1-3)	Escoliosis idiopática (5-7)	Escoliosis idiopática adolescente (4-1)
	Escoliosis idiopática consecuencias (1-1)	Escoliosis idiopática prevalencia (1-1)	Escoliosis idiopática progresión (1-1)	Escoliosis manejo ortopédico (6-1)
	Escoliosis marcha (1-1)	Escoliosis neuromuscular (5-1)	Escoliosis niños (3-1)	Escoliosis no-idiopática (7-5)
	Escoliosis no-idiopática origen (1-1)	Escoliosis no-idiopática prevalencia	Escoliosis prevalencia (2-1)	Escoliosis rigidez (1-1)

		(1-1)		
	Escoliosis seguimiento y rehabilitación (1-1)	Escoliosis tratamiento (9-5)	Escoliosis tratamiento niños (2-4)	Kinesiólogo (22-6)
	Matrona (1-4)	Médico (11-6)	Observación postural (2-9)	Pesquisa (22-6)
	Profesor (26-3)	Profesor efi (8-4)	Screening (26-15)	Test de adams (15-9)
	Técnico paramédico (2-5)	Traumatólogo (17-1)		
Otras alteraciones posturales	Claudicación de la marcha (6-2)	Dorso curvo (13-5)	Genu valgo (3-4)	Genu varo (3-4)
	Hiperlordosis lumbar (2-4)	Pie plano (9-4)		
Control joven sano	Acompañado (4-1)	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)	Control de salud (16-6)
	Control joven sano (13-4)	Control joven sano objetivos (1-1)	Cuidadoso (4-1)	Enfermera (8-6)
	Establecimientos educacionales (16-7)	Examen de columna características (2-1)	Examen físico (6-9)	Matrona (1-4)
	Médico (11-6)	Observación de la marcha (6-5)	Observación postural (2-9)	Presencia del tutor (4-1)
	Respetuoso (3-1)	Screening (26-15)	Técnico paramédico (2-5)	
ASM	Asm columna (36-13)	Asm columna origen (6-1)	Asm columna pesquisa (19-3)	Asm criterio de focalización (18-1)
	Derivación (44-4)	Dorso curvo (13-5)	Escoliosis (20-13)	Establecimientos educacionales (16-7)
	Intervención kinésica (18-7)	Observación postural (2-9)	Pesquisa (22-6)	Profesor (26-3)
	Profesor efi (8-4)	Screening (26-15)	Test de adams (15-9)	

Dentro de las políticas públicas de MINSAL y JUNAEB en relación a evaluación postural que han sido analizadas, se mencionan como alteraciones posturales más comunes en estudiantes de enseñanza básica las siguientes:

- Escoliosis
- Dorso curvo
- Hiperlordosis lumbar
- Claudicación de la marcha
- Genu valgo
- Genu varo
- Pie plano

Cabe destacar que estas políticas públicas se centran principalmente en escoliosis, tal como lo señala a continuación nuestra informante clave MGM:

“...cuando tú estás haciendo una revisión, ya sea del control de salud infantil o del control del joven sano, lo que vas a buscar van a ser principalmente temas de escoliosis, ya que, si progresan sin un manejo, sin un cuidado y sin una prevención es probable que estas se agraven...” (MGM).

4.1.1. Escoliosis

Al momento de hablar de escoliosis propiamente tal, la Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010) define esta patología como una deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos de la columna. A su vez, las Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b) refieren que cuando hay sólo una pequeña desviación lateral debiera ser descrita precisamente como desviación lateral y no como escoliosis, ya que un 5% de la población tiene 5° de desviación lateral, lo cual es considerado como normal.

Estas Orientaciones Técnicas, desarrolladas por el MINSAL en el año 2013, también señalan que cuando la escoliosis compromete la columna torácica, lo que es habitual, se observa un hombro descendido, tal como se indica en la siguiente figura (figura N°2). El hecho de tener un hombro descendido no es necesariamente sinónimo de escoliosis.

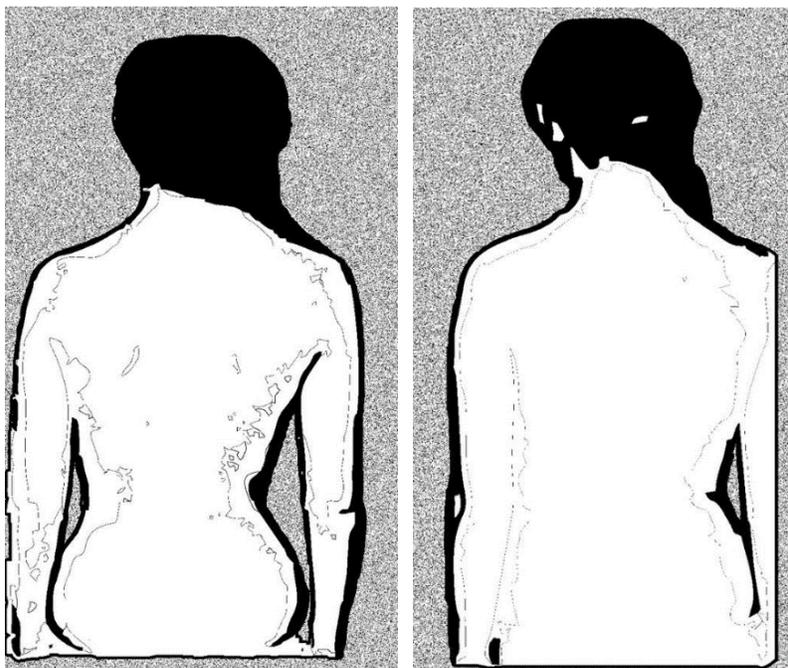


Figura N° 2. Adolescente con escoliosis idiopática vista posterior, presenta asimetría de hombros y escápula en diferente altura, clara diferencia del triángulo del talle. Reproducido de MINSAL (2013b).

En las Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b) se menciona que la escoliosis es una patología común en la adolescencia que aparece después de los 8 años y se hace más frecuente entre los 10 y 14 años. Tanto el inicio como la evolución de la escoliosis son silenciosas, no producen dolor ni malestar, el diagnóstico precoz es fundamental para realizar un oportuno tratamiento ortopédico. Además, en este documento se refiere que el no hacer el diagnóstico precoz significa que las curvas progresen y pueden transformarse de flexibles a rígidas o estructuradas, lo que obliga a la realización de un tratamiento quirúrgico para su corrección.

Este último punto lo podemos complementar con lo señalado por nuestra informante clave AVJ, quien señala lo expuesto a continuación en relación a la escoliosis:

“...es una patología súper silenciosa, la desviación de la columna no se ve hasta que el niño está desvestido, de hecho en la etapa de desarrollo es cuando emerge con fuerza la patología, los niños comienzan a bañarse solos, no dejan que los papás entren, hay todo un tema de pudor y muchos papás nos dicen: “lo acabo de ver y no me di cuenta antes, no sé cuando apareció esto, está toda desviada la columna”. Entonces si nosotros no hacemos esa búsqueda finalmente un niño puede evolucionar a una severidad mayor y eso sí que va a influir en su aprendizaje, en toda su vinculación con la escuela, su tratamiento, que son engorrosos, como por ejemplo el tema de corsé...” (AVJ).

Dentro de las consecuencias físicas de las escoliosis señaladas en la Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), se encuentran:

- 1) Deformidad del tronco.
- 2) Dolor en la adultez.
- 3) Compromiso respiratorio en curvas graves ($> 90^\circ$).

En relación a la escoliosis idiopática, en La Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), se menciona que la escoliosis idiopática del adolescente (EIA) es la causa más común de escoliosis (85%). La mayoría de los estudios de prevalencia se refieren a esta. También recibe el nombre de escoliosis de instalación tardía, para distinguirla de la escoliosis idiopática infantil y juvenil (0 a 3 y 3 a 10 años respectivamente).

En relación a la prevalencia de la escoliosis idiopática, la misma guía señala que una curva estructural sobre 10° aparece en el 2 - 3% del universo en riesgo, el cual corresponde a los niños/as de 10 a 16 años. De este grupo con escoliosis, el 10% requerirá de tratamiento activo y el 1% requerirá de cirugía. El documento señalado anteriormente refiere que la escoliosis idiopática del adolescente es más frecuente en mujeres que en hombres. Además, señala que existe poca información publicada respecto de la incidencia, se estima que en Chile, según el censo realizado en el año 2002, existirían entre 740 y 1.100 niñas/os que habrían requerido o requerirían cirugía, tal cual se expresa a continuación:

- Universo en riesgo (6 – 19 años): 3.700.000 niñas/os
- Curva $> 10^\circ$ (2 – 3%) : 74.000 - 111.000 niñas/os
- Curva $>40^\circ$ (1%) : 740 - 1.110 niñas/os

En relación a la escoliosis no idiopática, en La Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), se menciona que la prevalencia de esta es menos conocida, pudiéndose extrapolar basándose en su proporción de 15% del total de las escoliosis. Su origen es variado, siendo los más comunes la forma congénita, neuromuscular, asociada a genopatías o displasias óseas, metabólicas y más infrecuentemente post-traumática, post-quirúrgica o tumoral. En términos generales, las formas no idiopáticas son más precoces en su aparición, son más rápidas en su progresión y su manejo es más complejo. Estas formas de escoliosis siguen un curso más agresivo y su historia natural es de mayor compromiso funcional por dolor y limitación respiratoria.

Complementando lo anteriormente expuesto sobre la prevalencia de la escoliosis tenemos además las palabras de nuestra informante clave MGM quien señala lo siguiente:

“...ahora cuando vemos la prevalencia específica de escoliosis en las etapas tanto infantil como en la adolescencia, encontramos cifras que a lo mejor son más bajas si las comparamos con otras patologías, pero aquí es muy importante considerar que si miramos el transcurso de vida, vemos al niño, después al adolescente, luego el adulto y esta es una patología que te va a acompañar a lo largo del ciclo vital. Mientras más precoz sea la intervención y podamos tener a esa persona con nosotros, vamos a poder asegurar una mejor evolución...” (MGM).

En relación al tratamiento de escoliosis en menores de 15 años, según el documento primario señalado anteriormente las opciones son:

- Observación: en curvas $< 25^\circ$.
- Corsé: en curvas 25-40° en inmadurez esquelética.
- Corrección quirúrgica: cuando no hay respuesta al tratamiento ortopédico y hay progresión de la curva en un promedio mensual de 1° o más.

El manejo ortopédico de la escoliosis tiene indicación en la EIA, cuando el esqueleto aún está inmaduro y cuando la curvatura no es muy severa (ángulo < 30°).

En relación al uso del corsé como tratamiento de la escoliosis, nuestra informante clave AVJ plantea lo siguiente:

“...esta patología se presenta en los adolescentes, imagínate el trauma que significa para un joven que tú le digas te tienes que poner un corsé de ahora en adelante. También ahí tenemos un área que todavía tiene que crecer mucho en términos de incorporar estrategias o un acercamiento más sistemático a la familia, a ese niño y a ese joven que tienen que usar el corsé, ¿cómo hacer que sea más amigo de su corsé?, ¿cómo vamos a hacerlo identificarse con este tratamiento?, que a lo mejor es poco amigable y poco simpático para él en la época que está viviendo, pero que puede incidir notablemente después en su calidad de vida, si tú no lo usas puedes terminar con una cirugía invasiva, también con las complicaciones que estas conllevan...” (AVJ).

4.1.2. Otras alteraciones posturales

Por otro lado, al mirar los resultados obtenidos de la información agrupada en la familia de códigos “Otras alteraciones posturales”, destacan los códigos de “Claudicación de la marcha”, “Dorso curvo”, “Genu varo”, “Genu valgo”, “Hiperlordosis lumbar” y “Pie plano”.

Dentro de las citas que emergen de este análisis podemos destacar que al hablar de claudicación de la marcha, dentro del documento primario Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), se asocia con la marcha patológica. Esta última puede ser causada por diferentes motivos, entre los cuales destacan: dolor, deformidades estructurales (huesos y articulaciones), desórdenes neuromusculares y debilidad muscular aislada

Cuando hablamos de dorso curvo, dentro del documento primario Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de

Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013) se menciona que el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Si se trata a tiempo se evita la intervención quirúrgica y la invalidez.

Dentro del documento Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014) se mencionan dorso curvo, hiperlordosis lumbar y claudicación de la marcha, en el contexto de la realización de un examen postural y observación de la marcha. Se refiere que al momento de mirar al niño de lado se deben evaluar las curvas de la columna, buscando patología frecuente como dorso curvo o hiperlordosis lumbar. Además, acto seguido a esto, se realiza un examen de marcha, en el cual se le solicita al niño que camine, idealmente varios metros para observar simetría, claudicación y estabilidad de la marcha.

Al momento de hablar de genu valgo, en el documento primario Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), se indica que este corresponde a una posición de muslos y piernas donde las rodillas se encuentran juntas y los pies separados (posición en X), tal cual se muestra en la figura expuesta a continuación de este párrafo (figura N°3). Lo más frecuente es que sea una condición benigna y transitoria. Para su evaluación el niño o la niña debe estar de pie con las rodillas juntas, se mide la distancia entre ambos maléolos internos.

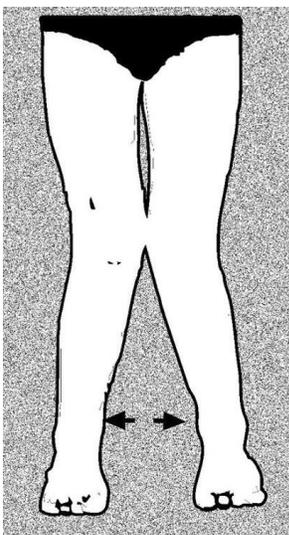


Figura N° 3. Genu valgo. Reproducido de MINSAL (2014).

Además este documento plantea que el genu valgo es fisiológico hasta los 10 años de edad, siendo mucho más notorio cerca de los tres a cuatro años y puede acompañarse de rotación de los pies (generalmente interna). En niños y niñas con sobrepeso u obesidad puede ser más evidente. Sin embargo se considera patológico o anormal cuando persiste en la adolescencia, es asimétrico o la distancia entre los pies (intermaleolar) es mayor a 10 cm o si se encuentra asociado a otras condiciones (antecedentes de patología ósea o traumatismos). El genu valgo fisiológico no amerita tratamiento. En caso de presentar signos de genu valgo patológico o anormal, debe ser derivado a Traumatología Infantil para evaluación y eventual tratamiento.

Cuando hablamos de genu varo, en el mismo documento citado anteriormente se menciona que este corresponde a una posición de los muslos y piernas donde las rodillas se encuentran separadas y los pies juntos (posición de vaquero), tal cual se expone en la figura expuesta a continuación (figura N°4).

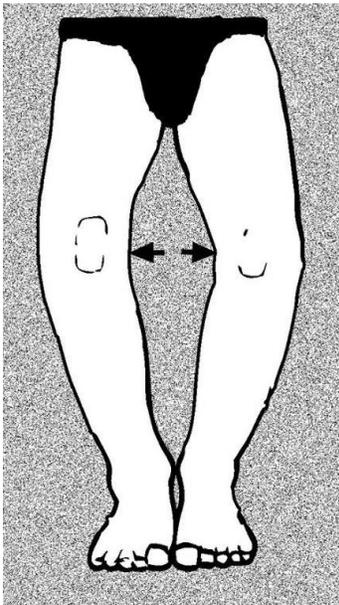


Figura N° 4. Genu varo. Reproducido de MINSAL (2014).

Además, en esta misma fuente de información se plantea que lo más frecuente es que el genu varo sea transitorio hasta los dos años de edad, se incrementa con la obesidad y la bipedestación temprana.

También señala que se considera patológico cuando persiste luego de los dos años, se incrementa en vez de disminuir, es asimétrico, la distancia intercondilea (entre rodillas) es demasiado amplia (mayor a 5 cm) o está acompañando de otras patologías óseas como raquitismo o displasias.

En el mismo documento expuesto anteriormente se menciona que el genu varo fisiológico no amerita tratamiento y en caso de presentar signos patológicos o anormales, debe ser derivado a Traumatología Infantil para evaluación y eventual tratamiento.

Cuando hablamos de pie plano, en el documento Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014) se menciona que esta es una alteración caracterizada por un aumento del área de contacto plantar con arco longitudinal interno disminuido o ausente. Después de los tres años es posible empezar a descartar el pie plano, ya que, en los menores existe una almohadilla de grasa plantar que aumenta el área del pie con el suelo. Además, en este documento se plantea que en caso de existir pie plano en niños y niñas mayores de tres años es necesario identificar si es flexible o rígido, para ello existen dos maniobras recomendadas:

- Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine
- Maniobra talones levantados

A modo de cierre y síntesis de todo lo señalado con anterioridad, exponemos el siguiente “network”, el cual expresa la información codificada dentro de la metacategoría “Alteraciones Posturales” (figura N°5):

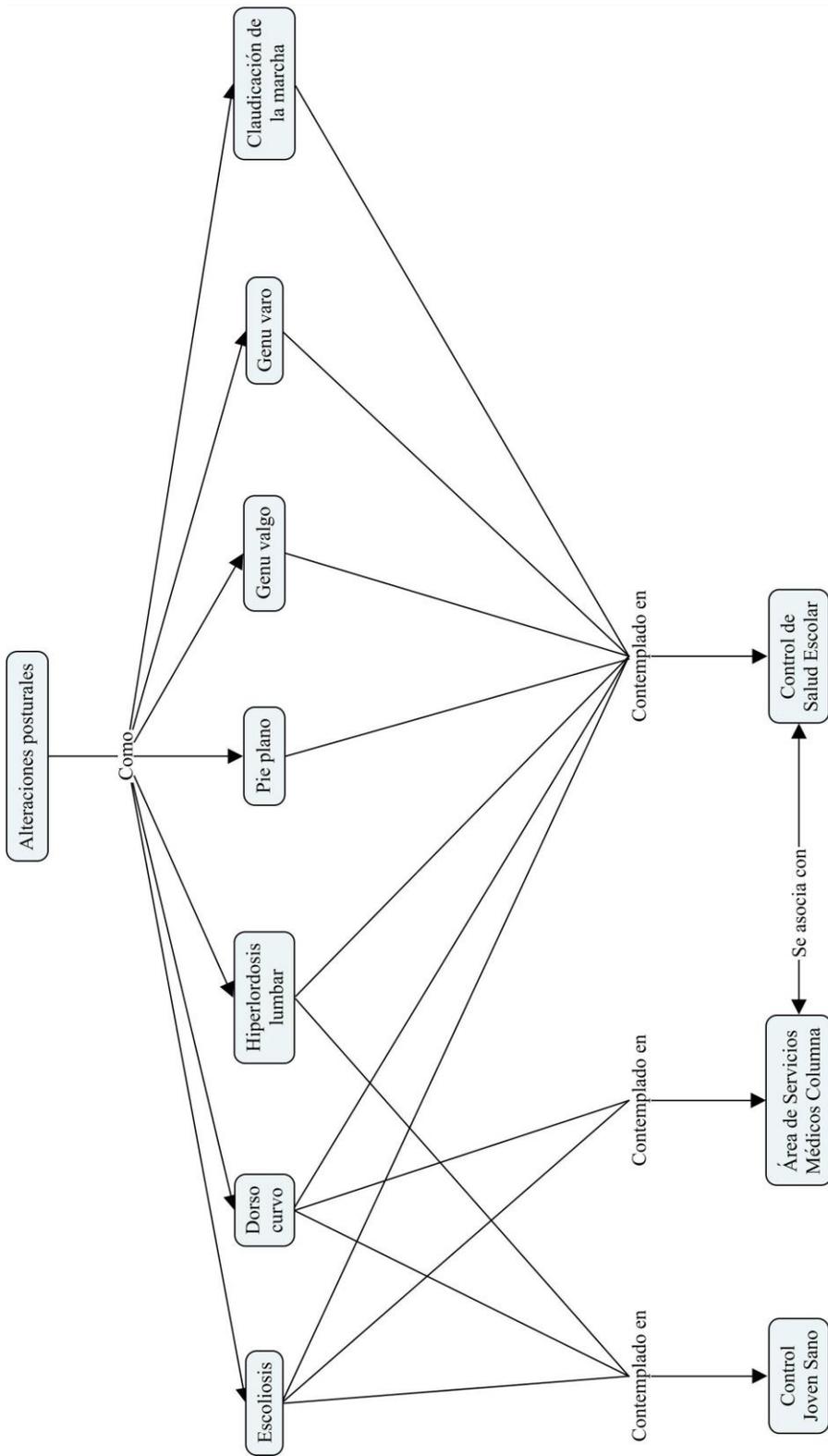


Figura N° 5. "Network" Metacategoría "Alteraciones Posturales".

4.2. Programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica

Uno de los objetivos específicos que planteamos en esta investigación es “describir los programas tanto del MINSAL como del MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica”.

Dentro de la información recabada tanto de la revisión y posterior análisis documental como de las entrevistas aplicadas, la metacategoría “Políticas Públicas”, junto a las familias y códigos pertenecientes a esta, ayuden a dilucidar y responder a las interrogantes surgidas a partir de este objetivo. Es por esto que a continuación expondremos esta metacategoría con sus respectivas familias y códigos (tabla N°5).

Tabla N° 5. Códigos y familias pertenecientes a la metacategoría Políticas Públicas.

Metacategoría: Políticas Públicas				
Familias de códigos	Códigos			
Ámbito educativo	Aap (2-8)	Asm (10-10)	Autocuidado (14-2)	Comunidad educativa (10-1)
	Contexto escolar (13-1)	Contexto histórico (26-0)	Control de salud (16-6)	Desarrollo físico (2-0)
	Esfuerzo educación (8-1)	Establecimientos educacionales (16-7)	Hpv (3-1)	Infraestructura (1-2)
	Insumos (2-2)	Junaeb (17-8)	Junaeb fortalezas (3-8)	Junaeb misión (4-1)
	Junaeb programas (3-5)	Mineduc (5-5)	Mineduc misión (2-2)	Procesos administrativos (2-2)
	Profesor (26-3)	Profesor efi (8-4)	Dse	Pso (5-3)
	Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)	Rol de actores escolares y comunales (14-1)	Rol docente (7-1)
	Sector educación (3-0)	Seguro escolar (1-0)		
ASM	Asm (10-10)	Asm columna (36-13)	Asm columna origen (6-1)	Asm columna pesquisa (19-3)
	Asm criterio de focalización (18-1)	Asm desafíos (54-2)	Asm eficacia (50-1)	Asm encargados regionales (1-0)
	Asm modelo de atención	Asm oftalmología (29-4)	Asm orientación técnica	Asm origen (2-0)

	(19-1)		(1-0)	
	Asm otorrino (23-4)	Asm proceso de abordaje (20-1)	Derivación (44-4)	Dorso curvo (13-5)
	Escoliosis (20-13)	Establecimientos educacionales (16-7)	Intervención kinésica (18-7)	Observación postural (2-9)
	Pesquisa (22-6)	Profesor (26-3)	Profesor efi (8-4)	Rol docente (7-1)
	Screening (26-15)	Test de Adams (15-9)		
Eficacia de programas	Asm eficacia (50-1)	Control de presupuesto (2-1)	Eficacia (1-0)	Esfuerzo minsal (8-1)
	Gestión (31-0)	Gestión control (1-8)	Gestión control desafíos (1-1)	Gestión control eficacia (2-1)
	Gestión control funciones (2-1)	Gestión control indicadores (5-3)	Gestión de riesgo (1-2)	Indicadores de salud (2-1)
	Junaeb debilidades (3-3)	Junaeb fortalezas (3-8)	Minsal debilidades (8-1)	Minsal desafíos (14-1)
	Minsal fortalezas (4-1)	Pnsi desafíos (5-3)	Psiaj desafíos (1-1)	Relación m-j debilidades (6-9)
	Relación m-j desafíos (15-6)	Satisfacción usuaria (1-1)	Tablero de control (1-2)	Tablero de control indicadores (5-1)
Control de salud escolar	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)	Control de salud (16-6)	Control de salud escolar (19-5)
	Dorso curvo (13-5)	Enfermedad cv (1-1)	Enfermera (8-6)	Escoliosis (20-13)
	Establecimientos educacionales (16-7)	Genitourinario (1-1)	Genu valgo (3-4)	Genu varo (3-4)
	Médico (11-6)	Nutrición (1-1)	Observación postural (2-9)	Oftalmología (1-2)
	Ortopedia (8-13)	Otorrino (1-2)	Otras herramientas ep (3-5)	Presencia del tutor (4-1)
	Salud bucal (6-2)	Salud bucal urgencias (1-2)	Salud mental (4-1)	Screening (26-15)
	Test de adams (15-9)	Técnico paramédico (2-5)		
Control joven sano	Acompañado (4-0)	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)	Control de salud (16-6)
	Control joven sano (13-4)	Control joven sano objetivos (1-1)	Cuidadoso (4-1)	Enfermera (8-6)
	Establecimientos	Examen de columna	Examen físico	Matrona

	educacionales (16-7)	características (2-1)	(6-9)	(1-4)
	Médico (11-6)	Observación de la marcha (6-5)	Observación postural (2-9)	Presencia del tutor (4-1)
	Screening (26-15)	Técnico paramédico (2-5)		
MINSAL	Autocuidado (14-2)	Consentimiento informado (6-6)	Contexto histórico (26-0)	Control de salud (16-6)
	Control de salud escolar (19-15)	Control joven sano (13-4)	Control joven sano objetivos (1-1)	Derivación (44-4)
	Enfermera 88-6)	Esfuerzo minsal (8-1)	Examen de columna características (2-1)	Examen físico (6-9)
	Insumos (2-2)	Kinesiólogo (22-6)	Matrona (1-4)	Médico (11-6)
	Minsal (14-12)	Minsal debilidades (8-1)	Minsal desafíos (14-1)	Minsal fortalezas (4-1)
	Minsal misión (2-1)	Ortopedia (8-13)	Pnsi (14-5)	Psiaj (9-6)
	Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)	Screening (26-15)	Sector salud (2-0)
	Servicio de salud (10-4)	Técnico paramédico (2-5)		
PNSI	Ausencia del tutor (3-1)	Consentimiento informado (6-6)	Control de salud escolar (19-15)	Cuestionario de salud infantil (3-1)
	Cuestionario de salud mental (1-1)	Desarrollo puberal (14-1)	Enfermedad cv (1-1)	Escoliosis (20-13)
	Familia (20-0)	Genitourinario (1-1)	Nutrición (1-1)	Oftalmología (1-2)
	Ortopedia (8-13)	Otorrino (1-2)	Pnsi (14-5)	Pnsi desafíos (5-3)
	Pnsi objetivo (1-1)	Presencia del tutor (4-1)	Salud bucal (6-2)	Salud bucal urgencias (1-2)
	Salud mental (4-1)			
PSIAJ	Control joven sano (13-4)	Control joven sano objetivos (1-1)	Psiaj (9-6)	Psiaj desafíos (1-1)
	Psiaj instrumentos (1-1)	Psiaj objetivo (1-1)		
Relación MINSAL- JUNAEB	Descoordinación (5-1)	Desorganización (4-1)	Establecimientos educacionales (16-7)	Planificación (3-2)
	Recursos económicos	Recursos humanos (6-2)	Relación m-j (11-9)	Relación m-j características

	(13-2)			(5-3)
	Relación m-j convenio (2-1)	Relación m-j debilidades (6-9)	Relación m-j desacuerdo (11-1)	Relación m-j desafíos (15-6)
	Relación m-j desarrollo (5-1)	Relación m-j futuro (3-1)	Relación m-j inicio (4-1)	Resolutividad (9-2)
	Screening (26-15)	Seguimiento (11-2)	Servicio de salud (10-4)	
Evidencia y desafíos evaluación postural	Actividad física (10-3)	Asm desafíos (54-2)	Autocuidado (14-2)	Calidad (2-2)
	Contexto (1-0)	Educación en salud (19-5)	Eficacia (1-0)	Empoderamiento (6-1)
	Escoliosis prevalencia (2-1)	Escoliosis tratamiento niños (2-4)	Evidencia (6-1)	Evidencia desafíos (5-0)
	Minsal desafíos (14-1)	Participación (23-7)	Perfil profesional desafío (1-1)	Pesquisa (22-6)
	Pnsi desafíos (5-3)	Psiaj desafíos (1-1)	Relación m-j desafíos (15-6)	Respaldo (2-0)
	Screening (26-15)	Seguimiento (11-2)		
Fortalezas y debilidades JUNAEB	Asm criterio de focalización (18-1)	Asm modelo de atención (19-1)	Costo-efectividad (4-2)	Educación en salud (19-5)
	Evidencia (6-1)	Impacto (2-1)	Junaeb debilidades (3-3)	Junaeb fortalezas (3-8)
	Norma 2009 (1-1)	Participación (23-7)	Resolutividad (9-2)	Seguimiento (11-2)
	Sustentabilidad (3-1)	Vínculo comunitario (3-1)		
Fortalezas y debilidades MINSAL	Comunidad educativa (10-1)	Costo-efectividad (4-2)	Evidencia (6-1)	Impacto (2-1)
	Insumos (2-2)	Minsal debilidades (8-1)	Minsal desafíos (14-1)	Minsal fortalezas (4-1)
	Orientación técnica incompleta (1-0)	Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)	Resolutividad (9-2)
	Responsabilidad (3-0)	Seguimiento (11-2)	Sistema de registro (1-0)	Sustentabilidad (3-1)
	Vínculo comunitario (3-1)			

4.2.1. Contexto histórico

A modo de introducción y de contextualización señalaremos cómo surgieron estas políticas públicas y cómo fue abordado el tema de la evaluación postural desde la concepción de estas políticas en nuestro país. Este contexto histórico lo expondremos a partir de las palabras emitidas por nuestras informantes claves MGM y AVJ quienes, durante las respectivas entrevistas, señalaron lo siguiente:

“...En el año 1990 llega la democracia a nuestro país y junto con eso comienza a planificarse una reforma educacional, para que esta fuese exitosa surge la necesidad de que el niño que estuviera en la sala de clases tenía que estar sano, había que asegurar que este viera el pizarrón, escuchara a su Profesor, cuidara su cuerpo, para que así tuviera un mejor desarrollo a futuro para cuando entrara a su vida laboral...” (MGM).

“... JUNAEB en ese momento (1990), no tenía un componente de salud que apoyara al estudiante para que a este le fuera bien en el proceso educativo. MINSAL tampoco presentaba ofertas vinculadas al escolar chileno...” (AVJ).

“... entonces se discutió a partir de donde abordar esta problemática, desde el sector educación o salud. En forma conjunta se decidió que se iba a realizar desde educación...” (MGM).

“... se eligió educación porque JUNAEB presenta una organización descentralizada y llega permanentemente a las escuelas, somos muy respetados en estas, por todo los programas asistenciales con los que llegamos...” (AVJ).

“...entre los años 1990 y 1991 se diseñó el Programa de Salud Escolar y en 1992 se implementa. Empieza de forma gradual partiendo con primero básico, teniendo como propósito abordar al escolar desde el punto de vista de Servicios Médicos, en donde hay tres componentes, están las áreas de la agudeza visual, disminución auditiva y postural...” (AVJ).

“...el área postural, en un comienzo, se concentró en pie plano y a medida que el grupo objetivo fue creciendo nos acercamos a un niño en el cual comenzaban a aparecer también

problemas de columna, por lo tanto, la columna se incorpora a medida que transcurren algunos años de programa...” (MGM).

“... en el año 96 nos dimos cuenta que pie plano tenía poco y nada que ver con el tema de que al niño le fuera bien o que incidiera en el ausentismo escolar, en los aprendizajes, en su integración al mundo educativo o en la relación con sus pares. Entonces dijimos ¿qué hacemos?, ¿cómo lo direccionamos?, porque tiene que haber algo en el área postural, que tal vez pudiera incidir en que a este niño le fuera mejor en su trayectoria educativa. Es ahí donde se pone el foco, de acuerdo a los especialistas en el área postural, en las desviaciones de la columna tanto escoliosis como dorso curvo...” (AVJ).

“...entonces se reorientó a escoliosis, enfocándose en séptimo y en octavo básico en donde emerge y es claramente visible esta patología, debido a que es en este momento donde se empieza a presentar con evidencia física...” (AVJ).

“...a raíz de los cambios demográficos vividos, en donde la población se ha ido estableciendo y asentando en lugares más remotos, la población de más edad comienza a tener mayor importancia y los grupos prioritarios también se comienzan a desplazar. En el 2012 en el Ministerio de Salud surge la necesidad de incorporar el control de salud del escolar, en ese año se solicita una autorización en cuanto a recursos para realizar un piloto en salud escolar, específicamente un control de salud escolar. Este piloto comenzó con 18 comunas a las cuales se les entregó un incentivo económico para los servicios de salud de esas comunas contraten recurso humano específicos como Enfermeras o Médicos, para que realicen un control de salud del escolar. Este es un control que abarca una inmensa cantidad de temas y ojala se realice una vez al año, por ejemplo, desde que el niño parte en este control tiene 5 años, de ahí se realiza un control una vez al año y después se continúa con el control joven sano, que es el control del adolescente...” (MGM).

“...En el 2013 se aumenta a alrededor de 23 comunas, el 2014 a 28, para el 2015 seguimos en esas mismas comunas y de alguna manera se están revisando 94 mil escolares aproximadamente...” (MGM).

Una vez finalizada esta contextualización, entramos de lleno en la descripción de los programas ministeriales tanto del MINSAL como del MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica. Respetando el orden cronológico en el cual fueron concebidos estos programas, comenzaremos describiendo con las políticas públicas del MINEDUC y luego proseguiremos con las de MINSAL.

4.2.2. Políticas públicas de MINEDUC (JUNAEB)

Para esto primero consideramos pertinente señalar la misión del Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC), enunciada en el documento primario Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educacionales, Control de Salud Infantil (5-9 años) Control Joven Sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a). La cual consiste en *“asegurar un sistema educativo equitativo y de calidad que contribuya a la formación integral y permanente de las personas y al desarrollo del país, mediante la formulación e implementación de políticas, normas y regulación sectorial”*.

Para acercarnos a los programas ministeriales del MINEDUC debemos dirigir nuestra atención a la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), la cual tiene por misión (enunciada en el mismo documento primario citado con anterioridad) *“favorecer la mantención y éxito en el sistema educacional de niñas, niños y jóvenes en condición de desventaja social, económica, psicológica y/o biológica, entregando para ello productos y servicios integrales de calidad, que contribuyan a hacer efectiva la igualdad de oportunidades, el desarrollo humano y la movilidad social”*.

Esto lo podemos complementar por lo señalado por nuestra informante clave AVJ, quien expone lo siguiente:

“...no tenemos que perder de vista que la JUNAEB tiene como norte y misión institucional, apoyar a aquellos estudiantes que sean vulnerables desde el punto de vista biopsicosocial, para que a ellos les vaya bien, puedan transitar de buena forma sus procesos de aprendizaje y puedan aportar al país en el día de mañana...” (AVJ).

Dentro de los programas, estrategias y oferta comprometida que presenta JUNAEB podemos identificar los Programas de Salud del Estudiante de JUNAEB, pertenecientes al Departamento de Salud del Estudiante, los cuales son los siguientes: "Servicios Médicos, Salud Oral, Habilidades para la vida y Apoyo psicosocial", tal cual se expone en el documento primario Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013).

4.2.2.1. Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

De todos los programas mencionados anteriormente, focalizamos nuestra atención en el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB (codificado como Asm), ya que es uno de los programas de interés para esta investigación.

Según el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), el objetivo de este programa consiste en *“contribuir a mejorar la salud de escolares de establecimientos municipales y particulares subvencionadas, para que estos puedan acceder al proceso educacional en condiciones más igualitarias, resolviendo problemas de salud relacionados con desempeño e integración al proceso educativo y colaborando con la mantención y éxito en el sistema educacional”*.

Cabe destacar que en el documento primario Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a) se enuncia que el objetivo del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB consiste en *“resolver problemas de salud vinculados al rendimiento escolar, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los alumnos y alumnas a través de acciones clínicas y preventivas que contribuyan a su mantención en el sistema escolar”*.

En el mismo documento citado anteriormente se menciona que el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB se subdivide en tres áreas, las cuales son:

- 1) **Oftalmología:** Cuyo objetivo es detectar disminución de la agudeza visual, realizar diagnóstico, tratamiento y control regular.
- 2) **Otorrinolaringología:** Atiende todas las patologías asociadas a disminución de la capacidad auditiva
- 3) **Columna:** Atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Si se trata a tiempo se evita la intervención quirúrgica y la invalidez

Además, este documento plantea que cada una de las áreas del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, realiza cuatro etapas (considerando atención médica de ingreso y control como etapas diferentes) en un nivel diferenciado de complejidad de atención, los cuales son:

- 1) **Pesquisa:** Es el primer nivel sospecha y consiste en evaluaciones realizadas por un Profesor o Educadora entrenada.
- 2) **Screening:** Son evaluaciones formales que permiten confirmar o descartar sospecha de problemas, estas pruebas dependen del área médica que se esté evaluando.
- 3) **Atención médica:** Ingresan a atención médica aquellos estudiantes a los cuales se les confirma algún problema tras el screening. Estos también recibirán atenciones médicas de seguimiento hasta que sean dados de alta. Por lo que puede haber una atención médica de ingreso y atención médica por control.

4.2.2.2. Área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

Al mirar las tres áreas pertenecientes al Programa de Servicios Médicos de JUNAEB señaladas con anterioridad destacamos la de columna, ya que, es el área de nuestro interés para el desarrollo de esta investigación, esta fue codificada como “Asm columna”. Según lo expuesto en el documento primario Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas

(JUNAEB 2013), el objetivo del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB es “*detectar, diagnosticar, tratar y controlar alteraciones en el desarrollo de la columna que deriven en deformidades de ésta, principalmente escoliosis y dorsos curvos severos*”.

Esta área presenta las siguientes características enunciadas en el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013):

- Brinda oportunidad de detección temprana y tratamiento a enfermedades silenciosas.
- La participación y protagonismo de actores escolares y comunales (Educatora de Párvulos, Profesor Jefe, Profesor de Educación Física, coordinador comunal, entre otros) es clave para la pesquisa temprana, coordinación eficiente para el acceso a screening universal, apoyo y seguimiento a tratamientos.
- Busca el éxito en el desafío educacional en términos de colaborar con el desempeño e integración escolar.
- El diseño del programa, considera vital la coordinación a nivel comunal a través de sus Coordinadores Comunales, actor que articula e implementa el programa en las escuelas de su territorio.

El área de columna del Programa de Servicios Médicos define cuatro criterios de focalización para la atención de los estudiantes, estos están establecidos en el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013), y son los siguientes:

- 1) **Según establecimientos educacionales:** Atiende establecimientos educacionales tanto particulares como municipales que reciben subvención del Estado, incluyendo las escuelas especiales.
- 2) **Según prevalencias e incidencias en Servicios Médicos:** Este documento señala que la prevalencia cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Por otro lado la

incidencia se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado.

Cabe destacar que en este documento se menciona que la incidencia y prevalencia utilizadas para el cálculo en el área de columna corresponden a lo indicado por expertos del programa y literatura internacional al respecto, dado que, según lo establecido en este mismo documento, no existen estudios para estimar la prevalencia en escolares chilenos. La prevalencia e incidencia estimada en el área de columna por región y curso es 2.5, tal cual exponemos a continuación en la siguiente tabla (tabla N°6):

Tabla N° 6. Prevalencia e Incidencia columna por Región y Curso. Reproducido de (JUNAEB 2013).

Regiones	7° básico
Arica	2.5
Tarapacá	
Antofagasta	
Atacama	
Coquimbo	
Valparaíso	
O'Higgins	
Del Maule	
Biobío	
Araucanía	
Los Lagos	
Los Ríos	
Aysén	
Magallanes	
R.M.	

- 3) **Según patología:** El área de columna atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Si se trata a tiempo se evita la intervención quirúrgica y la invalidez. Además, incluye screening profesional, atención Médica, radiografías, interconsultas con expertos, corsé, realces, tratamiento de Kinesioterapia.

- 4) Según cursos:** Este documento establece que la focalización según cursos se debe ver claramente reflejada nivel de screening y a nivel de ingreso de especialistas, dependiendo de la patología. El área de columna focaliza su atención en séptimo básico.

Según lo señalado por nuestra informante clave AVJ la atención de esta área se focaliza en séptimo básico en base a lo siguiente:

“...de acuerdo a la revisión que hicieron también los expertos, los mismos Traumatólogos y las experiencias que se tienen, son en este curso (aludiendo a séptimo básico) donde la patología de escoliosis y dorso curvo que nosotros vamos a buscar es más prevalente, está en pleno desarrollo y ahí es donde tú detectas con mayor claridad el daño de escoliosis o dorso curvo...” (AVJ).

Lo anteriormente expuesto lo podemos complementar con lo mencionado en el documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), en este documento se menciona que las distintas intervenciones realizadas por el Programa de Servicios Médicos están focalizadas según prevalencias e incidencias de las especialidades cubiertas, patología (escoliosis y dorso curvo) y según curso(séptimo básico), tal como lo mostramos en la siguiente tabla (tabla N°7):

Tabla N° 7. Focalización de atención área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB. Reproducida de MINSAL (2013a).

Nivel de Atención	Oftalmología	Otorrinolaringología	Columna
Pesquisa	Prekínder, kínder, 1° y 6° Básico	Prekínder, kínder, 1° Básico	7° básico
Screening	Prekínder, kínder, 1 y 6° Básico	Prekínder, kínder, 1° Básico	7° básico
Atenciones Médicas (ingresos)	Prekínder, kínder, 1 y 6° Básico	Prekínder, kínder, 1° Básico	7° básico
Atenciones Médicas (controles)	Todos los cursos (pre-kínder hasta 4° medio)	Todos los cursos (pre-kínder hasta 4° medio)	Todos los cursos (pre-kínder hasta 4° medio)

A modo de cierre y síntesis, de lo vinculado a este programa, exponemos a continuación el siguiente “network” el cual incluye de alguna forma u otra la información expuesta con anterioridad y que forma parte de la metacategoría “Políticas Públicas”, esta información emerge principalmente de los códigos pertenecientes a las familias “Ámbito educativo”, “ASM” y “Fortalezas y debilidades JUNAEB” (figura N°6):

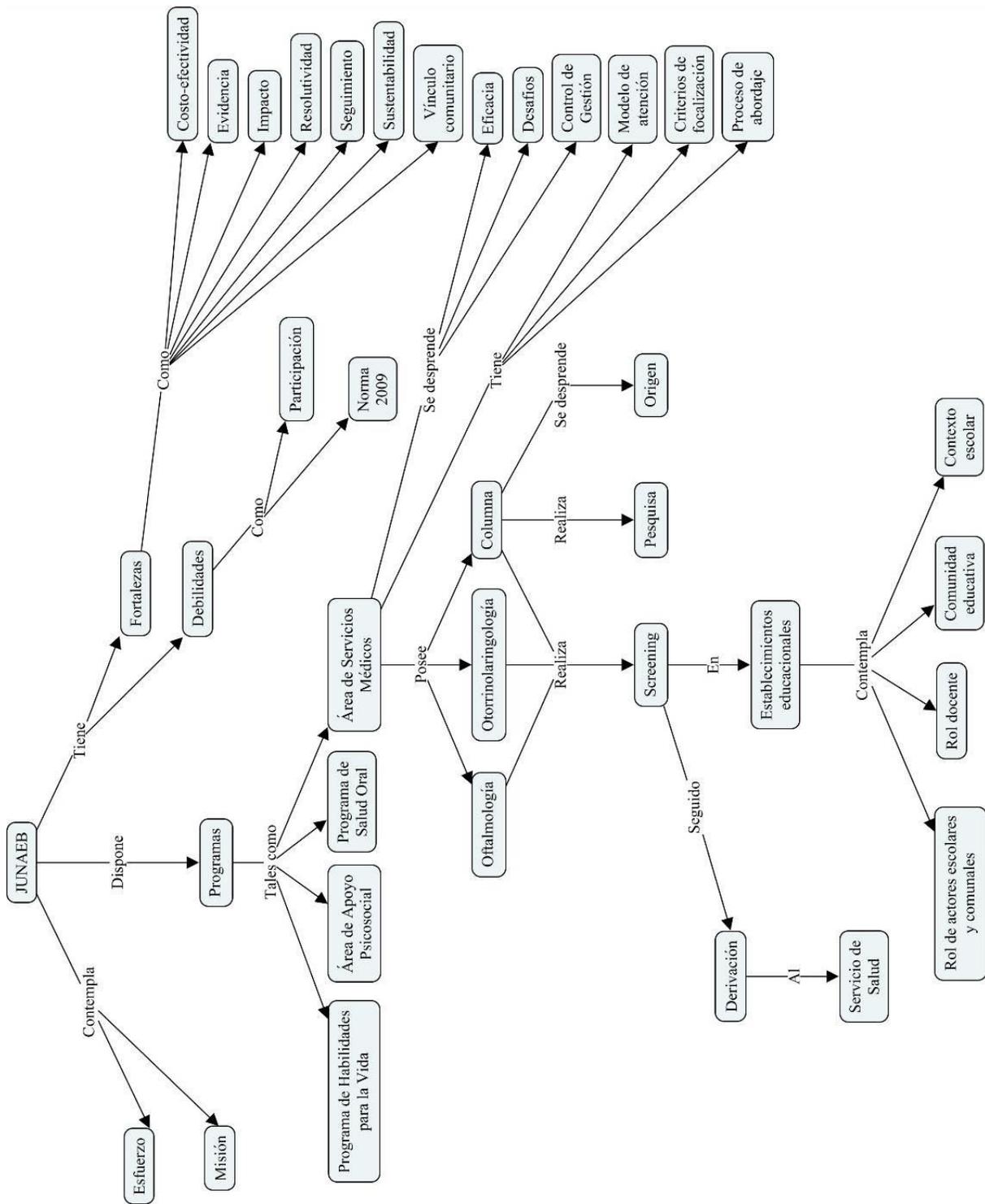


Figura N°6. "Network" JUNAEB.

Una vez finalizada esta descripción de las políticas públicas de MINEDUC y JUNAEB sobre evaluación postural en el sistema educativo chileno, continuaremos con las correspondientes a MINSAL, siguiendo el orden cronológico en el cual se concibieron e implementaron estas políticas.

4.2.3. Políticas públicas de MINSAL

En forma similar a lo realizado anteriormente, comenzaremos exponiendo la misión del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), señalada en el documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), la cual consiste en *“contribuir a elevar el nivel de salud de la población, desarrollar armónicamente los sistemas de salud centrados en las personas, fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes”*.

Dentro de los programas, estrategias y oferta comprometida que presenta MINSAL identificamos el Programa Nacional de Salud de la Infancia (codificado como Pnsi), que contempla la estrategia del control de salud escolar (codificado como Control de salud escolar) y el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes (codificado como Psiaj), el cual a su vez contempla la estrategia del control joven sano (codificado como Control joven sano).

4.2.3.1. Programa Nacional de Salud de la Infancia

En el documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), se establece que el objetivo del Programa Nacional de Salud de la Infancia es *“contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento,*

protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida”.

4.2.3.2. Control de salud escolar

En este mismo documento se menciona que dentro de las múltiples estrategias y prestaciones que engloba este programa, se encuentra la estrategia de control de salud escolar, los cuales son realizados en los establecimientos educacionales previa coordinación entre los sectores de salud y educación. Cabe destacar que en algunas ocasiones durante esta investigación nos encontramos con el nombre de control de salud infantil, pero para lograr una mayor claridad y entendimiento aludiremos a esta estrategia como control de salud escolar.

Además, en este documento se indica que esta actividad busca *“favorecer el acceso a controles de salud de niños y niñas de 5 a 9 años, considerando la baja cobertura de controles de salud en dicho grupo etario y escaso tiempo e interés de las familias para llevar a sus hijos e hijas a control mientras no presenten signos evidentes de enfermedad”.*

El mismo documento señalado anteriormente establece que el control de salud escolar se realiza de kínder a cuarto básico, es una actividad de promoción de la salud, prevención de enfermedades y de pesquisa temprana de factores de riesgos o problemas salud más prevalentes en este grupo etario. Es una actividad realizada por el profesional Enfermero/a o Médico con apoyo de un Técnico Paramédico en coordinación con los Profesores y encargados JUNAEB. El control varía dependiendo si al momento de su realización asistirá o no la madre, padre o cuidador. Es fundamental que el niño o niña acuda acompañado por sus padres a dichos controles de salud.

Cuando el control es realizado en ausencia del tutor, será necesario que el padre haya aceptado con anterioridad mediante la firma de un consentimiento informado que explique claramente las evaluaciones que se realizarán.

Una vez realizado el control y según los hallazgos en la anamnesis o examen físico que requieren de conducta específica, se deberán gestionar las derivaciones pertinentes, refiriendo

a los niños y niñas a la red de salud que les corresponda o que se encuentre implementada a nivel local.

4.2.3.3. Área de ortopedia del control de salud escolar

Dentro del mismo documento señalado con anterioridad se establecen las diferentes áreas incluidas en el control de salud escolar, las cuales son: desarrollo puberal, nutrición, riesgo de enfermedades crónicas cardiovasculares, sospecha de asma bronquial, ortopedia, oftalmológico, otorrinolaringológicos, salud bucal 1° básico (6 años), salud bucal (urgencias de kínder a 4to básico), salud mental y genitourinario y anal (según examen físico o declaración la madre en cuestionario de salud de niños y niñas). Nuestra atención se focaliza en el área de ortopedia del control de salud escolar perteneciente al Programa Nacional de Salud de la Infancia de MINSAL, ya que esta incluye evaluación postural, tal cual lo exponemos en la siguiente tabla (tabla N°8), en la que se mencionan algunos problemas detectados en esta área con sus respectivas recomendaciones:

Tabla N° 8. Control de salud escolar: Área de ortopedia. Reproducido de MINSAL (2013a).

Niños y niñas en edad escolar (kínder a 4to básico)		
Área	Problema detectado	Recomendación
Ortopedia	Claudicación de la marcha: Cualquier cojera o asimetría de la marcha debe ser evaluada por Médico	Derivación a Traumatólogo (JUNAEB, operativos especiales de alta resolutivez, privado o público dependiendo de los acuerdos locales) o a Médico APS o equivalente
	Pie plano rígido o pie plano flexible doloroso: El pie plano flexible no asociado a dolor es normal a esta edad asociada Genu	
	Genu valgo a esta edad el genu valgo es habitualmente fisiológico, solo derivar si presenta asimetrías o claudicación de la marcha asociada	
	Varo generalmente fisiológico, derivar si es muy marcado, presenta asimetrías o claudicación de la marcha asociada	
	Escoliosis (GES)	

En la Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), se señala que el desarrollo evolutivo ortopédico del niño/a suele ser motivo de consulta frecuente

de padres y cuidadores, por esta razón es que el/la profesional que realiza control de salud escolar debe poder diferenciar lo normal de lo patológico en el desarrollo osteomuscular. En la anamnesis se debe preguntar a los padres si existe dolor referido o dificultad para usar alguna parte de su cuerpo: claudicación de la marcha, falta de fuerzas en extremidades. También es fundamental preguntar si existen asimetrías detectadas. Mientras que el examen físico debe ser completo, con el niño o la niña en ropa interior. Se debe descartar asimetrías corporales, inspeccionar las caderas, la marcha cuando ya caminen y valorar los rangos de movilidad articular.

Para ir cerrando esta descripción expondremos a continuación el “network” “Programa Nacional de Salud de la Infancia”, el cual contiene y relaciona la información codificada perteneciente a las familias “MINSAL”, “Control de salud escolar” y “PNSI” (Programa Nacional de Salud de la Infancia), las cuales a su vez forman parte de la metacategoría “Políticas Públicas” (figura N°7).

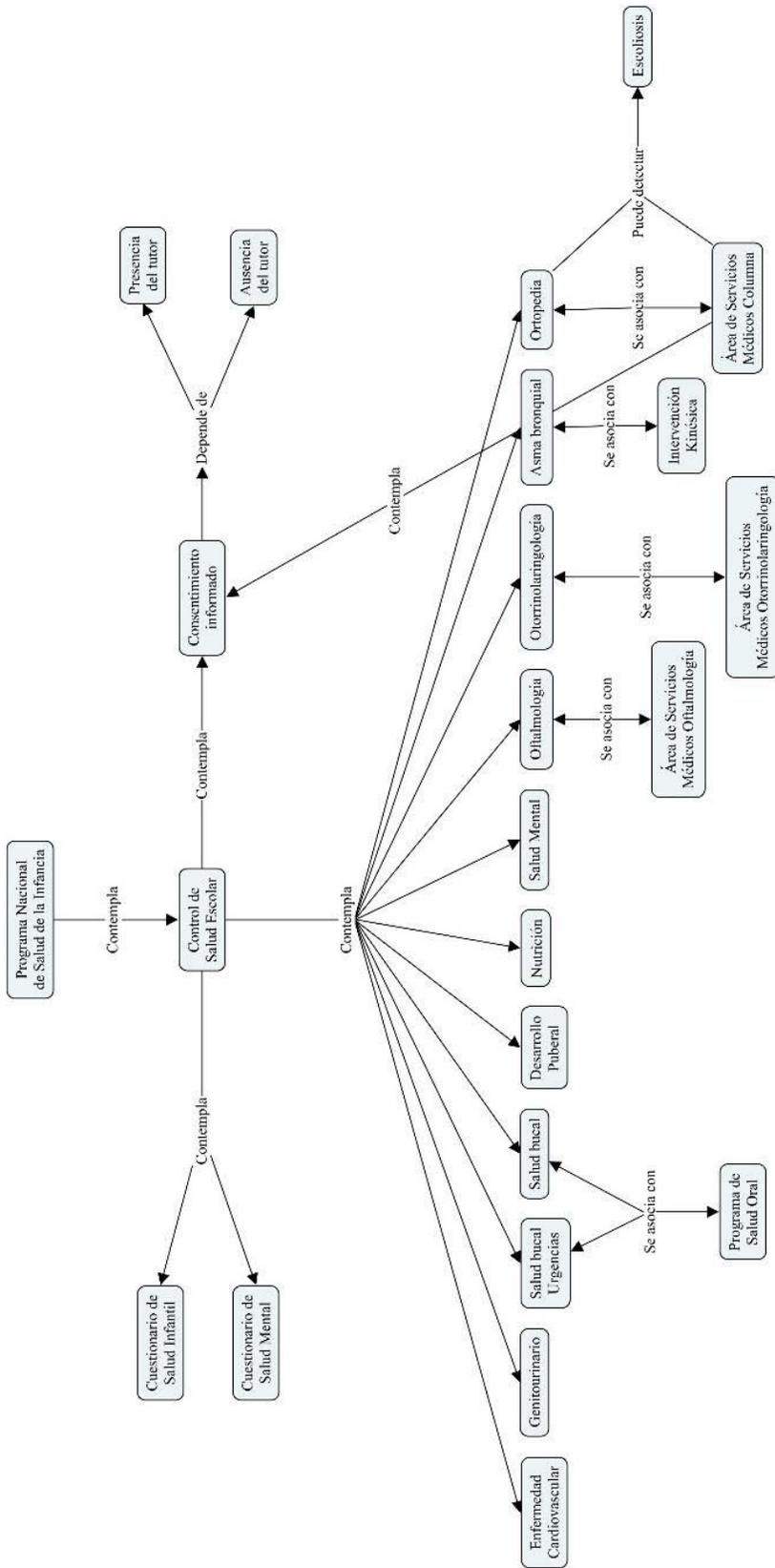


Figura N° 7. “Network” Programa Nacional de Salud de la Infancia de MINSAL.

4.2.3.4. Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes

A continuación proseguiremos con la descripción del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, para esto debemos dirigir nuestra atención, principalmente, a los códigos pertenecientes a las familias “MINSAL” (Ministerio de Salud de Chile), “PSIAJ” (Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes) y “Control joven sano”.

En el documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educacionales, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), se establece que el objetivo de este programa es *“favorecer el crecimiento y desarrollo saludable, mediante el fortalecimiento y optimización de la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando especialmente el enfoque de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizados en los más vulnerables, la familia y la comunidad”*.

4.2.3.5. Control joven sano

Este documento señala además que el programa contempla el Control de Salud Integral "Control joven sano" como puerta de entrada de esta población (10 a 19 años) al sistema de atención de salud. Permite evaluar el estado de salud, el normal crecimiento y desarrollo, fortaleciendo los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con el objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo. También establece que esta actividad será realizada por un Médico, Enfermera/o o Matrona, apoyada por un Técnico Paramédico, en coordinación con Profesores y encargados JUNAEB.

Cabe destacar que, según lo establecido en este documento y en la Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b), si este control es realizado en el establecimiento educacional, se sugiere que no se realice evaluación de desarrollo puberal.

El documento señalado con anterioridad establece los siguientes objetivos del control joven sano expuestos a continuación:

- Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable.
- Fomentar hábitos de vida saludables en adolescentes y sus familias.
- Identificar factores y conductas protectores y de riesgo, en adolescentes y sus familias.
- Prevenir enfermedad y discapacidad.
- Pesquisar y otorgar manejo inicial a los problemas de salud prevalentes.
- Educar en salud y en autocuidado a adolescentes y a sus familias.
- Entregar habilidades de uso adecuado de servicios.
- Referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que ameriten clínicamente su atención y resolución por otros profesionales u otras disciplinas.

Además, establece las siguientes acciones definidas dentro de este control:

- Realizar anamnesis completa biopsicosocial y familiar, registrando la información en el instrumento ficha Integral CLAP/OPS/OMS.
- Realizar examen físico, según orientaciones técnicas.
- Realizar hipótesis diagnóstica, manejo inicial, indicaciones y derivación, esta última si es necesario.
- Revisar calendario de inmunizaciones, según norma.
- Realizar educación en autocuidado en salud, brindar la posibilidad y oportunidad de referir a consejerías.
- Indicar consulta y seguimiento si procede.

Las derivaciones a partir de este control serán dirigidas a la red de salud correspondiente, o según disponibilidad de cupo a los programas de salud del estudiante de JUNAEB. Esto se ilustra en la siguiente figura (figura N°8):

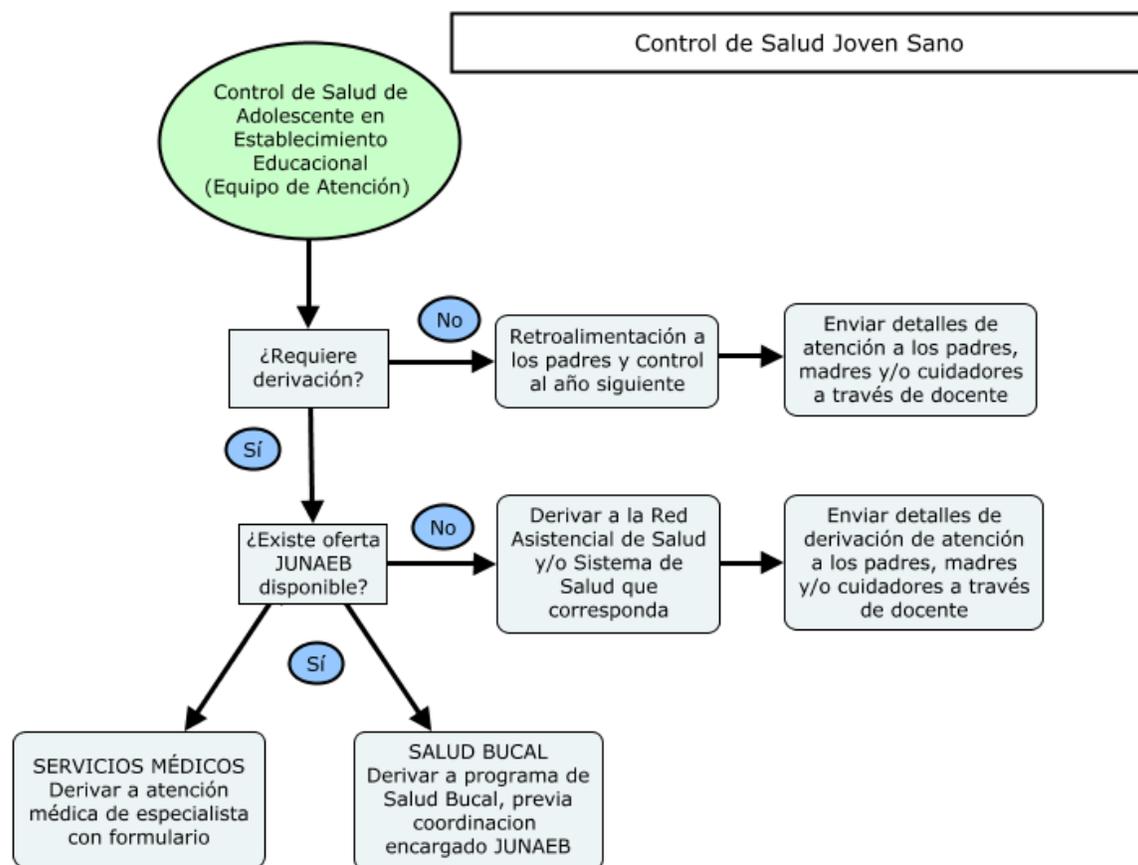


Figura N° 8. Control joven sano. Reproducido de MINSAL (2013a).

4.2.3.6. Examen físico y de columna del control de joven sano

Tal cual se puede apreciar en las acciones definidas de este control mencionadas con anterioridad, este incluye la realización de un examen físico, en relación a este, en el documento Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b), se establece que de preferencia debe realizarse respetando la privacidad del o de la adolescente consultante, si sus padres están presentes, es también una alternativa, realizar el examen físico con la presencia de un Técnico Paramédico, en especial en aquellos casos en que existen situaciones especiales, tales como, sospecha o suposición de abuso sexual. El examen debe ser para cada adolescente consultante, una experiencia educativa y de autoafirmación.

Dentro del documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de Salud Infantil (5-9 años) Control Joven Sano (10-19 años). (MINSAL, 2013a), se establecen las siguientes acciones a ejecutar en este examen físico:

- Evaluación antropométrica y desarrollo puberal (IMC, evaluación nutricional)
- Medición presión arterial
- Examen de Visión
- Evaluación de Audición
- Examen de Salud bucal
- Examen de columna
- Revisión de inmunizaciones

En estas acciones figura un examen de columna a realizar y es en este punto donde se focaliza nuestra atención. Con relación a este, en el documento Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b), se establece que es realizado con la finalidad de evaluar la presencia de escoliosis, hiperlordosis dorsal (dorso curvo) y/o hiperlordosis lumbar.

A partir de lo señalado por nuestra informante clave MGM podemos identificar algunas características de este examen de columna, tales como la sencillez para su ejecución, la necesidad de la presencia de una tercera persona durante su realización (esto es válido también para el área de ortopedia del control de salud escolar), el cuidado y respeto por parte del profesional a cargo de ejecutarlo. Tal como se indica en las siguientes palabras:

“...es sencillo porque de alguna manera no necesitas instrumentos, por ejemplo no necesitas que la habitación tenga tanto metraje, necesitas siempre hacer el examen acompañado, con mucho respeto, debes explicarle al chico en qué consiste el examen, ayudarlo a que colabore, después tienes que indicar una serie de instrucciones que el joven debe que seguir, tú lo vas haciendo una vez tras otra, y te quedas tranquilo en que pudiste determinar si hay un problema o no...” (MGM).

“...lo de una tercera persona, es principalmente porque sabemos que es súper importante ser cautelosos... a una determinada edad, quizás la observación que tú haces pueda ser mal interpretada como algún tipo de abuso, por eso es que tienes que estar con alguien más...”
(MGM).

Para finalizar lo señalado en relación a este programa exponemos a continuación el “network” “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes” (figura N°9), el cual contiene y relaciona la información codificada perteneciente a las familias “MINSAL”, “Control joven sano” y “PSIAJ” (Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes), las cuales a su vez forman parte de la metacategoría “Políticas Públicas”.

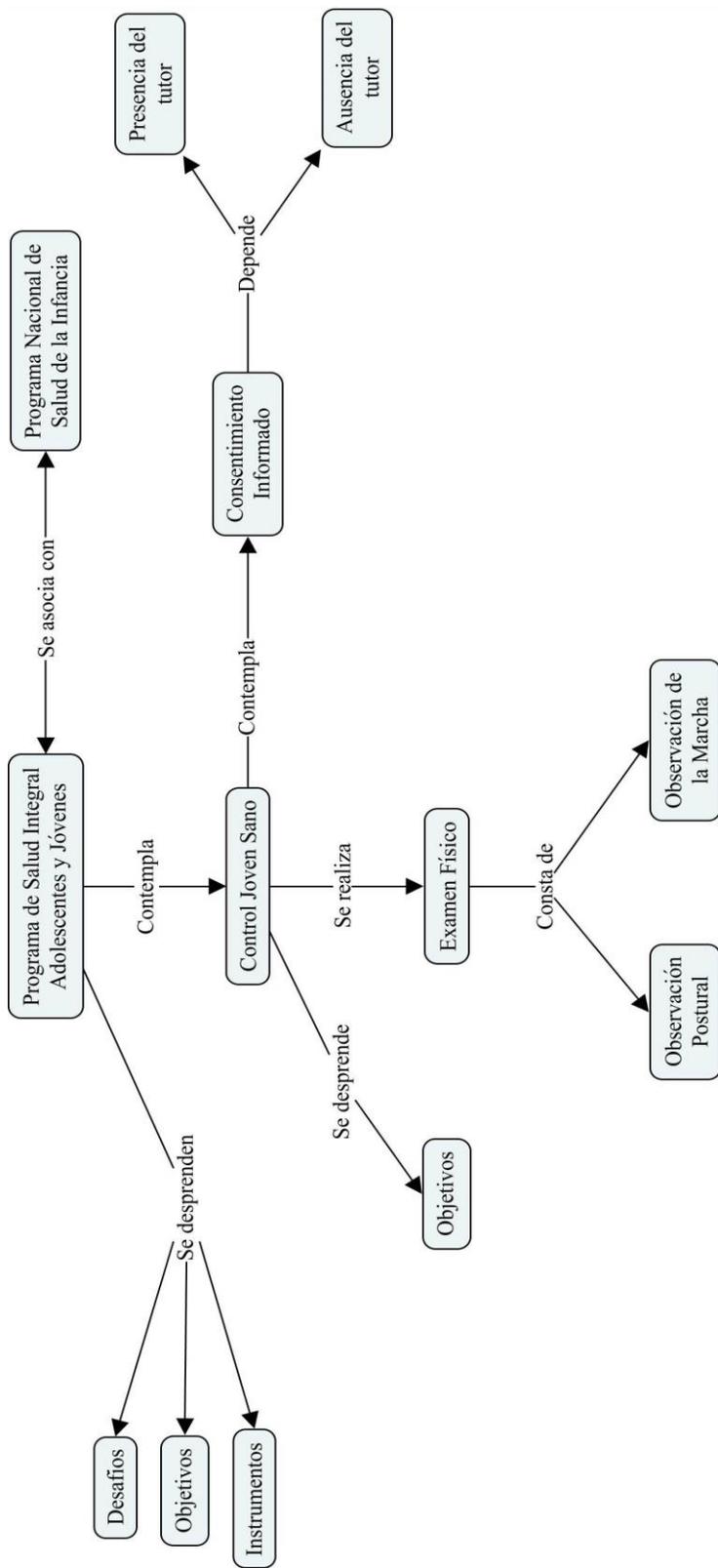


Figura N° 9. "Network" Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de MINSAL.

Para finalizar con la descripción de ambos programas ministeriales de MINSAL con sus respectivas estrategias y áreas, expondremos además a modo de síntesis el “network” “MINSAL” que incluye en forma general la información expuesta sobre estos programas (figura N°10).

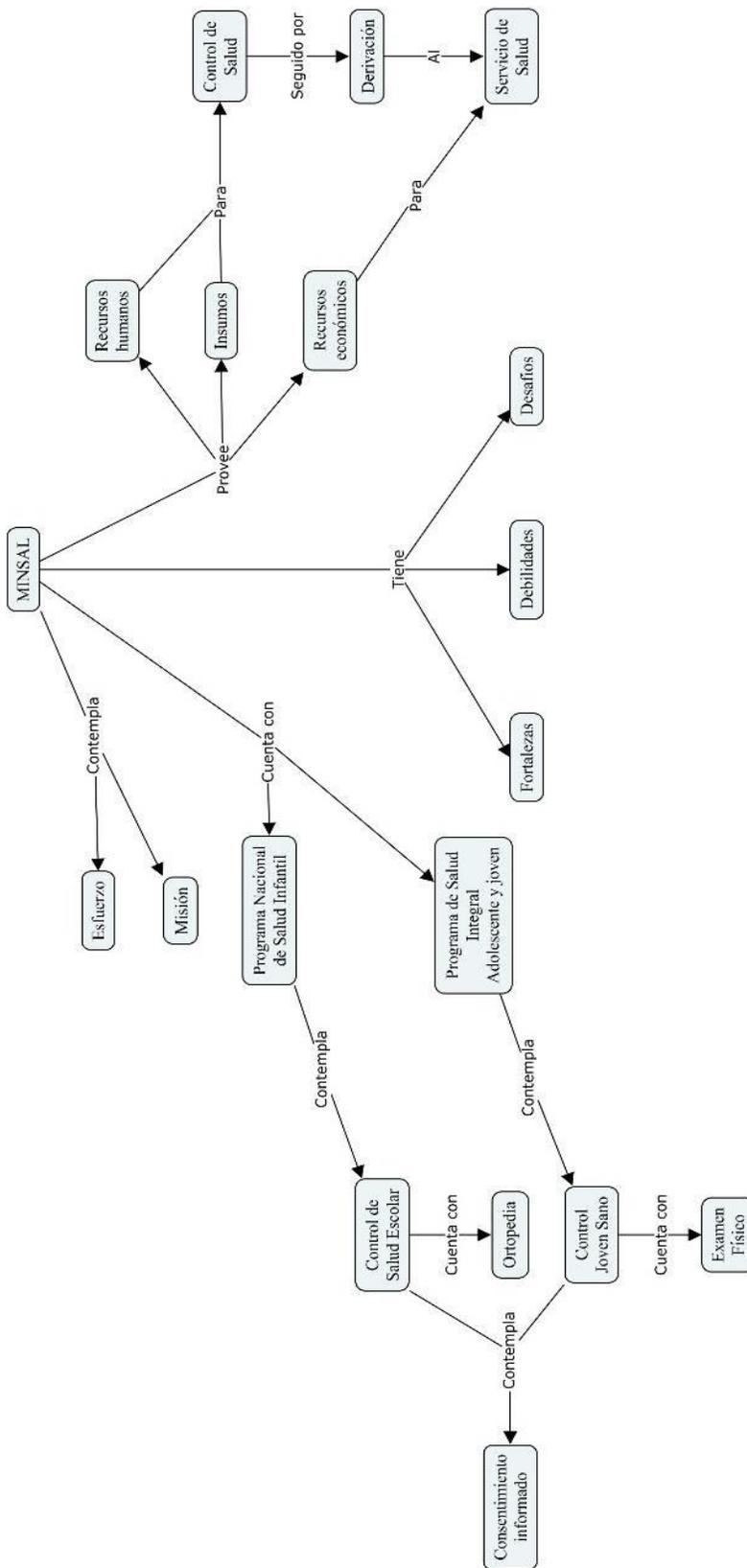


Figura N° 10. "Network" MINSAL.

Además, exponemos el “network” “Políticas Públicas” (figura N°11) que integra e ilustra la información perteneciente a la metacategoría “Políticas Públicas” y que ha sido expuesta anteriormente a largo de esta descripción de todos los programas ministeriales, estrategias y áreas tanto de MINSAL como MINEDUC (JUNAEB) sobre evaluación postural en niños y adolescentes de enseñanza básica en el sistema educativo chileno.

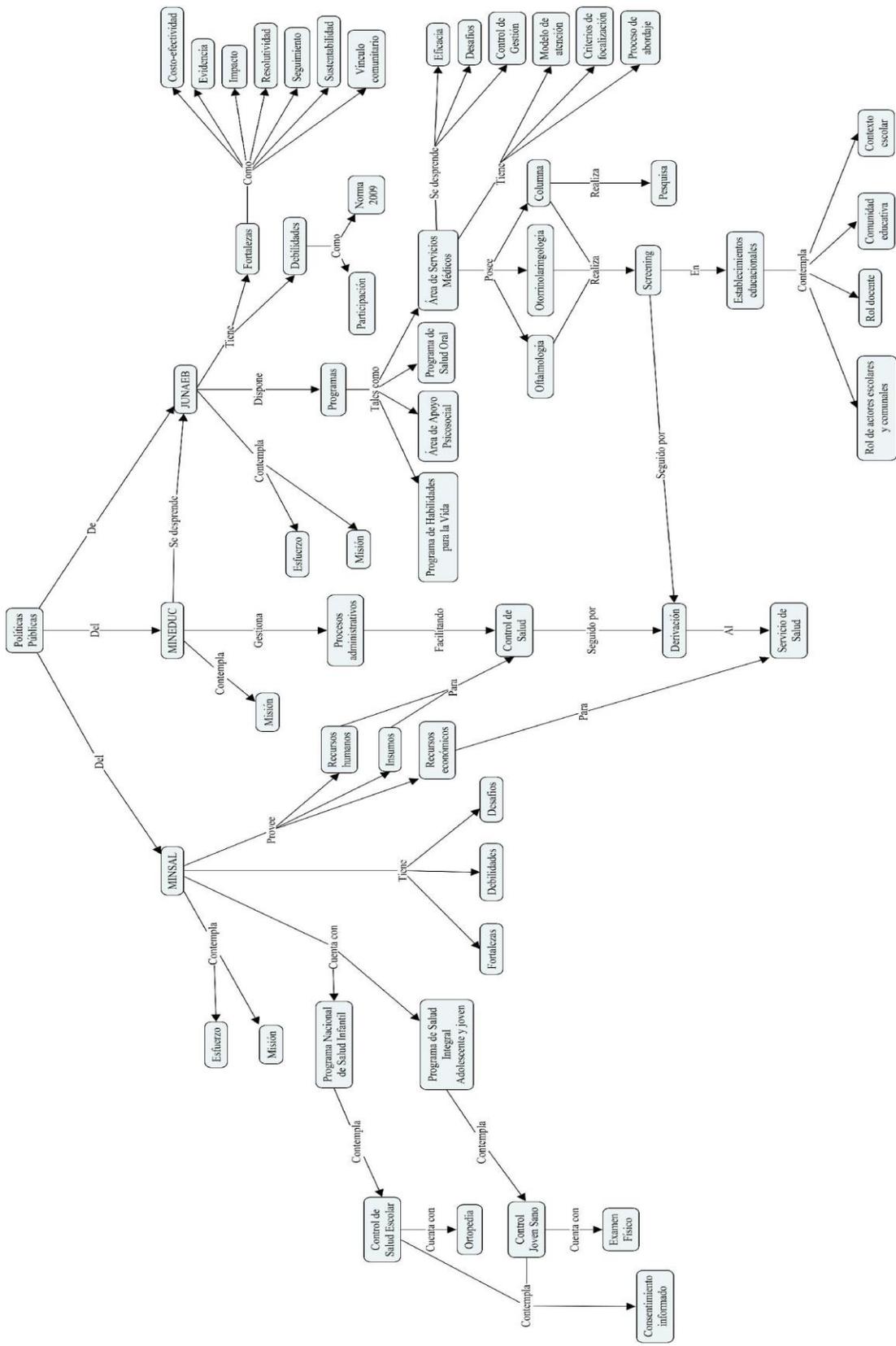


Figura N° 11. “Network” Políticas Públicas.

4.2.4. Relación entre MINSAL, MINEDUC y JUNAEB

Una vez descritas las políticas públicas tanto de MINSAL como MINEDUC (JUNAEB) sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno, procederemos a dar cuenta de un tema que figura en los documentos primarios consultados dentro de la revisión y posterior análisis documental, este tema es la relación existente entre MINSAL y JUNAEB. Cabe destacar que este tema fue incluido dentro de la entrevista con la finalidad de complementar esta información y tener las respectivas visiones de nuestras informantes claves sobre la realidad de esta temática. Esta información codificada fue agrupada, principalmente, dentro de la familia “Relación MINSAL-JUNAEB” perteneciente a la metacategoría “Políticas Públicas”.

Para comenzar con esto dentro del documento primario Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), se menciona que para efectos de los controles de salud escolar (descritos anteriormente) y la atención de los niños/as y adolescentes en el establecimiento educacional, el MINSAL ha efectuado una coordinación con JUNAEB y MINEDUC, con el objetivo de establecer ciertos acuerdos interinstitucionales necesarios para la implementación de dicha estrategia y potenciar las prestaciones existentes entre ambas instituciones.

4.2.5. Coordinación bilateral entre MINSAL y MINEDUC

Al momento de hablar de coordinación bilateral entre MINSAL y MINEDUC, el protocolo aludido con anterioridad establece que los Ministerios de Educación y Salud deberán coordinar con anterioridad qué actividades de salud se realizarán en establecimientos educacionales, el tiempo que dichas actividades requerirán y en qué tipo de colegios se realizarán. Esto lo ilustramos a continuación en la siguiente figura (figura N°12):

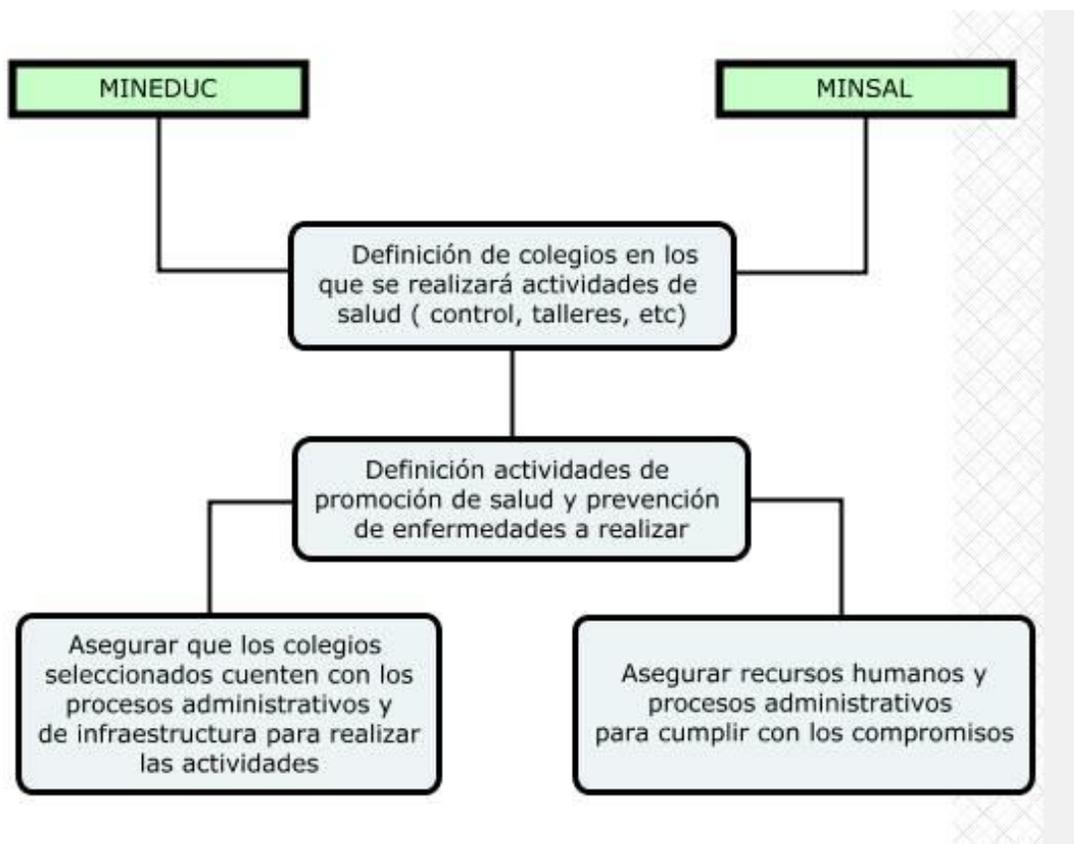


Figura N° 12. Coordinación bilateral entre MINSAL y MINEDUC. Reproducido de MINSAL (2013a).

4.2.6. Coordinación bilateral entre MINSAL y JUNAEB

En relación a la coordinación bilateral entre MINSAL y JUNAEB en este documento se expone que estas instituciones desarrollan actividades similares en cuando a salud escolar, por lo que debe existir una estrecha coordinación para que no haya solape de funciones. Dentro de las coordinaciones que se deben realizar antes de que comience el año escolar, son:

- 1) Decidir que institución se hará responsable del screening. Localmente se pueden acordar los siguientes escenarios:
 - Los programas de MINSAL (descritos con anterioridad), se hacen cargo del screening y Servicios Médicos de JUNAEB destine la totalidad de sus recursos a Profesionales para ingreso o seguimiento de controles. En el caso de que MINSAL

realice el screening antes que JUNAEB, deberá informar Dirección Regional de JUNAEB la lista de los niños atendidos.

- Servicios Médicos de JUNAEB realizará los screening de Oftalmología, Otorrinolaringología y columna en los cursos focalizados y los programas de MINSAL obviarán este segmento al momento de hacer los controles a niños, niñas y adolescentes de los cursos focalizados, según corresponda. De modo de evitar la doble evaluación y/o derivación.

- 2) Definir con anticipación el número de derivaciones que Servicios Médicos de JUNAEB atenderá desde los programas de MINSAL, de modo que los casos más urgentes sean atendidos por JUNAEB, para que no se generen listas de espera imposibles de cubrir.

Lo anteriormente señalado sobre esta coordinación entre MINSAL y JUNAEB lo ilustramos en la siguiente figura (figura N°13):



Figura N° 13. Coordinación bilateral entre MINSAL y JUNAEB. Reproducido de MINSAL (2013a).

Esto lo podemos complementar con las siguientes palabras emitidas por nuestra informante clave MGM sobre esta relación entre MINSAL y JUNAEB:

“...uno de los esfuerzos que estamos iniciando en este minuto es que hemos promovido un trabajo conjunto con JUNAEB para poder acercarnos a una sociedad de abordaje de estas problemáticas en los escolares. Así como hay algunos esfuerzos que el MINSAL los podía manejar bien y que puede hacerlo muy bien, hay otros que la JUNAEB los hace muy bien, por lo tanto, para abordar una temática de Salud Pública en un país, dos instituciones de Estado tienen que conversar y tienen que coordinarse entre sí, estamos en las primeras reuniones para eso...” (MGM).

Para finalizar esta extensa y profunda descripción, exponemos algunas citas expresadas por nuestra informante clave MGM, a partir de las cuales podemos identificar algunas características que nos ayudan a dar cuenta y describir esta relación, entre estas tenemos que es un vínculo que ha pasado por varios periodos de acercamiento y alejamiento, hay cierta falta de claridad al momento de establecer un trabajo relacionado con el control de salud escolar perteneciente al Programa Nacional de Salud de la Infancia de MINSAL. Sin embargo, está la disposición de ambas partes para mejorar esta relación, ya que se están estableciendo ciertos esfuerzos y trabajos para aquello:

“...es una relación que se está reiniciando y que hasta el momento ha sido una relación “bien abigarrada” nosotros siempre hemos tenido una relación, desde el sector salud y ellos desde el sector educación, pero era una relación que en algunos momentos se acercaba, por ejemplo para reparar algo con respecto salud mental, después la relación se distanciaba, luego nos acercábamos para ver cómo podíamos plasmar algo relacionado al GES e indicaciones quirúrgicas en columna según como lo tenía pensado salud, etc...” (MGM).

“...en este minuto, en donde el tema está, si tú quieres, “muy verde”, poco maduro, es específicamente en el piloto de Salud Escolar. Desde que partió el control de salud escolar, el trabajo conjunto ha sido, como dije antes, poco claro, una reunión, después otra y la sensación es que ahí aun falta, por eso se convocará esta mesa de diálogo que partirá pronto...” (MGM).

“...convoqué a una reunión de trabajo donde planificaremos lo que vamos a hacer para establecer un convenio en donde podamos entablar cuáles van a ser los aportes del MINSAL y cuáles serán los de JUNAEB, en qué condiciones, en donde tenemos todos los problemas médicos, pero también están presentes problemas de salud mental, alimentación, etc. Nosotros estamos muy ilusionados en que sea el trazado de un trabajo en conjunto. Necesitamos ambas partes, la JUNAEB es un actor que tiene que estar, y ellos dicen lo mismo del MINSAL, pero las cosas desafortunadamente, hasta el momento, no están como nos gustaría y, por lo tanto, en este punto es en donde estamos poniendo nuestras energías...”
(MGM).

4.3. Eficacia de las políticas públicas implementadas a partir de los programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural

Uno de los objetivos planteados en esta investigación es “dar cuenta la eficacia de las políticas públicas implementadas a partir de los programas ministeriales existentes del MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural.”. Cabe destacar y mencionar, a modo introductorio, para un mayor entendimiento de este punto que desde el momento de la concepción de este objetivo, entendemos el concepto de “eficacia” como la capacidad de los programas ministeriales para ejecutar lo planteado por ellos a través de las estrategias y áreas consideradas en sus políticas públicas. En palabras más simples entendemos “eficacia” como lo que el programa ministerial en cuestión realiza y pone en marcha, independiente si esto es considerado como algo pertinente o no, eso lo dejamos a criterio de cada persona que quiera conocer en mayor detalle estos programas. Por otro lado, de manera complementaria utilizamos el concepto de “desafío”, el cual lo entendemos como aquellas materias en las cuales falta profundizar los esfuerzos planteados por cada política pública, es decir, es aquello que “falta por hacer”.

Para dilucidar este objetivo y las cuestiones que emergen a partir de este, debemos dirigir nuestra atención a la información incluida dentro de la metacategoría “Políticas Públicas”, específicamente a las familias de códigos “Eficacia de programas”, “Evidencia y desafíos evaluación postural”, “Fortalezas y debilidades MINSAL”, “Fortalezas y debilidades

JUNAEB” y finalmente “Relación MINSAL-JUNAEB” con sus respectivos códigos, tal cual les mostramos a continuación en la siguiente tabla (tabla N°9):

Tabla N° 9. Códigos y familias pertenecientes a la metacategoría “Políticas Públicas”.

Metacategoría: Políticas Públicas				
Familias de códigos	Códigos			
Eficacia de programas	Asm eficacia (50-1)	Control de presupuesto (2-1)	Eficacia (1-0)	Esfuerzo minsal (8-1)
	Gestión (31-0)	Gestión control (1-8)	Gestión control desafíos (1-1)	Gestión control eficacia (2-1)
	Gestión control funciones (2-1)	Gestión control indicadores (5-3)	Gestión de riesgo (1-2)	Indicadores de salud (2-1)
	Junaeb debilidades (3-3)	Junaeb fortalezas (3-8)	Minsal debilidades (8-1)	Minsal desafíos (14-1)
	Minsal fortalezas (4-1)	Pnsi desafíos (5-3)	Psiaj desafíos (1-1)	Relación m-j debilidades (6-9)
	Relación m-j desafíos (15-6)	Satisfacción usuaria (1-1)	Tablero de control (1-2)	Tablero de control indicadores (5-1)
Relación MINSAL-JUNAEB	Descoordinación (5-1)	Desorganización (4-1)	Establecimientos educacionales (16-7)	Planificación (3-2)
	Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)	Relación m-j (11-9)	Relación m-j características (5-3)
	Relación m-j convenio (2-1)	Relación m-j debilidades (6-9)	Relación m-j desacuerdo (11-1)	Relación m-j desafíos (15-6)
	Relación m-j desarrollo (5-1)	Relación m-j futuro (3-1)	Relación m-j inicio (4-1)	Resolutividad (9-2)
	Screening (26-15)	Seguimiento (11-2)	Servicio de salud (10-4)	
Evidencia y desafíos evaluación postural	Actividad física (10-3)	Asm desafíos (54-2)	Autocuidado (14-2)	Calidad (2-2)
	Contexto (1-0)	Educación en salud (19-5)	Eficacia (1-0)	Empoderamiento (6-1)
	Escoliosis prevalencia (2-1)	Escoliosis tratamiento niños (2-4)	Evidencia (6-1)	Evidencia desafíos (5-0)
	Minsal desafíos (14-1)	Participación (23-7)	Perfil profesional desafío (1-1)	Pesquisa (22-6)
	Pnsi desafíos	Psiaj desafíos	Relación m-j desafíos	Respaldo

	(5-3)	(1-1)	(15-6)	(2-0)
	Screening (26-15)	Seguimiento (11-2)		
Fortalezas y debilidades JUNAEB	Asm criterio de focalización (18-1)	Asm modelo de atención (19-1)	Costo-efectividad (4-2)	Educación en salud (19-5)
	Evidencia (6-1)	Impacto (2-1)	Junaeb debilidades (3-3)	Junaeb fortalezas (3-8)
	Norma 2009 (1-1)	Participación (23-7)	Resolutividad (9-2)	Seguimiento (11-2)
	Sustentabilidad (3-1)	Vínculo comunitario (3-1)		
Fortalezas y debilidades MINSAL	Comunidad educativa (10-1)	Costo-efectividad (4-2)	Evidencia (6-1)	Impacto (2-1)
	Insumos (2-2)	Minsal debilidades (8-1)	Minsal desafíos (14-1)	Minsal fortalezas (4-1)
	Orientación técnica incompleta (1-0)	Recursos económicos (13-2)	Recursos humanos (6-2)	Resolutividad (9-2)
	Responsabilidad (3-0)	Seguimiento (11-2)	Sistema de registro (1-0)	Sustentabilidad (3-1)
	Vínculo comunitario (3-1)			

Uno de los documentos primarios en los cuales figura parte de la información codificada dentro de las familias mencionadas con anterioridad y que analizamos en profundidad es Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013). El cual nos ayuda a tener una visión sobre la eficacia del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, en especial de su área de columna, la cual describimos anteriormente. Para complementar esta información extraída y analizada sobre este programa de JUNAEB, incluimos ciertos temas de nuestro interés dentro de las entrevistas efectuadas a nuestras informantes claves MGM y AVJ. Esto además fue realizado para obtener una visión sobre la eficacia de los respectivos programas de MINSAL descritos anteriormente, es decir, del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes con las respectivas áreas y estrategias de interés para nosotros.

Cabe destacar que a medida que transcurría esta investigación emergieron tres pilares que finalmente ayudan a dilucidar y sustentar este objetivo, los cuales son: “Fortalezas”,

“Debilidades” y “Desafíos”, tanto de los programas de MINSAL como de JUNAEB. Tal como se ilustra en la figura expuesta a continuación de este párrafo (figura N°14). Estos temas fueron surgiendo, en mayor o menor medida, durante la revisión y posterior análisis documental, para luego ser profundizados en las entrevistas.

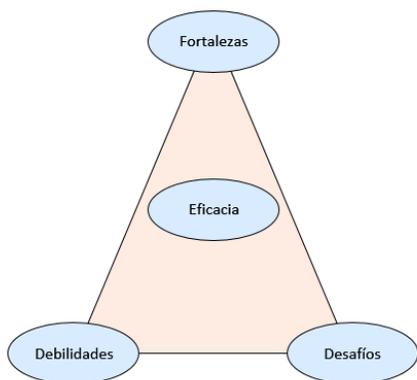


Figura N° 14. Eficacia: Fortalezas, Debilidades y Desafíos.

Tanto las fortalezas como las debilidades de los programas ministeriales en cuestión, fueron abordadas de forma indirecta acorde con nuestra metodología, a través de la siguiente pregunta para MGM y AVJ respectivamente:

- ¿Cómo ha sido su experiencia personal y/o laboral con el área de ortopedia del Programa Nacional de Salud de la Infancia y con el examen físico y de columna del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes? y ¿cuál es su opinión de estos programas?
- ¿Cómo ha sido su experiencia personal y/o laboral con el área de columna del Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB? y ¿cuál es su opinión de este programa?

El otro pilar mencionado (desafíos), fue abordado durante la entrevista dentro del tema “investigación, evidencia de la evaluación postural en nuestro país y desafíos para los programas ministeriales”. Consultado en forma muy amplia acorde con la metodología escogida para así conocer la visión de la realidad de nuestras entrevistadas, a través de las siguientes preguntas, para MGM y AVJ respectivamente:

- ¿Cuál es su opinión sobre las investigaciones y evidencia que hay disponible sobre la evaluación postural en nuestro país?, ¿qué desafíos plantearía ud. para futuras investigaciones en el tema? y ¿qué desafíos plantearía ud. tanto para el área de ortopedia del control de salud escolar como para el examen físico, específicamente de columna, del control joven sano?
- ¿Cuál es su opinión sobre las investigaciones y evidencia que hay disponible sobre la evaluación postural en nuestro país?, ¿qué desafíos plantearía ud. para futuras investigaciones en el tema? y ¿qué desafíos plantearía ud. para el área de columna del Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB?

4.3.1. Eficacia Programa de Servicios Médicos de JUNAEB: Fortalezas, debilidades y desafíos

Procedemos a detallar la información extraída tanto del documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013), como de las respuestas otorgadas por nuestras informantes claves ante las preguntas efectuadas con respecto a los temas mencionados con anterioridad y que nos llevan a dar cuenta de la eficacia de las políticas públicas contempladas en los programas ministeriales mencionados a lo largo de esta investigación. Comenzaremos exponiendo la información vinculada al Programa de Servicios Médicos de JUNAEB para luego proseguir con el Programa Nacional de Salud de la Infancia y el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, ambos pertenecientes a MINSAL.

Cabe destacar que esta información surge dentro del documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013), como ya lo mencionamos, además fue codificada como “Asm eficacia” y forma parte las familias “ASM” y “Eficacia de programas”, ambas pertenecientes a la metacategoría “Políticas Públicas”, algunos datos que nos ayudan a cumplir con el objetivo planteado y que forman parte de la información aludida dentro de este código son los siguientes:

Dentro de los criterios de focalización del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, los cuales describimos en el resultado anterior, se menciona que uno de estos criterios es según patología, dentro de este se establece que el valor de falso positivo a nivel de especialista es menor o igual al 20% y que a nivel de screening es igual o menor a un 30 %.

Otro criterio de focalización es según curso, este documento establece que la cobertura a nivel de screening debe reflejar que las atenciones provienen al menos en un 80 % de los cursos focalizados.

Este documento señala además que, según los datos que arroja el Sistema informático 2012 (hasta el mes de noviembre de ese año), el comportamiento en relación a la focalización de atención por curso y especialidad, en el caso de columna, se detecta que un 17% corresponde a cursos focalizados (séptimo básico), lo cual este documento cataloga como preocupante.

Dentro del documento mencionado se establece que, teniendo presente que se está en un proceso de transición desde la pesquisa hacia el screening de barrido, es relevante mostrar en cada región mejores y nuevas señales de avance en este ámbito. Es importante destacar que el Programa de Servicios Médicos debe avanzar hacia la instalación progresiva de screening de barrido en cada región, realizado por profesionales idóneos para esta acción. Lo cual lo podemos complementar por lo señalado por nuestra informante clave AVJ, quien expone lo siguiente:

“...en estos días el programa transita con esas dos modalidades, algunos que realizan pesquisas igual lo derivan al Kinesiólogo para realizar el screening y otros que pueden hacer screening de barrido en toda la matrícula de séptimo, luego el Kinesiólogo define si este niño requiere o no ir a especialista, derivándolo al especialista Traumatólogo comunal...” (AVJ).

En relación a la pesquisa dentro del área de columna, el mismo documento establece que un 85% proviene de 7° básico, tal como se aprecia en la siguiente tabla (tabla N°10):

Tabla N° 10. Pesquisa por curso del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB año 2012. Reproducido de JUNAEB (2013).

PESQUISA COLUMNA* CURSO																
Región	1	2	3	4	5	6	7	8	1M	2M	3M	4M	E	K	PK	Total general
1	2	1	3	4	73	13	3748	5	6	0	6	2	34	1	0	3897
2	7	4	13	6	23	17	1841	175	7	1	0	0	9	0	0	2103
3	2	3	2	1	2	20	199	0	0	0	0	0	16	0	2	247
4	0	0	0	0		0	456							0	0	456
5	36	24	30	22	128	33	1773	66	58	51	67	15	151	29	32	2515
6	0	0				0	59	1					6	0	0	66
7	43	13	31	18	76	49	1154	90	45	37	41	54	32	11	6	1700
8	5	2	1	1	6	55	1230	17	8	0	1	0	53	12	21	1412
9	26	25	48	20	70	62	1084	87	76	66	38	24	34	8	3	1671
12	5	0	1	0	6	0	190	9	25	21	3	13	8	2	1	284
13	0				13	12	7624						367	0	0	8016
14	49	18	12	23	24	62	800	75	21	38	26	8	88	26	15	1285
15	1	2	4	1	19	9	334	6	5	3	2	0	12	0	0	398
Total	176	92	145	95	440	332	20492	531	251	217	184	116	810	89	80	24050

Otro tema mencionado en este documento, y que nos gustaría exponer en forma breve, es que durante el año 2012 se inició el trabajo de revisión y actualización de los diferentes Manuales de Procedimientos de cada uno de los Programas de Salud del Estudiante. El propósito consistía en contar con todos estos manuales aprobados durante el primer semestre del año 2013, sin embargo, a esa fecha, el manual correspondiente al Programa de Servicios Médicos se encontraba aún en proceso de redacción.

A continuación expondremos las fortalezas, debilidades y desafíos del área de columna del Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB, codificadas como “Junaeb fortalezas”, “Junaeb debilidades” y “Asm desafíos” respectivamente, los primeros dos códigos mencionados pertenecen a la familia “Fortalezas y debilidades JUNAEB”, y este último a la familia “Evidencia y desafíos evaluación postural”. Además, todos estos códigos pertenecen a la familia “Eficacia de Programas” y, a su vez, todas las familias mencionadas en este párrafo forman parte de la metacategoría “Políticas Públicas”.

Lo anterior emerge a partir de la información recolectada en la revisión y análisis de los documentos primarios, en especial del documento Orientaciones Técnico Programáticas año

2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), y de las respuestas otorgadas por nuestra informante clave AVJ a lo largo de la entrevista efectuada, especialmente ante las preguntas formuladas para identificar las fortalezas, debilidades y desafíos, tal como lo mencionamos con anterioridad.

4.3.2. Fortalezas del área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

Dentro de las fortalezas identificamos la realización de una pesquisa oportuna y la importancia que tiene el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB para la vida los estudiantes, considerando que una de las patologías en las cuales este programa focaliza su atención es la escoliosis y, como menciona nuestra informante, esta es una patología silenciosa, la cual va progresando en cuanto a severidad, repercutiendo finalmente en el aprendizaje del estudiante y en la vinculación del estudiante con su entorno escolar, tal cual exponemos a continuación en las siguientes palabras:

“...de lo que nos sentimos orgullosos como programa, es de la demanda que nosotros levantamos, vamos a buscar el daño, vamos a evitar que este niño presente problemas. O sea, si pesquisamos a ese niño claramente tendrá tratamiento, lentes, audífonos, Kinesiólogo, Traumatólogo, corsé, incluso cirugía con el puente que hacemos con el AUGE...” (AVJ).

“...la desviación de la columna no se ve hasta que el niño está desvestido, de hecho en la etapa de desarrollo es cuando emerge con fuerza la patología... entonces si nosotros no hacemos esa búsqueda claro que finalmente un niño puede evolucionar a una severidad mayor y eso sí que va a influir en su aprendizaje, en toda su vinculación con la escuela....” (AVJ).

Otra fortaleza identificada radica en que el área de columna del Programa de Servicios Médicos, otorga la posibilidad de abordar al estudiante de forma completa, realizando así una intervención de carácter integral:

“...yo creo que el área postural da cuenta o de alguna manera, da una visión, da la posibilidad de abordar a este alumno de forma integral, porque ves posturas, cruzas todo el aparato locomotor, el tema de la obesidad, de la autoestima, de sentirse bien, de sentirse bonito, aceptado por los demás...” (AVJ).

Otra fortaleza consiste en la inclusión del Kinesiólogo en de los procesos de screening y screening de barrido dentro de este programa. Debido a la precisión del ojo clínico de este profesional, evidenciado en las acciones ejecutadas en los procesos señalados, tal cual lo indica AVJ en las siguientes palabras:

“...es súper importante para nosotros la tarea del Kinesiólogo, el diagnóstico que realiza, hace un filtro súper potente del 75% al 80% en algunas regiones. Permiten que todo lo que se tamizas, ya sea por barrido a toda la matrícula o por la pesquisa que levantó el Profesor, sea filtrado y que un 30% de esto sea derivado a un especialista. Esto es mirado por el especialista y detecta que en el porcentaje que el Kinesiólogo derivó hay un 13% de falso positivo, lo que está bien, es lo esperado, incluso uno podría esperar un poco más, porque el área de columna es compleja de diagnosticar...” (AVJ).

Otra fortaleza es la inclusión y valoración del dolor dentro del proceso de screening, utilizando para esto la Escala Visual Análoga (EVA), tal como se aprecia en la ficha del screening de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB (anexo 3) y en las siguientes palabras:

“...los expertos y también los mismos Kinesiólogos que trabajaron con nosotros haciendo screening de barrido en muchas partes o con gran cantidad de escolares, encontraron que había un tema importante que era el dolor, en términos que nadie lo recogía y que sería interesante ver, porque dependiendo del dolor que exista, a pesar que no se vean físicamente huellas, puede indicar que hay alguna patología disfrazada o silenciosa y que nos pudiera dar luces para que el Traumatólogo lo pueda evaluar. Eso es lo que tenemos hoy día, es lo que estamos usando...” (AVJ).

Todas las fortalezas identificadas y señaladas anteriormente las agrupamos en la siguiente tabla que sintetiza y da un cierre a este subtema (tabla N°11):

Tabla N° 11. Fortalezas del área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.

Realización de una pesquisa oportuna
Importancia y repercusión del programa para la vida del estudiante
Otorga la posibilidad de realizar un abordaje integral del estudiante
Inclusión del Kinesiólogo
Inclusión y valoración del dolor (EVA)

4.3.3. Debilidades del área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

Dentro de las debilidades identificamos la falta de evidencia que sustente lo realizado en el programa, y que incluya temas como la relación existente entre las alteraciones de índole postural, el rendimiento escolar y el vínculo con el entorno escolar, tal como se aprecia en las siguientes palabras de nuestra informante clave:

“...hay una cuestión súper importante, la evidencia, tú sabes que hoy día todo funciona con evidencia. Hay muy pocas o ninguna investigación que demuestre en términos duros si la patología de columna incide en el aprendizaje del estudiante. Entonces ese también es un tema, porque cuando uno revisa la bibliografía tiene que ir a mirar la evidencia, falta hacer también realizar investigaciones sobre cómo aporta a este programa y cómo está en sintonía con el rendimiento escolar. Desde lo que uno ve, desde lo cualitativo y desde la experiencia de más de 20 años que llevamos en esto, uno se da cuenta que las alteraciones posturales claramente inciden en el aprendizaje, en que el estudiante se integre al interior de su establecimiento con la misma capacidad del que está sano, que corra, que juegue, que se vincule, en eso aporta el programa, pero también falta estudio sobre ¿cómo incide en que nosotros hagamos vigilancia temprana para que al chico le vaya bien?...” (AVJ).

Además, identificamos como debilidad la falta de actualización de una norma técnica sobre el área de columna, ya que la última versión es del año 2009:

“...yo creo que esta desactualizada en ir incorporando estos nuevos elementos que hemos ido descubriendo con todos nuestros prestadores, que contenga el tema de entregar un plan de apoyo al corsé, entregar un protocolo al tema de los ejercicios kinésicos, entregar un tema educativo, esta norma técnica del 2009 no tienen nada de eso. Esta norma tienen el modelo de atención del programa, la pesquisa, screening y atención médica. No tiene nada de lo demás...” (AVJ).

Otra debilidad identificada radica en la falta de comunicación entre el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes de MINSAL y área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, considerando que ambos programas focalizan su atención en la adolescencia (10-19 años):

“...hay un programa muy similar que se topa con nosotros en algunas áreas, que es visión y audición, además evalúa pie plano en los más pequeños y en joven este programa se llama Joven Sano, también aborda columna, pero nosotros no tenemos todavía muchos datos de cómo están transitando ellos, de cómo lo están haciendo...” (AVJ).

Otra debilidad consiste en las distintas interpretaciones y entendimiento que tiene la comunidad escolar y los distintos equipos de salud sobre el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, tal como exponemos a continuación:

“...he observado que las comunidades, es decir, la gente de atención primaria, o de centros de salud y también padres, establecimientos educacionales, entienden cosas distintas en relación a los programas, en donde algunos dicen por ejemplo: “pero se supone que yo tenía que decirle a la JUNAEB que me atiendan y ellos me dicen que no tienen cupo para realizar la intervención”. Y en otra parte de la JUNAEB dicen:” sí, tenemos cupo disponible”. Entonces ves esas dos situaciones en las distintas regiones, entonces algunos dicen que tiene que ver con la gestión, desinformación, falta de planificación...” (AVJ).

A modo de cierre y síntesis de lo expuesto sobre las diferentes debilidades identificadas, exponemos a continuación la siguiente tabla (tabla N°12):

Tabla N° 12. Debilidades del área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.

Falta de evidencia
Norma técnica desactualizada
Falta de comunicación con el Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes de MINSAL
Mal interpretación de parte de la comunidad escolar y de salud

4.3.4. Desafíos para el área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

Dentro de los desafíos que emergen de las palabras emitidas por nuestra informante clave AVJ para el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, podemos identificar la necesidad de desarrollar algún tipo de estrategia con enfoque educativo que contemple temas como el uso de corsé, a modo de tratamiento para la escoliosis, y que considere alguna forma de hacer esto más fácil de sobrellevar para el estudiante y su familia. Tal como exponemos a continuación:

“...tenemos que desarrollar módulos, modelos educativos mucho más grandes en el tema del corsé, que también es un tema importante y que tenemos presente. Piensa que esta patología se presenta en los adolescentes, imagínate el trauma que significa que a un joven, tú le digas:” te tienes que poner un corsé de ahora en adelante”. También ahí tenemos un área que todavía tiene que crecer mucho en términos de incorporar estrategias o un acercamiento más sistemático a la familia, a ese niño y a ese joven que tienen que usar el corsé. ¿Cómo hacer que sea más amigo de su corsé?, ¿cómo vamos a hacerlo identificarse con este tratamiento?, que a lo mejor es poco amigable y poco simpático para él en la época que está viviendo, pero que puede incidir notablemente después en su calidad, si tú no lo usas puedes terminar con una cirugía invasiva, con las complicaciones que puedan haber en un cirugía...” (AVJ).

Otro desafío está vinculado a protocolizar tanto la cantidad de sesiones a realizar para asegurar la continuidad del estudiante dentro del tratamiento otorgado por el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, como el abordaje de los ejercicios kinésicos propuestos por el profesional. Todo esto se identifica a partir de las siguientes palabras:

“...hay que ver la cantidad de sesiones que son saludables, amigables para que el niño no abandone el tratamiento. Nosotros hacemos tratamientos de cinco sesiones, porque con las diez sesiones que se tienen clásicamente a la tercera o a la cuarta algunos estudiantes no iban y a la quinta ya nadie más fue...” (AVJ).

“...creo que también hay un tema en relación a los ejercicios kinésicos... ¿cómo hacemos que esos ejercicios de verdad sean tratados y que sean abordados en forma impecable por la familia o por los niños?, entonces ahí también hay un tema de cómo hacemos que esa indicación de tratamiento, que para nosotros es súper importante para el tema de la columna, que sea hecha de manera impecable, a lo mejor hay que volver a mirar estos ejercicios, hay que pausarlos mejor, hay que protocolizarlos más. Muchas veces les preguntamos a los Kinesiólogos ¿será posible a lo mejor protocolizar lo que tú haces en la primera sesión?, porque nosotros en la primera sesión hacemos el diagnóstico y hacemos la primera sesión de tratamiento, ¿nos podríamos acercar a un protocolo?...” (AVJ).

Identificamos como desafío, la necesidad de potenciar el vínculo existente con la comunidad escolar, el cual se ha ido perdiendo con el tiempo. Sin embargo, cabe destacar que están las voluntades para avanzar y lograr un mejor trabajo con la comunidad escolar completa. Tal como lo exponemos a partir de lo señalado por AVJ:

“...nosotros cuando partimos como programa comenzamos con una fuerza súper grande de trabajo en las comunidades educativas, trabajábamos con el Profesor, con la Profesora de Educación Física, con toda la comunidad escolar, con los padres, hacíamos talleres sobre la importancia de acceder a tratamiento, de por qué era importante este programa para el rendimiento escolar de los niños. Trabajábamos en forma muy coordinada con la escuela...” (AVJ).

“...toda esa capacidad que teníamos de poder hacer la pesquisa, la capacitación a los profesores hoy está muy frágil y este año también tenemos la tarea de volver a potenciar esa línea de trabajo que es la participación y la educación en salud con nuestro establecimiento...” (AVJ).

Complementando el desafío anteriormente señalado, además de potenciar el vínculo con los establecimientos educacionales, identificamos también la necesidad de fortalecer una línea de trabajo con estos establecimientos, realizando una acción mucho más transversal vinculada a la participación y educación en salud, además de otorgar un reporte con sugerencias y recomendaciones a este establecimiento educacional sobre las acciones realizadas:

“...este año también tenemos la tarea de volver a potenciar esa línea de trabajo que es la participación y la educación en salud con nuestro establecimiento. Por lo tanto ahí también vamos a requerir profesionales de la salud, no necesariamente y exclusivamente Kinesiólogos, pero sí los Kinesiólogos también van a estar convidados a participar de una acción mucho más transversal, más educativa, de hacerse cargo de una escuela de forma integral, de potenciar el programa de salud escolar dentro de esa escuela. Desde capacitar a los Profesores, dar orientaciones educativas para todas las áreas, trabajar el tema de la asistencia a las atenciones médicas, promover la asistencia a los controles, promover el buen uso de tratamientos, todo esto va a comenzar recién este año...” (AVJ).

“...hay que “hacer ruido” en términos de poder dar un reporte, una orientación con sugerencias y recomendaciones a la escuela, al director, al Profesor Jefe, dentro del área educativa, en relación a los hallazgos de este screening, en cual se utiliza el forma rigurosa el test de Adams, para así dar importancia a todo lo que se está haciendo...” (AVJ).

Otro desafío consiste en la necesidad de realizar un screening de carácter integral con un enfoque educativo, que contemple temas como el autocuidado postural, alimentación y promoción de salud, entre otros:

“...hay que hacer este screening más contundente e integral, que no sea solamente una revisión de columna y derivación, sino que también hay que aprovechar esa instancia en términos de hacerla más educativa y aunque tú no encuentres al niño con una patología propiamente tal para derivarla al especialista, puedas dar ciertas recomendaciones a ese niño y a ese padre, en términos de promoción de salud, del cuidado de la columna, la postura, la alimentación...” (AVJ).

También identificamos como desafío actualizar la norma técnica del área de columna, ya que, como mencionamos dentro de las debilidades, se encuentra desactualizada:

“...esta norma requiere de actualización en forma mucho más integral en temas sobre las patologías de columna. Creo que esa es una tarea nuestra y será diseñada para el año 2015...” (AVJ).

Por último, pero no menos importante, identificamos como desafío la necesidad de realizar investigaciones relacionadas a vincular o explorar el abordaje realizado en el programa, que respalden lo ejecutado en el área de columna y cómo esta repercute en la calidad de vida, en el rendimiento escolar, integración social y relación con sus pares:

“...en nuestro país hay poco, de hecho cuesta encontrar evidencias, hicimos un trabajo a cargo de una colega Kinesióloga, ahí te das cuenta que hay poco vinculado al tema postural...” (AVJ).

“...creo que sería muy bonito encontrar una investigación que trate de vincular o de explorar el abordaje que se hace en séptimo básico ¿qué pasaría si no hubiese estado ahí una intervención con estos niños?, ¿cómo hubiera sido su calidad de vida?, ¿cómo aporta al desempeño del niño, a una buena integración en su etapa educativa, en su desempeño al interior del establecimiento, en su vinculación con sus pares?, ¿incide o no?, si con esto ayudamos a que el niño permanezca, la pase bien, siga siendo joven activo, siga aportando, no se sienta excluido y no quiera abandonar la escuela. Yo creo que esa es una investigación que sería interesante poder mirar y nos daría mucho más respaldo también en términos de lo que se hace en el área de columna para las escuelas...” (AVJ).

Para cerrar este subtema, exponemos a continuación la siguiente tabla resumen sobre los desafíos identificados a lo largo de esta investigación (tabla N°13):

Tabla N° 13. Desafíos para el área de columna de Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.

Desarrollar una estrategia con enfoque educativo
Protocolizar la cantidad de sesiones de tratamiento y las acciones a realizar
Potenciar vínculo y línea de trabajo con establecimientos educacionales
Realizar un screening de carácter integral
Actualizar norma técnica del área de columna
Realización de investigaciones

4.3.5. Eficacia políticas públicas de MINSAL: Fortalezas, debilidades y desafíos

A continuación expondremos las fortalezas (codificadas como “Minsal fortalezas”), debilidades (codificada como “Minsal debilidades”) y desafíos (codificadas como “Minsal desafíos”, “Pnsi desafíos” y “Psiaj desafíos”) de las políticas públicas de MINSAL, es decir, del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. Los primeros dos códigos señalados en este párrafo pertenecen a la familia “Fortalezas y debilidades MINSAL”, y estos últimos tres a la familia “Evidencia y desafíos evaluación postural”. Además, estos cinco códigos señalados con anterioridad pertenecen a la familia “Eficacia de Programas”, y a su vez, todas estas familias mencionadas forman parte de la metacategoría “Políticas Públicas”.

Lo anteriormente señalado emerge a partir del análisis de la información recolectada en la revisión de los documentos primarios y de las respuestas otorgadas por nuestra informante clave MGM, a lo largo de la entrevista efectuada, especialmente ante las preguntas formuladas para identificar las fortalezas, debilidades y desafíos, tal como lo mencionamos anteriormente.

4.3.6. Fortalezas del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes

Dentro de las fortalezas que identificamos a partir de las respuestas emergidas de las preguntas anteriormente mencionadas, destacan que estos programas son altamente costo-efectivos, resolutivos (en relación a que estos programas llegan a la población objetivo), sustentables, además permiten medir el impacto a través del tiempo, todo esto identificado a partir de las siguientes palabras de MGM:

“...a mi parecer son altamente costo-efectivos resolutivos, llegan a una población en la cual todos los chicos están ahí, y son sustentables en el tiempo, lo cual que es súper importante, porque si tú haces esfuerzos en donde vas a convocar a distintos sectores y vas a movilizar también a todo una localidad o comuna, tienes que asegurarte que eso vaya a ser posible, que ellos se empoderen, se sustente y que más adelante lo sigan haciendo...” (MGM).

Otra fortaleza identificada a partir de la respuesta brindada por MGM es la voluntad para realizar una intervención de carácter integral, en la que se incluyan temas relacionados con el autocuidado y la solución de alguna patología o alteración postural detectada en el proceso de screening. A través de la instalación de un control de salud anual para los estudiantes:

“...creemos que es tremendamente importante instalar un control de salud anual en los escolares y que la posibilidad de llegar en forma oportuna para trabajar en todo lo que es autocuidado y también en reparación de algunos problemas. Actualmente vamos en ese camino...” (MGM).

En relación al control de salud escolar perteneciente al Programa Nacional de Salud de la Infancia del MINSAL, se identifican como fortalezas la entrega de recursos estatales para la realización de este control, la expansión a un mayor número de comunas con el transcurso de los años para su ejecución y la gran cantidad de áreas que abarcan este control, tal cual exponemos a continuación:

“...comenzó con 18 comunas, a las cuales se entregaron un incentivo económico para que los servicios de salud contraten recurso humano específicos como Enfermeras o Médicos,

para que realicen un control de salud del escolar. Este es un control que abarca una inmensa cantidad de temas... en el 2013 se aumenta a alrededor de 23 comunas y el 2014 a 28, para el 2015 seguimos en esas mismas comunas...” (MGM).

Para el control joven sano, perteneciente al Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes de MINSAL, a partir de lo expuesto por MGM, identificamos como fortalezas la existencia de un apoyo estatal para la realización de este control, tal cual lo señala nuestra informante en a través de las palabras mencionadas a continuación:

“...en el control del joven sano existe el apoyo para que se realice en forma universal en todos los centros de salud primarios que hay en el país, hay un apoyo que se entrega a todos y que es discreto, pero es un apoyo, de alguna manera ahí también se señala que en el control sano se tiene que realizar una inspección de columna...” (MGM).

En la siguiente tabla exponemos, a modo de síntesis, las fortalezas identificadas anteriormente (tabla N°14):

Tabla N° 14. Fortalezas del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.

<i>Altamente costo-efectivos</i>
<i>Resolutivos (llegan a la población objetivo)</i>
<i>Sustentables, permiten hacer seguimiento y medición de impacto</i>
<i>Voluntad de realizar una intervención integral</i>
<i>Entrega de recursos y apoyo estatal</i>
<i>Expansión a un mayor número de comunas</i>
<i>Abarcan una gran cantidad de áreas</i>

4.3.7. Debilidades del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes

A continuación procederemos a detallar las debilidades identificadas correspondientes a las políticas públicas sobre evaluación postural en niños y adolescentes correspondientes a

MINSAL. Cabe recordar que estas surgen a partir de las palabras expuestas por nuestra informante clave MGM a lo largo de la entrevista efectuada.

Dentro de las debilidades identificadas de los programas de MINSAL mencionados a lo largo de esta investigación, encontramos el desconocimiento de la resolutivez final de las acciones ejecutadas y la ausencia de un seguimiento del estudiante, después de realizada la intervención:

“...estamos absolutamente insatisfechos con lo que podemos mirar en relación a lo que pasa con este control de salud escolar. En este momento lo que conocemos son las comunas en donde están estos pilotos, el personal que está haciendo este control, además se están otorgando recursos extras a comunas para realizar el control, sabemos también los porcentajes derivados. Pero si ustedes me preguntan qué paso después de esa indicación de derivación, eso todavía no lo tenemos porque nuestro sistema de registro, solo registra las acciones hechas pero no tenemos un registro ruteado de acciones totales, por ejemplo, yo voy a tener tantos niños que revisé, tantos niños que mandé al Oftalmólogo, pero cuando yo voy a ver al Oftalmólogo, él me dice cuántas cosas hizo, pero no me dice cuanto de esos niños que le mandé eran de control de salud escolar. Entonces no puedo saber de verdad como es la resolutivez de la derivación en este minuto...” (MGM).

Otra de las debilidades que emerge a partir de la respuesta otorgada por MGM ante la pregunta señalada anteriormente, es la falta de claridad con respecto a los puntos a enfatizar al momento de realizar en el screening del área de ortopedia en el marco del control de salud escolar:

“...cuando uno lee las orientaciones, tanto la norma técnica como la orientación para los jóvenes (aludiendo al documento Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano, realizado por MINSAL en el año 2013), ustedes van a ver que lo que se señala es bastante puntual, se señala la descripción de la relevancia y magnitud del problema en nuestro país, pero las consecuencias del problema no están muy desarrolladas...a mí me gustaría que en el control de salud escolar hubiera más claridad con respecto a los puntos a enfatizar en una revisión del aparato locomotor, para que una persona que está haciendo este screening sepa donde centrar su ojo, donde ser más cuidadoso y donde

apremiar la resolución del problema y que otros trabajen bien con la familia. Además hay que buscar una metodología, si tú quieres, más simple para poder abordarlo ya...” (MGM).

A partir de lo señalado por nuestra informante clave AVJ a lo largo de la entrevista efectuada, también se pueden identificar algunas debilidades de ambos programas de MINSAL, relacionadas con la organización al momento de concebir e implementar estos programas:

“...yo creo que los aspectos más dificultosos que ha tenido la implementación de los programas MINSAL responden a la lógica de ellos. Ellos tienen una distribución de recursos, después tienen que hacer un convenio, contratar gente en sus regiones, eso a lo mejor ha sido súper complejo de armar... entonces probablemente a ellos les ha costado entrar a las escuelas, cuando viene un programa que es del MINSAL y no es de la casa como lo es JUNAEB, cuesta comprender la lógica en las escuelas y las coordinaciones...” (AVJ).

A continuación exponemos la siguiente tabla, que sintetiza las debilidades identificadas de los programas mencionados (tabla N°15):

Tabla N° 15. Debilidades del Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.

Desconocimiento de la resolutivead final del programa y ausencia de un seguimiento del estudiante
Falta de claridad con respecto al énfasis en el screening de ortopedia
Falta de organización al concebir e implementar los programas

4.3.8. Desafíos para el Programa Nacional de Salud de la Infancia y el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, de MINSAL

Como desafíos para estos programas podemos identificar la necesidad de promover el autocuidado, a través de la educación, producto de las consecuencias potenciales que traen las alteraciones de índole postural para la vida del estudiante, en la adultez y en su vida laboral. Además, identificamos la necesidad de realizar nuevas estrategias de concientización y

sensibilización sobre el cuidado postural y la realización de controles de salud, destinadas principalmente a los adolescentes, para que estos visualicen el autocuidado como una oportunidad que se traduzca en una mayor participación, por ejemplo, en el ámbito deportivo y en una mejor calidad de vida:

“...nosotros creemos que es tremendamente importante instalar un control de salud anual en los escolares y que de la posibilidad de llegar en forma oportuna para trabajar en todo lo que es autocuidado. Actualmente vamos en ese camino...” (MGM).

“...en el tema postural hay que hacer un trabajo fuerte en lo que es educación, esto hay que hacerlo en ambos sectores (educación y salud). Por ejemplo, nosotros tenemos a un chico que entró cuando era recién nacido y que lo hemos acompañando hasta el control del adolescente, hasta los 18 años, pero de alguna manera, falta alguien que le diga que se tiene que sentar bien y debe preocuparse de cómo lo haga. Además, decirle que tiene que realizar actividad física y preocuparse de su autocuidado...” (MGM).

“...hay que convencer al joven para que una vez al año vaya a chequearse para saber si está bien y así afirmar que es bueno que se revise, porque eso le va a indicar que está en óptimas condiciones para hacer deporte y actividad física, además va a tener menos posibilidades de presentar licencias médicas en el futuro...si tú ves de alguna manera las tasas de licencias médica y cuáles son las causas, una de las razones más importantes es todo el tema postural, es como la segunda o a veces la mayor incidencia de problema de salud que afecta a la población activa y en periodo laboral en este minuto. Entonces nosotros tenemos que llegar antes y por eso debemos concientizar y promover el autocuidado...” (MGM).

“...considero súper importante el vincular de forma ingeniosa que el cuidado postural, y si hay algún problema pesquisarlo rápido, va a favorecer uno aspectos importantes de la vida del escolar como, por ejemplo, su rendimiento deportivo. Por lo tanto, si apostamos por esto, claramente el niño va a tener muchas posibilidades y condiciones para poder desarrollar el hábito de realizar actividad física o algún deporte, que es algo que todos sabemos que es necesario para que avancemos a tener una buena calidad de vida... por lo tanto, si tienes la columna más o menos, obviamente vas a hacer menos deporte, te va ir mal en el futbol y te

van a querer sacar del equipo. Eso no es sencillo, es un tema en el que se necesita mucha habilidad para proponer esfuerzos y una renovación...” (MGM).

Otro desafío identificado tiene relación con la proposición de nuevos esfuerzos a realizar para renovar algunos aspectos de estos programas, con sus respectivas estrategias, ya que muchas veces presentan alto ausentismo:

“...se necesita mucha habilidad para proponer esfuerzos y una renovación, porque de alguna manera hay muchas cosas que las ofrecemos porque es lo que hay disponible y es lo que venimos haciendo, pero muchas veces tienen un alto ausentismo y tú ves que el escolar no se queda y no se entusiasma. Esto se refleja en los resultados, ya que en columna requiere más esfuerzo, a diferencia de oftalmología por ejemplo, en donde tú te pones un antejo y puedes ver. En columna no es así, entonces tú vas a tener que seducir y lograr que el escolar con quien estas trabajando sea parte de esto, que él entienda muy bien que esto no va a ser fácil, será un proceso largo que requiere de varias sesiones, que se la juegue, que sepa que va a tener una persona que lo acompaña en su proceso, pero que el éxito va a depender de él (del escolar)...” (MGM).

Otro desafío planteado por MGM tiene relación con la búsqueda de evidencia que sustente lo realizado por estos programas, además señala que sería oportuno llevar a cabo una investigación vinculada con el rendimiento escolar, con la relación con los demás estudiantes, con la participación y proyecto de vida, esto lo identificamos a partir de las siguientes palabras:

“...yo creo que en todos los esfuerzos realizados en Salud Pública, es importante que uno les haga un seguimiento y vaya viendo que tan acertado son las propuestas que se están implementando, por lo tanto, hay que acompañar esto con alguna investigación que te vayan orientando... Ahora, si tienes una población con una determinada cultura, condiciones contextuales, características de trabajo o vivienda, bueno ahí tienes que avanzar en la realización de alguna investigación...” (MGM).

“...te vas a encontrar que el rendimiento escolar es multidimensional, es multifactorial, sería bueno hacer una investigación al respecto, sobre ¿cómo le ha ido al niño en sus notas?,

en la relación con los otros, la participación en actividades y el proyecto de vida que va tener ese niño...” (MGM).

Otro desafío identificado tiene relación con una de las debilidades enunciadas previamente, la cual radica en el desconocimiento de la resolutive final de las políticas públicas correspondientes a MINSAL y ausencia de un seguimiento del estudiante. Nuestra informante clave plantea el desafío de solucionar esta situación dentro de este año, a través del registro de todas las acciones efectuadas con el fin de realizar un seguimiento del estudiante a lo largo de su ciclo vital:

“...para el 2015 estamos concentrados en avanzar en hacer un buen seguimiento de esto (aludiendo al control de salud escolar)... nuestro sistema de registro, solo registra las acciones hechas pero no tenemos un registro ruteado de acciones totales... entonces no puedo saber de verdad como es la resolutive de la derivación en este minuto y, por lo tanto, este año 2015 tenemos planificado hacer una muestra del programa y hacer un seguimiento en el curso de su vida y así poder conocer la evolución del escolar, el curso del problema postural y el resultado del abordaje realizado...” (MGM).

A modo de cierre, en la siguiente tabla exponemos los desafíos identificados a partir de las palabras emitidas por nuestras informantes claves (tabla N°16):

Tabla N° 16. Desafíos para el Programa Nacional de Salud de la Infancia y del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.

Promover el autocuidado a través de la educación
Realizar estrategias de concientización y sensibilización sobre el cuidado postural y la realización de controles de salud, destinadas a los jóvenes
Proponer nuevos esfuerzos a realizar para renovar algunos aspectos de estos programas
Buscar evidencia que sustente lo efectuado por estos programas y realizar una investigación vinculada con el rendimiento escolar, con la relación con los demás, participación y proyecto de vida
Registrar acciones totales y realizar seguimiento del estudiante para conocer la resolutive final

4.3.9. Relación entre MINSAL y JUNAEB: Fortalezas, debilidades y desafíos

Otro tema que llama nuestra atención y que guarda relación con la eficacia de las políticas públicas sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno y que fue consultado en las respectivas entrevistas, es la relación existente entre el MINSAL y JUNAEB, descrita en el resultado anterior. A partir de esta, podemos identificar ciertos aspectos a destacar, los cuales pueden ser catalogados como fortalezas, debilidades y desafíos.

Esta información ha sido agrupada en la familia de códigos “Relación MINSAL-JUNAEB”, perteneciente a la metacategoría “Políticas Públicas”.

4.3.10. Fortalezas de la relación entre MINSAL y JUNAEB

La principal fortaleza identificada a partir de lo señalado en las entrevistas efectuadas a nuestras informantes claves radica en las voluntades demostradas por ambos sectores para encontrar una solución para las debilidades identificadas sobre esta relación existente entre ambas instituciones:

“...yo te digo y te aseguro que eso puede cambiar radicalmente. Ojalá que así sea, para que finalmente los beneficiados sean nuestros niños y jóvenes en las escuelas...” (AVJ).

4.3.11. Debilidades de la relación entre MINSAL y JUNAEB

Dentro de las debilidades de esta relación podemos identificar la falta de coordinación entre MINSAL y JUNAEB, al momento de concebir los programas de MINSAL aludidos a lo largo de esta investigación. Cabe destacar que sí hubo algunos acercamientos en ciertas ocasiones, pero han sido en forma intermitente a lo largo del tiempo y esto sigue repercutiendo hasta la actualidad. Esto lo podemos identificar a partir de las palabras emitidas por nuestras informantes claves AVJ y MGM:

“...estos programas partieron en el gobierno de Sebastián Piñera, los impulsó el Ministro Mañalich y lamentablemente en su inicio, en su gestación no hubo coordinación con JUNAEB. Cuando ya estaba armada la propuesta y comenzaron a operar estos programas, se tuvo ciertos acercamientos, pero ha costado armarlos. Yo creo que desde su gestación no partió muy bien, porque si tú miras que existe un programa que viene haciendo el mismo trabajo hace mucho tiempo, te tienes que vincular con este. Entonces, fue difícil la coordinación propiamente tal...” (AVJ).

“...en este minuto, en donde el tema está “muy verde”, poco maduro, es específicamente en el piloto de Salud Escolar. Desde que partió el control de salud escolar, el trabajo conjunto ha sido poco claro, una reunión, después otra y la sensación es que ahí aun falta...” (MGM).

“...hoy día esta relación es muy frágil... además, no sabemos mucho la coordinación que hay en el programa de joven sano...” (AVJ).

Esto último se complementa con la siguiente cita que ya expusimos con anterioridad:

“...he observado que las comunidades, es decir, la gente de atención primaria, o de centros de salud, también padres y establecimientos educacionales, entienden cosas distintas en relación a los programas, en donde algunos dicen por ejemplo: “pero se supone que yo tenía que decirle a la JUNAEB que me atiendan y ellos me dicen que no tienen cupo para realizar la intervención”. Y en otra parte de la JUNAEB dicen: “sí, tenemos cupo disponible”. Entonces, ves esas dos situaciones en las distintas regiones y algunos dicen que tiene que ver con la gestión, desinformación, falta de planificación...” (AVJ).

4.3.12. Desafíos de la relación entre MINSAL y JUNAEB

Dentro de los desafíos podemos identificar la necesidad de trabajar en forma conjunta y realizar un documento mucho más actualizado que incluya lo efectuado por ambos sectores (salud y educación), en reemplazo del documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educacionales,

Control de Salud Infantil (5-9 años) Control de Joven Sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a). Además, identificamos como desafío la realización de un nuevo convenio entre las partes involucradas, tal como exponemos a continuación:

“...tenemos que volver a mirar el documento y sacar ojalá un documento mucho más actualizado con todo lo que está haciendo la JUNAEB, con todo lo que esté haciendo el MINSAL. Debemos ponernos de acuerdo a lo mejor en los cursos, en las acciones, en las herramientas, en los instrumentos que estos queden súper claros. Creo que es importante darle una nueva cara a ese documento, ese documento (aludiendo al protocolo señalado en el párrafo anterior), no tuvo las cautelas suficientes de poder haber sido enviado a todo el país con las venias de salud, educación y ministerio de educación. Eso se tiene que hacer de nuevo...” (AVJ).

“...hay un convenio, desde el 2012, el cual está firmado por la JUNAEB, MINSAL y MINEDUC, pero este convenio ahora es insuficiente, porque es bien amplio, en términos de la salud escolar se habla algo de educación y algo de promoción de la salud, pero estrictamente en el campo de pesquisa del problema y como se realizará, no aparece nada. Entonces por eso es que nosotros creemos que necesitamos un nuevo convenio...” (MGM).

“...en relación a este trabajo que estamos iniciando, convoqué a una reunión de trabajo donde planificaremos lo que vamos a hacer para establecer un convenio en donde podamos esclarecer cuáles van a ser los aportes del MINSAL, cuáles serán los de JUNAEB y en qué condiciones. Nosotros estamos muy ilusionados en que sea el trazado de un trabajo en conjunto. Necesitamos ambas partes, la JUNAEB es un actor que tiene que estar, ellos dicen lo mismo del MINSAL, pero las cosas desafortunadamente, hasta el momento, no están como nos gustaría y, por lo tanto, en este punto es en donde estamos poniendo nuestras energías...” (MGM).

Otro punto que nos gustaría mencionar es cierto episodio, vinculado a la creación del documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), y que fue comentado por ambas informantes claves en las respectivas entrevistas, señalando cierto desacuerdo en cuanto a la participación que tuvo

JUNAEB en la creación de este documento, evidenciando un descontento con el actuar de MINSAL. Esta información fue codificada como “Relación m-j desacuerdo” y a partir de esta destacamos lo siguiente:

“...esas mismas orientaciones que tú mencionas (aludiendo al protocolo mencionado en el párrafo anterior) en la JUNAEB a lo mejor les dijeron que ellos tuvieron una participación en la elaboración del documento, pero nunca le hicieron un check al documento listo y que entonces el MINSAL avanzó, entregó el documento por todas partes...” (MGM).

“...para hacer ese documento hubo algunas reuniones, nos juntamos, íbamos viendo algunos temas y luego el MINSAL elaboró el documento completo. Y faltó que ese documento completo fuera, si tú quieres, revisado por la JUNAEB y que ellos le hicieran el último check...” (MGM).

“...ese protocolo, como te digo, si bien es cierto en algún momento lo revisamos con el equipo del MINSAL que había en ese momento. Pudimos leer ese documento y hacer varias sugerencias, pero nunca nosotros lo alcanzamos a ver finalmente, como iba a quedar para publicarlo, así como ellos lo publicaron, porque a nosotros nos faltó esa revisión y probablemente todas las cosas que nosotros estamos incorporando seguros que ahora no están. Ahora yo creo que uno tiene que avanzar a una concepción de verdad más de Estado y ahí como te digo ese protocolo hay que revisarlo, definir y redefinir ciertas áreas, cursos, instrumentos, exámenes y todo lo que es señalado...” (AVJ).

“...yo creo que el documento, como lo hizo el MINSAL, ellos están tratando de colocar en escena los programas que ellos realizan. Las características de ellos y después colocan las características de la JUNAEB o cómo se tienen que relacionar...” (AVJ).

“... JUNAEB dice que hay cosas que quedaron bien, súper bien, pero hay otras cosas que se prestan para malas interpretaciones, la gente en lo local dice: “oiga pero en el protocolo dice esto, y JUNAEB dice sí”, pero tampoco tú le vas a decir a la persona “oiga pero es que me faltó hacerle el último check al documento”. Sobre el protocolo, lo que he escuchado que ese protocolo se hizo en reuniones del equipo de infancia de acá del MINSAL y en algunas reuniones en las que venía gente del equipo de salud de la JUNAEB...” (MGM).

“...Yo creo que en términos generales es un documento que está bien, que así tiene que ser, pero la bajada tiene que estar absolutamente consensuada desde la A a la Z, tanto por MINSAL, como por JUNAEB y hasta MINEDUC. Todo lo que ahí se diga, se jure y rejure, todos tienen que estar de acuerdo, porque o sino tú complicas a las redes. Llegan con una información por un lado, el otro no tenía idea que lo mandaron, eso denota una desorganización a nivel del Estado y de las iniciativas que están a nivel nacional, eso es una pésima señal para nuestras coordinaciones locales. Entonces, tenemos que ponernos a trabajar en un documento que sea absolutamente consensuado, hay que incorporar nuevas cosas y nuevos énfasis...” (AVJ).

“...entonces todavía falta mucho camino por recorrer para que exista una excelente coordinación con estos pilotos (aludiendo a los programas de MINSAL), porque si bien estos programas tienen la potencialidad de que van y barren todo lo que hay en un curso, no operan con la lógica de la pesquisa y operan con la lógica de barrer en todos los cursos. Nosotros ya tenemos súper claro con los años de experiencia que esto no es necesario, que tú te tienes que focalizar donde va a aparecer el daño, pero nosotros somos JUNAEB y ellos son el MINSAL. Creo que falta un tiempo para que ellos también vayan avanzando y vayan recogiendo los frutos, que el programa tan armado como este, ha ido dando, porque se deben optimizar los recursos públicos creo yo...” (AVJ).

A continuación exponemos el “network” “Relación MINSAL-JUNAEB”, el cual da cuenta de la información incluida dentro de la familia de códigos del mismo nombre (figura N°15):

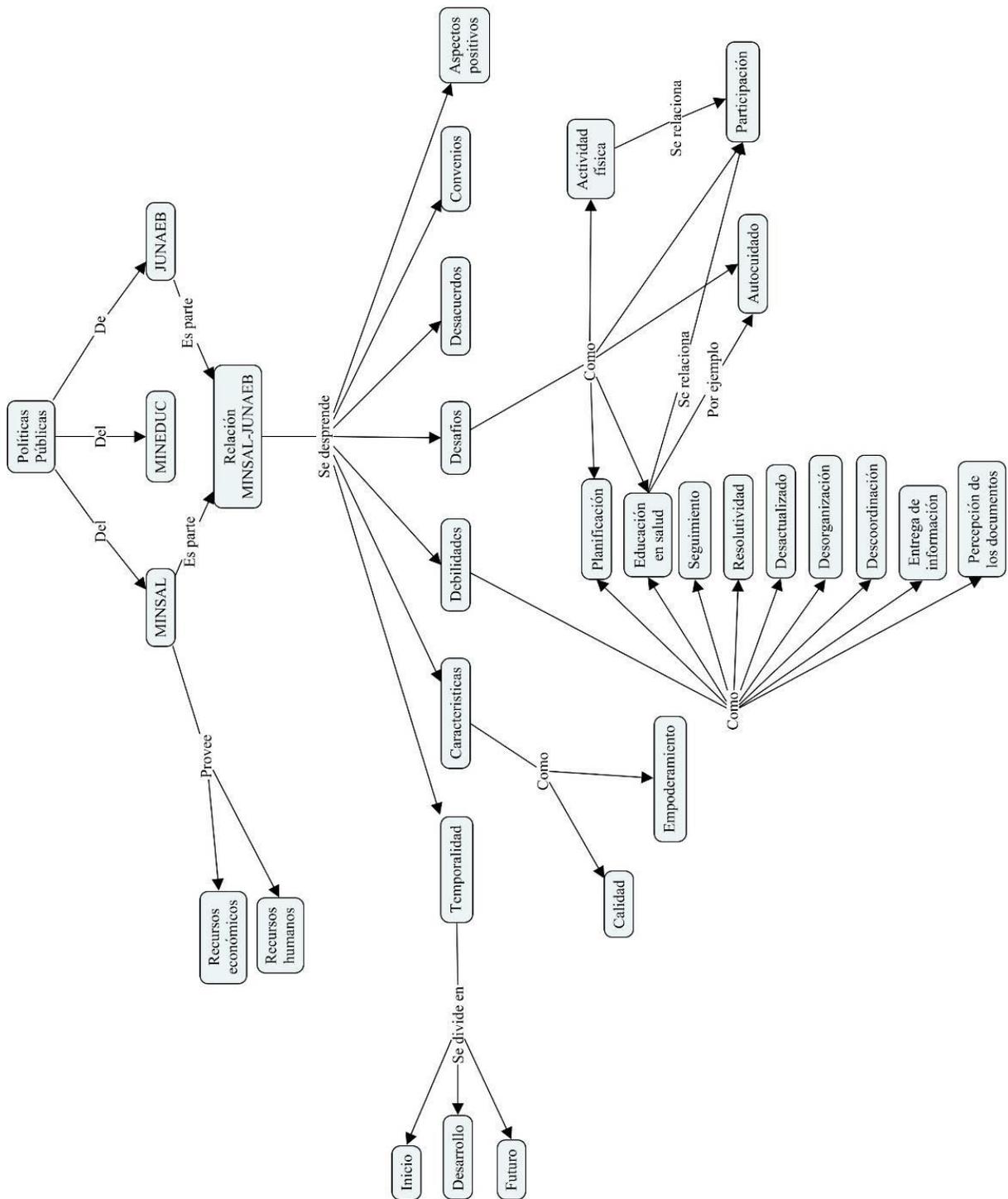


Figura N° 15. "Network" Relación MINSAL-JUNAEB.

4.4. Métodos utilizados en evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno

Uno de los objetivos específicos que planteamos en esta investigación es “describir los métodos utilizados en evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”. La revisión documental efectuada junto con las entrevistas realizadas, nos ayudan a dilucidar y responder tanto a este objetivo como a las interrogantes surgidas durante este proceso.

Podemos destacar como métodos o herramientas de evaluación postural el Test de Adams (codificado como Test de adams), Observación postural (codificado como Observación postural), Examen de marcha (codificado como Observación de la marcha), Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine y Maniobra talones levantados (codificadas como Otras herramientas ep.). Estos métodos están contemplados dentro del proceso de screening realizado en los programas ministeriales detallados anteriormente en esta investigación. Todo esto lo podemos ilustrar y expresar a través del siguiente “network”(figura N° 16):

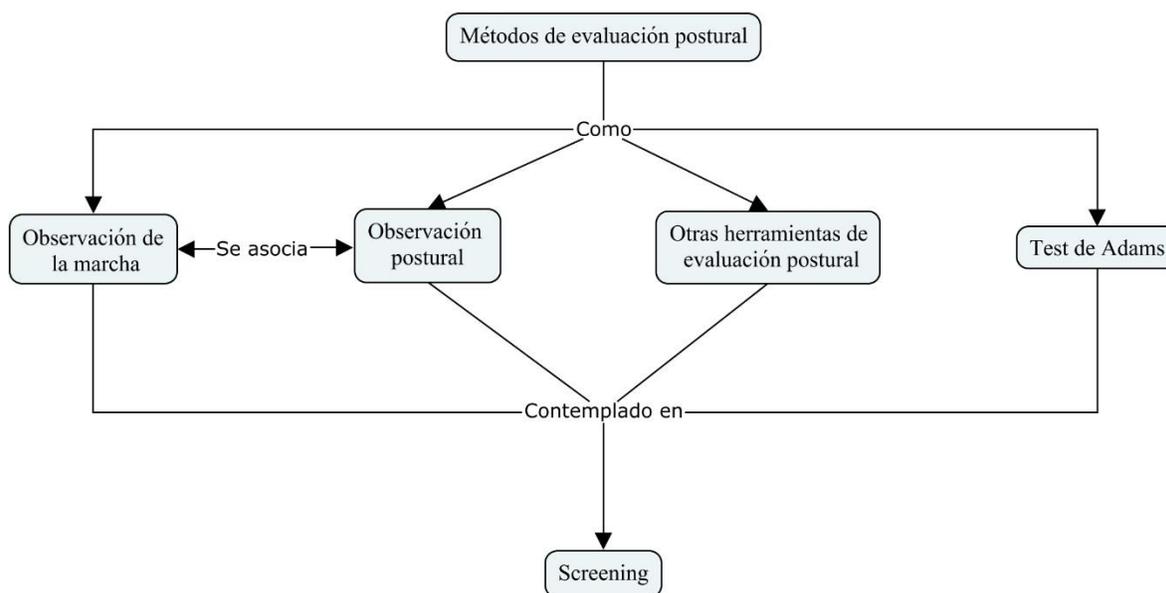


Figura N° 16. “Network” “Métodos de evaluación postural”.

4.4.1. Test de Adams

Dentro del Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de Salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control de salud joven sano (10 - 19 años) (MINSAL, 2013a) se establece que para la ejecución del screening efectuado en el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, se utiliza el Test de Adams, el cual es realizado por el Kinesiólogo.

Esto se complementa con lo referido por una de nuestras informantes claves, según AVJ:

“...tanto los especialistas en Atención Primaria de Salud como los involucrados en el Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB, revisaron cual era el método más adecuado a utilizar para la detección de una desviación de columna. Encontraron que este era el Test de Adams y la realización de un examen físico, lo cual es “lo clásico” y es lo que se utiliza hasta el día de hoy. Este es ejecutado en el screening y es realizado por el Kinesiólogo...” (AVJ).

En el documento Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), se señala que para descartar escoliosis en el control de salud infantil se recomienda utilizar el Test de Adams desde los 5 o 6 años.

En el mismo documento refiere que el Test de Adams permite detectar escoliosis, para realizar el test el niño o la niña debe encontrarse en ropa interior, con el cabello recogido, con las piernas juntas y extendidas (las rodillas no deben estar dobladas), inclinando el cuerpo hacia adelante intentado o tocando sus pies tal cual se muestra en la siguiente figura (figura N°17), en la que se reproduce un Test de Adams positivo, es decir, el niño presenta una escoliosis.



Figura N° 17. Test de Adams positivo (con escoliosis). Reproducido de MINSAL (2014).

Además, en el mismo documento se refiere que el profesional debe observar la espalda mientras el paciente se encuentre inclinado. Lo normal o “sin escoliosis” es que mientras el niño o la niña este inclinado se observen ambas escápulas a la misma altura, mientras que lo anormal es observar una giba dorsal o lumbar hacia el lado de la convexidad de la curvatura.

La Guía clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), señala que el Test de Adams es una forma simple de identificación de curvas estructurales y se puede aplicar sin necesidad de equipo adicional. En un estudio realizado en adolescentes con escoliosis idiopática, en Canadá, se comparó este test con el escoliómetro, demostrando ambos adecuada confiabilidad interexaminador para la evaluación de las curvas torácicas. Además, en esta guía se menciona que debido a que el Test de Adams es más sensible, los autores estimaron que sigue siendo el examen no invasivo para determinar escoliosis. También expone que el diagnóstico presuntivo de escoliosis se realiza a través de un examen físico, en el que se realiza el Test de Adams, lo cual tiene un Nivel de Evidencia 1.

4.4.2. Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine y Maniobra talones levantados

En el documento Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), se señalan otros métodos o herramientas de evaluación postural. Uno de estos es la Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine, la cual consiste en posicionar a el/la niño/a en decúbito supino en una camilla con los talones en ángulo recto y luego presionar suavemente el primer dedo del pie hacia el empeine, tal cual se muestra en la siguiente figura (figura 18):

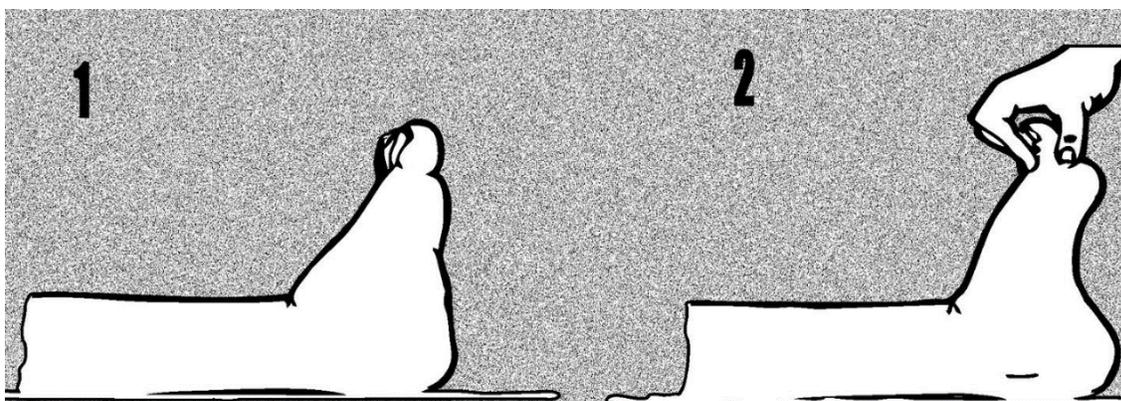


Figura N° 18. Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine. Reproducido de MINSAL (2014).

Otra herramienta o método de evaluación postural señalada en este documento es la Maniobra talones levantados. En la cual, se posiciona a el/la niño/a en posición bípeda y apoyado/a en una muralla, se le solicita que levante el talón y mantenga esta posición apoyándose en los metatarsos, tal cual se muestra en la siguiente figura (figura 19):

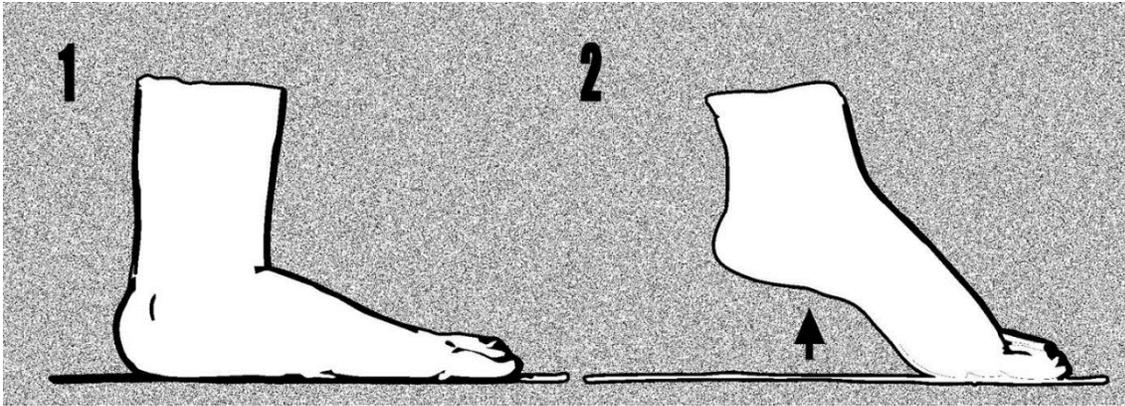


Figura N° 19. Maniobra talones levantados. Reproducido de MINSAL (2014).

Además, en este documento se menciona que cuando se presiona el primer dedo del pie o cuando el niño o la niña levanta los talones, se produce una elevación del arco interno, en este caso corresponde a un pie plano flexible, si es que no es así, corresponde a un pie plano rígido.

4.4.3. Observación postural y de marcha

En cuanto a la observación postural, como método de evaluación postural, en el documento Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes “Control Joven Sano” (MINSAL, 2013b) se plantea que el diagnóstico de escoliosis se basa principalmente en hechos clínicos, detectados a través de una observación postural, y secundariamente en el estudio radiográfico.

Dentro de los signos clínicos en los cuales se basa el diagnóstico de escoliosis, y que además se busca detectar a través de una observación postural realizada en los distintos planos anatómicos, destacan los siguientes (tabla N°17):

Tabla N° 17. Signos clínicos para el diagnóstico de escoliosis. Reproducido de MINSAL (2013b).

Visión anterior del cuerpo	Horizontalidad de ojos y pabellones de la oreja alterados.*
	Asimetría del cuello.*
	Diferencias de altura de los hombros
	Asimetría del tronco, es un signo altamente significativo
	Diferencia de altura y prominencia de crestas ilíacas.
Visión posterior del cuerpo	Presencia de giba costal. Mientras más avanzada es la escoliosis hay más rotación de los cuerpos vertebrales y por lo tanto, mayor es la giba costal.
	Asimetría de tronco
	Escápulas se observan en diferentes alturas
	Triángulo del talle asimétrico
	Descompensación del tronco.
	Altura y forma diferente de crestas ilíacas.
	Forma de S de apófisis espinosas

*Estos dos signos son menos frecuentes a no ser que la Escoliosis comprometa la columna cervical.

En relación a la observación postural y de marcha como métodos de evaluación postural, dentro de la Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), se señala que para hacer un buen examen de la marcha, hay que desnudar al niño o niña y mirarlo/a por adelante, atrás y el lado, primero en reposo y luego caminando. En reposo, sólo con ropa interior y de pie, observar de frente y de espalda la simetría del cuerpo, articulaciones, huesos (pelvis, escápula) y de los pliegues. De lado debe evaluarse las curvas de la columna, buscando patología frecuente como dorso curvo o hiperlordosis lumbar. Luego se le debe solicitar al niño que camine, idealmente varios metros para observar simetría, claudicación y estabilidad de la marcha. Además, según este mismo documento, hay que evaluar la presencia de marcha en punta de pie (marcha equina), o en talones (posición talo), claudicación de la marcha (cojera). La claudicación es siempre un síntoma de alarma, pues puede ser síntoma de alguna patología traumatológica de alta complejidad.

4.5. Quién, cómo, cuándo y dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno

Dentro de los objetivos específicos hemos planteado “describir quién, cómo, cuándo y dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”. Para cumplir con esto, analizamos los códigos pertenecientes a las familias “Control de salud escolar”, “Control joven sano” y “ASM”. Cabe destacar que todas estas familias están incluidas dentro de nuestras tres metacategorías.

Antes de detallar la información que sustenta este objetivo, señalamos que la pregunta ¿cómo se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno?, ya ha sido respondida, a través de la información señalada en el resultado anteriormente expuesto. Por lo tanto, a lo largo de este resultado, nos enfocaremos en dilucidar las otras interrogantes planteadas.

4.5.1. ¿Quién y dónde?

A continuación exponemos la información que ayuda a responder a estas dos preguntas enmarcadas dentro del objetivo específico planteado y q hemos señalado con anterioridad en este resultado.

En el documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a) se señala que el control de salud escolar perteneciente al Programa Nacional de Salud de la Infancia de MINSAL (que contempla un área de ortopedia), es realizado en establecimientos educativos previa coordinación entre ambos sectores (MINSAL y JUNAEB). Además, señala que es una actividad realizada por un profesional Enfermero/a o Médico con apoyo de un Técnico Paramédico en coordinación con los Profesores y Encargados JUNAEB.

Por otro lado, este mismo documento señala que el control joven sano perteneciente al Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes (que contempla un examen de columna), es

realizado en establecimientos educacionales. También menciona que esta actividad será realizada por un Médico, Enfermera/o o Matrona, apoyada por un Técnico Paramédico, en coordinación con Profesores y Encargados JUNAEB.

De manera complementaria, tenemos además, las palabras señaladas por nuestra informante clave MGM, quien señala lo siguiente:

“...en el control del joven sano existe el apoyo para que este se realice en forma universal en todos los centros de salud primarios que hay en el país...” (MGM).

Estas palabras de MGM y lo señalado anteriormente, dan cuenta de que el control joven sano puede ser efectuado en los servicios de salud o en los establecimientos educacionales.

Tal como hemos mencionado y profundizado con anterioridad, dentro del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB se consideran dos procesos, en los cuales se incluye una evaluación postural, estos procesos corresponden a la pesquisa y al screening. Según el documento primario Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013), la pesquisa puede estar a cargo de una Educadora de Párvulos, Profesor Jefe o Profesor de Educación Física, mientras que el screening está a cargo del Kinesiólogo.

4.5.2. ¿Cuándo?

En relación al cuándo se realizan estos procesos, aclaramos que por cuándo aludimos al periodo dentro del año escolar en el cual se ejecutan estos. Para poder responder esto debemos mirar la siguiente tabla, que da cuenta de los hitos y metas del programa de Servicios Médicos de JUNEb (tabla N°18):

Tabla N° 18. Hitos y Metas Programa de Servicios Médicos de JUNAEB. Reproducido de JUNAEB (2013).

Marzo a Junio

Hitos	Meta	Cumple/ No cumple
1) Contar con los convenios y su resolución respectiva	90% al 30 de Mayo	
2) Subir Programación Regional en plataforma informática consensuada con DN	30 de Abril	
3) Ingreso de datos de pesquisa en sistema informático	90% al 30 de Junio	
4) Screening en cada especialidad. Oftalmología, Columna, Traumatología	50% de lo programado por especialidad al 30 de Junio	
5) Focalización screening por especialidad	80% del screening realizado al 30 de Junio focalizado en cursos prioritarios	
6) Jornada de Programación y entrega de Orientaciones con todos los Coordinadores Comunales/ APS / Red intersectorial	Realiza Jornada el 30 de Marzo	
7) Registro mensual de cobertura en plataforma informática de cobertura y monitoreo de presupuesto (PCM)	Registra el 100% de los meses en la fecha comprometida	
• Marzo y Abril	Hasta el 30 de Mayo	
• Mayo	Hasta el 30 de Junio	
• Junio	Hasta el 30 de Julio	
8) Ingreso de Encuestas Usuario al 30 de Junio en Plataforma	Ingresa 15% de la meta programada regional en cada Encuesta	
9) Informe de Avance de supervisiones comprometidas del programa	Enviar informe al 30 de Junio	

Julio a Septiembre

Hitos	Meta	Cumple/ No cumple
1) Reporte de avance en la entrega de lentes en 45 días corridos, del periodo Marzo a Junio	Al 30 de Junio	
2) Cierre Screening en 3 especialidades	El 80% o más a Agosto por cada especialidad	
3) Realización de ingresos de las tres especialidades	70% al 30 de Septiembre por especialidad	
4) Realización de controles de las tres especialidades	90% al 30 de Septiembre por especialidad	
5) Subir mensualmente cobertura en plataforma de cobertura y monitoreo de presupuesto (PCM)	Registra el 100% de los meses en fecha comprometida	
• Julio	Informa al 20 de Agosto	
• Agosto	Informa al 20 de Septiembre	
• Septiembre	Informa al 20 de Octubre	
6) Ingreso de Encuesta Usuario en Plataforma	50% de la meta programada en cada Encuesta 30 de Septiembre	
7) Informe de Avance de supervisiones programa	Cumple con envío al 30 de septiembre	

Octubre – Diciembre

Hitos	Meta	Cumple/ No cumple
1) Reporte de Avance en la entrega de lentes en 45 días corridos, del periodo Julio a Septiembre	Al 30 de Octubre	
2) Realización de ingresos de las tres especialidades	90% o más al 15 de Noviembre	
3) Realización de controles de las tres especialidades	95% o más al 30 de Noviembre	
4) Registro mensual de cobertura en plataforma de cobertura y monitoreo de presupuesto (PCM)	Registra 100% de los meses en fecha comprometida	
• Octubre	Hasta el 20 de Noviembre	
• Noviembre	Hasta el 20 de Diciembre	
• Diciembre	Hasta el 20 de Enero	
5) Ingreso de Encuesta Usuario	90% o más de la meta programada en cada Encuesta	
6) Reporte de Avance en la entrega de lentes en 45 días, del periodo de Octubre a Diciembre	Al 30 de Enero 2014	
7) Reporte Sistema de Calidad con corte al 30 de Diciembre	Registro en sistema al 15 de Enero 2014	
8) Jornada de Evaluación y cierre con toda la Red local	Realiza Jornada al 30 Diciembre	
9) Informe de Avance de supervisiones programa	Cumple con envío al 30 Diciembre	

En relación a este último punto, si bien, en los documentos primarios no se establece cuando los programas pertenecientes al MINSAL realizan el proceso de screening, sabemos que este proceso ejecuta previa coordinación entre ambos sectores (MINSAL y JUNAEB).

4.6. Rol del Kinesiólogo en la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno

El último objetivo específico que hemos planteado en nuestra investigación es “reconocer el rol del Kinesiólogo en la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”. Pese a ser el último, su importancia está al mismo nivel que los anteriores. Para lograr cumplir con este, hemos analizado los códigos y familias pertenecientes a la metacategoría “Equipo Multiprofesional” detallada a continuación (tabla N° 19):

Tabla N° 19. Códigos y familias pertenecientes a la metacategoría Equipo Multiprofesional.

Metacategoría: Equipo Multiprofesional				
Familias	Códigos			
Profesional idóneo	Acompañado (4-1)	Actualizado (4-1)	Analítico (2-1)	Calidad (2-2)
	Capacitado (4-1)	Comprometido (8-1)	Consentimiento informado (6-6)	Convicción (3-1)
	Costo-efectividad (4-2)	Creatividad (2-1)	Cuidadoso (4-1)	Empático (3-1)
	Empoderamiento (6-1)	Enfermera (8-6)	Estudioso (3-1)	Experiencia laboral (3-1)
	Experticia (2-1)	Formación profesional (1-1)	Habilidades blandas (2-1)	Kinesiólogo (22-6)
	Médico (11-6)	Perfil profesional desaffo (1-1)	Profesional idóneo screening (5-7)	Profesional perfil (15-15)
	Profesional valoración (4-1)	Profesor efi (8-4)	Reflexivo (2-1)	Respetuoso (3-1)
	Técnico paramédico (2-5)			
Control de salud escolar	Control de salud escolar (19-15)	Enfermera (8-6)	Establecimientos educacionales (19-7)	Médico (11-6)
	Nutrición (1-1)	Ortopedia (8-13)	Técnico paramédico (2-5)	

Control joven sano	Acompañado (4-1)	Control joven sano (13-4)	Cuidadoso (4-1)	Enfermera (8-6)
	Establecimientos educacionales (16-7)	Examen físico (6-9)	Matrona (1-4)	Médico (11-6)
	Técnico paramédico (2-5)			
ASM	Establecimientos educacionales (19-7)	Intervención kinésica (18-7)	Profesor (26-3)	Profesor efi (8-4)
	Rol docente (7-1)			

Al mirar y analizar la información involucrada en esta metacategoría, podemos destacar muchas citas que nos orientan a encontrar una respuesta que de algún modo satisfaga nuestro interés por reconocer el rol del Kinesiólogo en el tema central de nuestra investigación, es decir, en la evaluación postural.

Cabe destacar que la mayoría de las citas expuestas a continuación fueron extraídas de las entrevistas realizadas de nuestras informantes claves AVJ y MGM, esto no quiere decir que se haya dejado de lado el análisis documental, sino que más bien viene a completar ciertos vacíos y complementar la información recabada.

Uno de los temas que nos orienta en la búsqueda del conocimiento con el cual podamos, finalmente, responder al objetivo planteado es la capacitación a los Profesores realizada por JUNAEB, todo esto fue señalado por AVJ en el marco contextual histórico referido por ella en relación a los orígenes de la pesquisa realizada por los Profesores. Nuestra informante clave nos mencionó que:

“...se capacitaba a los Profesores, estos levantaban una gran cantidad de demandas de atención médica a partir de su propia visión. Pero ellos no son expertos, ni especialistas, tampoco podemos exigirle mayor claridad respecto al tema médico, entonces ellos mandaban toda esta demanda a atención primaria y en esta se hacía un filtro. Luego se deriva a nuestros especialistas en el área ortopédica y postural.” (AVJ).

“...estamos hablando de séptimo y octavo básico, donde los niños tienen entre 12 a 14 años más o menos. Fuimos mirando que la capacitación al Profesor no era suficiente, cada vez el

Profesor fue quedando más frágil en términos de capacitación. Entonces dijimos, aquí vamos a tener que involucrar a otro personaje, es por esto que involucramos al Kinesiólogo. Ahí comenzamos nosotros haciendo un screening a partir de lo que levanta el Profesor...” (AVJ)

Las palabras señaladas anteriormente revelan desde donde surge la necesidad de incluir a la figura del Kinesiólogo en el screening contemplado en el área de columna del Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB. Sin embargo, esto fue en los orígenes de este programa, en relación a la actualidad nos comenta que:

“... hoy transitamos en dos líneas, hay muchas regiones que todavía utilizan la pesquisa, es decir, capacitan al Profesor y según lo que levanta este, el Kinesiólogo realiza el screening. Por otro lado en donde hay mucha cobertura o mucha matrícula, está la posibilidad de que el Kinesiólogo haga un screening de barrido, es decir, mira todo el curso y luego él define si este niño requiere o no ir a especialista, derivándolo al especialista Traumatólogo comunal...” (AVJ).

Esto se complementa con lo señalado en el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013). Acá se menciona que actualmente el programa de Servicios Médicos está en un proceso de transición desde lo que es la pesquisa hasta un screening de barrido, para esto es relevante mostrar en cada región mejores y nuevas señales de avance en este ámbito. Además, expone que respecto a los screening, especialmente a fin de efectuar barridos, es fundamental asegurar una adecuada cantidad de profesionales Kinesiólogos a nivel regional, permitiendo así, atender toda la demanda de cada una de las comunas de sus territorios en el menor tiempo posible.

Para proseguir con otro tema que nos ayuda a enriquecer y profundizar nuestro conocimiento en este tema, nuestra informante clave MGM refiere que:

“...en el screening realizado por un profesional siempre se acepta un rango de falso-positivo, que es saludable, pero que tampoco sea excesivo sino también el tema de costo-efectividad te sobrepasa...” (MGM).

En relación a este porcentaje de falso positivo y a la labor del Kinesiólogo AVJ comenta lo siguiente:

“... es súper importante para nosotros la tarea del Kinesiólogo, el diagnóstico que realiza, hace un filtro súper potente del 75% al 80% en algunas regiones. Permiten que todo lo que se tamiza, ya sea por barrido a toda la matrícula o por la pesquisa que levantó el Profesor, sea filtrado y que un 30% de esto sea derivado a un especialista. Esto es mirado por el especialista y detecta que en el porcentaje que el Kinesiólogo derivó hay un 13% de falso positivo, lo que está bien, es lo esperado, incluso uno podría esperar un poco más, porque el área de columna es compleja de diagnosticar...” (AVJ).

En el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013) se señala que en términos globales y datos duros, el screening realizado por profesionales de salud sigue demostrando una importante eficiencia respecto de los resultados que logra el Profesor en la pesquisa y ha permitido detectar numerosos niños con problemática que de otra forma no habrían emergido. Además, refiere que están conscientes que la realidad de las escuelas rurales es compleja para abordar screening de barridos y se deberá aceptar la pesquisa con las debidas cautelas en torno a la capacitación y apoyo de las coordinaciones regionales para esta tarea.

Un tema surgido en ambas entrevistas y que no deja de llamar nuestra atención es el cuidado que debe tener el profesional a cargo del screening al momento de ejecutarlo, esto se explica en las palabras detalladas a continuación:

“...el profesional debe ser cuidadoso y no debe realizar su labor solo, debe haber una tercera persona presente. Sabemos que es súper importante ser cautelosos... a una determinada edad, quizás la observación que tú haces pueda ser mal interpretada como algún tipo de abuso, por eso es que tienes que estar con alguien más...” (MGM).

“...emerge en el país el tema del abuso de los niños, al momento de realizar el screening podía parecer como que había una mala intención y por lo tanto los Profesores también tienen un cierto resquemor a ponerse ellos a hacer el examen de desviación de la columna.

Nosotros sabemos que actualmente ese es un tema importante y los Profesores cada vez más le ponen un poco el freno, y si puede ir a hacerlo alguien de afuera sería mejor. Entonces para el Profesor hoy día resulta mucho más fácil y mucho más entusiasmante que vaya un profesional del área de la salud a revisar a los niños...” (AVJ).

En relación a los roles que tiene cada persona vinculada a los procesos de pesquisa y screening MGM señala que:

“...en mi experiencia, todo el tiempo que estuve en la JUNAEB, tú puedes trabajar con la comunidad escolar completa y a lo mejor ir de a poco definiendo que rol va a tener cada uno, yo no digo que los roles que pensamos el año 95 sean los mismos roles que tengan que cumplir ahora los integrantes de la comunidad escolar y así como en nuestra sociedad las cosas van cambiando, también los abordajes de problemas de Salud Pública tienen que cambiar...” (MGM).

Este replanteamiento de roles se complementa con lo señalado en el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), ya que se menciona que se debe avanzar en forma cuidadosa, sin desperfilar la labor del Profesor. Además. Señala que el escenario actual llama a reorientar la labor del Profesor solamente en cuanto a la pesquisa, pues continúa siendo clave en el programa en temas como el acceso que tengan sus alumnos al programa, la información a los padres, y el posterior seguimiento en controles y uso de tratamiento.

En el mismo documento se plantea que el programa debe avanzar hacia la instalación progresiva de screening de barrido en cada región, realizado por profesionales idóneos para esta acción.

Este último punto que visualizamos durante el análisis documental nos llevó a consultarles a nuestras informantes claves, desde la visión de la realidad que ellas tienen, ¿a qué profesional considera como idóneo para la realización del screening? (en el marco de los programas ministeriales que hemos detallado a lo largo de esta investigación). Nuestras informantes claves respondieron lo siguiente:

“... yo diría que un profesional de la salud que se desempeñe en un Centro de Salud Familiar, que puede ser una Enfermera, Médico o Kinesiólogos, donde hubiera uno. Pero también un Profesor de Educación Física bien entrenado y capacitado, yo creo que lo puede hacer estupendo...” (MGM).

“...la pesquisa la hace el Profesor y el screening, el examen físico o examen postural debe ser realizado en forma óptima por un Kinesiólogo. Nosotros sentimos que ese es nuestro marco de referencia, no obstante ello, también podemos capacitar, para que tengan la posibilidad de hacer un buen screening, por ejemplo a una Enfermera, habría que hacer una calibración en términos de qué vamos a buscar en columna, pero debe tener un tiempo de experticia en el tema...” (AVJ).

Acto seguido a esto, les consultamos que características debe tener este profesional, ante lo cual respondieron lo siguiente:

“...lo primero es que tiene que estar empoderado, debe tener la convicción de que lo que él hace sirve para algo y que esto es importante, que no es una rutina o algo que hago porque me mandan, sino que de verdad me la juego por esto, porque entiendo que puede ser muy gravitante para la persona. Además, tiene que ser una persona que tenga habilidades blandas, en términos de lograr una empatía con los escolares y que sea muy respetuoso, el profesional debe ser cuidadoso y no debe realizar su labor solo, debe haber una tercera persona presente. Además, tiene que estar capacitado en esto, todos los profesionales que pasamos por la Universidad formándonos en el área de salud, recibimos alguna capacitación en todo lo que es el tema postural, la que es súper importante cuando vas a terreno. Cuando estás abocado a un tema específico tienes que retomar y refrescar lo que aprendiste o aprender más del tema...” (MGM).

“...debe tener un tiempo de experticia en el tema, la experiencia en el área de columna es importante, solamente con una capacitación no se asegura un buen screening, sobre todo en esta área, creo que la experiencia, el ojo y el trabajo clínico previo en escolares en infante juvenil, te van a hacer un buen Kinesiólogo en esa línea y por eso es que nosotros pedimos cierta experiencia, requerimos al menos uno o dos años de experiencia en esta línea que asegure calidad en lo que hace. Aparte de la experiencia, creo que tiene que ser una persona

que le guste la Salud Pública, tiene que ser un “aperrado” con esta, porque aquí trabajamos con vulnerabilidad, pobreza, pocos recursos, con la necesidad de ponerse en el lugar del otro y efectivamente educarlo, además deben ser estudiosos, con una capacidad analítica y reflexiva, nunca quedarse con lo que hay, sino que esté permanentemente en un tema de aportar a cómo hacemos esto mejor...” (AVJ).

A partir de lo señalado en relación a las características con las que debe contar este profesional idóneo, mencionadas por nuestras informantes claves, podemos establecer el siguiente perfil profesional expuesto a continuación (tabla N°20):

Tabla N° 20. Perfil profesional.

Perfil profesional	
Acompañado	Actualizado
Analítico	Calidad
Capacitado	Comprometido
Convicción	Creativo
Cuidadoso	Empático
Empoderado	Estudioso
Experticia	Experiencia laboral
Formación profesional	Habilidades blandas
Reflexivo	Respetuoso

Además de lo anterior, otro punto que consultamos fue la valoración que tiene el profesional idóneo dentro de los programas ministeriales, ante lo cual respondieron lo siguiente:

“...al profesional se le da una muy buena valoración...” (MGM).

“... a todos los profesionales que trabajan con nosotros en el Área de Servicios Médicos indistintamente sean Médicos o no Médicos le damos la misma valoración, a nosotros lo que nos interesa es que exista la base, una convicción de que con esto se aporta a la salud de los

escolares y se aporta a una contribución en términos de que a estos jóvenes les vaya bien en su tema educativo, ese es nuestro foco...” (AVJ).

Durante las entrevistas, nuestras informantes claves plantearon ciertos desafíos para las Universidades, JUNAEB y MINSAL con sus respectivos programas, a los distintos profesionales involucrados en la pesquisa y screening, entre los cuales destacamos las siguientes palabras:

“...creo que es importante también incorporar en el currículum de ustedes como pregrado, una línea que tenga que ver con programas asistenciales o programas que están vinculados al escolar, nosotros vamos y hacemos la clase, pero de tal manera que ustedes antes de salir sepan que están estos programas vinculados al escolar y que hay un campo en que ustedes también pueden aportar, esa es una cuestión que creo que es interesante incorporar en la malla curricular, pero instalar la intención de que todos los alumnos de pregrado ya vengan con este chip, que hay un ámbito en el Estado, en el cual tú puedes aportar y que tienes que aportar ciertas calidades, con ciertos protocolos, eso me interesaría mucho...” (AVJ).

“... si tú ves de alguna manera las tasas de licencias médica y cuáles son las causas, de las razones más importantes, no sé si más arriba o más abajo de salud mental, está todo el tema postural, es como la segunda o a veces la mayor incidencia de problema de salud que afecta a la población activa y en periodo laboral en este minuto. Entonces nosotros tenemos que llegar antes, por eso debemos concientizar y promover el autocuidado...” (MGM).

“...en el tema de screening nosotros también trabajamos mucho con algunos Kinesiólogos, como ustedes jóvenes que tienen muchas ganas de entrar a trabajar en lo público y recogimos varias sugerencias en términos de poder hacer este screening más contundente e integral, que no fuera solamente una revisión y una derivación, sino que también aprovechar esa instancia en términos de hacerla más educativa y aunque tú no encuentres al niño con una patología propiamente tal para derivarla al especialista, puedas dar ciertas recomendaciones a ese niño y a ese padre, en términos de promoción de salud, del cuidado de la columna, del cuidado de la postura, del cuidado de la alimentación y mirar a

este ser como un todo, esta área es la que más encierra, porque en el examen físico tienes que mirarle el peso, la columna y la marcha...” (AVJ).

“...en el tema postural hay que hacer un trabajo fuerte en lo que es educación, esto hay que hacerlo en ambos sectores (educación y salud). Por ejemplo nosotros tenemos a un chico que entró cuando era recién nacido y que lo hemos acompañando hasta el control del adolescente, hasta los 18 años. Pero de alguna manera, falta alguien le diga que se tiene que sentar bien, preocuparse de cómo lo haga, además decirle que tiene que realizar actividad física, que el niño se preocupe de su autocuidado, y en eso falta mucho...” (MGM).

“...hoy en día estamos en toda la trayectoria educativa, esa capacidad que teníamos de poder hacer la pesquisa, la capacitación a los Profesores está muy frágil y este año también tenemos la tarea de volver a potenciar esa línea de trabajo que es la participación y la educación en salud con nuestros establecimientos. Por lo tanto ahí también vamos a requerir profesionales de la salud, no necesariamente y exclusivamente Kinesiólogos, pero también van a estar convidados a participar de una acción mucho más transversal, más educativa, de hacerse cargo de una escuela y de forma integral, de potenciar el programa de salud escolar dentro de esa escuela. Desde capacitar a los Profesores, dar orientaciones educativas para todas las áreas, trabajar el tema de la asistencia a las atenciones médicas, promover la asistencia a los controles, todo esto va a comenzar recién este año...” (AVJ).

A modo de cierre de este tema, no podemos dejar de mencionar y destacar las palabras de AVJ en relación al área postural, nuestra informante clave señala que:

“... el área postural, de alguna manera, da una visión y una posibilidad de abordar al estudiante de forma integral, porque miras posturas, todo aparato locomotor, el tema de la obesidad, autoestima, todo lo relacionado con sentirse bien, bonito y aceptado por los demás. Y ahí yo creo que tenemos mucho que hacer, tenemos que desarrollar módulos y modelos educativos mucho más grandes...” (AVJ).

El siguiente “network” expresa la relación existente entre los códigos involucrados en la metacategoría “Equipo Multiprofesional” (figura N°20):

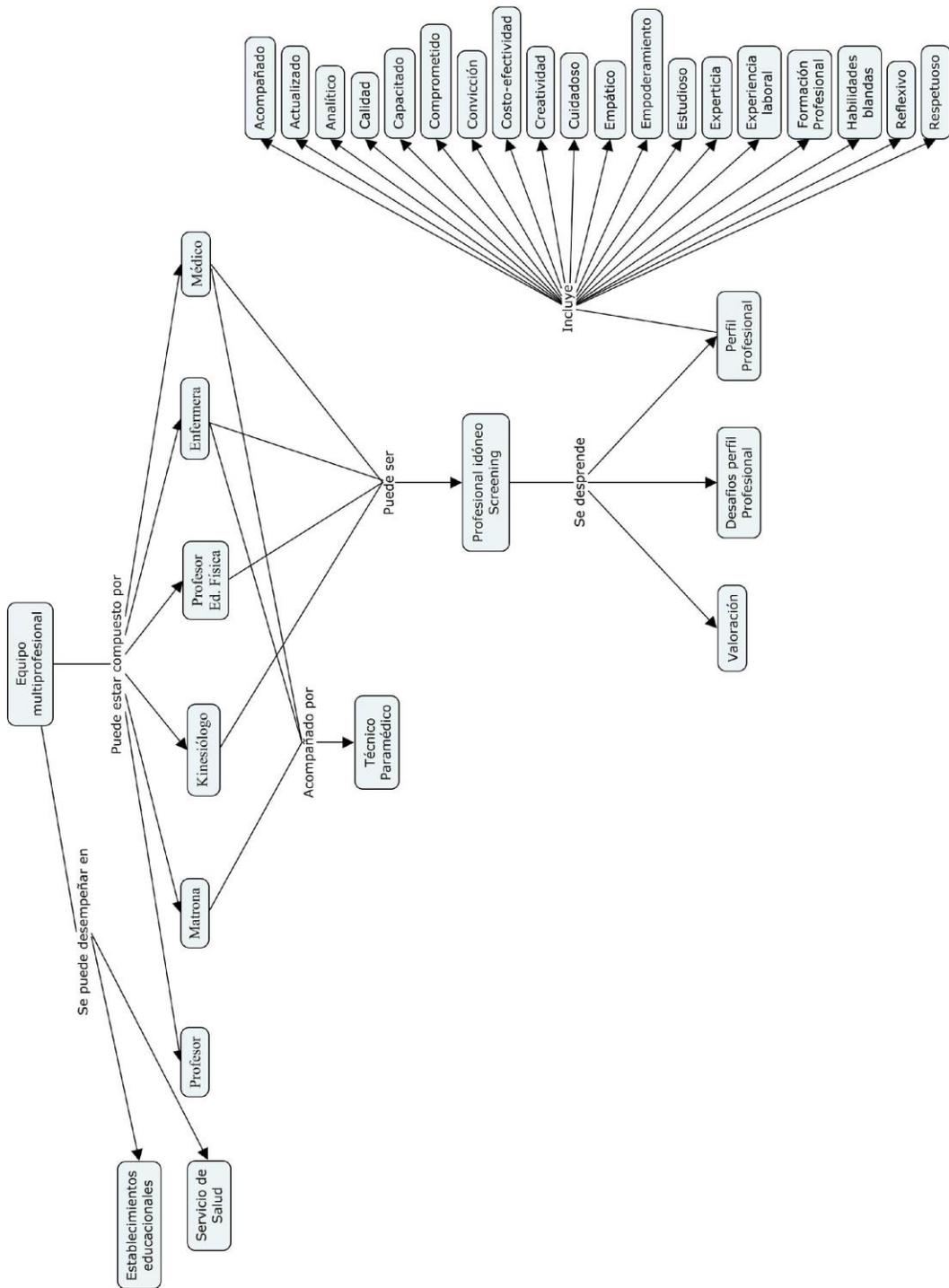


Figura N° 20. "Network metacategoría "Equipo Multiprofesional".

Capítulo 5: Discusión

Luego de haber avanzado en esta investigación, ya tenemos una cierta visualización del panorama actual y la realidad en la cual se enmarca la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno. Para progresar y encausar este conocimiento expondremos a continuación aquellos puntos que, desde nuestra mirada, ameritan una mayor profundización, análisis e interpretación.

Cabe recordar que esta información emerge tanto de las visiones de nuestras entrevistadas y de los documentos primarios revisados (que hemos dado a conocer a lo largo de los resultados de esta investigación), como de la información expuesta previamente en el marco teórico.

Todo lo anteriormente señalado lo complementamos con nuestra propia visión de esta realidad como investigadores. Consideramos que estos puntos expuestos a lo largo de este capítulo ameritan nuestra interpretación para así enriquecer este conocimiento y tener las visiones de las diferentes partes involucradas, con lo cual esperamos encontrar las respuestas a las múltiples interrogantes surgidas a lo largo de esta investigación y satisfacer nuestras expectativas e interés como investigadores.

5.1. Escoliosis

Si miramos la información expuesta y detallada anteriormente dentro del resultado “alteraciones posturales más comunes en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”, destaca la presencia de escoliosis, ya que, es una de las patologías de mayor relevancia para las políticas públicas tanto de MINSAL como JUNAEB develadas y descritas a lo largo de esta investigación.

Dentro de los aspectos que hemos mencionado en relación a esta patología, tanto en nuestro marco teórico como lo expuesto dentro del resultado señalado en el párrafo anterior, hay algunos puntos que suscitan nuestra atención e interés como investigadores y que

consideramos pertinente detallar, ya que hemos encontrado algunas semejanzas y también diferencias en la información expuesta.

Al observar las definiciones de escoliosis establecidas en los distintos documentos primarios y literatura consultada, podemos observar concordancia entre estas. Kendall et al. (2008) señalan que la escoliosis es una curva lateral de la columna vertebral, dado que la columna no es capaz de inclinarse lateralmente sin rotar al mismo tiempo, debido a esto, la escoliosis implica tanto la flexión lateral como la rotación. Por otro lado, el documento primario Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010) define esta patología como una deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos de la columna, lo cual desde nuestra mirada, concuerda con lo planteado por Kendall et al. (2008).

Nos llama la atención que el documento primario Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b), señala que cuando hay sólo una pequeña desviación lateral debiera ser descrita precisamente como desviación lateral y no como escoliosis, ya que un 5% de la población tiene 5° de desviación lateral, lo cual es considerado como normal. Esto no se condice con lo que plantean Kendall et al. (2008), quien expone que la columna posee una serie de curvaturas normales en dirección anteroposterior, pero las curvas en dirección lateral se consideran anormales.

Desde nuestra perspectiva y visión como investigadores, creemos que es complicado establecer algunos criterios de normalidad dentro de una población, considerando la gran cantidad de factores que se relacionan e influyen en la postura, entre los cuales podemos encontrar, según Rash y Burke (1985) y Brownstein (2001): el entorno social, personalidad, actitud mental, ocupación, hábito postural, genética, vestimenta, edad, nutrición, estado de salud, actividad física y modelos socioculturales, entre otros.

Consideramos que en lugar de hablar de una postura “normal” o “anormal”, es mejor utilizar los conceptos de postura “correcta”, “viciosa” o “armónica”. Andújar y Santonja (1996) hacen referencia a los conceptos de postura correcta como toda aquella que no sobrecarga la columna ni a ningún otro elemento del aparato locomotor, postura viciosa como

la que sobrecarga a las estructuras óseas, tendinosas, musculares, vasculares, etc., desgastando el organismo de manera permanente, en uno o varios de sus elementos, afectando sobre todo a la columna vertebral y postura armónica como la postura más cercana a la postura correcta que cada persona puede conseguir, según sus posibilidades individuales en cada momento y etapa de su vida.

En las Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b) se menciona que esta patología es una afección relativamente recurrente en la adolescencia, que aparece después de los 8 años y se hace más frecuente entre los 10 y 14 años. Tanto el inicio como la evolución de la escoliosis son silenciosas, no producen dolor ni malestar, el diagnóstico precoz es fundamental para realizar un oportuno tratamiento ortopédico. Además, en este documento se refiere que el no hacer el diagnóstico precoz significa que las curvas progresen y pueden transformarse de flexibles a rígidas o estructuradas, lo que obliga a la realización de un tratamiento quirúrgico para su corrección.

Siguiendo esta misma línea, la Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010) señala que es una enfermedad evolutiva, que sin tratamiento oportuno se va agravando con el desarrollo, se acentúa con el crecimiento rápido y, en la mayoría de los casos, se estabiliza al término de la madurez ósea. Además, señala las siguientes consecuencias físicas de esta patología:

- 1) Deformidad del tronco.
- 2) Dolor en la adultez.
- 3) Compromiso respiratorio en curvas graves ($> 90^\circ$).

Estas consecuencias físicas de la escoliosis concuerdan con lo señalado por Amat (2008), quien expone que la adopción de posturas incorrectas no corregidas a tiempo, ocasionan no solo un defecto estético en su figura, sino también desajustes en la actividad de órganos internos y funciones de estos tales como respiración, deglución, circulación, locomoción.

Lo expuesto en estos últimos párrafos lo podemos complementar con lo señalado por nuestras informantes claves AVJ y MGM, quienes refieren lo siguiente en relación a la escoliosis:

“...es una patología súper silenciosa, la desviación de la columna no se ve hasta que el niño está desvestido, de hecho en la etapa de desarrollo es cuando emerge con fuerza la patología, los niños comienzan a bañarse solos, no dejan que los papás entren, hay todo un tema de pudor y muchos papás nos dicen: “lo acabo de ver y no me di cuenta antes, no sé cuando apareció esto, está toda desviada la columna”. Entonces si nosotros no hacemos esa búsqueda finalmente un niño puede evolucionar a una severidad mayor y eso sí que va a influir en su aprendizaje, en toda su vinculación con la escuela...” (AVJ).

“...cuando tú estás haciendo una revisión, ya sea del control de salud infantil o del control del joven sano, lo que vas a buscar van a ser principalmente temas de escoliosis, ya que, si progresan sin un manejo, sin un cuidado y sin una prevención es probable que estas se agraven. Eso después le pasa la cuenta a la persona, muchas veces va a presentar problemas posturales cuando ya es más grande y está trabajando...” (MGM).

Por lo tanto, en relación a lo expuesto anteriormente, como investigadores, consideramos que tanto MINSAL como JUNAEB, tienen una visión bastante similar en cuanto a lo expresado en temas como las consecuencias físicas y psicológicas que acarrea esta patología, la importancia de la realización de un diagnóstico precoz seguido de su respectiva intervención oportuna, entre otros. Esto es algo positivo, porque nos indica la existencia de un conocimiento de base que sustenta la línea de intervención definida para esta patología, considerando las repercusiones que conllevan la presencia de una escoliosis para la vida del estudiante, las cuales son conocidas por ambos sectores.

5.2. Incidencia y prevalencia de escoliosis

Otro tema que según nuestro criterio y percepción amerita ser parte de esta discusión es la incidencia y prevalencia de la escoliosis. Según Álvarez (2010) en España el tipo de escoliosis idiopática con curvas menores de 10° , muestran prevalencias que oscilan entre 1 y 3%, con una proporción igual entre mujeres y hombres, mientras que para curvas mayores de 30° la prevalencia es mucho más baja, con una proporción niño/niña de 1/8. Por otro lado, en Chile, según lo mencionado en la Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), la mayoría de los estudios de prevalencia se enfocan en la escoliosis idiopática del adolescente (EIA), también señala que esta es la causa más común de Escoliosis (85%). Además, expone que una curva estructural sobre 10° aparece en el 2 - 3% del universo en riesgo, el cual corresponde a las niñas y los niños de 10 a 16 años. De este grupo con escoliosis, el 10% requerirá de tratamiento activo y el 1% requerirá de cirugía. También, refiere que la prevalencia de las formas no idiopáticas es menos conocida, pudiéndose extrapolar basándose en su proporción de 15% del total de las escoliosis.

El documento Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010) refiere que la escoliosis idiopática del adolescente es más frecuente en mujeres que en hombres. Además, señala que existe poca información publicada respecto de la incidencia, se estima que en Chile, según el censo realizado en el año 2002, existirían entre 740 y 1.100 niñas/os que habrían requerido o requerirían cirugía, tal cual se expresa a continuación:

- Universo en riesgo (6 – 19 años): 3.700.000 niñas/os
- Curva $> 10^\circ$ (2 – 3%) : 74.000 - 111.000 niñas/os
- Curva $> 40^\circ$ (1%) : 740 - 1.110 niñas/os

A partir de esto, consideramos que sería pertinente realizar investigaciones que den cuenta de la incidencia y prevalencia de las formas idiopática y no idiopática de escoliosis en adolescentes (10-19 años), teniendo en cuenta las consecuencias que tiene para el presente y futuro del estudiante, ya sea dentro de su entorno escolar o fuera de este. De esta forma, se podría estimar y visualizar la magnitud real de esta problemática, para así tomar las medidas

pertinentes a nivel de estrategias y/o políticas públicas, tanto a nivel macro como puede ser un país, región, provincia, comuna o incluso a nivel micro como por ejemplo dentro de un establecimiento educacional, dependiendo de la población escogida para estas investigaciones. En base a los resultados obtenidos, estos pueden ser un refuerzo para las estrategias ya establecidas dentro de los programas ministeriales que hemos aludido a lo largo de este escrito, o inclusive, pueden ayudar a reorientar estas políticas públicas, si los resultados no son favorables.

5.3. Uso de corsé como tratamiento de escoliosis

Otro tema a considerar, dentro de este capítulo, tiene relación con el uso del corsé como tratamiento de escoliosis. Según la Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), las opciones para el tratamiento de esta patología en menores de 15 años son:

- Observación: en curvas $< 25^\circ$.
- Corsé: en curvas $25-40^\circ$ en inmadurez esquelética.
- Corrección quirúrgica: cuando no hay respuesta al tratamiento ortopédico y hay progresión de la curva en un promedio mensual de 1° ó más.

Sobre el uso del corsé como tratamiento de la escoliosis, nuestra informante clave AVJ plantea lo siguiente:

“...esta patología se presenta en los adolescentes, imagínate el trauma que significa para un joven que tú le digas: “te tienes que poner un corsé de ahora en adelante”. También ahí tenemos un área que todavía tiene que crecer mucho en términos de incorporar estrategias o un acercamiento más sistemático a la familia, a ese niño y a ese joven que tienen que usar el corsé. ¿Cómo hacer que sea más amigo de su corsé?, ¿cómo vamos a hacerlo identificarse con este tratamiento?, que a lo mejor es poco amigable y poco simpático para él en la época que está viviendo, pero que puede incidir notablemente después en su calidad de vida, si tú no lo usas puedes terminar con una cirugía invasiva, también con las complicaciones que estas conllevan...” (AVJ).

Estas palabras llaman nuestra atención, ya que, dan cuenta de la carencia, y por tanto, la necesidad de instaurar estrategias nuevas que contemplen un enfoque educativo, con el fin de empoderar tanto al estudiante como a su entorno familiar en relación a esta patología, sus consecuencias y tratamiento. Esto es un gran desafío, muy interesante según nuestra visión, el cual los programas ministeriales tanto de MINSAL como JUNAEB deberían considerar para así lograr mayor adhesión al tratamiento. Además, estas palabras dan cuenta de otra necesidad que requiere de un proceso quizás más arduo y duradero, según nuestra visión, ya que implica un compromiso a nivel de toda la comunidad escolar, esto incluye a padres, apoderados, estudiantes de los diferentes cursos y niveles, personal del establecimiento educacional, Profesores, etc. Esta necesidad consiste en concebir e implementar una estrategia o norma que asegure la inclusión de este niño/a o adolescente dentro de su establecimiento educacional, entorno escolar y familiar, que sea aceptado y respetado tanto por sus compañeros de curso como de otros niveles, Profesores y demás integrantes de la comunidad escolar. En otras palabras, que asegure tanto la realización de actividades y la participación del estudiante dentro del establecimiento, ya sean estas de índole deportivo, social, comunitario, etc. Entendiendo los conceptos de “actividades” y “participación” como la realización de una tarea o acción por una persona y el acto de involucrarse en una situación vital, respectivamente. Tal como lo plantea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

5.4. Mirada Biopsicosocial de las políticas públicas de MINSAL y JUNAEB sobre evaluación postural

Desde nuestra perspectiva, los sectores de salud (MINSAL) y educación (MINEDUC y JUNAEB), tienen una mirada acorde con el Modelo Biopsicosocial, Bishop (1994) define este modelo como un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles.

Consideramos esto como algo positivo y que se expresa a partir de lo enunciado tanto en las misiones de cada organismo como en los objetivos de sus respectivos programas,

estrategias y áreas. Si analizamos detenidamente esta información expuesta a lo largo del resultado “programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica”, podemos identificar puntos comunes entre estas misiones y objetivos, ya que aluden a temas como sistema educativo equitativo y de calidad, mantención y éxito en el sistema educacional de niñas, niños y jóvenes en condiciones desiguales y elevar el nivel de salud de la población. A partir de los cuales se busca contribuir a la formación integral y permanente de las personas, al desarrollo del país, a hacer efectiva la igualdad de oportunidades, el desarrollo humano y la movilidad social, para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades.

Todo esto aspectos tienen en común una mirada integral que involucra a las personas como entes sociales pertenecientes a una cultura y comunidad, esta mirada concuerda con el Modelo Biopsicosocial. Este modelo, según Vidal (2006), considera al individuo como un sistema que está formado por otros sistemas (órganos, tejidos, células, etc.) y a su vez, está comprendido dentro de otros sistemas (familia, comunidad), esto último concuerda plenamente con lo planteado en estas misiones y objetivos.

Estas misiones y objetivos están centradas en la persona, como sujeto de derecho y deberes con el fin de tener una población informada y empoderada, para así contribuir a una mejora en la calidad de vida de esta. Esto también se condice con el Modelo Biopsicosocial, según (Barriga, 1988; 1992), la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad.

Apreciamos también que dentro de estas misiones podemos identificar cierto lenguaje común y unificado, lo que concuerda con el objetivo principal de la CIF, el cual consiste en brindar tanto un lenguaje unificado y estandarizado como un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2001).

5.5. Focalización de atención según prevalencia e incidencia del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

Otro punto a destacar dentro de esta discusión radica en los criterios de focalización de atención del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, establecidos en el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013).

En relación al criterio de focalización de atención según prevalencias e incidencias, se establece que la incidencia y prevalencia utilizadas para el cálculo en el área de columna, corresponden a lo indicado por expertos del programa y literatura internacional al respecto, dado que, según lo establecido en este mismo documento, no existen estudios para estimar la prevalencia en escolares chilenos. La prevalencia e incidencia estimada en el área de columna por región y curso es 2.5.

A partir de esto emergen dos temas a discutir, por un lado consideramos pertinente realizar investigaciones que den cuenta de la incidencia y prevalencia de las patologías contempladas en el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, en especial de las formas idiopática y no idiopática de escoliosis en adolescentes (10-19 años), teniendo en cuenta las consecuencias que tiene para el presente y futuro del estudiante dentro de su entorno escolar o fuera de este, ya que, como se mencionó anteriormente no existen estudios para estimar la prevalencia en escolares chilenos. De realizar estos estudios, creemos que sería un gran paso tanto para el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, como para el Programa Nacional de Salud de la Infancia y el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, ambos de MINSAL, ya que, todos estos contemplan a la escoliosis dentro de sus diferentes estrategias involucradas, tal como hemos descrito con anterioridad a lo largo de esta investigación, por lo tanto, estos estudios pueden solventar la línea de acción de estas políticas o incluso puede redefinirlas o reorientarlas, dependiendo de los resultados obtenidos.

El otro tema que emerge a partir de lo planteado dentro del criterio de focalización de atención según prevalencias e incidencias, es que, tal como expusimos, la prevalencia e incidencia estimada en el área de columna por región y curso es 2.5. Este dato es muy llamativo, ya que, no habla de una patología u alteración postural en particular, solo refiere

que este dato es para el área de columna. Esta área considera escoliosis y dorso curvo, entonces no clarifica a cuál de estas dos alude. Asumiendo que se refiere a escoliosis, ya que, es la patología que más destacan en el área de columna del Programa de Servicios Médicos, pero, como hemos señalado con anterioridad tanto en los resultados como en el marco teórico, existen diversas formas de esta patología (idiopática y no idiopática), por lo tanto, no sabemos a cuál de estas corresponde este 2.5, siendo finalmente un dato muy confuso.

5.6. Focalización de atención según patología del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

Otro punto que queremos profundizar y entregar nuestra visión sobre este, emerge del criterio de focalización de atención según patología del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB. Dentro del documento primario Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), se menciona que el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Esto contrasta con la cantidad y diversidad de áreas, patologías y alteraciones posturales consideradas dentro de las diferentes estrategias y programas de MINSAL. Según el documento Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b), el examen de columna que forma parte del control del joven sano, perteneciente al Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, se realiza con la finalidad de evaluar presencia de escoliosis, dorso curvo y/o hiperlordosis lumbar. Por otro lado, dentro del documento Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), se menciona que en el área de ortopedia contemplada dentro del control de salud escolar, perteneciente al Programa Nacional de Salud de la Infancia, se realiza buscando patología o alteraciones posturales frecuente como dorso curvo o hiperlordosis lumbar, claudicación de la marcha, pie plano, genu varo, genu valgo y escoliosis.

Lo anteriormente expuesto nos da a entender que los programas de MINSAL analizados, tiene un enfoque más integral en comparación con el Programa de Servicios Médicos, ya que

busca detectar un mayor número de patologías y alteraciones posturales en ambos controles, sobre todo en el control de salud escolar. Este último otorga una mirada más completa de la postura, además, es la única que incluye observación de la marcha dentro de lo establecido en los documentos primarios. Este es un punto que consideramos como positivo, ya que es un indicio de un cambio de foco hacia una mirada integral del tema postural hasta la cual creemos pertinente avanzar.

Dentro del documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), al momento de referirse al criterio de focalización de atención según patología del área de columna del Programa de Servicios Médicos, se establece que esta área atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Además, se señala que si se trata a tiempo se evita la intervención quirúrgica y la invalidez. Esta última palabra mencionada es la que nos llama profundamente la atención, ya que, creemos que es un error hablar de invalidez en estos días, considerando que este término no se condice con lo planteado por el Modelo Biopsicosocial y por la CIF, quienes hablan de “discapacidad” o “situación de discapacidad” en lugar de “invalidez”, término que, a nuestro parecer y en el contexto en el cual se menciona, tiene una connotación negativa. Esto claramente no concuerda con lo planteado por el Modelo Biopsicosocial, ya que Padilla (2010), menciona que, según este modelo, se requiere utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad.

5.7. Focalización de atención según curso del área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

En relación al criterio de focalización de atención según curso del área de columna del Programa de Servicios Médico, se establece que la cobertura a nivel de screening debe reflejar que las atenciones provienen al menos en un 80% de los cursos focalizados, como ya hemos comentado, el área de columna focaliza su atención en séptimo básico. Además, se establece que, en el año 2012, un 85% de la pesquisa realizada dentro del área de columna proviene de 7° básico, lo cual nos da a entender que, al menos, en cuanto a la realización de esta pesquisa,

hay concordancia con lo que exige JUNAEB, lo que, en primera instancia, se traduce en una fortaleza de esta área.

Sin embargo, si continuamos con este análisis, el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013), señala que según los datos que arroja el Sistema informático en el año 2012 (al mes de noviembre), el comportamiento en relación a la focalización por curso y especialidad, en el caso de columna, se detecta que un 17% corresponde a cursos focalizados, lo cual este documento cataloga como preocupante.

Este dato es muy llamativo y por lo demás puede resultar un tanto confuso, ya que, desde nuestra perspectiva, entendemos que dentro del modelo de atención establecido para esta área solo un 17% de la atención realizada corresponde a estudiantes de séptimo básico (recordando que el modelo de atención incluye cuatro procesos, que son: pesquisa, screening, atención médica de ingreso y atención médica de control o seguimiento).

Entonces, nos preguntamos si la atención se focaliza en séptimo básico, ¿por qué solo un 17% de los niños atendidos corresponden a este curso?, ¿en qué momento de los puntos considerados dentro del modelo de atención decreció el porcentaje de estudiantes a intervenir?, porque si miramos los datos expuestos en el párrafo anterior, identificamos que un 85% de la pesquisa se realiza en séptimo básico, entonces ¿a qué se debe que este número disminuya a un 17%?, ¿qué ocurrió en los otros procesos del modelo de atención?.

Si volvemos un poco más atrás y miramos la información expuesta dentro del resultado “eficacia de las políticas públicas implementadas a partir de los programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural”, podemos notar que según el documento primario Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013) y según AVJ, los porcentajes de falso positivo dentro de lo realizado en proceso de screening están en concordancia con lo expuesto en ambas fuentes, por lo tanto, podemos interpretar que, en cuanto a números, el problema no estaría dentro de los procesos de pesquisa y screening.

Debido a lo anteriormente expuesto, consideramos que este porcentaje de atención podría disminuir en los siguientes pasos a seguir dentro del modelo de atención, los cuales corresponden a la atención médica de ingreso y a la atención médica de seguimiento.

Desde ya dejamos en claro que no se está cuestionando la calidad de la atención otorgada, ese no es nuestro objetivo, este análisis apunta más bien a comprender la disminución de la cantidad de niños atendidos. Las causas del por qué esto ocurre las desconocemos, estimamos que quizás se debe a la prolongación y cantidad de procesos que debe vivir el niño para finalmente, recibir la atención médica, esto podría dar luces del por qué este porcentaje decrece. Indudablemente consideramos que este es un tema que requiere un análisis mucho más global que considere a todas las partes involucradas, ya que, se escapa de nuestro foco investigativo, el cual radica en los programas ministeriales que realicen evaluación postural, y la atención médica pertinente ya corresponde a otro proceso que puede ser motivo de análisis para investigaciones futuras.

5.8. ¿Dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno?

Otro tema incluido dentro de esta discusión tiene relación con la pregunta ¿dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno?, considerada dentro del resultado “quién, cómo, cuándo y dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”.

En el documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), se señala que tanto el control de salud escolar, como el control joven sano, son realizados en establecimientos educativos previa coordinación entre ambos sectores (MINSAL y JUNAEB). Sin embargo, nuestra informante clave MGM señala lo siguiente:

“...en el control del joven sano existe el apoyo para que este se realice en forma universal en todos los centros de salud primarios que hay en el país...” (MGM).

Esto da a entender que estos controles pueden ser efectuados dentro de los centros de atención primaria de salud, lo cual consideramos que está bien, pero no concuerda con lo establecido en de la literatura relacionada con estos programas y que adquirieron la connotación de documentos primarios dentro de esta investigación. Por lo tanto, desde nuestra visión, esto se puede traducir en alguna confusión al momento de llevar esta información a la comunidad escolar, lo cual puede repercutir tanto en la eficacia de las políticas públicas, como en la satisfacción que los estudiantes, padres y apoderados, Profesores, y otros integrantes de la comunidad escolar puedan manifestar.

5.9. Diferencias conceptuales

Cabe mencionar que durante esta investigación nos encontramos con ciertas diferencias conceptuales en cuanto a denominaciones utilizadas para aludir a ciertos aspectos, como por ejemplo al hablar de guía, protocolo, orientación técnica, manual, las cuales eran utilizadas como sinónimos. En algunos casos se mencionaba “Área de Servicios Médicos”, en lugar de “Programa de Servicios Médicos” (esto explica porque esto fue codificado como “Asm” en lugar de la sigla “Psm”). Al momento de hablar de los diferentes “Programas de Salud del Estudiante de JUNAEB” (Salud Oral, Servicios Médicos, Habilidades para la Vida y Apoyo Psicosocial), en algunas ocasiones se referían a estos como un solo Programa de Salud del Estudiante, en lugar de varios programas pertenecientes al Departamento de Salud del Estudiante.

Lo anterior da cuenta de la necesidad de revisión de estos documentos en cuanto a estos puntos. Si bien, estos pueden ser considerados como sutiles, o incluso rebuscados, pero, desde nuestra visión como investigadores y al igual que el punto anteriormente mencionado dentro de esta discusión, se pueden traducir perfectamente en una malinterpretación por parte de los estudiantes, padres, apoderados y comunidad en general; lo que repercute en la satisfacción usuaria, eficacia y valoración de estas políticas públicas. Además, dificultan el proceso de

búsqueda de información, ya que, desde nuestra visión, pareciera que no hay un consenso sobre los términos con los cuales se aluden a estas políticas públicas.

5.10. Vínculo entre el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB y comunidad educativa

Tal como lo señalamos dentro del capítulo de resultados, en el documento primario Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB 2013), se desarrollan temas como la gestión realizada y el énfasis del Programa de Servicios Médicos realizados en el año 2012.

Uno de los puntos en donde se focalizó el programa radica en el protagonismo de la comunidad educativa, específicamente en temas como fortalecimiento del trabajo con padres, profesores y alumnos. Este vínculo con la comunidad educativa ha sido considerado desde el inicio de este programa, aunque cabe destacar que esto se ha ido perdiendo con el tiempo, hasta el punto de ser actualmente una debilidad, razón por la cual consideramos necesario fortalecer este punto.

Sin embargo, como investigadores, interpretamos que están las voluntades para avanzar y lograr un mejor trabajo con la comunidad escolar completa, esto es algo positivo, ya que, da cuenta del papel y valoración del vínculo con la comunidad educativa. Además, es una señal de que se puede avanzar hacia la realización de una intervención de carácter integral del estudiante, camino que puede encontrar sus bases en estas voluntades manifestadas por ambos sectores, tanto en los documentos que adquirieron la connotación de primarios y en las respectivas entrevistas efectuadas a nuestras informantes claves MGM y AVJ.

5.11. Seguimiento y resolutivead final del control de salud escolar

Una de las debilidades del control escolar del Programa Nacional de Salud de la Infancia de MINSAL, mencionada dentro del resultado “eficacia de las políticas públicas implementadas a partir de los programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural” radica en el desconocimiento de resolutivead final o a largo plazo de la estrategia de control de salud escolar, ya que el sistema de registro utilizado por MINSAL, no incluye las acciones totales efectuadas. Por lo tanto, no hay un seguimiento de estos estudiantes que pasaron desde el proceso de screening a la atención médica. Esto lo consideramos llamativo, ya que al no tener estos datos de seguimiento registrados, no podemos conocer el real impacto de esta estrategia para la vida futura de ese estudiante, considerando que después este entra al periodo de adolescencia (10 a 19 años). Además, no podemos conocer la eficacia de estas políticas públicas, entonces, si no están estos datos, ¿cómo podemos saber si la concepción, desarrollo e implementación de este control fue realizada en la dirección correcta? Sin embargo, consideramos que esta situación se puede remediar, ya que, están las voluntades para actualizar el sistema de registro del control de salud escolar con la finalidad de realizar un seguimiento de los estudiantes a través del ciclo vital de estos.

5.12. Test de Adams y ángulo de Cobb

Al observar detalladamente tanto la información entregada en el marco teórico como lo expuesto en los resultados “métodos utilizados en evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno” y “programas ministeriales de MINSAL y MINEDUC sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica”. Podemos destacar que existen diversos métodos de evaluación postural utilizados en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno, uno de estos métodos es el Test de Adams.

Al analizar la descripción de la ejecución de este test realizada en el documento primario Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014) y la señalada por

Álvarez (2010), hay plena concordancia entre ambas. A partir de estas descripciones nos llama la atención la simplicidad de este Test, sin embargo, creemos que este se debe realizar por profesionales capacitados y con experiencia, puesto que se utiliza como test de screening para posterior derivación a consulta médica si el estudiante presenta cierta alteración de índole postural.

Cabe destacar que el Test de Adams es realizado en los tres programas ministeriales analizados en esta investigación.

Según MINSAL (2010), el Test de Adams es el más sensible, considera que sigue siendo el examen no invasivo a utilizar para determinar la presencia escoliosis. Confirmando y complementando esto, Yufra y Giordana (2011) evaluaron tanto la sensibilidad como la especificidad del Test de Adams, en una población de 9.997 escolares mayores de 10 años, encontrando valores del 78,2 y 64,4% respectivamente.

La Guía clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años (MINSAL, 2010), recalca que El Test de Adams es una forma simple de identificación de curvas estructurales, se puede aplicar sin necesidad de equipo adicional y posee evidencia tipo 1.

En base a todo lo expuesto anteriormente sobre este test, creemos como investigadores que es valorable que se realice el Test de Adams en los establecimientos educacionales, no solo por poseer una gran sensibilidad, especificidad y simplicidad, sino porque también es eficiente su ejecución, para su posterior análisis.

Por otro lado, otro método de evaluación postural es el “Ángulo de Cobb”, Lau (2013) menciona que esta evaluación se utiliza en todo el mundo para medir y cuantificar la magnitud de las deformaciones espinales, especialmente en el caso de la escoliosis. Los autores Ferraro et al. (2003) y Lau (2013) señalan que la medida del ángulo de Cobb es el “gold standard” de la evaluación de escoliosis, aprobada por la Sociedad de Investigación de la Escoliosis. Siendo además utilizada como el estándar de medición para cuantificar y realizar el seguimiento de la progresión de la escoliosis.

Consideramos como investigadores, que es positivo el uso de Test de Adams en el proceso de screening de los programas ministeriales en cuestión. Además, creemos que es una

fortaleza el uso del ángulo o método de Cobb dentro del proceso de atención médica en donde se busca confirmar el diagnóstico de escoliosis.

En base a lo anteriormente expuesto, consideramos pertinente utilizar ambos métodos, desde nuestra perspectiva estos se pueden complementar perfectamente, siempre y cuando se siga usando el Test de Adams en el proceso de screening y el ángulo de Cobb en el proceso de atención médica, ya que el primer método sirve para detectar la presencia de escoliosis y es de carácter no invasivo. Sin embargo, estamos consientes de la necesidad de cuantificar el grado de desviación de columna que tiene el estudiante una vez detectada la escoliosis, para así tomar las medidas de intervención a efectuar, por lo tanto, creemos que el método de Coob es el adecuado para cuantificar y realizar el seguimiento de la progresión de la escoliosis dentro del proceso de atención médica.

5.13. Observación postural y Test de la línea de la plomada

Los autores Santonja et al. (2006) definen a la observación postural como una evaluación visual que se realiza tanto por anterior como por posterior. El paciente permanece en bipedestación, sólo con ropa interior, es preciso que la persona explorada esté relajada y adopte su postura habitual. Yufra y Giordana (2011) evaluaron tanto la sensibilidad como la especificidad de la evaluación visual por posterior en una población de 9.997 escolares mayores de 10 años, encontrando valores del 82,6 y 28,8% respectivamente.

Pese a lo que indican Yufra y Giordana (2011) acerca de los aspectos positivos en cuanto a la sensibilidad y especificada de la observación postural, creemos que es necesario establecer un tipo de evaluación postural en donde el estudiante esté en movimiento, este método sería complementario a la evaluación postural considerada en este punto. Esto lo podemos reforzar por lo planteado por La Pierre (1977) y Andújar y Santonja (1996) quienes señalan que hay que tener en cuenta que la postura no solo viene definida por situaciones estáticas, sino que es un concepto puramente dinámico, dada la infinidad de posiciones que se adquieren para conseguir cualquier objetivo.

Otro método de evaluación postural, según lo expuesto en el marco teórico, es el Test de la línea de plomada, este test no está contemplado dentro de los programas ministeriales descritos anteriormente. Kendall et al. (2008) mencionan que este test se utiliza para determinar si los puntos de referencia del sujeto, están alineados de igual manera que los puntos correspondientes al modelo postural planteado por este autor. Además, plantea que las desviaciones de los diferentes puntos revelan el grado de desalineamiento del sujeto, las cuales se definen como leves, moderadas o acusadas. Yufra y Giordana (2011), evaluaron tanto la sensibilidad, como la especificidad del Test de la línea de plomada, en una población de 9.997 escolares mayores de 10 años, encontrando valores del 41 y 98,3% respectivamente.

Nos llama la atención que este test no se realice dentro de las programas ministeriales contemplados dentro de esta investigación, pese a no necesitar mayor equipo para su ejecución, ya que solo requiere de una plomada. Asimismo, su realización se fundamenta por los autores Kendall et al. (2008) y Yufra y Giordana (2011), sin embargo el Test de la línea de la plomada se asemeja a la observación postural, motivo por el cual creemos que no se utiliza. Desde nuestra perspectiva, creemos pertinente considerar este test en lugar de la observación postural, ya que, la línea generada por la plomada es una manera de objetivar esta evaluación, además si miramos los porcentajes de sensibilidad y especificidad detectados por Yufra y Giordana (2011) para ambas evaluaciones, consideramos que quizás el Test de la línea de la plomada puede ser catalogada como más certera que la observación postural.

5.14. Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine, Maniobra talones levantados y Podoscopia.

Estos métodos de evaluación postural permiten detectar la presencia de pie plano. Los dos primeros métodos son utilizados dentro del área de ortopedia del control de salud escolar perteneciente al Programa Nacional de Salud de la Infancia de MINSAL, tal como se indica en el documento primario Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014).

El último método de evaluación es la podoscopía, los autores Boudolos y Nikolaidou (2006), mencionan que este método se encarga del estudio de la huella plantar y que los parámetros de esta, tienen la capacidad de descubrir la amplia variación en la morfología de los pies y ofrece una importante información sobre su clasificación.

Como investigadores consideramos que las maniobras de presionar primer dedo del pie hacia el empeine y talones levantados, son muy subjetivas, debido a que su ejecución y su posterior diagnóstico, dependen en demasía del ojo clínico y la precisión del evaluador. Creemos que se debe considerar la utilización de la podoscopía como método de evaluación de pie plano, ya que a pesar de que el uso de este método implique un mayor gasto económico y de tiempo, puede ser utilizado como examen de detección de pie plano en los servicios de salud de nuestro país, como indica el Protocolo de Pie Plano de Servicio de Araucanía Sur del año 2010, considerando que es un método más objetivo que los señalados con anterioridad, ya que implica el uso de un podoscopio, Padilla (2011), define a este como un dispositivo basado en la colocación de espejos que reflejan la huella plantar y permite su visualización directa. De la misma manera, este autor indica que esta herramienta aporta información sobre el tipo de pie, así como posibles alteraciones morfológicas del mismo.

5.15. Concepto de higiene postural

Dentro de los múltiples desafíos identificados a partir de las palabras emitidas por nuestras informantes claves AVJ y MGM, hay un tema recurrente, que consiste en la necesidad de realizar una intervención de carácter integral con enfoque educativo que contemple temas como actividad física y autocuidado. Esta última palabra es la suscita nuestra atención, ya que, si miramos detenidamente las citas que aluden a este concepto, es notoria la similitud con un punto que expusimos dentro del marco teórico, el concepto de higiene postural.

Andújar y Santonja (1996) definen higiene postural como las mediadas o normas que podemos adoptar para el correcto aprendizaje de actividades o hábitos posturales que el individuo adquiere durante su vida, así como también alude a las medidas que faciliten la reducción de actitudes o hábitos posturales adquiridos previamente de manera incorrecta. En

otras palabras, hace referencia al aprendizaje de un conjunto de hábitos y normas, adquiridos de manera progresiva, con el fin de evitar y reeducar posturas viciosas que puedan repercutir en la espalda de manera negativa como por ejemplo dolor o incluso deformaciones.

Nos llama la atención el desconocimiento del concepto de higiene postural por parte de las políticas públicas analizadas y de las entrevistadas, considerando que ambas proponen la realización de una intervención de carácter integral que considere temas como el cuidado postural. Por esto creemos pertinente avanzar hacia el conocimiento, comprensión, inclusión y posterior aplicación de este concepto dentro de las políticas públicas incluidas en esta investigación, dentro de una intervención de carácter integral que consideramos pertinente desarrollar

5.16. Rol del Kinesiólogo en las políticas públicas de JUNAEB sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica

Dentro del área de columna del Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB figura el Kinesiólogo desde la concepción e instauración del proceso de screening, esta participación e inclusión se visualiza hasta la actualidad.

En el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), se señala que en términos globales y datos duros, el screening realizado por profesionales de salud sigue demostrando una importante eficiencia respecto de los resultados que logra el Profesor en la pesquisa y ha permitido detectar numerosos niños con problemática que de otra forma no habrían emergido.

A su vez, en el mismo documento primario, se establece que el valor de falso positivo a nivel de especialista es menor o igual a 20 % y que a nivel de screening es igual o menor a un 30 %. Lo cual se condice con lo plantea AVJ:

“... es súper importante para nosotros la tarea del Kinesiólogo, el diagnóstico que realiza, hace un filtro súper potente del 75% al 80% en algunas regiones. Permiten que todo

lo que se tamiza, ya sea por barrido a toda la matrícula o por la pesquisa que levantó el Profesor, sea filtrado y que un 30% de esto sea derivado a un especialista. Esto es mirado por el especialista y detecta que en el porcentaje que el Kinesiólogo derivó hay un 13% de falso positivo, lo que está bien, es lo esperado, incluso uno podría esperar un poco más, porque el área de columna es compleja de diagnosticar...” (AVJ).

A partir de esto se identifica, en forma muy clara, la importancia del Kinesiólogo dentro de los procesos de screening y screening de barrido. Esto se traduce en resultados que dan cuenta de la necesidad de transición entre estas dos líneas y que viene a respaldar las acciones realizadas por el Kinesiólogo. Además, creemos pertinente realizar esta progresión hacia la instalación del screening de barrido en todos los establecimientos educacionales, de manera paulatina considerando la realidad de cada establecimiento.

A partir de lo expuesto en el resultado “rol del Kinesiólogo en la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno” interpretamos que los Profesores evitan realizar la pesquisa y que quizás no tienen las herramientas óptimas para ejecutar esta labor debido a que la capacitación efectuada no es suficiente. Esto apoya la transición hacia el screening de barrido, sin embargo dejamos en claro que esta transición, según nuestra mirada, debe ser sin desmerecer o desprestigiar la labor de los Profesores, muy por el contrario, nosotros valoramos y reconocemos esta labor y el rol activo que consideramos que estos profesionales deben tener dentro de este proceso, ya que, este screening de barrido sería efectuado en las instalaciones de estos establecimientos, y claramente los profesores son el nexo entre el Kinesiólogo y el resto de la comunidad escolar (otros Docentes, Paradocentes, padres y apoderados, estudiantes de los diferentes cursos y niveles, etc), lo que indudablemente se traduce en una intervención de carácter más completa, informada e integral, siendo los Profesores los facilitadores de la acción a ejecutar por el Kinesiólogo.

5.17. Rol del Kinesiólogo en las políticas públicas de MINSAL sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica

Por otro lado, si miramos lo planteado dentro los otros programas considerados en esta investigación, podemos decir, desde nuestra perspectiva, que este rol no está reconocido dentro de los Programa Nacional de Salud de la Infancia y Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, ambos pertenecientes a MINSAL.

Al momento de interpretar la información expuesta dentro del resultado “quién, cómo, cuándo y dónde se realizan las evaluaciones posturales en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”, nos llama profundamente la atención que dentro de lo planteado en estos programas no figura el Kinesiólogo al momento de hablar de los profesionales a cargo de ejecutar el control de salud escolar contemplado dentro del Programa Nacional de Salud de la Infancia y el control joven sano perteneciente al Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, considerando que el control de salud escolar incluye el área de ortopedia y el control joven sano contempla un examen físico y de columna. A nuestro parecer, esto da cuenta de cierta dificultad al momento de concebir e implementar estos programas con sus respectivas estrategias y áreas, lo cual consideramos que debería ser sujeto a revisión por parte de MINSAL.

Esto lo interpretamos a partir de lo señalado en el documento Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de Salud Infantil (5-9 años) Control Joven Sano (10-19 años) (MINSAL 2013a), en donde se expone que el control de salud escolar enmarcado en el Programa Nacional de Salud de la Infancia es una actividad realizada por un profesional Enfermero/a o Médico con apoyo de un Técnico Paramédico en coordinación con los Profesores y Encargados JUNAEB. Por otro lado, este mismo documento establece que dentro de las múltiples estrategias y prestaciones que engloba el Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, se encuentra la estrategia de control joven sano, esta actividad será realizada por un Médico, Enfermera/o o Matrona, apoyada por un Técnico Paramédico, en coordinación con Profesores y Encargados JUNAEB.

Tal como se describe dentro de la Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014), en relación al área de ortopedia contemplada dentro del control de salud escolar, el desarrollo evolutivo ortopédico del niño/a suele ser motivo de consulta frecuente de padres y cuidadores, por esta razón es que el/la profesional que realiza control de salud escolar debe poder diferenciar lo normal de lo patológico en el desarrollo osteomuscular. Además, debe ser capaz de descartar asimetrías corporales, inspeccionar las caderas, la marcha cuando ya caminen y valorar los rangos de movilidad articular. Entonces a partir de esto, nos preguntamos ¿por qué el Kinesiólogo no figura dentro de los profesionales a cargo de realizar estos controles?, ya que, desde nuestra perspectiva, el Kinesiólogo cuenta con las capacidades y competencias para ser parte de estos profesionales, debido a que dentro de la formación de pregrado se contemplan temáticas como desarrollo músculo esquelético en las distintas etapas del ciclo vital, examen físico y de columna, diagnóstico diferencial, etc.

Dejamos en claro, que esto no quiere decir que los profesionales que sí están contemplados dentro de este control (Enfermero/a o Médico con apoyo de un Técnico Paramédico) no estén capacitados o no sean competentes, no es nuestro interés reemplazar a estos profesionales, muy por el contrario, lo que consideramos pertinente es la creación e instauración de un equipo multiprofesional que incluya tanto a estos profesionales como al Kinesiólogo, considerando la gran cantidad de áreas incluidas dentro de este control de salud escolar, para así poder realizar una intervención de carácter integral con un enfoque educativo que incluya temas como autocuidado, actividad física e higiene postural y en cual participen tanto estos profesionales mencionados como los Profesores que se desempeñan dentro de los distintos establecimientos educacionales, todo esto con fin de otorgar una atención de calidad y completa a los escolares.

Sobre la creación de este equipo multiprofesional, La Pierre (2000) señala que un plan de ejercicios de fortalecimiento muscular y de reeducación postural, dirigido por un equipo multiprofesional de Médicos, Kinesiólogos y Profesores, sería el camino más adecuado en la solución de prevenir o corregir algún patrón anormal de postura en niños. Estas palabras son el complemento ideal para lo señalado con anterioridad dentro de este punto a discutir. Además, de alguna forma u otra, justifican el reconocimiento, inclusión y valoración del Kinesiólogo

dentro de las políticas públicas de MINSAL sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

5.18. Profesional idóneo

Dentro del documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), se plantea que es importante destacar que el programa de Servicios Médicos de JUNAEB debe avanzar hacia la instalación progresiva de screening de barrido en cada región, realizado por profesionales idóneos para esta acción.

Este último punto que visualizamos durante el análisis documental nos llevó a plantearnos la siguiente pregunta: ¿a qué profesional podemos considerar como idóneo para la realización del screening en los programas ministeriales que hemos detallado a lo largo de esta investigación?, razón por la cual, incluimos esta pregunta dentro de las respectivas entrevistas a nuestras informantes claves para así conocer la respuesta que nos otorgan desde su propia visión de la realidad.

Si analizamos las respuestas otorgadas por nuestras informantes claves podemos notar que ambas refieren que el Kinesiólogo puede ser considerado dentro de este grupo catalogado como “profesional idóneo”. Entonces nos preguntamos, si el Kinesiólogo es catalogado como un profesional idóneo para ejecutar el proceso de screening contemplado dentro de las diferentes políticas públicas incluidas en esta investigación, ¿por qué no figura dentro de las políticas públicas de MINSAL sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en nuestro país?

Como investigadores consideramos que es momento de realizar algunos ajustes dentro de los documentos de MINSAL y redefinir los roles establecidos e incluir al Kinesiólogo dentro de los profesionales que pueden realizar tanto el control de salud escolar como el control joven sano. Para así avanzar hacia la creación de un equipo multiprofesional que incluya a todos los profesionales considerados dentro de las políticas públicas de MINSAL, más el Kinesiólogo y

los Profesores, como lo mencionamos anteriormente. Todo esto con la finalidad de brindar una atención de calidad e integral para el niño o adolescente que cursa la educación básica en el sistema educativo chileno.

Capítulo 6: Proyecciones, implicancias profesionales y consideraciones finales

6.1. Proyecciones

Dentro de las proyecciones de este trabajo, hemos considerado tres aspectos, el primero consiste en la publicación de esta investigación, el segundo que consideramos es la extensión, ya que, pretendemos realizar, previa coordinación con las partes involucradas, dos exposiciones de nuestra investigación, una en las dependencias de MINSAL y otra en las de JUNAEB, ya que son las instituciones de las cuales emergen los documentos primarios considerados en la revisión documental y además es donde se desempeñan laboralmente nuestras informantes claves. Estas exposiciones pueden ser consideradas como una retroalimentación de toda la información que, de una forma u otra, nos entregaron.

Además, dentro de este aspecto, se han iniciado las gestiones pertinentes para concretar la realización de una clase a cargo de nuestra informante AVJ, dentro de la asignatura Diagnóstico e Intervención Kinésica en el área Músculo Esquelética III (DIKME III), de la carrera de Kinesiología de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE), esto surge a partir de las siguientes palabras de AVJ:

“...creo que es importante también incorporar en el currículum de ustedes como pregrado, una línea que tenga que ver con programas asistenciales o programas que están vinculados al escolar, nosotros vamos y hacemos la clase, pero de tal manera que ustedes antes de salir sepan que están estos programas vinculados al escolar y que hay un campo en que ustedes también pueden aportar, esa es una cuestión que creo que es interesante incorporar en la malla curricular, pero instalar la intención de que todos los alumnos de pregrado ya vengan con este chip, que hay un ámbito en el Estado, en el cual tú puedes aportar, eso me interesaría mucho...” (AVJ).

El tercer aspecto que consideramos es la difusión en pregrado, debido a que realizaremos una clase en la cual demos a conocer nuestra investigación a los estudiantes de Kinesiología de la UMCE, dentro de una asignatura a definir. Además, esta investigación puede ser difundida tanto en congresos como jornadas de Kinesiología.

Todos los aspectos mencionados han sido contemplados con la finalidad de dar a conocer nuestra investigación, la cual otorgará una visión de la realidad de la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno, recordamos que esta visión surge a partir de la revisión documental efectuada, de la mirada de nuestras informantes claves y nuestra propia mirada como investigadores.

Además, creemos que esta investigación puede llegar a ser un elemento importante a tomar en cuenta para la realización de investigaciones posteriores en los temas que hemos señalado que requieren ser profundizados u otros, estas investigaciones pueden ser realizadas por alguno de nosotros en nuestro rol de investigadores, por las instituciones mencionadas (en forma conjunta o por separado), estudiantes de la carrera de Kinesiología de la UMCE u otra universidad, o de una carrera afín con el área de salud, o por cualquier persona que quiera seguir recorriendo y dilucidando este largo camino que hemos cimentado llamado “evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno”. Para así iniciar lo que en conjunto podría dar pie a la generación de cambios en los programas ministeriales existentes a la fecha sobre el tema.

6.2. Implicancias Profesionales

Consideramos que hay mucho por hacer en relación a la evaluación postural en nuestro país, a lo largo de los resultados y la discusión hemos esbozado y profundizado la necesidad de realizar una intervención de carácter integral con un enfoque educativo, surgida a partir de lo identificado en la revisión documental y en las entrevistas. Esta información ha sido incluida principalmente dentro de las fortalezas, debilidades y desafíos para cada programa, estrategia y área considerada dentro de esta investigación.

Antes de concebir y luego desarrollar una propuesta vinculada a esta intervención de carácter integral, consideramos pertinente realizar la inclusión y posterior reconocimiento de la labor del Kinesiólogo dentro de los programas de MINSAL contemplados dentro de esta investigación, ya que el Kinesiólogo cuenta con las competencias necesarias para ser considerado un “profesional idóneo” dentro del proceso de screening de estos programas, esto

no quiere decir que el Kinesiólogo reemplace a los profesionales a cargo de este screening, más bien proponemos la creación e instauración de un equipo multiprofesional que incluya a estos profesionales, al Kinesiólogo y a los Profesores (en caso de que el screening se realice en el establecimiento educacional), considerando la gran cantidad de áreas incluidas en los controles de salud escolar y joven sano, en los cuales se realizan estos screening.

Por otro lado, sobre el área de columna del Programa de Servicios Médicos, creemos pertinente realizar una progresión desde los procesos de pesquisa y screening hacia lo que es el screening de barrido dentro de los establecimientos educacionales, lo que significaría mayor presencia del Kinesiólogo dentro del programa, una mayor responsabilidad y oportunidad para este profesional dentro del área de columna, lo que a su vez se traduciría, desde nuestra mirada, en una mayor precisión y eficacia dentro de este proceso. Desde nuestra visión, esto debería ser de manera paulatina, considerando la realidad de cada establecimiento y sin desmerecer o desprestigiar la labor de los Profesores, muy por el contrario, nosotros valoramos y reconocemos esta labor y el rol activo que consideramos que estos profesionales deben tener dentro de este proceso, ya que, este screening de barrido sería efectuado en los establecimientos educacionales y claramente los Profesores son el nexo entre el Kinesiólogo y el resto de la comunidad escolar (otros Docentes, Paradocentes, padres y apoderados, estudiantes de los diferentes cursos y niveles, etc), lo que indudablemente se traduce en una intervención de carácter más completa, informada e integral, siendo los Profesores los facilitadores de la acción a ejecutar por el Kinesiólogo.

Al momento de hablar sobre la intervención de carácter integral que consideramos pertinente incluir dentro de las políticas públicas analizadas, tanto de MINSAL como JUNAEB, consideramos que esta debe contemplar un enfoque educativo e incluir temas como promoción de salud a través del autocuidado, higiene postural y la actividad física, producto de las consecuencias que traen las alteraciones de índole postural para la vida del estudiante. Si queremos ir un poco más lejos, podemos incluir sesiones educativas, talleres o charlas con la comunidad escolar completa o parte de esta, realizadas por un Kinesiólogo, en donde se expongan temas que quizás, muchas veces los mismos estudiantes, padres y apoderados pasan por alto y que pueden repercutir en la instauración de una alteración postural, temas como por ejemplo ¿qué tipo de mochila o calzado escolar deben utilizar los estudiantes?, incluso

podemos abordar la importancia del mobiliario escolar, ya que estos utensilios y muebles acompañan a los estudiantes durante toda su etapa escolar.

Complementario a esto, a partir de las entrevistas, identificamos como desafío protocolizar tanto la cantidad de sesiones de tratamiento para asegurar la continuidad del estudiante dentro de este, como la indicación de tratamiento que incluya la realización de ejercicios kinésicos propuestos por el profesional. Estas palabras se complementan con un tema que ha estado en nuestras mentes desde la concepción de esta investigación y radica en la creación de una nueva herramienta o método de evaluación postural propuesto por Kinesiólogos que incluya las acciones a ejecutar durante el proceso de screening de barrido, los aspectos de mayor relevancia a considerar, los métodos de evaluación postural hasta ahora conocidos a utilizar como guía, etc., siempre con una mirada integral y con un enfoque educativo que incluya los temas mencionados en el párrafo anterior. Si vamos un poco más lejos, también se puede crear un protocolo realizado por Kinesiólogos en el cual se incluya los aspectos a considerar en cada sesión de tratamiento con ciertos criterios a considerar, como por ejemplo que temas abordar durante cada sesión, que ejercicios debe realizar el estudiante, etc, sin olvidarse de la mirada integral con enfoque educativo que hemos insistido. Tanto esta nueva herramienta como este protocolo son temas a considerar dentro de esta intervención de carácter integral a desarrollar.

Otro punto a contemplar dentro de esta intervención de carácter integral a realizar, tiene relación con el uso del corsé como tratamiento de la escoliosis, identificamos la necesidad de instaurar estrategias nuevas que contemplen un enfoque educativo, con el fin de empoderar tanto al estudiante como a su entorno familiar en relación a esta patología, sus consecuencias y tratamiento. Esto es un gran desafío, muy interesante según nuestra visión, el cual los programas ministeriales tanto de MINSAL como JUNAEB deberían considerar para así lograr mayor adhesión al tratamiento.

Otro tema que consideramos parte de estas implicancias profesionales y que surge, en su mayoría, a partir de las palabras emitidas durante las dos entrevistas realizadas tiene relación con llevar a cabo investigaciones que den cuenta de la incidencia y prevalencia de las formas idiopática y no idiopática de escoliosis en adolescentes (10-19 años), teniendo en cuenta las consecuencias que tiene para el presente y futuro del estudiante, ya sea dentro de su entorno escolar o fuera de este, ya que, como se menciona en el documento Orientaciones Técnico

Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), no existen estudios para estimar la prevalencia en escolares chilenos, de realizar estos estudios, consideramos que sería un gran paso para las políticas públicas en cuestión, debido a que todos estos contemplan a la escoliosis dentro de sus diferentes estrategias involucradas, tal como hemos descrito con anterioridad a lo largo de esta investigación, por lo tanto, estos estudios pueden solventar la línea de acción de estas políticas o incluso puede redefinirlas o reorientarlas, dependiendo de los resultados obtenidos. Complementando lo anteriormente expuesto, AVJ plantea el desafío de realizar investigaciones que ayuden a sustentar lo ejecutado en el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, investigaciones que demuestren si la patología de columna incide en el aprendizaje y rendimiento escolar o no, que vinculen o exploren el abordaje realizado en el programa y cómo este repercute en la calidad de vida, en rendimiento escolar, integración social y relación con sus pares. MGM plantea un desafío relacionado con la búsqueda de evidencia que sustente lo realizado por los programas de MINSAL incluidos en esta investigación, además señala que sería oportuno realizar una investigación vinculada con el rendimiento escolar, con la relación con los demás, participación y proyecto de vida.

Todo esto que hemos planteado no son desafíos exclusivamente para las políticas públicas aludidas, consideramos que los Kinesiólogos y quienes nos estamos formando para serlo, debemos tener en mente estos temas, empoderarnos y actuar ante ellos, veamos esto como una oportunidad que no podemos dejar pasar, ya que, contamos con las competencias y conocimientos para jugar un rol activo y destacado dentro de las políticas públicas sobre evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

Para finalizar exponemos las siguientes palabras de nuestra informante clave AVJ, las cuales sintetizan muy bien lo expuesto anteriormente:

“...creo que uno tiene que mirar el tema postural como una oportunidad, yo creo que te da la posibilidad de abordar a este alumno de forma integral, desde ya, es momento de que algo tan íntimo y tan cercano que tú lo tienes que revisar completo, desnudo, que camine, ahí se ve una serie de oportunidades también de poder abordar a este niño no solamente desde el punto de vista físico, sino que darle más pistas de cómo le puede ir bien, cómo sacarle mejor

partido, al tema muscular, al tema de la obesidad, al auto cuidado. Entonces, te da la posibilidad está línea específica de trabajarlo en forma más integral. Así que ahí puede ser un déficit hoy día, pero también es una oportunidad para abordarlo...” (AVJ).

Indudablemente la evaluación postural en niños que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno en sí, es una oportunidad laboral para los Kinesiólogos. Creemos que esta investigación puede ser el inicio de la apertura de una posible fuente laboral, siempre y cuando se surjan más investigaciones en esta área que encausen este camino.

6.3. Consideraciones finales

Todo este proceso partió con una simple pregunta en torno a la evaluación postural, a medida que avanzamos en este camino aparecieron más interrogantes, fuimos indagando en esta temática, para conocer la realidad en la que se enmarca la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno, desarrollamos esta investigación, evolucionando hasta este resultado final plasmando en este escrito. Pero dejamos en claro que este no es el fin de este proceso, sino que todo lo contrario, es un nuevo comienzo, un primer paso para mejorar muchos aspectos involucrados en este tema, siempre y cuando se sigan haciendo más trabajos que ayuden a construir nuevos conocimientos que dilucidan nuevas preguntas investigativas en torno a la evaluación postural en niños y adolescentes que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

Para ir cerrando este largo pero enriquecedor proceso, exponemos a continuación nuestras consideraciones finales, algunas de estas partieron como interpretaciones un tanto simples que fueron evolucionando en cuanto a su contenido y complejidad hasta complementarse con más ideas. A medida que transcurría esta investigación nos encontramos con muchas sorpresas, algunas más positivas que otras, que dieron origen a nuevas ideas que se sumaron a las que hemos mencionado anteriormente y cuyo resultado final procedemos a detallar:

Podemos señalar que hay cierta falta de consenso y de unificación de criterios tanto al momento de aludir a algunos conceptos dentro de JUNAEB y MINSAL, ya sea por separados

o dentro de la relación existente entre ellos, evidenciado en el instante en que una institución se refiera a la otra. Esto se refleja dentro de algunos términos con los cuales se alude a los programas analizados, por ejemplo cuando iniciamos esta investigación, visitamos las dependencias de JUNAEB para solicitar algún documento sobre el Programa de Servicios Médicos, notamos que hay al menos tres términos para hablar de lo mismo, se utilizan las palabras “programa”, “manual”, “protocolo” como sinónimos. Esto no solo se ve al momento de comunicarnos verbalmente y/o vía correo electrónico con esta institución, ya que dentro de los mismo documentos primarios Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013) y Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), se modifican algunos nombres, como por ejemplo cuando se refieren al Programa de Servicios Médicos de la JUNAEB, muchas veces mencionan este como Área de Servicios Médicos. Otro ejemplo similar se aprecia cuando se habla del área de columna, ya que a veces se menciona simplemente como “columna”, “traumatología” u “ortopedia”.

Por otro lado, al momento de aludir a los programas de MINSAL, al igual que en JUNAEB, notamos diferencias de términos entre los documentos Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5-9 años) Control joven sano (10-19 años) (MINSAL, 2013a), Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control Joven Sano (MINSAL, 2013b) y Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2014). Por ejemplo, se habla de “control de salud escolar” y “control de salud infantil” como sinónimos, lo cual parece no ser tan confuso, pero en ocasiones se alude al “control de salud escolar” como una sumatoria de los controles de salud infantil y el control joven sano, este último también se menciona como “control del adolescente”, entonces es ahí donde se torna un tanto confuso.

Esto pareciera ser algo de poca importancia, pero desde nuestra visión, lo mencionado anteriormente claramente dificulta tanto la comunicación directa entre las partes involucradas como el proceso de búsqueda en sí.

Sin duda un punto que nos llama profundamente la atención es la falta de actualización del manual del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, ya que, en el documento Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2013), se señala que se está trabajando en la actualización de este manual y el propósito es contar con este aprobado durante el primer semestre del año 2013. Desde la JUNAEB nos señalaron que hasta la fecha de consulta (fines del primer semestre del año 2014) no existía una versión actualizada, lo cual habla de una falta de coordinación dentro de esta institución.

Consideramos que es tiempo de realizar ciertos cambios, creemos que es pertinente replantear los roles de cada parte involucrada en estas estrategias, tal como expusimos en el punto de “implicancias profesionales”, desde nuestra mirada se debe reconocer la participación del Kinesiólogo dentro las políticas públicas de MINSAL analizadas, pero sin desmerecer la labor de los demás profesionales involucrados. En cuanto al área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, también consideramos pertinente avanzar hacia la instauración del screening de barrido que incluya un replanteamiento de la labor del Profesor, sin desmerecer su rol, ya que entendemos y valoramos el papel que este profesional debe desempeñar dentro de este proceso. Debemos avanzar hacia la creación de un equipo multiprofesional, en el que cada uno de sus integrantes aporte desde su mirada y conocimiento, con el fin de otorgar una atención de calidad, a través de la creación de una nueva propuesta de intervención de carácter integral con enfoque educativo, tal como lo profundizamos en el punto de “implicancias profesionales”.

Siguiendo en esta misma línea, otro de los puntos que consideramos como investigadores, radica en la falta de coordinación entre las instituciones involucradas, es decir, entre MINSAL y JUNAEB, ya que, desde nuestra perspectiva consideramos que existe una carencia de instancias de comunicación entre estas, pese a que existe un vínculo entre ellas. Esta descoordinación y falta de comunicación radica desde el momento de la concepción de los programas de MINSAL analizados, ya que, según lo referido por AVJ y MGM, quizás no se consideró del todo la experiencia de JUNAEB al momento de implementar estos programas.

Sin embargo, estamos convencidos que este vínculo se debe fortalecer, para así otorgar la mejor atención posible. Este refuerzo se debe ejecutar en aspectos organizacionales en temas como:

- Los momentos dentro del año escolar en los cuales se ejecutarán estas las estrategias consideradas dentro de los tres programas en cuestión.
- Lugar en donde se realizarán los procesos de screening considerados dentro de las respectivas estrategias, áreas y programas de cada institución.
- Las acciones a realizar por cada institución a través de sus programas y personal a cargo de la realización de los procesos de screening.
- Los métodos o herramientas de evaluación postural a utilizar.
- Realizar reuniones con cierta periodicidad entre las partes involucradas en las cuales se dé a conocer a la contraparte las acciones realizadas, para que cada institución esté en conocimiento de lo que efectivamente se está ejecutando.

Todo esto se debe realizar con el fin de esclarecer estos procesos para evitar solape de funciones que se puedan traducir en insatisfacción usuaria por parte de la comunidad escolar. Sin embargo, como investigadores, creemos que todo esto se puede solucionar con la creación de una instancia de diálogo, tal como lo mencionamos, en donde además se conciba un nuevo documento que incluya y clarifique estos puntos. Desde nuestra visión, si en lugar de tener cuatro documentos existiera solamente uno, se pueden evitar mal interpretaciones y confusiones de parte de la comunidad usuaria, de los establecimientos educacionales, profesionales involucrados, etc. Además, este debe incluir una unificación de criterios y un lenguaje común, para así entregar un solo mensaje que sea claro para así facilitar el trabajo entre todos los involucrados. Esto se debe acompañar con la creación y posterior instauración de un cronograma realizado en conjunto en donde se establezcan las acciones a realizar y los plazos pertinentes para ello. Tal como lo señala AVJ en las siguientes palabras:

“...tenemos que volver a mirar el documento (aludiendo al Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educacionales, Control de Salud Infantil (5-9 años) Control Joven Sano (10-19

años), desarrollado por MINSAL y JUNAEB en el año 2013) y volver a sacar ojalá un documento mucho más actualizado con todo lo que está haciendo la JUNAEB, con todo lo que esté haciendo el MINSAL. Ponernos de acuerdo a lo mejor en los cursos, en las acciones, en las herramientas, en los instrumentos que estos queden súper claros, creo que es importante darle una nueva cara a ese documento, ese documento no tuvo las cautelas suficientes de poder haber sido enviado a todo el país con las venias suficientes de salud, educación y ministerio de educación. Eso se tiene que hacer de nuevo. Eso es una cosa, de alguna manera también tiene que ver y falta en ¿cómo llegamos a terreno?, ¿cómo llegamos a la escuela?, porque si arriba la cosa está desorganizada abajo también se va a ver desorganizada. Eso es y hay que ordenarlo cada vez más y hacer muchas reuniones desde lo local, desde acá, y en eso estamos...” (AVJ).

Esta instancia de comunicación es fundamental, ya que, desde nuestra mirada, la mayoría de las debilidades identificadas tienen su génesis en la descoordinación entre las partes involucradas, consideramos que de no realizarse esta instancia, muchas de las propuestas realizadas por nosotros, como la necesidad de incorporar una intervención de carácter integral con enfoque educativo, ejecutada por un equipo multiprofesional que incluya al Kinesiólogo y la necesidad de creación de un nueva herramienta o método de evaluación postural a cargo del Kinesiólogo, no tendrán el éxito esperado.

Sin embargo, destacamos y valoramos profundamente, que nuestra informante clave AVJ y MGM reconocen este déficit existente y manifiestan la voluntad de solucionar este problema de descoordinación. Tal como manifiesta MGM:

“...convoqué a una reunión de trabajo donde planificaremos lo que vamos a hacer para establecer un convenio en donde podamos esclarecer cuáles van a ser los aportes del MINSAL, cuáles serán los de JUNAEB, en qué condiciones... Nosotros estamos muy ilusionados en que sea el trazado de un trabajo en conjunto. Necesitamos ambas partes, la JUNAEB es un actor que tiene que estar, y ellos dicen lo mismo del MINSAL, pero las cosas desafortunadamente, hasta el momento, no están como nos gustaría y, por lo tanto, en este punto es en donde estamos poniendo nuestras energías...” (MGM).

Si se encausa una resolución de esto, creemos que todas estas debilidades se pueden mejorar, hasta el punto incluso de convertirse en fortalezas. Todo los puntos negativos identificados son solucionables, las voluntades están manifestadas, solo falta dar el primer paso y concretar esto.

Bibliografía

1. Agar, M. H. (1980) *The professional stranger. An informal introduction to ethnography*. Nueva York: Academic Press.
2. Alberola, S., Pérez, I., Casares, I., Cano, A. & Andrés, J. (2010) Mochilas escolares y dolor de espalda en la población infantil. *Revista pediátrica de atención primaria* 12 (47), 385-397.
3. Álvarez, A (2010), *Caracterización de los defectos posturales en escolares de 9 a 15 años de la comunidad de Madrid: análisis de factores implicados en la desestabilización postural*. Memoria Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
4. Amat P. (2008). Stress et orthodontie. XXV Journées Internationales du College National d'Occlusodontologie. *Stress, douleurs et dysfonctionnements*. Brest, Francia.
5. Andújar, P. & Santonja, F. (1996). *Higiene postural en el escolar*.
6. Andújar, P., & Santonja, F. (2009) Higiene postural en el escolar. (29), 345-367.
7. Aubin, C., Dansereau, J. De Guise, J., & Labelle, H. (1997). Rib cage-spine coupling patterns involved in brace treatment of adolescent idiopathic scoliosis. 22(6), 629-635.
8. Barriga, S. (1988). Salud y comunidad: reflexiones psicosociales. Sevilla.
9. Barriga, S. (1992). La salud ¿para qué? Elementos de psicología social en la promoción de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 3 -20.
10. Beekhuizen, K., Hanney, W. & Kolber, M. (2009). Implications for physical activity in the population with low back pain. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3 (1), 63-70.
11. Bishop, G. (1994). Health psychology: integrating mind and body. Pág 60- 61.
12. Borrell, F. (2002). *El modelo biopsicosocial en evolución*. *Medicina Clínica*. Barcelona. 175-179.

13. Boudolos, K. & Nikolaidou, M. (2006). A footprint -based approach for the rational classification of foot types in young schoolchildren. *The Foot*, 16, 82 -90
14. Brownstein, A. (2001). *La curación natural de la espalda*. Barcelona: Paidotribo.
15. Bunge, M. (1995). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
16. Canté, X., Kent, M., Vásquez, M., Lara, R. (2010). *Factores posturales de riesgo para la salud en escolares de ciudad del Carmen, Campeche*. U. Tecnociencia 4 (1) 1 - 15.
17. Cardon, G. M., De Clercq, D. L., Geldhof, E. J., Verstraete, S., & De Bourdeaudhuij, I. M. (2007). Back education in elementary schoolchildren: the effects of adding a physical activity promotion program to a back care program. *European Spine Journal*, 16, 125-133.
18. Cardoso, C. & Gómez, A. (2008). Lumbalgia. Prevalencia y programas preventivos en la infancia y adolescencia. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. 11 (1): 32-38.
19. Christoulas, K., Panagiotopoulou, G., Papanckolaou, A., & Mandroukas, K. (2004). Classroom furniture dimensions and anthropometric measures in primary school. *Applied Ergonomics*, 35, 121-128.
20. Engel, G. (1997). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196:129-136.
21. Espasa, M. (2013). *Higiene postural y su repercusión en la prevención de problemas de espalda en la infancia (tesis de maestría)*. Universidad de Valladolid, Soria, España.
22. Espinosa, J., Arroyo, O., Martín, M., Ruiz, D., Moreno, A. (2009). *Guia Esencial de Rehabilitacion Infantil*.
23. Espinoza-Navarro, O., Valle, S., Berrios, G., Horta, J., Rodríguez, H. & Rodríguez M. (2009). Prevalencia de Alteraciones Posturales en Niños de Arica- Chile. Efectos de un Programa de Mejoramiento de la Postura. *Int. J. Morphol.*, 27(1), 25-30.

24. Ferraro, C., Monticone, M., Negrin, S., Paroli, C. (2003) Alterazioni della postura sagittale in età Evolutiva. Monografia pubblicata dal Gruppo di Studio della Scoliosi.
25. Fraile, P. A. (2009). Dolor de espalda en alumnos de primaria y sus causas. *Fisioterapia*, 31 (4), 137-142.
26. García-Alén, C. (2009). *La educación postural en el ámbito educativo y su contexto social, Marco teórico y estado de la cuestión en el ámbito de la educación para la salud, la sociedad y la educación formal*. Manuscrito no publicado.
27. Gómez-Conesa, A. (2009). Dolor de espalda en niños y adolescentes. *Fisioterapia*, 31 (4), 121-122.
28. Gómez Conesa, A., & Calvo, I. (2011). El acondicionamiento físico terapéutico en el dolor de espalda de niños y adolescentes. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, Vol. 14. Núm. 01. (pp. 1-2).
29. Groll, C., Heine-Goldammer, B. & Zalpour, C. (2009). Evaluation of a prevention concept in the primary school setting: Prevent back pain with “The Rücken Kult-Tour”. *Pravention und Gesundheitsforderung*, 4 (1), 51-57.
30. Guzmán, H. (2003). Alteraciones de ejes de extremidades inferiores y pie plano en el niño, de XXXVIII: *Curso actualidades en pediatría Hospital Luis Calvo Mackenna*, Santiago. (pp. 49-51).
31. Havelka, M., Lučanin, J.D., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
32. Hestbaek, L., Leboeuf-Yde C., & Kyvik, K. (2006) Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. *BMC Musculoskelet Disord*, 16, 7-29.

33. Jones, G. T., Watson, K. D., Silman A. J., Symmons, D. P., & McFarlane, G. J. (2003). Predictors of low back pain in British schoolchildren: a population-based prospective cohort study. *Pediatrics*, *111*, 822-828.
34. Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, *4*(1), 70-79.
35. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). (2013). Orientaciones Técnico Programáticas año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
36. Kendall, F. & Kendall, E. (1985). *Músculos: pruebas y funciones*. Barcelona: Jims.
37. Kendall, E., & Peterson, F. (2000). *Actitud Postural: alineamiento y equilibrio muscular*. En E. Kendall, F. Peterson, *Músculos: pruebas, funciones y dolor postural*, (pp. 69-118). (4ª. Ed.) Madrid, Marban.
38. Kendall, E., Peterson, F., Geise, P., McIntayr M., & Anthony, W. (2008). *Kendall's Musculos, Pruebas Funcionales, Postura y Dolor* (5ª Ed.). España, Merbán, S.L.
39. Knight, G., & Noyes, J. (1999). Children's behaviour and the design of school furniture. *Ergonomics*, *42*, 747-760.
40. La Pierre, A. (1978). *La reeducación física*. Barcelona, España: Científico-Médica.
41. La Pierre, A. (2000). *La reeducación Física*. (6ª Ed.). Barcelona, España: Dossat.
42. Latorre, A., Del Rincón, D. y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona. España. GR92
43. Lau, K. (2013). *Guía completa para pacientes sobre la cirugía para el tratamiento de la escoliosis*. (1ª. Ed.). EE.UU.
44. Lau, K. (2013). *Una guía esencial para la escoliosis y un embarazo saludable*. EE.UU

45. Limon, S., Valinsky, L. J., & Ben-Shalom, Y. (2004). Children at risk factors for low back pain in the elementary school environment. *Spine*. 29: 697-702.
46. López, P. (2009). *La postura corporal y sus patologías: Implicaciones en el desarrollo del adolescente. Prevención y tratamiento en el marco escolar*. Facultad de educación. Universidad de Murcia.
47. Magee, D. (1994). *Ortopedia* (2^a. Ed.). Interamericana, McGraw Hill.
48. Magee, D. (1997). *Assessment of Posture*. En D. Magee, Orthopedic Physical Assessment, (pp. 697-726). Toronto: W,B Saunders Company.
49. Mayan, M. (2001). *An Introduction to Qualitative Methods: A Training Module for Students and Professionals*.
50. Méndez, F., & Gómez-Conesa, A. (2001). Postural Hygiene Program to prevent low back pain. *Spine*. 26 (11), 1280-1286.
51. Milanese, S., & Grimmer, K. (2004). School furniture and the user population: an anthropometric perspective. *Ergonomics*, 47 (4), 416-426.
52. Miles, M. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.
53. Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC) y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2001). Guía de recomendaciones para el Diseño de Mobiliario Escolar. p37
54. Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC) y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2006). Manual de Apoyo para la Adquisición de Mobiliario Escolar. p6
55. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2010). Guía Clínica Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años.

56. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2013a). Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de Salud Infantil (5-9 años) Control de Joven Sano (10-19 años).
57. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2013b). Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Control joven sano.
58. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2014). Norma Técnica, Programa Nacional de Salud de la Infancia.
59. Molano, N (2004). Características posturales de los niños de la escuela "José María Obando" de la ciudad de Popayán. *Revista Digital- Año 10 - N° 70*. Consultado el 20 de Enero del 2015. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd70/postura.htm>.
60. Murphy, S., Buckle, P., & Stubbs, D. (2004). Classroom posture and self-reported back and neck pain in schoolchildren. *Applied Ergonomics*, 35, 113-120.
61. Noreña, A., Alcaráz, N., Rojas, J., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
62. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF*.
63. Orrego, M. & Morán, N. (2014). *Ortopedia y Traumatología Básica*. Santiago, Chile.
64. Padilla, A. (2010). Discapacidad: Contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414.
65. Padilla, V. (2011). Evaluación del tratamiento ortopodológico en el pie plano flexible en niños de tres a cinco años de edad. *Reduca*, 3 (2), 265-288
66. Palmer, M., & Epler M. (1998). *Fundamentals of Musculoskeletal Assessment Techniques*, (pp. 55-75). New York: Lippincott.

67. Parco, A (2012). La postura corporal en educación física. *Revista Arista Digital*. 27, 52-60.
68. Penha, P., Amado, S., Casarotto, R., Amino, C. & Penteado, D.(2005) Postural assessment of girls between 7 and 10 years of age. *Clinics*, 60(1), 9-16.
69. Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención primaria*. 24 (5).
70. Portales, E., Salinas, P., & Undurraga, M. (2006). *La multidimensionalidad de la postura en la práctica profesional kinésica chilena*.
71. Quintana, E., Martín, A., López, N., Romero, A. & Sánchez, J.(2005). Influencia del tipo de jornada escolar en el peso de las mochilas escolares. *Fisioterapia*, 27(1), 6-15.
72. Ramallo, M., & Roussos, A. (2008). *Lo cualitativo, un modelo para la comprensión de los métodos de investigación*. Buenos Aires, Argentina.
73. Rash, P. & Burke, R. (1985). *Kinesiología y anatomía aplicada*. (6ª. Ed.) Barcelona, El ateneo.
74. Rodríguez, C., Lorenzo, O. & Herrera, L. (2005). Teoría práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*. Volumen XV, N° 002. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Ciudad Victoria; México. Pp. 133-154.
75. Rodríguez, G., Flores, J., & Garcia, E. (1996). *Metología de la investigación cualitativa*. Ed. Aljibe, Malaga, España.
76. Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. (2ª. Ed.). España: Ediciones Aljibe.
77. Ruano, J., Palafox, R. & García, N. (2007). Las mochilas en los escolares y su asociación con dolor de espalda. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5 (4), 225-227.
78. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

79. Santonja, Andújar & Ortín. (2006). *Escoliosis en Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia*. Arribas, J; Rodríguez, N; Santoja F; et. al. Madrid, España, Jarpyo Ediciones.
80. Servicio de Araucanía Sur.. (2010).Protocolo de Pie Plano. Recuperado el 22 de Marzo de 2015, de https://www.araucaniasur.cl/uploads/media/PROTOCOLO_DE_PIE_PLANO.pdf
81. Servicio de Salud Araucanía Sur (2011). Protocolo Referencia y Contrarreferencia Síndrome de Dolor Lumbar Puro, Agudo y Crónico.p3
82. Spradley, J.P. (1979). The ethnographic interview. Nueva York: Holt, Rinchart & Winston.
83. Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.
84. Stake, R.E. (1994). Case Studies, In NK Denzin & YS Lincoln (Eds.) Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications.
85. Suárez, M. (2007). El saber pedagógico de los profesores de la Universidad de los Andes Táchira y sus implicaciones en la enseñanza. Universitat Rovira I virgili, ISBN: 978-84-690-7627-9/ DL: T.1383-2007
86. Vanegas, J. & Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el Modelo Biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 51 – 61
87. Vidal, J (2006). *Psiconeuroinmunología*. Madrid: Ube
88. Winter L. (1986). *Ortopedia Pediátrica*. (2ª Ed). Buenos Aires, Panamericana.
89. Yufra, D., & Giordana, G. (2011). Escoliosis idiopática del adolescente en la Provincia de Jujuy, Chequeo selectivo 2007-2009. *Revista Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, Año 76, (pp. 211-223).

Anexos

Anexo N° 1. Pauta de Entrevista JUNAEB

Introducción: Bienvenida y agradecimiento.

Aspectos básicos: duración, tipo de entrevista (no estructurada o en profundidad), funciones de cada uno. Se debe enfatizar la importancia de disponer opiniones espontáneas del entrevistado, transmitiéndole que no se trata de valorar sus respuestas, si están bien o mal. No hay respuestas correctas ni incorrectas a cada pregunta.

Se debe solicitar autorización para grabar, explicando que la finalidad de la grabación es para agilizar la toma del dato (a mano demora más tiempo) y que los usos de la grabación serán sólo a los fines del análisis. **Lectura consentimiento informado.**

Inicio a la entrevista: Breve contextualización general de la investigación y explicar de dónde surge y el propósito de esta (Al entrevistado debe quedarle claro cuál es la finalidad de haber concertado esa entrevista en la que está participando).

Se le solicita a la entrevistada que nos cuente sobre su formación profesional y experiencia laboral desde el momento en que egresó de la Universidad.

1° tema: Fortalezas y debilidades del área de columna del programa de Servicios médicos de la JUNAEB.

Subtemas:

- Vínculo con el programa,
- Aspectos positivos y negativos.

¿Cómo ha sido su experiencia personal y/o laboral con el área de columna del programa de Servicios médicos de la JUNAEB? ¿Cuál es su opinión de este programa?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

2º tema: Relación entre MINSAL y JUNAEB.

Subtemas:

Características de la relación.

Inicio, desarrollo y futuro de la relación.

En el documento llamado Protocolo de Coordinación MINSAL -JUNAEB para la Atención de Salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5 - 9 años) Control de Salud Joven Sano (10 - 19 años) que nos ha sido facilitado por la JUNAEB, se da cuenta de la relación entre el MINSAL y la JUNAEB para la atención de salud escolar. Nos gustaría saber, desde su punto de vista ¿cómo describiría esta relación? ¿Cómo se inició esta relación? ¿Cómo ha sido la relación a través del tiempo? ¿Cómo es su visión de futuro en la relación minsal junaeb? ¿Cómo cree que va a perdurar en el tiempo?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

3º tema: Valoración del Kinesiólogo dentro del área de columna del programa de Servicios médicos de la JUNAEB.

Subtemas:

- Identificación del Profesional Idóneo para la pesquisa y screening.
- Características del Profesional Idóneo.
- Valoración del Profesional Idóneo dentro del programa.

En base a nuestra lectura del documento Orientaciones Técnico Programáticas Año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la JUNAEB, se mencionan roles definidos de distintos profesionales dentro del modelo de atención que incluye Pesquisa y Screening. Entonces, según su visión de la realidad ¿cree ud. que existe un profesional idóneo para realizar esta labor? ¿Qué características cree ud que debe tener este profesional? ¿Cómo debe ser este profesional? ¿Qué valoración cree ud que se le da a este profesional dentro del programa de servicios médicos?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

4º tema: Actualización del documento.

Subtemas:

Opinión, creación, desarrollo y características de los documentos mencionados a continuación.

En los documentos Orientaciones Técnico Programáticas Año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de la JUNAEB y en el Protocolo de Coordinación MINSAL -JUNAEB para la Atención de Salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5 - 9 años) Control de Salud Joven Sano (10 - 19 años) se da cuenta de lo realizado en nuestro país en relación a la evaluación postural, sin embargo no nos queda del todo claro como se realizan estos documentos, entonces ¿Cuál es su opinión en relación a este documento? ¿Qué características debe tener este documento? ¿Qué sabe ud en relación al desarrollo y creación de estos documentos?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

5ª tema: Focalización según curso (7º básico).

En el documento Orientaciones Técnico Programáticas Año 2013 de la JUNAEB menciona que en el programa de Servicios médicos de la JUNAEB se establecen 4 criterios de focalización de la atención para la población objetivo de este programa, uno de estos criterios es la focalización según curso, la cual debe verse reflejada nivel de screening y a nivel de ingreso de especialistas. Para el área de columna se plantea una focalización en 7º básico, 85% de la pesquisa proviene de este curso. Entonces, desde su visión ¿por qué cree ud que este programa está focalizado en 7º básico?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema

6º tema: Investigación y evidencia de la evaluación postural en nuestro país.

Subtemas:

- Opinión sobre investigaciones y evidencia disponible en relación a la evaluación postural en nuestro país.
- Desafíos para futuras investigaciones.
- Desafíos para el área de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB.

¿Cuál es su opinión sobre las investigaciones y evidencia que hay disponible sobre la evaluación postural en nuestro país? ¿Qué desafíos plantearía ud para futuras investigaciones en el tema? ¿Qué desafíos plantearía ud para el área de columna del programa de Servicios médicos de la JUNAEB?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema

Cierre: Comentario final, algo que no hayamos considerado. Se le informa sobre la transcripción de la entrevista, proyecciones y agradecimientos.

Anexo N° 2. Pauta de Entrevista MINSAL

Introducción: Bienvenida y agradecimiento.

Aspectos básicos: duración, tipo de entrevista, funciones de cada uno. Se debe enfatizar la importancia de disponer opiniones espontáneas del entrevistado, transmitiéndole que no se trata de valorar sus respuestas, si están bien o mal. No hay respuestas correctas ni incorrectas a cada pregunta.

Se debe solicitar autorización para grabar, explicando que la finalidad de la grabación es para agilizar la toma del dato (a mano demora más tiempo) y que los usos de la grabación serán sólo a los fines del análisis. **Lectura consentimiento informado.**

Inicio a la entrevista: Breve contextualización general de la investigación y explicar de dónde surge y el propósito de esta (Al entrevistado debe quedarle claro cuál es la finalidad de haber concertado esa entrevista en la que está participando).

Se le solicita a la entrevistada que cuente sobre su formación profesional y experiencia laboral desde el momento en que egresó de la Universidad.

1° tema: Fortalezas y debilidades Programa nacional de salud de la infancia y el Programa de salud integral adolescentes y jóvenes.

Subtemas: Opinión, aspectos positivos y negativos del programa

¿Cómo ha sido su experiencia personal y/o laboral con el área de ortopedia del Programa Nacional de Salud de la Infancia y con el examen físico y de columna del Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes? ¿Cuál es su opinión de estos programas?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

2° tema: Relación entre MINSAL y JUNAEB.

Subtemas: Inicio, desarrollo y futuro Relación MINSAL JUNAEB.

En el documento llamado Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de Salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5 - 9 años) Control de Salud Joven Sano (10 - 19 años), se da cuenta de la relación entre el MINSAL y la

JUNAEB para la atención de salud escolar. Nos gustaría saber, desde su punto de vista ¿cómo describiría esta relación? ¿Cómo se inició esta relación? ¿Cómo ha sido la relación a través del tiempo? ¿Cómo es su visión de futuro en la relación? ¿Cómo cree que va a perdurar en el tiempo?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

3º tema: Valoración del Kinesiólogo dentro del Programa Nacional de Salud de la Infancia y el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.

Subtemas:

- Identificación del Profesional Idóneo para la pesquisa y screening.
- Características del Profesional Idóneo.
- Valoración del Profesional Idóneo dentro del programa.

El MINSAL realiza un control de salud al estudiante a través del Programa nacional de salud de la infancia y el Programa de salud integral adolescentes y jóvenes. Dentro de las múltiples estrategias y prestaciones que engloban estos programas, se encuentra el control de salud escolar y el control joven sano, respectivamente. En estos se contemplan aéreas como ortopedia y un examen físico, en este último específicamente se incluye un examen de columna. Considerando esto, nos gustaría saber, desde su visión de realidad, ¿cree ud que existe un profesional idóneo para realizar esta labor? ¿Qué características cree ud que debe tener este profesional? ¿Cómo debe ser este profesional? ¿Qué valoración cree ud que se le da a este profesional dentro de estos programas?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

4º tema: Actualización del documento.

Subtemas: Opinión, creación, desarrollo y características de los documentos mencionados a continuación.

En los documentos Orientaciones Técnico Programáticas Año 2013, del Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB y en el Protocolo de Coordinación MINSAL-JUNAEB para la Atención de Salud Escolar en Establecimientos Educativos, Control de salud infantil (5 - 9 años) Control de Salud Joven Sano (10 - 19 años) se da cuenta de lo realizado en nuestro

país en relación a la evaluación postural, sin embargo no nos queda del todo claro como se realizan estos documentos, entonces ¿Cuál es su opinión en relación a este documento? ¿Qué características debe tener este documento? ¿Qué sabe ud en relación al desarrollo y creación de estos documentos?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema.

5º tema: Investigación y evidencia de la evaluación postural en nuestro país.

Subtemas:

- Opinión sobre investigaciones y evidencia disponible en relación a la evaluación postural en nuestro país.
- Desafíos para futuras investigaciones.
- Desafíos para los programas consultados anteriormente.

¿Cuál es su opinión sobre las investigaciones y evidencia que hay disponible sobre la evaluación postural en nuestro país? ¿Qué desafíos plantearía ud para futuras investigaciones en el tema? ¿Qué desafíos plantearía ud tanto para el área de ortopedia del control de salud escolar como para el examen físico, específicamente de columna, del control joven sano?

Refuerzo, confirmación y cierre del tema

Cierre: Comentario final, algo que no hayamos considerado. Se le informa sobre la transcripción de la entrevista, proyecciones y agradecimientos

Anexo N° 3. Ficha de screening de columna del Programa de Servicios Médicos de JUNAEB

JUNAEB
Programa Salud del Estudiante

Screening Columna
PROGRAMA SALUD DEL ESTUDIANTE

FECHA DE ATENCIÓN

REGIÓN

Sexo: MASC.
FEM.

R.U.N. NIÑO:

Curso:

FECHA DE NACIMIENTO:

FONO:

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

DERIVACION JUNAEB

ALIANZA

APS

R.B.D. ESCUELA

NOMBRE DE LA ESCUELA

COMUNA

Previsión Fonasa:

A	ISAPRE	1	CHILE SOLIDARIO	TIPO SCREENING: BARRIDO	PESQUISA	OTRO
B	OTRA	2	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LUGAR ATENCIÓN: ESCUELA	CONSULTA	OTRO
C	PREVISION	3				
D						

POR KINESIOLOGO

COLUMNA ALTERADA NORMAL

TEST DE ADAMS (+) (-)

DORSO CURVO SI NO

ESCALA VISUAL ANÁLOGA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SIN DOLOR


DOLOR LEVE


DOLOR MODERADO


DOLOR SEVERO


DOLOR MUY SEVERO


MÁXIMO DOLOR


EVA OBSERVACIONES: _____

EVALUACIÓN:		DERIVACIÓN TRAUMATÓLOGO	
SANO	1	SI	1
ALTERADO	6	NO	2
OTRO	<input type="text"/>		

ORIGINAL: PRESTADOR JUNAEB

Imprenta Milán Graf - Fono: 25550400

RUT, FIRMA Y TIMBRE PROFESIONAL QUE EVALUA

Anexo N° 4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Consentimiento informado

(Aplicación de entrevista)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio: “Situación actual de la evaluación postural en el sistema educativo chileno. Implicancias kinesiológicas”, proyecto de tesis para obtener el grado de licenciados en Kinesiología de los estudiantes Marcelo Pablo Elgueta Beltrán, José Luis Galleguillo López y Angelo Alfredo Lizama Bernal, cuyo director de tesis es el académico Enrique Humberto Portales Tapia, académico de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de esta investigación es conocer la situación actual de la evaluación postural en niños que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

Si acepta participar en este estudio se realizará una entrevista semi-estructurada, cuyo audio será grabado con el objetivo recopilar y respaldar la información necesaria para este estudio. Este registro será resguardado por el tesista José Luis Galleguillo López.

La entrevista será en una única oportunidad y de manera individual por los respectivos investigadores y el tiempo estipulado de ella es 60 minutos aproximadamente. Esta entrevista se realizará en las dependencias de la JUNAEB: Antonio Varas 153, Providencia, Santiago.

Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La información será utilizada solo para fines de esta investigación. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista a responder. La entrevista será transcrita y codificada. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y su presentación será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a la percepción de las fortalezas y debilidades del programa de áreas de servicios médicos de la JUNAEB y la relación que tiene el programa de áreas de servicios médicos de la JUNAEB con el MINSAL,

identificación del perfil del profesional que participa en el programa del área de servicios médicos de la JUNAEB, determinar un lenguaje común en los diferentes documentos relacionados con la evaluación postural y la importancia del estado de desarrollo y/o la edad en el screening de la evaluación postural.

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con el director de tesis, Kinesiólogo Enrique Humberto Portales Tapia a su mail institucional enrique.portales@umce.cl.

Si desea efectuar consultas respecto de sus derechos como participante puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a través de la Dirección de Investigación de la UMCE al teléfono 22412441, o al correo electrónico comite.etica@umce.cl

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio “Situación actual de la evaluación postural en el sistema educativo chileno. Implicancias kinesiológicas”.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo N° 5. Acta de protocolo del comité de ética UMCE



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE PROTOCOLO DEL COMITÉ DE ÉTICA UMCE

1. MIEMBROS DEL COMITÉ:

1. Dra. Elba Acevedo Jones. Profesora Titular. Depto. Biología. UMCE
2. Profesora Mg. Dina Escobar Guic. Profesora Asociada. Depto. de Historia y Geografía. UMCE
3. Dr. Vicente Castro. Profesor Asociado. Depto. Química. UMCE
4. Dr. Marcelo González Orb. Profesor Titular. Depto. Educación Física, Deportes y Recreación. UMCE.
5. Dra. Verónica Vargas Sanhueza. Profesora Titular. Dpto. Kinesiología. UMCE
6. Dra. Liliana Belmar Bizama. Profesora Titular. Dpto. Castellano. UMCE
7. Dra. Nolfi Ibáñez Salgado. Profesora Titular. Dpto. Educación Diferencial. UMCE
8. Dra. Graciela Muñoz Zamora. Profesora Asociada. Dpto. Educación Parvularia. UMCE

2. TÍTULO DEL PROTOCOLO: Tesis de pre-grado

Situación actual de la evaluación postural en el sistema educativo chileno. Implicancias kinesiológicas.

3. CARRERA: Kinesiología

4. FECHA DE REVISIÓN: 08-01-15

5. ESTUDIANTES: Marcelo Elgueta Beltrán, José Luis Galleguillo, Ángel Lizama Bernal

6. PROFESOR GUÍA: Enrique Portales

7. FECHA DE INICIO Y TERMINO DE LA INVESTIGACIÓN: agosto de 2014 a marzo 2015

8. DOCUMENTOS QUE SE REVISARON: Carta de autorización del Director de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), un consentimiento informado para aplicación de entrevistas y el proyecto.

9. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO: Develar la situación actual de la evaluación postural en niños que cursan la educación básica en el sistema educativo chileno.

10. PROPIEDAD EN LA REDACCIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS (cumplimiento de la normativa nacional vigente): La investigación presenta una Carta de autorización del Director de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), y un consentimiento informado dirigido a kinesiólogos y otros profesionales expertos en evaluación postural como a personal vinculado con la realización e implementación de los programas ministeriales y políticas públicas sobre evaluación postural en educación básica, que explica las pruebas que se realizarán y la garantía de confidencialidad de los resultados. Este documento es explícito en señalar los objetivos de la investigación, sus alcances y las formas cómo se resguardarán los derechos de los participantes, explicando además, claramente, en qué consiste la técnica de recogida de datos y qué implica para los colaboradores, así como también cautela la confidencialidad de los datos recogidos. Por tanto este Comité considera que la investigación cautela la protección de los participantes, la que está debidamente asegurada, y que el proyecto cumple con los requerimientos y los protocolos éticos para la investigación con humanos

Campus Macul | Av. José Pedro Alessandri 774, Ñuñoa, Santiago
Teléfono: (56-2) 2412441 | Fax: (56-2) 2412699 | Correo electrónico: direccion.investigacion@umce.cl



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

establecidos en la Ley 20.120 sobre Investigación Científica en el Ser Humano, Ley 20.584 sobre los Derechos de los Pacientes en Salud y en la Ley 19.628 sobre la Protección de la Vida Privada.

11.RESULTADO: APROBADO 08-01-15

FIRMA COMITÉ DE ÉTICA UMCE

Dra. Verónica Vargas S.
Fac. Artes y Educación Física
Diplomado en Bioética
Universidad Finis Terrae
PRESIDENTA CEC UMCE