

**EDITORIAL**

La Salud infantil en Chile, de cara a un nuevo ciclo político social

**ORIGINALES**

Derechos de participación durante los dos primeros años de vida  
Impacto en desarrollo en adolescentes en vulnerabilidad social  
Derecho al tiempo, derecho al cuidado

**DOSSIER OCTUBRE CHILENO 2019**

## COLEGIO MÉDICO DE Chile (AG)

Presidenta	Dra. Izkia Siches Pastén
Vicepresidente	Dr. Patricio Meza
Secretario General	Dr. José Miguel Bernucci
Prosecretario	Dra. Inés Guerrero
Tesorero General	Dr. Jaime Sepulveda

Editor Jefe	Yuri Carvajal B. Médico Cirujano. Doctor en Salud Pública. Profesor Asistente, Universidad de Chile.
Editor Asociado	Claudio Pérez O. Médico. Residente de Medicina Interna. Universidad de Santiago. Hospital San José

### Comité Editor

María Paz Bertoglia	Kinesióloga, Magíster en Epidemiología. Magíster en Bioestadística. Estudiante de doctorado en Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile
Sebastián Godoy Rivas	Sociólogo.
Cleofe Molina Alvarez.	Médico-Cirujano, Universidad de Chile, Especialista en Pediatría, especialista en Gerencia para el Desarrollo, Flacso-Chile. Escuela de Medicina. Universidad de Santiago de Chile.
Sebastián Moller	Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica
Carlos Montoya-Aguilar.	Médico pediatra. Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.
Iván Serra Canales.	Médico Cirujano. Epidemiólogo. Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.
Jaime Sepúlveda Salinas.	Médico Pediatra, egresado Magister Sociología, Diplomado en Salud Ocupacional y en Gestión en Salud. Dpto de Salud Pública, Consejo Regional Santiago. Colegio Médico de Chile
Ruth Urrutia	Doctora en Ciencias de la Educación mención Educación Intercultural, Universidad de Santiago. Magister en Gerencia y Políticas Públicas, Universidad Adolfo Ibáñez. Profesora de Filosofía, Universidad de Concepción.
Mírtha Palma	Doctora en Ciencias Farmacéuticas, Universidad de Chile. Química Farmacéutica, representante Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile AG.
René Miranda	Químico Farmacéutico, representante Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile AG.

### Editor adjunto temático

Fernando González	Presidente Comisión de Infancia Colegio Médico de Chile.
-------------------	--

Secretaría:	Bibliotecaria Jocelyn Novoa J. cms@colegiomedico.cl
-------------	--

Fotografías de portada	“Mar libre”. Acuarela sobre papel, Santiago, 2019 Sofía Zúñiga Montenegro. 7 años La artista es hija de doña Marlene Montenegro Navarrete, psicóloga de la Universidad de Valparaíso, integrante de Centro Integral por los Derechos de Niño (Corporación de Asistencia Judicial) y el Dr. Carlos Zúñiga Inostroza, neurocirujano de la Universidad de Chile, miembro Departamento de Neurocirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile.
------------------------	---

Cuadernos Médico Sociales, revista de salud pública del Colegio Médico de Chile. Fundada en el año 1959.

Publicación trimestral.

Cuadernos Médico Sociales

2019; Vol. 59, N°3 y 4

Esmeralda 678, Santiago de Chile.

Producción  
Palco Comunicaciones  
contacto@palco.cl

Impresión  
Andros Impresores

ISSN 0716-1336

Cuadernos Médico Sociales

2019; Vol 59 N°3 y 4

Acceso al texto completo en el sitio: <http://cms.colegiomedico.cl>

## ÍNDICE

### ESPACIO EDITORIAL

Editorial 5  
*Fernando González*

### ARTÍCULOS ORIGINALES

#### TEMA ESPECIAL: INFANCIA Y SALUD

Derechos de participación durante los dos primeros años de vida 9  
*María José Varela*

Salud Infantil en Primeras Naciones “De la priorización de la infancia, los niños indígenas también...” 25  
*Nelson Vergara*

Aportes epistemológicos para el análisis de la producción científica biomédica en torno a la niñez 33  
*Josefina Larraín*

Impacto en desarrollo en adolescentes en vulnerabilidad social 43  
*Paz Robledo*

Salas y experiencias sobre lactancia en Hospitales y Clínicas de Chile 57  
*Francisca Crispi, Valentina Pantoja, Florencia Venegas, Francisca Morales*

Aspectos sanitarios, psicopedagógicos, sociales y de derechos en la escolarización 65  
*Iván Silva*

### ARTICULOS DE OPINIÓN

Gradiente social y mortalidad infantil, en Santiago de Chile 73  
*Fernando González*

¿Niñas o adultas? La invisibilización de las adolescentes en el proceso de atención de salud y gestación y parto 77  
*Alexandra Obach, Michelle Sadler*

Diabetes tipo 2 en niños y jóvenes: añadiendo la perspectiva de desigualdad socioeconómica a la discusión actual 81  
*Manuel Ortiz, Báltica Cabieses, Paula Repetto*

Derecho al tiempo, derecho al cuidado <i>Vinka Jackson, Constanza Quintanilla, Ignacio Fuentes</i>	85
El relato de La Minga de un Hospital pediátrico, como proceso transformador <i>María Begoña Yarza, Fernando González, Claudia Hermosilla, Thelma Suau, Elsa Peralta, Claudio Del Canto, Francisca Cortés, Paz Delgado, Andrea Mena, Francisca González, Pablo Hermansen</i>	97
<b>CRÓNICAS</b>	
El enemigo del pueblo: una conversación en el Colegio Médico Regional de Arica <i>Yuri Carvajal</i>	113
Experiencia de Formación de NNA Líderes en Ciudadanía: NNA de Calama construyen la Ley de Protección Integral <i>Iván Silva, Andrea Garmendia, Juan Cayo</i>	115
<b>CARTAS AL EDITOR</b>	
Rol de la Subsecretaría de la Niñez en la salud y bienestar de niñas y niños chilenos <i>Carol Bown</i>	121
Avances y brechas a un año de la creación de la defensoría de la niñez <i>Patricia Muñoz</i>	123
30 años de CDN: Chile en deuda con la dignidad y derechos de niñas y niños <i>Francis Valverde</i>	125
Políticas de salud mental contra la violación de los derechos humanos de los niños en Chile <i>Alejandra Zúñiga, Mónica Zúñiga</i>	127
La deuda en salud a 30 años <i>María Begoña Yarza</i>	129
Abuso sexual infantil <i>Ignacio Fuentes, Constanza Quintanilla, y Vinka Jackson</i>	131
<b>EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA</b>	
Visión retrospectiva de la salud de la infancia en Chile a través de Cuadernos Médico Sociales: 1960-2010 <i>Carlos Montoya</i>	133
Victorino Farga, un maestro ejemplar <i>Manuel Zúñiga</i>	135
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
<b>Especialidades Médicas</b>	
Las especialidades médicas en Chile. 2019: mirando al futuro <i>Oscar Román</i>	141
<b>RESEÑAS</b>	
<b>DOSSIER OCTUBRE CHILENO 2019</b>	
<i>Miguel Kotton, Jaime Sepúlveda, Yuri Carvajal, Jorge Pacheco, René Miranda, Mirtha Parada, Sebastián Espinoza, Nicolás Schiappacasse, Aníbal Vivaceta, Cleofe Molina, Pablo Cox Vial</i>	153
<b>INSTRUCCIONES DE PUBLICACIÓN</b>	<b>196</b>

**Titles are given in Spanish and English.**

**Las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad de los autores.**



## Editorial

# La Salud infantil en Chile, de cara a un nuevo ciclo político social

Dr. Fernando González<sup>1</sup>

**E**n el siglo XX, Chile presentó el descenso más significativo de la tasa de mortalidad infantil del continente, llevando a posicionarlo como el referente con la menor tasa de la región. Son reconocidas internacionalmente las políticas públicas que permitieron alcanzar estos resultados, desde la supervisión de la salud materno-infantil de los años 20' del Dr. Cruz-Coke, sumado a estrategias universales de inmunización, mejora de la educación de las madres y el control de la fecundidad. Estas fueron seguidas del programa nacional de alimentación complementaria del Servicio Nacional de Salud, y actualmente el desarrollo de unidades de alta complejidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales han permitido elevar la sobrevivencia de pacientes que antes fallecían. Con el cambio de siglo, y desafiados por las estrategias globales promovidas por organismos internacionales como el modelo de “determinantes sociales de la salud” y la presencia de “salud en todas las políticas”, Chile ha avanzado en nuevas estrategias intersectoriales que apuntan a una protección efectiva de la primera infancia y a la promoción de contextos saludables para facilitar un pleno desarrollo de todos los niños y niñas. Conocidos ejemplos exitosos de este tipo de iniciativas han sido la política intersectorial Chile Crece Contigo, la promulgación de la Ley que extiende el período postnatal a veinticuatro semanas y el establecimiento de acceso obligatorio a jardín infantil. Estas tres estrategias han demostrado muy buenos resultados globales en relación al desarrollo infantil de niños y niñas. Sin embargo, detrás de estos indicadores sobresalientes, hay dos grandes consideraciones que ocultan estos promedios y que debemos conocer.

En primer lugar: qué representan estas

estadísticas. Si bien la tasa de mortalidad infantil y los puntajes de desarrollo infantil están reconocidos como buenos proxies de nivel de salud poblacional, hay que reconocer que son solo una imagen del momento -o del período descrito-, y por tanto este tipo de evaluación está lejos de representar la perspectiva de curso de vida, ni la calidad de vida, ni la percepción de salud de la población. Estos son elementos que deben ser monitorizados activa y dirigidamente, ya que estos son los que determinan los hábitos insanos, y conductas de riesgo, que llevan a la acumulación de una carga de enfermedad que no estamos sabiendo mensurar, y de lo que ya estamos viendo sus primeras consecuencias. Las tendencias ascendentes de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles explican el incremento de las muertes prematuras y años de vida saludables perdidos en la población general, pero también en la población infantil las elevadas cifras de malnutrición por exceso -sobrepeso y obesidad-, las que actualmente superan el 50% de la población infanto-juvenil, auguran un futuro aun más ominoso. Por otro lado, en materia de salud mental infantil, el número creciente de suicidios, homicidios, siendo la primera causa de muerte en población entre 10 y 19 años, y el consumo problemático de alcohol y drogas que se relaciona directamente a ella, dan explicación a un importante número de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP). En esta misma materia, en Chile tampoco se está dando cuenta de la magnitud, tanto en frecuencia como en intensidad, de los eventos adversos de la niñez a los que son expuestos niños, niñas y adolescentes, con una creciente población infantil que, para ser protegida, debe quedar bajo la tutela del estado en una institución, como el SENAME, que sabemos que no

---

1 Presidente Comisión de Infancia Colegio Médico A.G.

está logrando garantizar la protección efectiva, ni menos la reparación de esta población en extremo vulnerable y profundamente vulnerada.

En segundo lugar, existe el riesgo latente de que, al analizar los resultados, caigamos en la *falacia ecológica* que ocurre cuando los datos estadísticos se interpretan como si todos los integrantes compartieran las mismas características, siendo que no es así. Cuando no se realizan análisis agregados, y no se consideran los contextos particulares, se soslayan los grupos marginados. El mejor ejemplo de ello está expuesto en el presente número, en que se muestra la gran heterogeneidad existente entre las comunas de la región metropolitana en el decenio 2005-2014. Si realizáramos un análisis estadístico por poblaciones específicas como lo son poblaciones indígenas, migrantes, o con mayor prevalencia de pobreza multidimensional, probablemente las brechas serían aun mayores. En este sentido, los promedios no solo ocultan las brechas, sino que también silencian las inequidades. Chile es un país tremendamente desigual, lo cual está respaldado por coeficiente de GINI, en comparación con países de la OCDE. Por tanto, quedarse con el éxito de tener una de las menores tasas de mortalidad infantil de la región, es negar la gran inequidad que existe en el país.

En la actualidad, la gran brecha existente entre los dos subsistemas de salud -público y privado-, así como la brecha significativa en la calidad entre la educación pública y la privada, el sistema de pensiones, entre otros conflictos como la legitimidad de la clase política han llevado a Chile a la mayor crisis política y social que ha vivido desde su retorno a la democracia en 1990. La concentración de la riqueza, una clase media endeudada que debe pagar educación y salud, un bajo nivel de movilidad social, un sistema tributario faliente con una baja redistribución post impuestos, y que no modifica mayormente la brecha de desigualdad existente, hizo que más de 1 millón de ciudadanos salga a las calles a exigir reformas estructurales en Santiago de Chile. En suma, uno de cada 5 ciudadanos chilenos se movilizó en este “estallido social”, y no debemos olvidar que todo esto comenzó por la evasión masiva de jóvenes secundarios en los torniquetes del metro.

Urge la creación de políticas de estado consistentes, que ataquen directamente la inequidad existente en el país para avanzar en vías institucionales que permitan superar esta crisis. Existe evidencia contundente de que políticas públicas tienen efectos favorables no solo en la reducción de la desigualdad, sino que también en la

disminución de la pobreza. Las áreas en que se ha demostrado más fuertemente buenos resultados son aquellas que apuntan a desarrollo infantil temprano, atención médica universal, y acceso universal a educación de calidad, las que reducen las brechas cognitivas, nutricionales y del estado de salud, lo que a su vez en conjunto reducen las desigualdades en el desarrollo del capital humano, siendo más marcado el beneficio en los socialmente más desfavorecidos. Un ejemplo de ello es un estudio de desarrollo infantil temprano realizado en Chicago en los años 80 que demostró que los beneficios netos de por vida por participante del “Programa de estimulación infantil temprana” en relación con el grupo de control fue de US \$ 78,000. Otros programas para preescolares evaluados en los Estados Unidos sugieren que la relación costo-beneficio fue de US \$ 6.00 – US \$ 7.00 por US \$ 1.00 invertidos. Por otro lado, un eficiente sistema tributario, tiene directo efecto redistributivo, logrando una corrección del coeficiente de GINI de hasta 20 puntos en algunas economías de la Unión Europea. La evidencia de los beneficios de tales intervenciones es alentadora. Sin embargo, el éxito se juega en los detalles, por lo tanto, la adaptación a los contextos locales y la pertinencia cultural con las que se implementan son claves para lograr los resultados.

En el contexto de lo señalado, en un país que atraviesa una profunda crisis político-social, la cual fue gatillada precisamente luego de la manifestación masiva de jóvenes movilizados, en respuesta a un sistema de vida inmensamente desigual, en donde salud no está ajena, es menester volver nuestra mirada a los niños, niñas y adolescentes, y partir por ellos. Esta es la oportunidad para reconocerlos como actores sociales, sujetos de derechos, los cuales deben ser garantizados hoy, y que aquellos que han vivido o están viviendo vejaciones, puedan ser identificados, protegidos y reparados prontamente. Para ello es fundamental contar con un *Sistema de monitoreo y vigilancia* efectiva y eficiente, que identifique oportunamente poblaciones de riesgo, niños que estén siendo vulnerados en sus derechos, la instalación de conductas de riesgo en familias y comunidades, de modo de establecer intervenciones tempranas y de alta efectividad demostrada, para evitar la perpetuación de estas dinámicas en población infanto-juvenil. Así como la prevención de las vulneraciones de derecho debe ser la primera prioridad, esto exige un sistema de respuesta oportuna, que permita actuar a tiempo en la protección efectiva en cada caso. Inmediatamente se debe iniciar el proceso

de reparación por un equipo especializado, orientado a la restitución de derechos la cual debe estar en manos de una institucionalidad sólida, de alto nivel técnico y legitimada socialmente, que promueva un intercambio de información holístico, multidimensional y no estigmatizante entre todos los profesionales relacionados, para ser el corazón de una política de atención informada sobre trauma con una fuerte y clara orientación a la reinserción efectiva de cada niño en sus territorios y comunidades.

Avanzar en programas y políticas intersectoriales, con enfoque de derechos, que apunten a una protección efectiva, y promoción de contextos saludables para que puedan tener optimas condiciones para un pleno desarrollo, y de esa manera promuevan el desarrollo del capital humano. Se debe continuar en esta senda del Chile Crece Contigo, pero dotando de mayores herramientas y autonomía a la institucionalidad existente para que se pueda hacer exigible el cumplimiento de los derechos de la niñez en todos los territorios del país. La visión renovada del desarrollo del

capital humano, presentado por el premio Nobel de economía Amartya Sen en los años 90, obliga a reevaluar nuestras políticas públicas en función de como estamos dotando a la niñez de habilidades y conocimientos que aumenten sus grados de libertad. Para que esta pueda ser efectiva, exige más de las autoridades e instituciones en cuanto a la capacidad que tengan éstas de articularse intersectorialmente en los territorios. En palabras de Sen, *“Si se da énfasis a la expansión de la libertad humana para vivir el tipo de vida que la gente juzga valedera, el papel del crecimiento económico en la expansión de esas oportunidades debe ser integrado por una comprensión más profunda del proceso de desarrollo, como la expansión de la “capacidad humana” para llevar una vida mas libre y digna”* . La expansión de las cualidades humanas encuentra su centro en el trabajo articulado de los actores sectoriales en cada territorio, con un enfoque de derechos y en clave de los determinantes sociales de la salud desde la primera infancia, e incluso antes, desde la gestación, con una perspectiva de ciclo vital.



# Derechos de participación durante los dos primeros años de vida

## Participation rights in the first two years of life

María José Varela<sup>1</sup>

### RESUMEN

---

**E**l presente trabajo explora las especificidades para el ejercicio de los derechos de participación de niños y niñas, durante los dos primeros años de vida. Se concluye la urgente necesidad de integración de los bebés, niñas y niños pequeños en la esfera de lo público y otorgar lugar a su condición de actores sociales. Adicionalmente, la capacidad para la elaboración de un juicio propio y su libre expresión, está determinada por vivencias tempranas que posibiliten el reconocimiento y emergencia del ser. Quedando ello supeditado a la experiencia intersubjetiva y sensibilidad de los cuidadores primarios, éstos deben recibir la asistencia y apoyo requeridos para cumplir su rol, el cual se ve comprometido por factores culturales, sociales y subjetivos. Espacios públicos para el encuentro, reflexión y conversación en torno a la crianza, resultan elementales para redistribuir la responsabilidad colectiva que conlleva esta labor y para ofrecer desde el comienzo de la vida, experiencias fundantes de participación. Garantizar el derecho a la participación de niños y niñas durante los dos primeros años de vida, se revela como una herramienta clave en la prevención de trastornos y vulneraciones.

**Palabras clave:** *Convención sobre los Derechos del Niño, Participación, Cero a Dos años, Actores Sociales, Intersubjetividad, Legítimo Otro.*

### INTRODUCCIÓN

---

La protección del desarrollo íntegro de los niños y el garantizar sus derechos, son aspectos profusamente imbricados. La Convención sobre los Derechos del Niño logra incorporar cuatro tipos de derechos: Culturales, Civiles, Políticos y Sociales. Estos últimos, están vinculados a la supervivencia, seguridad, bienestar y educación, manteniendo a los niños dependientes de la familia y el Estado. Aun cuando hay enormes tareas pendientes en este sentido, suelen ser de más fácil comprensión y aceptación. Los otros, en cambio, apuntan a libertad individual y participación, lo que hace que su puesta en práctica constituya un desafío muy particular, puesto que tienden a entrar en contradicción con la lógica proteccionista y significan la ruptura de patrones socioculturales fuertemente arraigados.

Mayor dificultad reviste aún el cumplimiento de los derechos de participación en etapa anterior al desarrollo de la expresión verbal y en momentos de dependencia total del sujeto. No obstante, el principio de No-Discriminación, mandata claramente su realización.

El presente estudio tiene como propósito explorar las características y particularidades de la participación durante los dos primeros años de vida, e indagar acciones y mecanismos a través de los cuales resulte posible promover efectivamente el ejercicio del derecho a la participación de niños y niñas entre cero y dos años de edad.

La atención a las causas estructurales asociadas al incumplimiento de los derechos, debe declararse como un aspecto central. El Comité de los Derechos del Niño (2005) recalca que los primeros dos años de vida son cruciales; base para la salud física y mental de niños y niñas. El desarrollo en esta etapa es marcadamente

---

Recibido el 30 de junio de 2019 . Aceptado el 25 de noviembre de 2019

<sup>1</sup> Psicóloga Universidad Católica de Chile. Especialización Clínica en etapas Perinatal, Niñez y Adolescencia. Diplomada en Niñez y Políticas Públicas, Universidad de Chile. Correspondencia a: mariajosevarelav@gmail.com

acelerado, quedando los niños y niñas en condición de mayor vulnerabilidad frente a probables factores de riesgo. Desafortunadamente, la primera infancia concentra las tasas más alarmantes de desigualdad y pobreza en Chile (ONA, 2016).

Los primeros años de crianza son especialmente complejos, con responsabilidades parentales intensas y nuevos desafíos. Esto se suma a una tendencia al aislamiento y escaso soporte psicosocial.

Las experiencias y vínculos inaugurales, son centrales en la vida de los niños y niñas, por lo que el apoyo y asistencia a las familias con bebés, niños y niñas pequeñas, debe constituir un asunto prioritario. Se asume este, como un periodo esencial para la realización de los derechos.

En el presente estudio, se revisará someramente la Convención sobre los Derechos del Niño en asociación a la crianza como constructo sociocultural. Luego se analizarán los derechos de participación concertados, identificando algunas precisiones y definiciones relevantes para su realización durante los primeros dos años de vida.

Se desarrollará ampliamente las implicancias de la integración de los bebés, niños y niñas pequeñas en la esfera de lo público y lo cultural, como también, los requerimientos para el desarrollo del juicio propio y capacidad para la libre expresión.

Finalmente, precisar que en todo momento se procurará nombrar a los adultos significativos o cuidadores centrales, como los responsables de la tarea de criar. Cuando se hable de “madre”, se estará aludiendo a una función, una relación primordial en la vida de los niños y niñas, muy afín a la definición desarrollada desde la biología del amor: *“Mujer u hombre que cumple en la convivencia con un niño o niña la relación íntima de cuidado que satisface sus necesidades de aceptación, confianza, y contacto corporal, en el desarrollo de su conciencia de sí y su conciencia social”*. (Maturana & Verden-Zöllner, 2007).

## **I. CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y CRIANZA COMO CONSTRUCTO SOCIOCULTURAL**

---

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), mandata a los Estados Parte a respetar cada uno de los derechos enunciados a todo ser humano menor de 18 años, sin distinción alguna.

Con todas las limitaciones que pueden aducirse, el tratado constituye un piso mínimo sobre el cual situarnos como humanidad en el reconocimiento de niñas y niños como sujetos de derecho y es considerado un instrumento con amplio valor

para el fomento del desarrollo integral, ofreciendo un marco a los Estados para su implementación.

Mediante la ratificación de la CDN, los niños, niñas y adolescentes (NNA) dejan de estar a merced de los adultos que forman parte de sus contextos inmediatos, propensos muchas veces a condiciones adversas, que se mantienen veladas e inclusive validadas en el ámbito de lo privado.

Se asume, al mismo tiempo, la responsabilidad central de la familia en la crianza, con la debida corresponsabilidad de ambos padres, pero se garantiza que los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada para el desempeño de sus funciones y que adoptarán las medidas adecuadas para ayudar a los adultos responsables a propiciar el desarrollo óptimo de NNA y el cumplimiento de sus derechos (Artículos 18 y 27). Es decir, la asistencia y ayuda a las familias para desplegar condiciones de crianza que aseguren el bienestar integral de los niños y niñas, constituye un mandato ineludible para los Estados Partes, garantes principales de sus derechos.

El eje rector de toda valoración y decisión que se tome a este respecto, es el *Interés Superior del Niño*, que junto con la *No-Discriminación*, el *Derecho a la Supervivencia y el Desarrollo*, y la *Participación*, conforman los cuatro principios generales de la Convención (Save the Children, 2005).

Dado que los derechos pertenecen a los niños y niñas, atraviesan todos los contextos en los que estos se desenvuelven (Lansdown, 2005) y, por tanto, la responsabilidad debe asumirse como compartida.

Este hecho esencial, gatilla que se enciendan rápidamente las alarmas ante la escasez o incluso ausencia de políticas universales en materia de niñez, así como frente a las tareas pendientes en torno a la promoción de los cambios socioculturales necesarios para una comprensión transversal de las repercusiones de la Convención.

La infancia debe ser entendida no sólo como una etapa del ciclo vital, sino también, como *“una parte permanente y estable de cualquier estructura social, aunque los individuos que la pueblen se renueven constantemente. La infancia es el tiempo en el que los seres humanos son tratados como niños y viven su vida como niños”*. (Gaitán, 2014, pág. 22).

La niñez, la crianza, la maternidad y la paternidad, son construcciones socioculturales, susceptibles de ser modificadas y redelineadas. Incluso las etapas del desarrollo se definen de modos muy diversos dependiendo de cada cultura. Esta consideración, lejos de permitir una relativización extensiva, nos demanda un profundo respeto por la

diversidad de prácticas, condiciones y significaciones culturales, junto con la necesidad de adentrarnos profundamente en la realidad que habitan los niños y las niñas, más, la ardua tarea de pensarnos de modo continuo.

Diversos estudios, avalados por las experiencias sociales cotidianas, dan cuenta de una tensión producto de la distancia entre las experiencias de crianza vividas por los adultos y las prácticas actuales. No sólo nos encontramos con generaciones de padres y madres renuentes a modificar relaciones de sumisión y poder, sino bastante confundidos también en la interacción con estos niños y niñas, ahora sujetos de derecho. Gaitán (2006) explica que el mundo adulto se encuentra desorientado acerca de cómo criar y cómo vincularse con estos “nuevos niños”, ya que sus propias experiencias de crianza, no sirven de modelos de parentalidad, debiendo detenerse a negociar, justificando decisiones y directrices.

El cumplimiento de los derechos de participación, al reconocer a los niños y niñas como protagonistas, genera un enorme desafío, puesto que constituye un significativo quiebre cultural y demanda el ejercicio de equilibrar las necesidades de protección, con las de creciente autonomía.

En la cultura occidental se observa una tendencia generalizada no sólo a la subordinación de niños y niñas, sino también, a una dramática subestimación de sus capacidades. Los bebés, niñas y niños pequeños, han sido especialmente invisibilizados, ocultos en los brazos de mujeres también postergadas (Pachón, 2009), y decretados además en el lugar de los sin voz, pese a la existencia de evidencia científica más que contundente acerca de la evolución extraordinaria de sus cerebros y la presencia de competencias trascendentales para la comunicación e interacción, desde el primer momento de vida.

## II. PARTICIPACIÓN

*“...Cuando de derecho a la ciudadanía infantil se trata, implica entender dicho interés superior del niño como una expresión específica del mejor interés de la Especie, del conjunto de la humanidad. Lo que hace más humanos a los sujetos hace bien a los niños y niñas; pero también lo que hace bien a la infancia hace mejor a la humanidad.”* (Cussiánovich, 2009, pág. 28).

Si bien los derechos de participación incorporados en la CDN se asumen como un enorme avance en cuanto a la consideración de los niños y niñas como sujetos de derecho, la ambigüedad propia de la interpretación, junto con la tensión

entre protección y autonomía ya referida, revisten dificultades complejas de sortear.

Los niños y niñas han asumido siempre experiencias de participación, de tipo familiar, recreativa, social, comunitaria, ciudadana y política, con distintas implicancias para su propia vida y la de su entorno. A través de la ratificación de la Convención, estas adquieren carácter de exigibilidad y deben atenderse los mecanismos a través de los cuales se hace posible garantizarlas, a todos los niños y niñas, en cualquier momento del desarrollo (Castro & otros, 2009). Posibilitar que los derechos de los niños y niñas sean parte de su realidad de todos los días, implica un desafío colectivo inacabado y continuo, un quehacer en permanente reconstrucción.

El principio de No-Discriminación, demanda reconocer los derechos de participación en etapas anteriores al desarrollo de la expresión verbal. El Comité (2009) mandata a atender todas las modalidades de comunicación no verbal, como el juego, los gestos, expresiones corporales, llanto, balbuceos, etc., respetando y legitimando así las modalidades de interacción y expresión propias de los infantes. Resulta urgente poder avanzar en construir mayores precisiones orientadoras.

Por constituir uno de los cuatro principios generales de la Convención, el derecho a la Participación adquiere carácter operacional y debe considerarse en la interpretación, respeto y puesta en práctica de todos los restantes derechos. Asimismo, el principio de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, obliga a observar su transversalidad.

Sin desatender lo anterior, se procurará acotar la materia para facilitar el análisis, revisando con dedicación especial los artículos 12, 13, 14, 15 y 17 de la CDN, que consagran los derechos de participación acorde a las indicaciones del Comité (2014).

Al revisar dichos artículos, se destaca que los derechos de participación consignados se hallan aparejados a la responsabilidad de respetar los derechos de los otros. Es decir, el ejercicio de las libertades asociadas a la participación de niños y niñas, contempla la protección de los derechos de los demás.

La real academia española define participar como “tomar parte en algo”. Explícitamente, el concepto “participación” se señala en otros dos artículos de la Convención: El primero (artículo 23), referido a “*niños y niñas mental o físicamente impedidos*”, el cual enfatiza los miramientos por garantizar que vivan plena y dignamente, facilitando

su *participación activa en la comunidad*. El segundo, garantiza la *participación libre de niños y niñas en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento* (artículo 31).

Es decir, ambos artículos que refieren expresamente la noción de participación, hacen alusión al derecho de los niños y niñas a **formar parte de la comunidad, garantizando la integración activa y libre de los niños y niñas en los ámbitos de lo público y lo cultural**. En la misma dirección, los artículos 15 y 17, aseguran la libertad de asociación y reunión, y el derecho al acceso de información de interés social y cultural, respectivamente.

El artículo 13, garantiza la libertad de expresión, incluyendo la búsqueda, recepción y difusión de información e ideas de todo tipo, a través de cualquier medio que el niño elija, abriéndose la posibilidad de transmisión hacia el espacio colectivo.

En la misma línea, el artículo 12, mandata la **libre expresión de la opinión** de niños y niñas en todas las cuestiones que les atañen, suprimiendo la noción tradicional de niños y niñas como receptores pasivos de la protección de los adultos y buscando instalar el protagonismo activo en sus propias vidas (Lansdown, 2005); Expresión que debe ser de carácter **opcional, íntima y exenta de presiones, influencias o manipulación** (CDN, 2009). Adicionalmente, el artículo 14, exige el respeto del derecho a la **libertad de pensamiento, conciencia y creencias**.

“A los *niños que estén en condiciones de formarse un juicio propio, se les garantizará la libre expresión de sus opiniones, en todos los asuntos que les afecten*”. En el entendido que la Convención asume el juicio propio como condición para la libre expresión de opiniones de niños y niñas: ¿Cómo generamos las condiciones para que el ser humano pueda verdaderamente formarse un juicio propio? Luego, cuando existe ya el propio juicio, ¿Cómo promovemos que este pueda ser expresado? ¿Qué se requiere para posibilitar en los niños y niñas una libre manifestación de sus opiniones? ¿Cómo garantizamos la existencia de valoraciones intrínsecas y convicciones emancipadas? Y entonces, ¿Cómo garantizar durante los primeros dos años de vida el cumplimiento de estos derechos?

El análisis de los artículos referidos a los derechos de participación, permite englobarlos en dos grandes categorías, que se revisarán en extenso más adelante: Derecho a la integración activa y libre en los ámbitos de lo público y cultural, y libertad de pensamiento, conciencia y expresión.

Las experiencias de participación, fortalecen las

competencias para la participación; permiten que las mismas puedan ir complejizándose, al mismo tiempo que se potencia la autoestima y la confianza en las potencialidades, propias y de los demás.

La participación posibilita también el desarrollo de capacidades que constituyen factores protectores potentes frente a situaciones de abuso y explotación, reduciendo la vulnerabilidad e indefensión de NNA, al aumentar su capacidad de contribuir a su propia protección. Se asocia, además, a mayor integración social, capacidad de adaptación y resiliencia.

Contrario a las aprensiones manifiestas, se ha comprobado que el ejercicio de los derechos de participación promueve el aumento de los canales de comunicación al interior de la familia y el respeto recíproco entre padres e hijos, reforzando así las relaciones familiares, en lugar de debilitarlas. En los contextos escolares, las relaciones también mejoran; disminuyen los conflictos, discriminación y acoso escolar, al mismo tiempo que el rendimiento académico se ve favorecido.

La participación se vincula profundamente a nuestra condición humana y responsabilidad social, generando la posibilidad de identificación con un destino colectivo. Posibilita los procesos de transformación cultural, el mejoramiento de la democracia y la valoración de los derechos propios y de los demás.

## **PARTICIPACIÓN EFECTIVA, ÉTICA Y SIGNIFICATIVA**

---

Los derechos de participación de NNA no sólo implican garantías de ser escuchados, sino también, la posibilidad de verdadera incidencia. Sus opiniones deben ser debidamente consideradas, de modo que la participación en las decisiones y experiencias que afectan sus vidas, sea real.

Diversos autores abordan la centralidad de esta cuestión para el cumplimiento efectivo de derechos, subrayando que es la posición social de los niños en la vida cotidiana la que debe transformarse, más que la promoción de eventos aislados para el ejercicio de la participación, puesto que significa conferirles poder para aportar, influir, e incluso disentir con el mundo adulto.

¿Estamos los adultos dispuestos a ceder poder y dominio? ¿A romper con la subordinación que sitúa a los niños y niñas en un estatus inferior? ¿Estamos preparados para ejercer la responsabilidad de cuidar, entendiendo la necesidad de promover la participación de los niños y niñas como parte fundamental de esa misma acción

protectora? Esta “concesión” que limita el adultocentrismo, puede entenderse desde Cussiánovich como humanizadora, en la medida que posibilita el derecho de los niños y niñas a existir socialmente.

Los padres y representantes legales son los responsables de guiar y orientar al niño en el ejercicio de sus derechos de participación; Los Estados Parte, por su lado, están mandatados a respetar los deberes y derechos de los padres en esta materia, brindar asistencia cuando sea requerido y garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos. Es decir, la posibilidad de que niños y niñas puedan progresar en el ejercicio autónomo de derechos, es de responsabilidad de los garantes. El Estado, en tanto garante principal, debe entonces ejercer un rol muy activo en la materialización de instancias apropiadas.

Las instancias de participación debieran posibilitar que NNA puedan reconocerse como sujetos de derecho. Es importante atender cuidadosamente a los fines, objetivos y propósitos de los espacios que ofrecemos a los niños y niñas para participar, puesto que deben permitirles sentirse parte de algo mayor, darse cuenta que son capaces de incidir en lo que sucede alrededor, que su opinión y acción tiene un valor inconmensurable y que son dignos de ser respetados, de la misma forma que deben aprender a respetar a los demás.

Se requiere todo un cambio cultural para que los niños y las niñas lleguen a estar seguros que el mundo adulto está verdaderamente dispuesto a escuchar y tomar seriamente en consideración sus comunicaciones, opiniones e iniciativas, puesto que deben poder experimentarlo directamente en los contextos en los que se desenvuelven.

En este sentido, el Comité de Derechos del Niño enfatiza enérgicamente el carácter de PROCESO que reviste la participación. La confianza y capacidad para participar se adquieren gradualmente a través de la práctica, como un aprendizaje continuo y contextual.

Las familias que permiten que los niños puedan expresar libremente sus opiniones e incidir en las decisiones tempranamente, ofrecen un valioso modelo y preparación para que sus hijos e hijas ejerzan el derecho a ser escuchados en el conjunto de la sociedad (CDN, 2009). La participación real o efectiva, entonces, debe darse en la vida cotidiana de los niños, quienes deben experimentarse como influyentes en su entorno, a través de modalidades que les sean propias.

La Convención, en los artículos 12 y 31, alude explícitamente al requisito de “oportunidad” de ser escuchado y de participar. Palma establece que

la participación “sustantiva” surge en el ajuste de dos dinámicas: *Capacidades y Oportunidades* de participación. Esto, puesto que la capacidad para participar implica actitudes y habilidades susceptibles de desarrollarse a partir del cúmulo de prácticas y de reflexión sobre las mismas, en una “*dinámica sostenida de acción-reflexión*” (Palma, 1988, pág. 34).

Las oportunidades para practicar la participación, generan capacidades para participar y un aumento en la confianza en dicha capacidad, círculo virtuoso que se constituye en un requerimiento para la garantía del derecho.

Las capacidades de los participantes, además, son las que deben guiar el diseño de políticas y mecanismos apropiados. En la dirección opuesta, cuando los participantes deben ajustarse a la oportunidad, se tiende a la participación funcional, con políticas asistencialistas, basadas en diagnósticos de necesidades exclusivamente y no de potencialidades. Es decir, la consideración de las capacidades, saberes y aportes de los propios participantes, es clave para la eficacia de las instancias de participación.

El Comité establece condiciones básicas para la aplicación “efectiva, ética y significativa” de los derechos de participación. Deben propiciarse procesos: Transparentes y basados en información completa y apropiada, que incluya los propósitos y posibles repercusiones; Voluntarios; Respetuosos de sus opiniones e iniciativas; Pertinentes a sus competencias; Con ambientes, recursos y métodos adaptados a ellos; Incluyentes y respetuosos de la heterogeneidad; Apoyados en la formación, tanto de los propios niños y niñas, como de los garantes que deban facilitar la participación; Seguros, con minimización de riesgos probables asociados a la participación.

Varios autores amplían estas consideraciones y sugieren la atención a potenciales obstaculizadores sutiles e implícitos de la participación. Relevan el evitar prácticas que perpetúen jerarquías de poder entre los llamados “expertos” y los participantes, que obturen los aprendizajes compartidos, el respeto y reconocimiento de los saberes y conocimientos de los propios sujetos. Así, el conocer las diversas culturas, no enjuiciar y diseñar conjuntamente las instancias de participación, son aspectos centrales de la participación auténtica y efectiva, asociados también a la redistribución de control y poder, en tanto relaciones de dominación entre quienes se suponen como ostentadores *del* saber y los que no.

Otro aspecto central a considerar, es el derecho a la información, como condición imprescindible

para que existan decisiones claras por parte de NNA (CDN, 2009), lo cual inmediatamente obliga a los Estados Parte a brindar información apropiada a los adultos responsables (mínimamente, información en materia de derechos y de interés social y cultural), de modo que esta pueda efectivamente ser transmitida a los niños o niñas, o simplemente transferirse a partir de sus vivencias cotidianas.

Finalmente, consignar que la guía que los garantes deben ofrecer a los niños y niñas en el ejercicio de sus derechos, debe practicarse conforme a la “evolución de sus facultades”. Tema que reviste un análisis más exhaustivo, en especial atendiendo a la edad de los sujetos de derechos de que trata el presente trabajo.

### **AUTONOMÍA PROGRESIVA Y EVOLUCIÓN DE LAS FACULTADES**

La autonomía progresiva es la capacidad gradual del ser humano para llegar a valerse por sí mismo, tomar decisiones y asumir la responsabilidad por sus actos (ONA, 2016). Esto determina que, para poder ejercer los derechos reconocidos en la CDN, los niños y niñas requieren recibir orientación apropiada por parte de los garantes (artículo 5). Dicha dirección, debe efectuarse en consonancia con la evolución de sus facultades: A medida que adquieren mayores competencias y madurez, disminuye la necesidad de guía y directrices.

Al nacer, la dependencia del ser humano es total y por tanto su condición de sujeto de derecho demanda soporte absoluto por parte del mundo adulto, que debe tener la capacidad para ir descubriendo y potenciando sus competencias crecientes. Debe trazarse una trayectoria progresiva que va desde la total orientación, pasando por el mero acompañamiento a sus iniciativas, hasta conseguir la autodeterminación y total responsabilidad de los sujetos de derecho.

Lansdown (2005) expresa: *“Los niños muy pequeños, e incluso los bebés, como asimismo los niños con serias dificultades de aprendizaje, son capaces de expresar su opinión. No obstante, cuando se trata de determinar cuánto peso se ha de conceder a las opiniones del niño, es necesario aplicar un umbral de competencia más elevado. En este sentido, el artículo 12 establece explícitamente que cuanto mayores son la edad y la capacidad del niño, tanto más atentamente deben ser consideradas sus opiniones”*. (pág. 20).

En este punto discrepo con la autora y me parece de sumo riesgo pasar por alto la siguiente distinción: Las opiniones de los niños y niñas, sus

sentires e intenciones más propias, siempre tienen peso significativo y deben ser consideradas con total atención, independientemente de la edad o capacidades.

El artículo 12, indica expresamente que las opiniones de los niños se tendrán debidamente en cuenta en función de la edad y madurez. Es decir, no es la valoración y atención a las opiniones de los niños y niñas lo que progresa; es la potencialidad de incidencia en las decisiones, el carácter vinculante de la participación y la mayor responsabilidad, los aspectos que quedan sujetos al nivel de competencias, conjugándose con los miramientos por el interés superior del niño. La valoración, escucha y atención a los niños y niñas, mediante modalidades afines de expresión, debe estar garantizada desde el momento en que nace el sujeto, en su condición de titular de derechos.

Suele confundirse esta cuestión basal: Los niños y niñas no van adquiriendo progresivamente sus derechos, son portadores de todos y cada uno de los derechos desde el primer día de vida; la autonomía y la capacidad para asumir responsabilidad en el ejercicio de los mismos, constituyen las adquisiciones graduales, a partir de las experiencias e impulso social que es requerido.

Mucho se critica que, en la medida que las instancias de participación sean ofrecidas desde el mundo de los adultos, se perpetúa la desigualdad en las relaciones de poder. No obstante, el entender que la participación posee carácter de proceso y que debe ejercitarse, permite dilucidar la asociación inversamente proporcional entre la orientación que deben entregar los garantes y las facultades o competencias de los NNA para la participación (a mayor competencia, menor dirección). Esta controversia, además, obstaculiza la realización de los derechos de los y las bebés, en la medida que desconoce su situación de dependencia inicial total.

Bajo este foco, la autonomía progresiva de niños y niñas en el ejercicio de derechos, no depende exclusivamente de su desarrollo evolutivo y facultades, sino también de la adecuación de las oportunidades de participación (información, espacios, mecanismos, tiempo, recursos, participantes, modalidades afines) y el cumplimiento efectivo del rol que compete a los garantes.

En síntesis: Las facultades y competencias aumentan, en concordancia con el progreso de la autonomía, la responsabilidad, la posibilidad de incidencia y la capacidad para asumir decisiones y participar. Inversamente proporcionales, la guía, orientación, directrices y protagonismo de los

garantes, debe ir disminuyendo paulatinamente. Esto, sólo a condición de que permanezcan constantes en el tiempo las prácticas y oportunidades de participación adecuadas, con atención y valoración permanente de las opiniones e intereses de niños y niñas, e instauradas en base al invariable reconocimiento de su condición de sujetos de derecho.

En esta misma línea, el Observatorio Niñez y Adolescencia (2015), desarrolla el concepto de “autonomía relacional”: La construcción de la capacidad para la autonomía de los sujetos, depende de los otros y está condicionada por el reconocimiento externo de su condición de sujetos capaces de ejercerla, en contextos de vinculación asimétrica con otros (familia, escuela, comunidad, sociedad).

### III. INTEGRACIÓN ACTIVA Y LIBRE DE BEBÉS, NIÑAS Y NIÑOS PEQUEÑOS EN LOS ÁMBITOS DE LO PÚBLICO Y CULTURAL

A partir de lo expuesto hasta aquí, ¿Cómo promovemos que los bebés, niñas y niños pequeños ejerzan su derecho a formar parte de la comunidad, garantizando su integración activa y libre en los ámbitos de lo de lo público y lo cultural?

En primer lugar, resulta crucial garantizar el acceso, a partir de la generación de espacios físicos concretos, e instancias acorde a sus necesidades, intereses, requerimientos y modalidades preferentes. Durante los dos primeros años de vida, el ser humano tiende a mantenerse recluido en los hogares, marginado de los espacios públicos, con escasas o casi nulas oportunidades de inclusión, lo cual resulta atentatorio de sus derechos.

Comparto la siguiente visión de Tonucci (2009): *“Los niños, al perder las ciudades, han perdido la posibilidad de vivir experiencias necesarias para ellos, para su correcto desarrollo, como el juego, la exploración, la aventura. Las ciudades, al perder a los niños, han perdido seguridad, solidaridad, control social. Los niños necesitan a la ciudad; la ciudad necesita a los niños”*.

Urge el establecimiento de políticas públicas e iniciativas comunitarias que posibiliten la aparición del bebé ciudadano; Espacios de juego afines, mobiliarios apropiados, medios de transporte ajustados, recintos en los cuales la sanción del amamantamiento sea una conducta extinta, habilitación de zonas para una segura exploración autónoma, mudadores en baños de mujeres y hombres. Esto demanda un enfoque multidimensional e intersectorial.

Segundo: los bebés, niños y niñas pequeñas, debieran estar acompañados por adultos capaces de ejercer activamente la participación, de modo que el vivir en consonancia con ello, sea lo que motive la participación de los niños y niñas, acogidos en ambientes ricos en integración social, solidaridad, encuentro e intercambio.

Estas instancias de participación de los adultos significativos, deben ser flexibles, amplias y heterogéneas, diseñadas por las propias familias y comunidades, de modo que esa libre determinación y protagonismo, constituya el germen de la participación de los bebés y niños pequeños.

*“Todo quehacer se aprende en la realización de ese quehacer... Los niños aprenden no como algo externo, sino como un modo de ser en el vivir. No es el ejemplo como un quehacer ajeno, lo que educa, sino que la participación en el quehacer que se aprende... En términos generales podemos decir que uno aprende el mundo que uno vive con el otro”... “¿Cómo podemos participar en la reflexión creativa que nos permite cooperar en un proyecto común si no hemos aprendido a reflexionar porque no vivimos en una comunidad humana que practique la reflexión?”*. (Maturana, 2003, págs. 44 y 221).

En tercer lugar, resulta crucial otorgar, o más bien admitir el lugar social que ocupan los niños y niñas desde el primer momento de la vida, en tanto potentes actores sociales, en tanto potentes actores sociales, receptores, portadores y reproductores de cultura, agentes en la construcción de relaciones sociales y transformación cultural. (Pilotti, 2000).

Los Nuevos Estudios Sociales de la Infancia han desarrollado ampliamente esta cuestión, revelando que los niños son sujetos sociales y políticos, “intérpretes sutiles de su entorno, partícipes en la producción, planificación y circulación del conocimiento” (Vergara & otros, 2015). Participan activamente en los procesos de incidencia recíproca, entre las generaciones y los procesos históricos socioculturales.

Gaitán (2014) explica que la teoría de la estructuración de Giddens da cuenta de nuestra participación activa en la construcción y reconstrucción de la estructura social a través de nuestras actividades cotidianas. Desde esta perspectiva, los niños y niñas, entonces, son también participantes activos de la sociedad: la estructura influye en ellos, de la misma manera que ellos influyen en la estructura. Niños, niñas y adolescentes, influyen la vida cotidiana de sus padres, familias y sociedad en su conjunto.

La misma autora, destaca que los niños inciden en las decisiones de sus padres, condicionan la

vida familiar, modifican las pautas relacionales e intervienen en el ambiente. Menciona que Anne-Marie Ambert fue la primera socióloga que publicó cómo los niños y niñas reconstruyen la familia y los estilos de vida de sus padres, nombrando áreas de sus vidas que se ven impactadas por la interacción con sus hijos: Salud, lugares frecuentados, actividades, movilidad, empleo, relación con la comunidad, personalidad, actitudes, valores, creencias, planes y el sentimiento de control de la propia vida.

Los efectos se dejan sentir rápidamente en las familias con la llegada de un nuevo ser, cuya dependencia radical demanda enormes esfuerzos para la reorganización y acomodación del sistema. Está ampliamente documentado el quiebre de expectativas, el cansancio concomitante, la pérdida de independencia de los cuidadores primarios, la resignificación de experiencias, junto con la escasa libertad que se experimenta para declarar y compartir los sentimientos ambivalentes que caracterizan estos procesos de transformación profunda.

Así, la falta de poder y sumisión total que se supone ostentan, entra en profunda contradicción con el impacto real de los bebés y niños pequeños en la vida cotidiana y realidad social. Aparece en escena “Su Majestad el Bebé” y al permanecer confinado en el ámbito de lo privado, camufla y desfigura al “Bebé Ciudadano”.

En la medida que los bebés y niños pequeños sigan siendo considerados como proyectos de personas, pasivos y subordinados, continuarán siendo “sujetos de derecho a medias” (Gaitán, 2006), privados de espacios de participación para el ejercicio de sus derechos.

#### **IV. DESARROLLO DEL JUICIO PROPIO Y LA LIBERTAD DE PENSAMIENTO, CONSCIENCIA Y EXPRESIÓN**

*“La gran paradoja humana es que aquello que resulta lo más singular y propio de una persona, como es su identidad y sus deseos, nace preponderantemente atado a la subjetividad del otro”.* (Dio Bleichmar, 2016, pág. 278)

Desde el psicoanálisis intersubjetivo, el *self* verdadero va desplegándose a partir de los procesos de regulación emocional. La transformación de los estados displacenteros, a partir de la respuesta apropiada por parte del cuidador significativo (“objeto externo”), posibilita el progresivo reconocimiento subjetivo de la información y estado interno, dando lugar al sentido del *self* como agente. Aun cuando es un otro el que transforma el estado emocional del bebé, la experiencia

pertenece al sí mismo.

De esta forma, la integración afectiva es clave en la organización de la experiencia propia y depende de la respuesta adecuada a los estados emocionales por parte del cuidador primario (Socarides & Stolorow, 2013).

Desde Winnicott, los impulsos propios constituyen el *self* verdadero y se expresan en el gesto espontáneo, desde el comienzo. La elaboración imaginativa de las partes del cuerpo, el percatamiento progresivo de los estímulos y las experiencias de satisfacción que restituyen los estados de equilibrio, junto con la posibilidad de ir acumulando recuerdos emocionales, permiten que sea posible ir estableciendo la sensación de unidad e integración.

La vivencia de continuidad del ser, se posibilita cuando la presión externa es congruente con la interna y no se requiere lidiar con tensión o intrusión excesivas. Los cambios, deben generarse por experiencias impulsivas propias, o mediante interrupciones suficientes, como para que el sujeto pueda ir percatándose del mundo externo de modo paulatino, estableciendo así los límites entre el mundo externo y el sí mismo (“yo, no-yo”).

En la medida en que el sí mismo reconoce su propia experiencia interior emocional, irá progresivamente también desarrollando un conocimiento acerca de la experiencia diferenciada del adulto y de los demás. (Socarides & Stolorow, 2013).

En condiciones favorables, explicará Winnicott, *comenzará a existir un yo, que podrá experimentar sus impulsos y sentirse real.* Interrupciones severas y prolongadas de la continuidad existencial generan, en cambio, la necesidad de replegarse para salvaguardar lo propio. Entonces, se sacrifica el gesto espontáneo, siendo reemplazado por el gesto del adulto. Cuando la fuerza vital debe emplearse para la reacción, la propia impulsividad no se experimenta y se desarrolla un falso *self*.

Para Miller (2005), la autoestima arraiga en la autenticidad de los sentimientos propios, en una seguridad incuestionable de que las emociones y deseos experimentados pertenecen al propio yo, y no en la posesión de determinadas cualidades. La base de la propia estima, radica en experimentar y aceptar los propios sentimientos, necesidades y deseos, como también en la posibilidad de expresarlos con libertad, sin esperar aprobación y sin forzarse a reprimirlos en función de las necesidades de los otros.

Desde la biología, Maturana (2003) define el amor como el *dominio de las acciones que constituyen al otro como un legítimo otro en la convivencia con uno.*

La violencia, por el contrario, puede entenderse como el no reconocimiento del otro como sujeto, como un intento de imponer dominio. La anulación del otro como un legítimo otro es, al mismo tiempo, una inhabilitación de nuestra capacidad vincular. (Janin, 2009).

La violencia desestructurante puede darse cuando el mundo externo arrasa con lo propio, ya sea con conductas intrusivas, invadiendo con ritmos ajenos; mediante la ausencia de reacción y silencios; a través de respuestas mecánicas; con sobreestimulación, o afán de control. La consecuencia es la pérdida de la capacidad para la integración y organización del ser.

Todos los seres humanos nacemos con el potencial para el establecimiento de un juicio propio y su libre expresión, pero se requiere en primer lugar de un otro que escuche, que tenga la disposición y sensibilidad para descubrir al legítimo otro y posibilitar que emerja a través de la relación. Es una escucha que trasciende entonces los sentidos, puesto que tiene que ver con un profundo reconocimiento y aceptación.

Las investigaciones actuales evidencian la plasticidad cerebral y la interconexión funcional asociada a las exigencias de la experiencia: Lo que impulsa el desarrollo, es la relación entre dos componentes y no la progresión de un componente aislado. Es decir, la mente surge a partir de la relación y se va co-construyendo continuamente, como creación emergente en proceso; Se compone de configuraciones relacionales inconscientes, que se ponen en juego en la experiencia, en un campo abierto de interacciones mutuas continuas. De esta forma, la experiencia de cuidados es la génesis de la actividad psíquica del ser humano. La subjetividad de los bebés y niños pequeños, se origina anclada a la vida subjetiva de los cuidadores primarios y el mundo adulto.

La adaptación del adulto al principio debe ser completa, proporcional a la dependencia del recién nacido, pero debe ir luego disminuyendo conforme a la gradual capacidad del bebé para acumular recuerdos, tolerar momentos de frustración, poner en marcha procesos mentales, percatare de la realidad exterior y de la separación con el cuidador primario. (Winnicott, 1951).

Las experiencias de cuidado que restituyen el equilibrio, van internalizándose progresivamente, transformándose en herramientas propias para la autorregulación y la capacidad de formar parte del mundo con confianza y seguridad, cuestiones centrales para la posibilidad de autodeterminación.

Así, conforme a la evolución de facultades,

durante los dos primeros años de vida progresa el desarrollo del sí mismo diferenciado, que comienza como una experiencia sensorial y pre-verbal, hasta la adquisición del lenguaje y capacidad de representación. Se trata del fenómeno de poseer un cuerpo único e integrado, experimentar sentimientos, percibirse como agente de las propias acciones, poseedor de intenciones y capacidad de planeación; el que comunica y el que realiza una organización de la experiencia subjetiva y social. (Stern, 1985). Es decir, el que abarca todo aquello que es sentido como propio y el que forma "parte de": Las bases del sujeto apto para el pleno ejercicio de los derechos de participación.

## **COMUNICACIÓN EMOCIONAL**

Al nacer, el ser humano se encuentra perfectamente dotado para la interacción. La relación avanza a un ritmo veloz, afectándose cada miembro de la díada en forma recíproca y operando a su vez como un todo dinámico (Cross, 2015).

La comunicación requiere ser atendida desde los primeros momentos, de modo de posibilitar en el sujeto la experiencia integradora de que su actividad motora, asociada a sus estados emocionales, genera un efecto en el mundo exterior, que resulta consistente con sus necesidades. (Stern, 1978).

El vínculo inaugural se produce a partir de un proceso comunicacional de carácter afectivo, no verbal, con procesamiento a nivel subcortical. Los componentes de la interacción se juegan a través de canales perceptivos y motores, con especial preponderancia de la mirada, la audición, el contacto y las sensaciones cenestésicas; Variables temporales, principalmente de duración y ritmo; Procesos de mutua regulación, y Modificaciones afectivas de cada sujeto de la interacción. Los signos y señales que recibe el bebé durante los primeros meses de vida corresponden a las categorías de equilibrio, tensiones, posturas, temperatura, vibraciones, contactos, ritmo, duración y matices tonales. Es decir, los niveles por donde circula la información que emite y recibe el recién nacido corresponden al plano neurofisiológico.

De esta forma, durante los primeros meses de vida, los comportamientos relacionales permanecerán a nivel inconsciente e implícito y cada acción del cuidador principal constituirá un estímulo para el bebé, quien posee una capacidad extraordinaria para percibir su estado anímico. Las señales que perciben los bebés con mayor facilidad, se producen en un registro o longitud de onda que

el adulto ignora, porque están en relación directa con su propio cuerpo e inconsciente. Es decir, recibe también las señales contradictorias de los cuidadores y aquellas que permanecen en el terreno de lo reprimido. A su vez, a través de sus actos, el bebé movilizará el inconsciente del adulto.

Bebés, niños y niñas pequeñas poseen un enorme potencial para enseñar a los adultos y adultas, promover el descubrimiento de aspectos velados de sí mismos a través de la experiencia de intersubjetividad y reorganizar sus existencias de manera decisoria, suscitando profundas transformaciones.

## **SENSIBILIDAD DE LOS CUIDADORES**

Un estudio escocés encabezado por Beth Cross (2015), realiza una extensa revisión de documentos con el objeto de identificar las claves para *escuchar* a los niños y niñas entre cero y tres años, y dar cumplimiento así a lo mandado en el artículo 12. Se indaga principalmente en la comunicación emocional y en la capacidad de interpretación y respuesta de los padres, bajo la evidencia contundente de que la interacción receptiva y consistente de los padres con sus hijos, tiene un impacto significativo a corto y largo plazo en la vida de los niños y niñas, pudiendo incluso superar el efecto de factores ambientales perjudiciales.

La interacción debe incorporar la apertura parental ante los estados mentales y comunicaciones del niño o niña, de modo que sus estados afectivos y motivaciones no resulten excluidos de la intersubjetividad compartida. Es decir, los adultos requieren sostener el interés por aprehender la realidad subjetiva infantil momento a momento y el esfuerzo por generar respuestas que reconozcan y contribuyan a elaborar dicha realidad infantil (Ruth-Lyons, 2000).

Una de las técnicas más comunes empleadas para promover una interacción receptiva, es disponer un espacio con materiales simples y atractivos que propicien la exploración, observar las respuestas e intereses espontáneos del infante y generar interacciones a partir de esas iniciativas propias, facilitando que los adultos practiquen su capacidad para interpretar sus comunicaciones y responder apropiadamente. Se enfatiza el diseño de espacios y culturas que promuevan la comunicación y el descubrimiento mutuo, facilitando que los adultos puedan responder apropiadamente a cada iniciativa infantil no verbal con intención comunicativa. (Cross, 2015).

Se destaca que los adultos puedan seguir los

intereses del niño o niña más que los propios, que le den tiempo para tomar la iniciativa sin abrumarle o interrumpirle y que sean capaces de responder cálida, oportuna y contingentemente a las señales del bebé, niño o niña. (Santelices & otros, 2012)

Estudios comprueban la generación de un círculo virtuoso: Uno de los efectos principales de la capacidad de respuesta de los padres, es una mejora en la actividad espontánea de los niños. Al mismo tiempo, padres y madres logran visualizar y contactarse con su bebé como un ser intencional, con sentimientos, iniciativas y preferencias propias (Cross, 2015).

En el juego, en las variaciones, en la creatividad y las sorpresas mutuas, se descubre al bebé como un otro. Verden-Zöllner (2007) destaca los movimientos libres, el contacto corporal fluido, las melodías, balanceos y demás interacciones que ocurren como actividades válidas en sí mismas, sin otras intenciones o expectativas y vividas en el presente, con conexión aquí y ahora, como componentes centrales de la aceptación total que requieren los niños y niñas.

La sensibilidad del adulto significativo a las necesidades y señales del bebé, se considera como uno de los factores centrales en la organización del apego (Santelices & otros, 2012). Desde la perspectiva del procesamiento de la información social, la sensibilidad se entiende como la percepción consistente de la señal o necesidad, una interpretación y atribución precisa, y la selección y actuación de la respuesta apropiada (Cerezo & otros, 2006). Se asocia además a la tendencia general del cuidador principal a interactuar con el niño o niña de acuerdo a sus necesidades y deseos, como también el permitirle la exploración sin interrupciones o inhibiciones (Santelices & otros, 2012).

Algunos autores ponen énfasis en que la sensibilidad es una cualidad propia de la interacción, puesto que el adulto debe responder a las características únicas del niño o niña, que se conjugan a su vez con sus propias competencias para la interacción.

Otra cuestión central, pero lamentablemente no normalizada, es hablar a los bebés. Conversar con los bebés, genera el aumento de sus conexiones neuronales. La capacidad del cuidador para identificar y verbalizar empáticamente sus afectos tempranos, no sólo ayuda al niño o niña a llegar a poner sus sentimientos en palabras, sino que es clave para facilitar la integración gradual de sus estados afectivos dentro de esquemas cognitivo-afectivos o estructuras psicológicas, que contribuyen de

forma significativa a la organización y consolidación del self. (*Socarides & Stolorow, 2013*).

Para que las experiencias subjetivas que durante los dos primeros años constituyen el núcleo del self tengan cabida, se requiere adultos en un estado emocional apto para la tarea de intérpretes o traductores, disponibles y certeros, que logren responder adecuadamente a las iniciativas propias del bebé en la interacción. Cuestión en extremo compleja, puesto que se ve influida por variables, ambientes, sistemas y estructuras múltiples e interconectadas. Cuestión en extremo compleja, puesto que se ve influida por variables, ambientes, sistemas y estructuras múltiples e interconectadas, en consonancia con la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner.

*“Es un hecho fundamental de las relaciones humanas que los nuevos vínculos siempre están basados en viejos vínculos”.* (Brazelton & Cramer, 1993, pág. 210).

La maternidad / paternidad se concibe como crisis vital normativa, con un sinfín de posibilidades de nuevas integraciones: Reactiva conflictos pasados, acentúa los problemas presentes, incrementa la sensibilidad frente a la realidad externa e interna, generando un impacto especial en los asuntos vinculares, incluso activando o reeditando el estilo de apego o sistema de cuidados del adulto. Esta crisis se atraviesa en función de la propia historia, la estructura de personalidad, la situación presente (conyugal, familiar, laboral), las características del bebé, los significados y el lugar que este viene a ocupar.

Desde este prisma, dificultades para tolerar la subjetividad y autonomía creciente de los bebés, pueden tener relación (también) con aspectos psíquicos y vitales de los cuidadores y no sólo con factores socioculturales como el adultocentrismo.

*Cerezo & otros (2006)*, identifican los siguientes factores asociados a respuestas insensibles del cuidador: Distrés, malestar psicológico, depresión, ansiedad, rigidez y problemas de relación con otros, con la familia, con el niño o niña y consigo mismo. Padres y madres que presentan altos niveles en estos factores, tienen mayor riesgo de actuar con sus hijos de forma inapropiada o incluso abusiva. Tienden a la intromisión y falta de sincronía, puesto que sus respuestas responden primeramente a sus propios intereses, necesidades y estresores, dificultando su capacidad de atención y codificación de los estímulos procedentes del niño o niña. Al mismo tiempo, tienden a realizar atribuciones más negativas y globales a las conductas de sus hijos.

Detectan además el siguiente círculo vicioso:

Presencia de estados emocionales negativos en los cuidadores, generan dificultades para la regulación emocional del niño o niña, lo cual intensifica sus señales e incrementa la necesidad de regulación, lo que a su vez redundará en un aumento del estrés y malestar emocional del cuidador.

Los sentimientos de incompetencia del adulto en la tarea de criar, la depresión y la angustia, inciden fuertemente en su capacidad de respuesta sensible.

Además de las características particulares de cada niño o niña y de cada cuidador, la sensibilidad se ve interferida por factores macrosociales como pobreza, estrés y presión. El nivel socioeconómico y nivel de ingresos de las familias, incide en las competencias parentales, tal como impacta el desarrollo de los niños y niñas.

Diversos autores, documentan un estado de deshumanización actual, procesos acelerados, desestructurantes y violentos; Rupturas en los vínculos; Desvalorización de los padres y madres en el ejercicio de la paternidad y la maternidad, excesiva responsabilidad sobre éstos, gran presión ocasionada por la familiarización de los riesgos asociados a la crianza, individualismo, pérdida de la vida en común, de soportes sociales y modelos de identificación.

Todo esto está impactando hoy a los niños y niñas. Un estudio realizado recientemente con niños y niñas de Santiago de Chile, detecta que estos perciben que dependen del soporte de sus padres y que tienen la sensación de quedar “deshumanizados de la infancia” si esto no sucede, con mayor o menor severidad dependiendo del estrato socioeconómico de las familias. Desde sus perspectivas, sus padres y madres se encuentran totalmente sobrepasados en la actualidad, agotados en el ejercicio de la parentalidad, por lo que realizan esfuerzos activos y conscientes por retribuirles su cuidado. A nivel del discurso, se asoma con claridad una dolorosa sensación de deuda, culpa y tristeza (Chávez & Vergara, 2017). La consecuencia de esto sobre el desarrollo pleno, debería ser materia de indagaciones posteriores.

Resulta crucial que los cuidadores puedan reconocer sus propios estados emocionales y necesidades, y comunicarlos a los niños y niñas. Es imposible conocer completamente la mente del otro y por tanto, la comunicación debe ir refinándose activamente, complejizando las habilidades que permitan ir decodificando la subjetividad.

*“No tenemos nada que imponer a los niños. En mi opinión hay una sola manera de ayudarlos: siendo auténticos nosotros mismos y diciendo a los niños que no sabemos,*

*pero que ellos deben aprender a saber; que nosotros no fabricamos su porvenir, sino que lo crearán ellos; otorgándoles el papel de tomar a cargo su destino exactamente como ellos quieran tomarlo... los errores lastiman menos cuando proceden del amor torpe, cuando la confianza y el respeto recíprocos crean la atmósfera del intercambio"...* "Para que el niño alcance su autonomía aun es preciso que el adulto que se ocupe de él, le dé el ejemplo de tomarse su libertad y de defender su propia autonomía". (Francoise Dolto, 1985, pág. 319).

Esto es lo que va posibilitando el reconocimiento y respeto mutuo, pues es en la intersubjetividad, en donde se ancla también la posibilidad del respeto por los derechos de los demás. Everingham (1997), tomando los postulados de Jessica Benjamin, subraya la trascendencia del descubrimiento de la madre (o cuidador significativo) por parte del niño o niña, como sujeto también, con derechos propios. La subjetividad de la madre, la confirmación de la individualidad de ambos, es lo que viabilizará la autonomía del niño o niña.

## **V. DEL PODER DE LA REFLEXIÓN Y LA CONVERSACIÓN**

---

De todo lo anterior, surge la vía de la reflexión y la conversación de los adultos significativos, como actividades centrales para garantizar derechos durante los dos primeros años de la vida.

Por una parte, permite el compartir el impacto de la crianza temprana, abriendo paso a los bebés como sujetos sociales. Por otra, a través de la elaboración de las vivencias asociadas a la maternidad y la paternidad, se promueve el establecimiento de interacciones más sensibles, aptas para distinguir al bebé como sujeto psicológico.

Criamos de la manera que podemos, acorde a cómo fuimos tratados. La ruptura de la transmisión transgeneracional e injerencia de patrones indeseados, se hace factible a través de encuentros sociales que nos aporten experiencias diversas, perspectivas novedosas, preguntas inusuales, escucha empática, vías alternativas y validación de emociones compartidas.

Para Maturana (2003), el error surge, de hecho, en la reflexión. Observar, registrar y reflexionar acerca de la experiencia emocional y mental del infante, resulta central para respetar el mundo psicológico emergente. Igual relevancia cobra el atender a las atribuciones de significado e intencionalidad que los cuidadores primarios asignan a las conductas y reacciones de los bebés y niños pequeños, puesto que esa interpretación irá

inevitablemente direccionando la intencionalidad emergente.

Misma consideración debe tenerse en relación a los contextos sociales y culturales que configuran la niñez y marcan con sus significaciones la vida de todos los niños y niñas.

Para Mead, lo característico de las culturas posfigurativas es que, en un grupo compuesto por al menos tres generaciones, se produzca la transmisión de conductas y experiencias omnipresentes por parte de los mayores hacia los jóvenes, sin cuestionamientos ni análisis, de modo que permanezcan por debajo del umbral de la conciencia y sean aceptadas "ciegamente". Así, la falta de verbalización y de toma de conciencia, promueve la estabilidad cultural y una percepción de inmutabilidad de la forma de vivir y saber de los mayores, en tanto modelos.

El no hablar de los eventos dolorosos, de nuestras debilidades, de aquello que no nos enorgullece, de nuestras discrepancias; el silenciar temas controvertidos, es justamente lo que se encuentra a la base del trauma psíquico, del desencuentro en las relaciones interpersonales y de la persistencia de abusos, malos tratos y vulneraciones.

Desde la biología del amor, el conversar es lo que nos constituye como seres humanos, configura nuestro ser y nuestra realidad. El operar en el lenguaje, genera variaciones en nuestra fisiología. La clave de la experiencia psicoterapéutica, de hecho, radica en que las palabras producen modificaciones en las funciones mentales, gracias al vínculo terapéutico y a la plasticidad del cerebro, que es capaz de aprender permanentemente nuevas formas de responder y adaptarse. (Abdala, 2002).

Acorde a estudios de ACHNU-PRODENE (2006), se detecta que padres y madres de nivel socioeconómico alto en Chile -correlacionado directamente con un nivel educativo mayor-, además de acudir a literatura especializada, recurren a conversaciones con otras personas, que permiten la reflexión e intercambio de puntos de vista acerca de la crianza. En este segmento, además, habría una mayor tendencia a la resolución no violenta de conflictos con los hijos e hijas, por medio del uso del diálogo.

Everingham (1997), enfatiza la necesidad de las madres de establecer vínculos mutuamente beneficiosos con otras personas, más allá del ambiente familiar inmediato, para recibir tanto asistencia práctica, como conocimientos con los cuales poder evaluar y confirmar su tarea.

Estudios desarrollados en el contexto de Chile Crece Contigo (Ministerio de Desarrollo Social,

2016) dan cuenta de una elevada percepción de soledad y escaso apoyo social que viven las familias durante los dos primeros años de vida de los niños y niñas, junto a la ausencia de espacios comunitarios que permitan compartir con otros la crianza y las inquietudes que se generan en torno a ella.

La percepción de apoyo social en esta época es crucial. La sensación de soledad, cansancio, ambivalencia y aislamiento de los primeros años de crianza, debe ser compartida, salvaguardando así el vínculo inaugural.

En Chile, las mujeres diagnosticadas con depresión post parto, tienden a percibir los centros de salud como espacios más bien de evaluación y crítica del rol parental, en vez de instancias de apoyo a la crianza, propiamente tales. (*Op. Cit.*). En el sector público, existe una estricta detección de factores de riesgo biopsicosociales desde la gestación y de probables alteraciones en el vínculo madre-bebé durante los controles de salud, pesquisas que lamentablemente no se condicen con la existencia de oferta de intervención, asistencia y apoyo, suficiente y efectiva. El riesgo es alto, si esto pudiese confluir en alguna medida con el viejo paradigma tutelar, asistencial y del “menor en situación irregular”, que ha privilegiado en Chile la judicialización de casos e institucionalización de NNA con fatales consecuencias, estudiadas al detalle en el Informe de la ONU emitido el año 2018, de la Investigación relacionada con Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones, del Comité de los Derechos del Niño.

Cross (2015) detecta que la mayoría de los estudios de parentalidad se enfocan en los déficits, encontrando escasa literatura centrada en las fortalezas, motivaciones e intereses de los padres. Asimismo, observa muy baja participación de los adultos significativos en el diseño y evaluación de programas, alertando del riesgo del modelamiento de una participación “tokenística” en la socialización de niños y niñas.

La investigación que lidera, concluye que existe una asociación importante entre los padres que son respetados y escuchados en relación con sus preocupaciones de crianza, y el desarrollo y bienestar de sus hijos e hijas. De esta forma, es crucial que padres y madres no sean considerados como meros beneficiarios o receptores de ayuda, sino como participantes activos y sujetos protagonistas de sus procesos de cambio, poniendo sus competencias y fortalezas al servicio de la intervención.

En el fomento de interacciones sensibles, resulta esencial promover también la afirmación y respeto por la subjetividad de los adultos significativos. Al mismo tiempo, el fomento de la participación de bebés, niños y niñas pequeños, demanda espacios en los que estos derechos constituyan parte de la realidad, como experiencia modeladora.

Gorodisch (2003), promovió el “Paseo de los bebés”, al cual asistieron entre 2000 y 3000 personas, en una ciudad de Brasil. El objetivo referido era descubrir las fortalezas de la comunidad, potenciarla como un gran agente protector y conversar todo lo concerniente a los bebés.

El Ministerio de Desarrollo Social de Chile (2016), se encuentra implementando un programa piloto para la “Habilitación de Espacios Públicos Infantiles en su modalidad CRIANZA” (HEPI-CRIANZA). Si bien se expresa con claridad en las orientaciones técnicas, en los objetivos del programa no se contempla el apoyo a las familias y el cuidado al adulto significativo, pudiendo desdibujarse este aspecto elemental para una intervención efectiva. Asimismo, hace falta la indicación de realizar el diseño de proyectos a presentar por parte de los municipios, en conjunto con los futuros participantes del mismo.

Doltó inauguró en París en el año 1.979 un primer dispositivo semejante. Lo llamó “La Casa Verde”, espacio concebido para la recreación y el encuentro con semejantes, en donde los bebés, niños y niñas entre cero y tres años, son tratados como sujeto. No se realiza ninguna intervención o taller especial por parte del equipo de acogida, que está (simplemente) disponible y se dirige verbalmente a los niños, delante de sus padres y madres.

Resulta fundamental que los bebés y niños pequeños sean escuchados también por otros externos; por agentes de la comunidad, por otras madres, por el padre, por otros padres, por la sociedad. Promover así la terceridad que rompa la fusión inicial y facilite el lugar que requiere el sujeto para abrirse paso. De otra forma, la singularidad y lo más propio puede tender a ocultarse para ser preservado, distorsionarse, o bien irrumpir a través de síntomas y trastornos.

## CONCLUSIONES

---

Mediante el presente estudio, se exploraron las especificidades que permiten dar cumplimiento al derecho a la participación de niños y niñas durante los dos primeros años de vida. A continuación, se sintetizan las principales consideraciones y aspectos identificados.

La obligación del Estado de prestar asistencia a las familias con niños y niñas entre los cero y los dos años de vida es crucial: Esta etapa es un momento único en el desarrollo, la dependencia del sujeto de derechos inicialmente es radical, la tendencia al aislamiento y pérdida de soporte se ve incrementada y, adicionalmente, las condiciones de pobreza se concentran en este segmento etario. El Estado, en tanto garante principal, debe entonces ejercer un rol muy activo en la materialización de condiciones apropiadas para que padres, madres y cuidadores significativos logren guiar y acompañar a los bebés, niños y niñas pequeñas en el progresivo ejercicio autónomo de derechos.

El acceso a la información de los garantes es muy importante, principalmente en materia de derechos, interés social y cultural, así como el establecimiento de oportunidades para una participación significativa, ética y efectiva, con la consideración de que debe generarse una práctica de participación continua, susceptible de ser internalizada tempranamente como experiencia modeladora de la vida de niños y niñas.

Acorde al principio de autonomía y evolución de las facultades, el protagonismo de los adultos significativos en las instancias de participación de los bebés debe comenzar siendo total, dada la dependencia absoluta de los nacientes sujetos. Los mecanismos deben ser diseñados en conjunto con los cuidadores, respetuosos de la heterogeneidad, su cultura, saberes y fortalezas. El foco debe estar puesto en ir promoviendo la creciente autonomía, con el objeto último de que niños y niñas puedan reconocerse como sujetos de derecho.

Las oportunidades de participación que se forjen, deben ser apropiadas a las necesidades, competencias e intereses de los sujetos de cero a dos años. Urge la generación de espacios públicos y comunitarios que garanticen su integración, para lo cual son requeridas políticas con enfoque multidimensional e intersectorial.

Asimismo, se destacan las instancias que faciliten tanto la comunicación no verbal, como el hablar directamente a los bebés; privilegiar las interacciones lúdicas, la exploración libre, el movimiento y contacto corporal, la conexión emocional y el disfrute de la relación.

Los espacios para la participación deben promover que los adultos significativos puedan lograr prestar atención total a las comunicaciones del infante, responder a sus iniciativas espontáneas y tramitar el proceso de separación natural, concomitante a la delimitación de un sí mismo diferenciado.

Para el cumplimiento del derecho a la participación, debe propiciarse el establecimiento de una relación afectiva, con continuidad y coherencia en los cuidados, basada especialmente en la aceptación y reconocimiento del legítimo otro, distinto, singular y digno de ser respetado.

La subjetividad se estructura a partir de nuestras relaciones primarias. La capacidad para identificar lo propio, es precedida por un tiempo en que los adultos significativos pudieron reconocerlo. Ese reconocimiento es la génesis de la diferenciación y autonomía del sujeto. La tarea está entonces, en respetar la individualidad del ser humano desde el primer momento de la vida, tanto como su condición de sujeto de derechos, cuestiones esenciales para la prevención de trastornos y vulneraciones. (“Guagua que no llora, no mama”...) Las y los bebés no pueden silenciarse.

Para ello, se concluye que resulta crucial brindar asistencia y apoyo a los adultos significativos, enfrentando activamente los factores que imposibilitan el estado emocional favorable para una interacción sensible.

Se destaca la necesidad de promover espacios para la reflexión y conversación, que susciten la elaboración de sus preocupaciones y angustias, de modo de incrementar sus posibilidades de interpretar y atender apropiadamente las señales de los bebés y niños pequeños, rescatando lo más propio de estos y promoviendo tempranamente la incidencia de sus intenciones y comunicaciones.

Deben propiciarse instancias de reunión y encuentro, en las que se reconozca el sitio de bebés, niñas y niños pequeños en su calidad de potentes actores sociales, con influencia en los procesos de transformación social y cultural. Resulta clave comenzar a visualizar instancias de participación en las que los adultos nos dispongamos a aprender de ellas y ellos.

La responsabilidad parece ser excesiva. La experiencia transformadora de encontrarse con ese sujeto, debe ser puesta en común y el desafío de criar, tiene que ser una experiencia compartida.

Variaciones, ambientes, sistemas y estructuras ecológicas, múltiples e interconectadas, intervienen en la capacidad para el adecuado cumplimiento del rol parental. Se filtran a través del vínculo y sistema relacional del bebé y, consecuentemente, impactan directamente en su estructuración subjetiva. A su vez, el bebé ciudadano impactará sobre sus cuidadores y, a través de éstos, incidirá en todos los niveles y contextos socioculturales.

Los derechos de participación se anclan al

respeto de los derechos de los demás, por lo que su cumplimiento debe efectuarse sobre la base de la reciprocidad, la aceptación mutua y el reconocimiento de la subjetividad también de las madres, padres, hermanos, hermanas, educadoras, cuidadores...

Se concatenan así, al establecimiento de sanos límites. No es sino el mundo externo el que posibilita el reconocimiento y consciencia del hecho de ser sujetos psicológicos, sociales y de derechos.

Se concluye que, durante los dos primeros años de vida, se desarrollan los cimientos para el ejercicio autónomo de los derechos de participación, mismas bases de la salud y aptitud para la felicidad. La capacidad para identificar lo propio, expresarlo con libertad y actuar consonantemente con ello, brota a partir del encuentro humano. Al mismo tiempo que nos resguarda de trastornos y vulneraciones, funda la posibilidad de formar parte de la vida en común y aventurarnos en los procesos de transformación de lo colectivo.

## REFERENCIAS

1. Abdala, J.R. (2002). *Neurociencias y Psicoanálisis*. Subjetividad y Procesos Cognitivos. UCES. Pág. 9-19.
2. ACHNU-PRODENI. (2006). *Estilos de crianza y cuidado infantil en Santiago de Chile. Algunas reflexiones para comprender la violencia educativa en la familia*. Informe estudio.
3. Anderson, G. L. (2002). *Hacia una participación auténtica: deconstrucción de los discursos de las reformas participativas en educación*. En: M. Narodowski, M. Nores, & M. Andrada (Eds.), *Nuevas tendencias en políticas educativas: estado, mercado y escuela* (pp. 145–200). Barcelona: Ediciones Gránica SA. Retrieved from: [http://www.ciae.uchile.cl/download.php?file=otros/tallerinvestigacion/anderson\\_hacia\\_una\\_participacion\\_autentica.pdf](http://www.ciae.uchile.cl/download.php?file=otros/tallerinvestigacion/anderson_hacia_una_participacion_autentica.pdf)
4. Aramburu, S. *¿Del enfoque tutelar al enfoque de derechos? Análisis de los marcos interpretativos de los actores legislativos en las principales leyes sobre familia*. Proyecto Fondecyt N°11160330 “Cambio en las políticas hacia la infancia y adolescencia en Chile. Análisis de los marcos interpretativos de instituciones y actores relacionados”.
5. Blanco, D. (2017). *Casa del Encuentro: Hacia una escucha de lo cotidiano en los momentos de la infancia*. Revista Sul Americana de Psicología, v5, n1, Jan/Jul, 2017
6. Blanco, R., Umayahara, M., & Reveco, O. (2004). *Participación de las familias en la Educación Infantil Latinoamericana*. Santiago: OREALC / UNESCO. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139030s.pdf>
7. Brazelton, T.B. & Cramer, B. (1993). “La atribución de significado a la conducta del niño pequeño”. En: “La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial”.
8. Bustelo, E. (2005). *Infancia en Indefensión*. Salud Colectiva. Septiembre-Diciembre 2005. Buenos Aires.
9. Castro, J. & otros (2009). *Participación de los niños y niñas. Balance a los veinte años de la Convención*. Instituto de Formación de Educadores de Jóvenes, Adolescentes y Niños trabajadores de América Latina y El Caribe.
10. Cerezo, M.A. & otros. (2006). *Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad*. Psicotherma, Vol. 18, n°3, pp. 544-550.
11. Comité de los Derechos del Niño. (2003). *Observación General N° 5: Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4 y 42 y párrafo 6 del artículo 44)*. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra.
12. Comité de los Derechos del Niño. (2005). *Observación General N° 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia*. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra.
13. Comité de los Derechos del Niño. (2009). *Observación General N°12: El derecho del niño a ser escuchado*.
14. Comité de los Derechos del Niño. (2014). *Métodos de trabajo para la participación de los niños en el proceso de presentación de informes del Comité de los Derechos del Niño*.
15. Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas 1989.
16. Chávez, P. & Vergara, A. (2017). Ser niño y niña en el Chile de hoy. La perspectiva de sus protagonistas acerca de la infancia, la adultez y las relaciones entre padres e hijos.
17. CIDH (2017). Garantías de Derechos Niñas, Niños y Adolescentes. “Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas nacionales de protección”.
18. Cross, B. (2015). Approaches to engagement with children 0-3 years. A literature review. Scotland’s Commissioner for Children & Young People (SCCYP). University of the West of Scotland.
19. Cussiánovich, A. (2005). Educando desde una pedagogía de la ternura. IFEJANI.
20. Cussiánovich, A. (2009). Ensayos sobre infancia II. Sujeto de Derechos y Protagonistas. “Infancia, democracia y ciudadanía: Conceptos, relaciones y controversias”.
21. Cussiánovich, A. Los derechos de la infancia desde el paradigma de su protagonismo. En: Historia del pensamiento social sobre la infancia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fondo editorial de la Facultad de Ciencias Sociales. (Pp.67-86).
22. Dio Bleichmar, E. (2016). Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos. Paidós, España.
23. Doltó, F. (1985). La causa de los niños. Ed. Paidós, reimpresión del 2006. Buenos Aires.
24. Everingham, C. (1997). Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología. Ed. Narcea, España.
25. Feixa, C. (1996). Antropología de las edades. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales.
26. Gaitán L. (2006). “Un nuevo enfoque para el estudio de la infancia”. En: “Sociología de la infancia”, Cap.1. Ed. Síntesis, Madrid.
27. Gaitán, L. & Liebel, M. (2011). Ciudadanía y derechos de Participación de los Niños. Pontificia Universidad de Comillas Madrid.
28. Gaitán, L. (2014). De menores a protagonistas. Los derechos de los niños en el trabajo social. Ed. Impulso a la Acción Social. Madrid.
29. Gálvez, A. & Farkas, C. (2017). Relación entre Mentalización y Sensibilidad de Madres de Infantes de Un Año de Edad y su Efecto en su Desarrollo Socioemocional. Psykhe, 26, 1-14.
30. Golse, B. (2015). ¿Qué cuidados para los niños “privados de historia”? La experiencia del instituto Pikler- Loczy”. En: Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. N° 59, 1° semestre 2015. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.
31. Gorodisch, R. (2003). Bordando condiciones de más dignidad. Entrevista a Salvador Celia. VERTEX Revista

- Argentina de Psiquiatría Vol. XIV, págs. 299 – 304.
32. Hart, R. (1993). La participación de los niños: de la participación simbólica a la participación auténtica. UNICEF. Ensayos Innocenti N° 4.
  33. Janin, B. (2009). La violencia en la estructuración subjetiva. Revista “Cuestiones de Infancia”. UCES, Buenos Aires. Págs. 15-33.
  34. Kreisler, Faín & Soulé. (1974). El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1999.
  35. Lansdown, G. (2005). La evolución de las facultades del niño. Save the Children y Centro de Investigaciones Innocenti de Unicef. Suecia.
  36. Levobici, S. (1988). El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces. Amorrortu editores, Buenos Aires.
  37. Maturana, H. (2003). El Sentido de lo Humano. JC Sáez Editor, Chile.
  38. Maturana, H. & Verden-Zöllner, G. (2007). Amor y Juego. Fundamentos olvidados de lo Humano. Desde el patriarcado a la Democracia. JC Sáez editor, Chile.
  39. Mead, M. (2010). Cultura y compromiso, Capítulo 1: “Culturas postfigurativas”, Ed. Anagrama, Madrid.
  40. Miller, A. (2005). El drama del niño dotado y la búsqueda del verdadero yo. Edición ampliada y revisada. Tus Quets Editores, España. Versión original de 1994.
  41. Ministerio de Desarrollo Social (2016). Orientaciones Técnicas: “Habilitación Espacios Públicos Infantiles en su modalidad CRIANZA” (HEPI-CRIANZA). Chile Crece Contigo. Gobierno de Chile.
  42. Observatorio Niñez y Adolescencia (ONA). (2015). Boletín número 5: Participación y ejercicio de derechos.
  43. Observatorio Niñez y Adolescencia (ONA). (2016). Boletín número 8: Primera Infancia en Chile, Una década de concentración de la pobreza.
  44. Oiberman, A. (2001). Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo. Lugar editorial, Buenos Aires.
  45. Oiberman, A. (2005). Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal. JCE Ediciones, Buenos Aires.
  46. Pachón, X. (2009). “¿Dónde están los niños? Rastreado la mirada antropológica sobre la infancia”. Maguaré N°23, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2009.
  47. Palma, D. (1998). La participación y la construcción de ciudadanía. Universidad ARCIS, Centro de Investigaciones Sociales, Documento de Trabajo n°27. Santiago: ARCIS. Retrieved from <https://fr.scribd.com/document/112784454/La-Participacion-y-Construccion-de-Ciudadania-DIEGO-PALMA>
  48. Pilotti, F. (2000). “Globalización y CDN: El contexto del Texto”. OEA, 2000.
  49. Rupin, P. (2011). Participación parental, comunidades y aprendizajes: experiencias de educación preescolar en Chile. ENSEMBLE, Revista Electrónica de La Casa Argentina En París. Extraído de: [http://www.academia.edu/2541942/Participacion%20parental\\_comunidades\\_y\\_aprendizajes\\_experiencias\\_de\\_educacion\\_preescolar\\_en\\_Chile](http://www.academia.edu/2541942/Participacion%20parental_comunidades_y_aprendizajes_experiencias_de_educacion_preescolar_en_Chile)
  50. *Ruth-Lyons*, K (2000). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. Aperturas Psicoanalíticas. 19: 4. 576 – 617.
  51. Santelices, M.P. & otros. (2012). Medición de la Sensibilidad del Adulto con Niños de 6 a 36 Meses de Edad: Construcción y Análisis Preliminares de la Escala de Sensibilidad del Adulto, E.S.A. Terapia Psicológica, Vol. 30, N° 3, 19-29.
  52. Santelices, M.P. & otros. (2015). Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad. Vol. 14, N° 1, pp. 67- 76.
  53. Santibáñez, D., Délano, J., Reyes, M. Participación y ejercicio de derechos. Observatorio Niñez y Adolescencia. Cuadernos temáticos.
  54. Save the Children (2005). “Programación en Derechos del Niño, Cómo aplicar el enfoque de derechos en una programación”. Save the Children, 2ª edición, Lima, 2005.
  55. Schore, A. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: Interfaz entre psicología psicoanalítica del Self y Neurociencias. Rev GPU 2010; 6; 3: 296-308. Psiquiatría Universitaria.
  56. Socarides, D. & Stolorow, R. (2013). Afectos y objetos del self. Revista Electrónica de Psicoterapia: Clínica e Investigación Relacional, CEIR. Vol. 7 (1) – Febrero 2013; pp. 45-59.
  57. Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. Fondo de la cultura económica, Buenos Aires, 1996.
  58. Stern, D. (1978). La Primera Relación Madre- Hijo. Ediciones Morata, Madrid.
  59. Stern, D. (1985). El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Ed. Paidós, Argentina. Reimpresión de 2005.
  60. Stolorow, R. & Atwood, G. (2004). Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. PP. 97- 109. Editorial Herder, Barcelona.
  61. Stolorow, R. (2012). De la Mente al Mundo, de la Pulsión al Afecto: Una Perspectiva Fenomenológico-contextual en Psicoanálisis. Revista Electrónica de Psicoterapia: Clínica e Investigación Relacional, CEIR. Vol. 6 (3) – Octubre 2012; pp. 381-395.
  62. Tonucci, F. (2009). Ciudades a escala humana: la ciudad de los niños. Revista de Educación, número extraordinario 2009, pp. 147-168.
  63. Valverde, F. (2015). “Autonomía progresiva en el ejercicio de derechos”. Documento de trabajo para el Informe Infancia Cuenta 2015. Observatorio Niñez y Adolescencia.
  64. Vergara-del Solar, A., Chávez-Ibarra, P., Peña-Ochoa, M. & Vergara-Leyton, E. (2016). Experiencias contradictorias y demandantes: La infancia y la adultez en la perspectiva de niños y niñas de Santiago de Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14 (2), pp. 1235-1247.
  65. Vergara, A., Peña, M., Chávez, P. & Vergara, E. (2015). Los niños como sujetos sociales: El aporte de los Nuevos Estudios Sociales de la infancia y el Análisis Crítico del Discurso. Psicoperspectivas, 14(1), 55-65. Recuperado desde <http://www.psicoperspectivas.cl/doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL14-ISSUE1-FULLTEXT-544>
  66. Winnicott, D. (1960). “La teoría de la relación entre progenitores-infante” y “La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso”. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2005.
  67. Winnicott, D. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión “No Yo”. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Editorial Laia, Barcelona.
  68. Winnicott, D. (1988). La Naturaleza Humana. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2005.

## Salud Infantil en Primeras Naciones: “De la priorización de la infancia, los niños indígenas también...”<sup>1</sup>

Child Health in First Nations: “From the prioritization of childhood, indigenous children too...”<sup>2</sup>

Dr. Nelson Vergara<sup>2</sup>

Somos un departamento joven, próximo a cumplir tres años de existencia y compuesto por algunos colegas médicos que llevamos décadas trabajando en zonas de presencia indígena, así como nuevos colegas que se han integrado entusiastamente. A través de nuestra propia denominación contribuimos a reconocerles preexistencia a todos ellos y a sus diferentes formas de organización social, así como a la concepción de sus propios horizontes de destino.

Tenemos dos objetivos fundamentales:

1. **Potenciar la interrelación entre los sistemas médicos oficial y de las primeras naciones** en sus diferentes manifestaciones actuales, respetando la variedad de itinerarios terapéuticos en los diferentes territorios.
2. **Contribuir en el diseño, ejecución y evaluación de nuevas Políticas Públicas** en salud relacionadas con el bienestar integral de las Primeras Naciones en Chile.

A modo de declaración de principios, como ciudadanos y profesionales de la salud pública ejercemos un rol social y político que implica que nuestro quehacer aporte a la construcción de una sociedad más justa y equitativa, en la cual se tengan las mismas oportunidades de decisión y control respecto de nuestras vidas. Implica ir más allá de una definición tradicional salud, implica hacer re-definiciones desde la búsqueda del sentido, para concebir el proceso salud-enfermedad en un abordaje coherente.

La composición de nuestro país es diversa, al hablar del “chileno medio” o del “ciudadano a pie” invisibilizamos dicha diversidad y no atendemos a los diferentes tipos de compatriotas que componen nuestra sociedad.

Resulta llamativa la proporción de la población que se autodefine como indígena, porcentaje que bordea el 13% y donde el mayor peso se lo lleva la etnia mapuche con casi el 10% de la población. En este mismo sentido más de un millón de personas corresponden a colonias extranjeras, cifra que se ha más que duplicado en menos de 10 años. En suma, casi un 20% de la población de Chile hoy no corresponde a ese paradigma del chileno “medio” o “a pie” que durante el siglo anterior y principios de este siglo ha sido el motor de las políticas públicas de salud.

Muchos de nosotros, cuando empezábamos como médicos en zonas rurales y alejadas de los centros urbanos como Santiago, Concepción o Temuco notábamos el enorme peso que tenía la población indígena para la red pública de salud y, aunque algunos intentamos evidenciar esto, nunca nos fue posible demostrarlo estadísticamente. Afortunadamente si hubo sensibilización a nivel institucional (MINSAL/CELADE/CEPAL), lo que llevó a realizarse una serie de documentos de gran importancia epidemiológica y que no hicieron sino diferenciar las poblaciones indígenas por servicios de salud, por área geográfica o por región. El equipo que encabezaron Ana María Oyarce y Malva Marina Pedrero trabajó casi una década por todo el país e inauguraron una nueva época en materia de epidemiología al diseñar una metodología

Recibido el 11 de julio de 2019 . Aceptado el 29 de octubre de 2019

1 Extracto de presentación del Departamento de Primeras Naciones del Colegio Médico de Chile A.G. ante Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en sesión del 20 de agosto del 2018

2 Presidente Departamento Primeras Naciones. Colegio Médico de Chile A.G. Correspondencia a: nvergara.r@gmail.com

que permitiera esclarecer comportamientos epidemiológicos distintos para las poblaciones indígenas y no indígenas.

Se realizaron un total de 12 perfiles más un texto final comparativo, la metodología establece un flujograma de inclusión que se aplicó de la misma manera en cada territorio estudiado, abarcando desde 2007 a 2015 y que fue desagregando las poblaciones indígenas a partir de registros de CONADI y apellidos conocidamente indígenas. Por último se incluyeron todas aquellas personas que, no estando en ninguna de estas dos categorías, fueron referidas por autoridades tradicionales como pertenecientes.

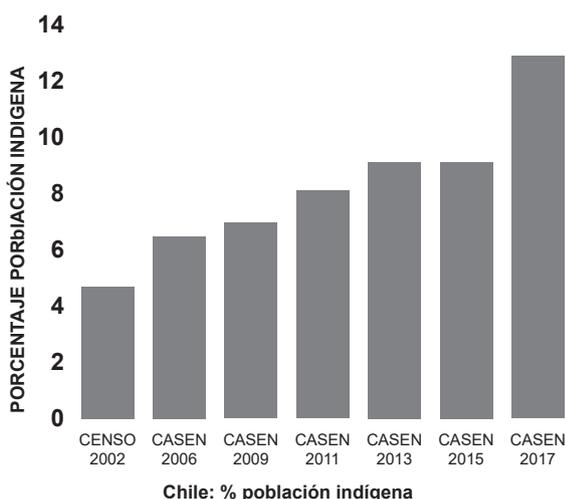
Más tarde se pudo agregar la pertenencia a pueblos indígenas consignada en los registros de egresos hospitalarios.

### ¿CUANTOS SON LOS INDÍGENAS? ¿DÓNDE VIVEN? ¿ESTÁN EN TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA?

Si bien siguen siendo minorías, la proporción de indígenas en nuestro país ha sufrido un notable aumento desde el CENSO 2002, ya sea porque la pregunta ha sido diferente como porque esta se aplicaba a algunos grupos étnicos y no a todos los censados.

Con todo, la tendencia muestra el mayor peso que cada vez adquiere la población indígena dentro del contexto nacional, lo que debe llamarnos profundamente la atención si pensamos que uno de cada 8 compatriotas se autodefine como tal. Gráfico 1.

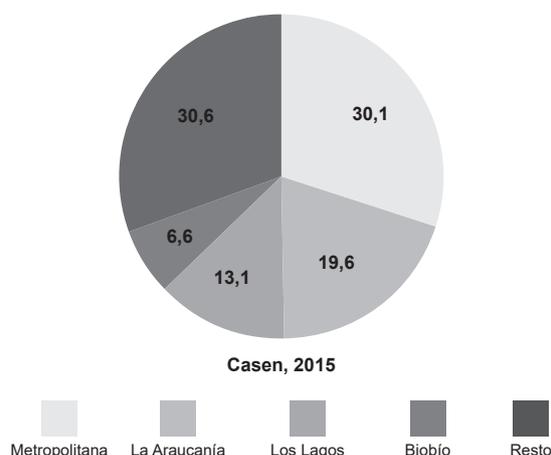
**Gráfico 1. Proporción Población Indígena**



Derribando el segundo paradigma podemos observar que la gran mayoría de los indígenas no viven en Santiago sino fuera de la capital. Si bien es cierto que es probable que muchos se

avencinen en centros urbanos, sí se observa un retorno a territorios ancestrales como consecuencia de los planes de restitución de tierras a través de CONADI.

**Gráfico 2. ¿Dónde viven los pueblos indígenas?**



Si hilamos un poco más fino observamos el enorme peso específico que ostenta la población indígena en el norte y suraustral del país, alcanzando cifras que más que doblan el porcentaje nacional como Araucanía (31,7%), Arica y Parinacota (25,9%), Aysen (25,8%), Los Lagos (24,1%), Los Ríos (20,6%), Magallanes (17,5%) y Atacama (17,1%) por mencionar algunos.

A pesar de que Bío-Bío posee poco más de un 5% de población mapuche, esta se concentra en dos zonas muy bien definidas: Arauco (mapuche lavkenche) y Alto Bío-Bío (pewenche), que resulta en realidades de gran peso para los equipos de salud de la red pública en estas áreas geográficas.

A través de la encuesta CASEN 2015 se estima que poco más del 35% de la población indígena corresponde a niños, versus el 26% para la población no indígena. Esto se corresponde también con una menor proporción de ancianos y una distribución de población mucho más joven en términos generales para la totalidad de población indígena chilena.

### ALGUNAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

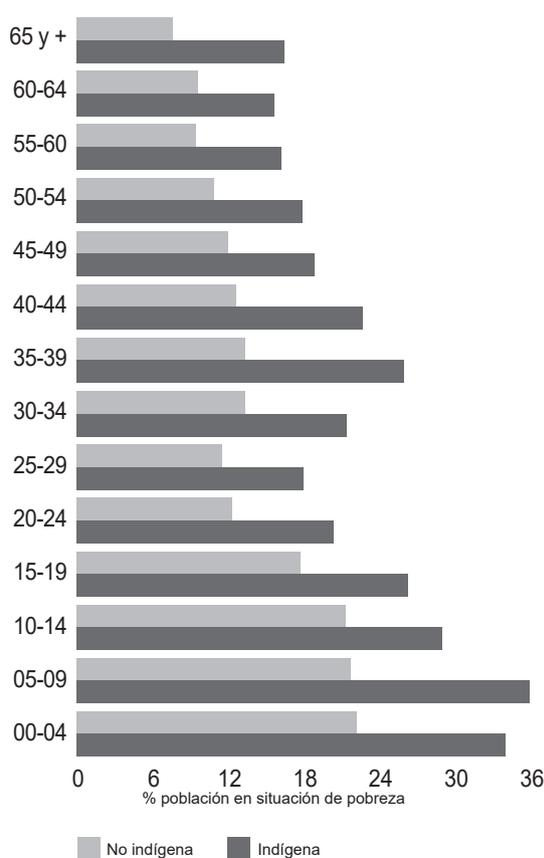
Si bien son muchas las condicionantes, nos parece que la pobreza es fundamental de analizar y sobre todo como afecta a los niños indígenas. En la última década la pobreza en nuestro país ha venido cayendo sostenidamente, proceso que también se observa en la población indígena aunque más a expensas de la extrema pobreza y

manteniendo un 70% más de pobreza global respecto de la población no indígena.

Al revisar por regiones del país es llamativa la situación de pobreza en poblaciones indígenas del sur de Chile, con más de un tercio de su población en situación de tal.

Al desagregar por grupos etarios observamos que la pobreza es mayor en población joven y más aún bajo los 10 años, resultando en una pobreza infantil del orden del 23% y que es un 10% superior a la pobreza infantil en población no indígena. Gráfico 3.

**Gráfico 3. Proporción Población Indígena y no indígena en Chile en situación de pobreza por grupos de edad (2013)**



Fuente: Procesamientos especiales CASEN 2015. En Pedrero, 2016.

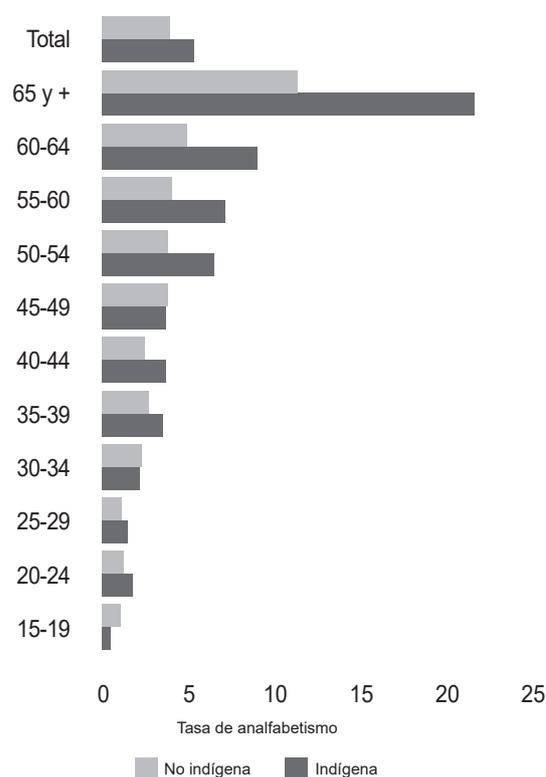
## ANALFABETISMO

A nivel del país es un 40% más elevada entre indígenas que entre no indígenas. Esta brecha, sin embargo, presenta una gran variabilidad por grupos de edad, siendo las generaciones mayores las que presentan una mayor vulnerabilidad; mientras entre los más jóvenes la situación más favorable se observa en indígenas. Gráfico 4.

Por otro lado, las tasas de analfabetismo son

mucho más elevadas entre la población indígena que habla y entiende la lengua propia (13,8%), reduciéndose drásticamente entre aquellos que solo la entienden (4,6%); y, encontrando su expresión mínima entre aquellos que no la dominan en absoluto (3,6%). Esta situación remite a la falta de políticas integrales que garanticen el derecho a la educación de los pueblos indígenas, puesto que desde un enfoque de derechos humanos no es posible implementar una libertad fundamental a expensas de la negación de otra como exigir que olviden la propia lengua para aprender la oficial. A la par, con menor escolaridad la inserción laboral es mucho más difícil y los trabajos que desempeñan involucran mayor desempeño físico (forestal, agrícola, pesca, servicio doméstico) y con menores remuneraciones.

**Gráfico 4. Tasa de analfabetismo en población indígena y no indígena de 15 y más años, por grupos de edad (2013). Promedia un 40% más de analfabetismo.**

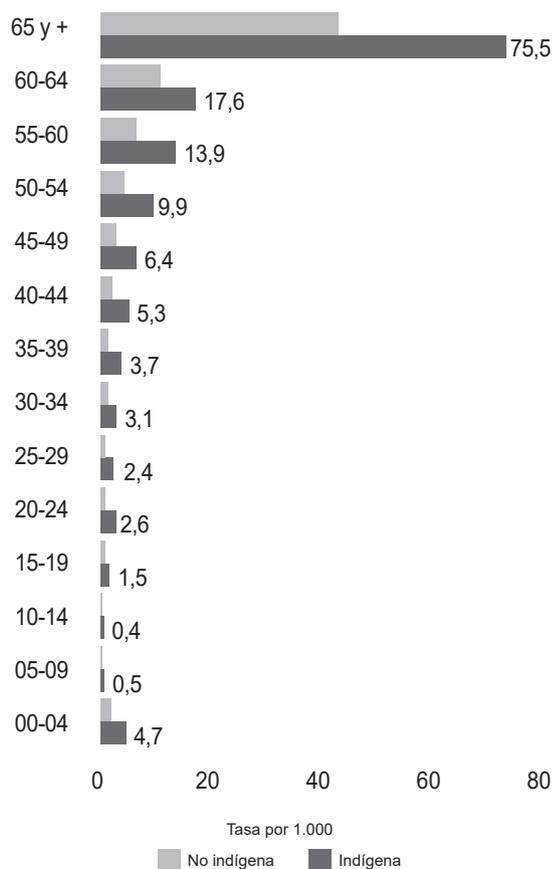


Fuente: Procesamientos especiales CASEN 2013. En Pedrero, 2015 (a)

## SISTEMA PREVISIONAL

La enorme mayoría de las personas indígenas del país (9 de cada 10) acceden a atención de salud a través del sistema público, FONASA; proporción más elevada que la que registra la población no indígena. Dentro de este grupo el 75% está

**Gráfico 5. Tasa específica de mortalidad en población indígena y no indígena por grupos quinquenales de edad (Trienio 2004-2006)**



Fuente: Procesamientos especiales bases de datos proyecto epidemiología sociocultural MINSAL

clasificado en los tramos A y B, que corresponden a los ingresos más bajos.

Solo un 6,5% cotiza en el sistema privado, menos de la mitad de cifra observada entre los no indígenas.

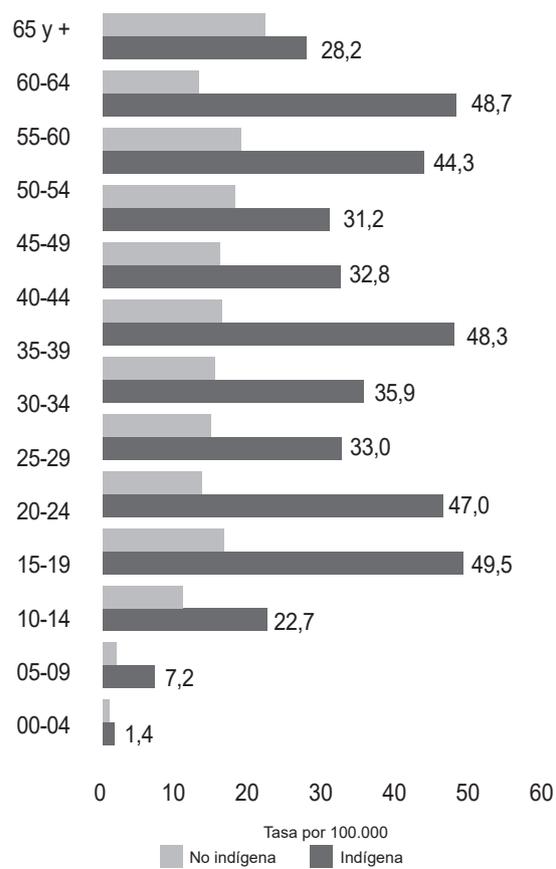
Tenemos entonces un sector de nuestra sociedad que ostenta peores indicadores de pobreza, analfabetismo, se gana la vida realizando trabajos más precarios, que tiene mayor proporción de niños y que ejercen una gran presión sobre la red pública de salud en busca de atención.

¿Cómo se expresan estas determinantes en la salud de los pueblos indígenas?

Sin duda alguna que la mortalidad es tal vez una de las mejores maneras de observar los efectos de las determinantes de salud y para fines de esta exposición nos parece que ofrece muchas ventajas para una mejor comprensión; más aún cuando observamos una constante sobremortalidad general para todos los perfiles estudiados y en algunos casos con cifras que recuerdan a países centroamericanos e incluso africanos.

En general la mortalidad general indígena

**Gráfico 6. Tasas específicas de Suicidio en población indígena y no indígena por grupos quinquenales de edad (Trienio 2004-2006)**



Fuente: Procesamientos especiales bases de datos proyecto epidemiología sociocultural MINSAL.

corresponde al doble que la mortalidad de la población no indígena. Sin intentar ahondar demasiado en esto vale la pena poner énfasis en que esta sobremortalidad está compuesta tanto por enfermedades transmisibles (infecciones) como no transmisibles (cardiovasculares, neoplasias). Debe llamarnos profundamente la atención por ejemplo que, al desagregar por sexo, la mortalidad por traumatismos es la principal causa de muerte entre hombres de 20 a 65 años, causa de muerte que persiste desde la época de la conquista y que parece nunca ha sido parte de ninguna estrategia de parte del sistema público de salud; no ha sido problema en casi 500 años.

Ya al analizar por grupos quinquenales empezamos a observar una mayor mortalidad bajo los 05 años en niños indígenas, que triplica la mortalidad de niños no indígenas para el mismo quinquenio. Gráfico 5.

Aún más grave es la sobremortalidad por suicidio en todos los quinquenios, y aún mas marcado en gente joven indígena incluso bajo los 10 años. Personalmente he podido observar esta situación

con niños de entre 9 y 11 años. En un primer caso pudimos abordarlo positivamente y en el segundo lamentablemente no. En ambos niños existían factores culturales asociados a pérdida de identidad y “occidentalización forzada”. Gráfico 6.

## MORTALIDAD INFANTIL

Se dice que una sociedad que se desarrolla es una sociedad que cuida a sus niños, es por eso que la mortalidad infantil es un indicador tan relevante a la hora de medir desarrollo humano. Desde la revolución de la salud pública en Chile a mediados del siglo pasado, y puesto el foco principal del sistema en el binomio madre-hijo, la mortalidad ha disminuído paulatinamente a un dígito, bordeando hoy los 7 x 1000 nacidos vivos y concentrando dicha mortalidad en prematuros y de bajo peso al nacer.

Cabe entonces preguntarse si existen diferencias al desagregar a los niños indígenas así como lo observamos antes con la mortalidad general y que bien podría existir una realidad oculta tras los promedios. Los perfiles diferenciados mostraron claramente que los niños indígenas menores de 5 años tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no indígena, riesgo que aumenta a 3,6 entre los 5-9 años. Veamos algunos ejemplos de norte a sur que nos ayudarán a visualizar mejor este comportamiento.

En la Provincia de Iquique se observa ya un aumento de mortalidad infantil en casi un 30% respecto de la media nacional, y al desagregar la población indígena Aymara esta prácticamente se duplica, pues los niños aymara menores de un año tienen un 90% más de posibilidades de morir durante su primer año de vida versus los niños no indígenas del mismo territorio.

En la Provincia de Arauco, donde personalmente he desarrollado mi trabajo como médico general primero y como especialista actualmente, la realidad es muy parecida y en el período estudiado el comportamiento se reproduce casi idéntico. Nacer en la Provincia de Arauco sin ser indígena implica un 30% más de mortalidad durante el primer año de vida, y si se es indígena el riesgo se duplica por ese sólo hecho.

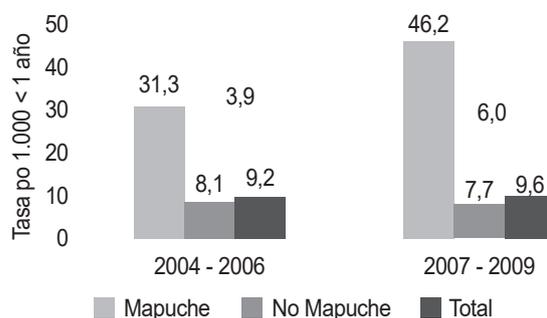
En la Región de Arica y Parinacota el fenómeno se mantiene, y para los períodos analizados pueden observarse algunas variaciones dentro de la misma realidad: sólo por su condición de nacer indígena poseen un 160% más de riesgo de morir durante su primer año de vida.

En el caso del Servicio de Salud Bío-Bío no sólo

aumentan las diferencias entre trienios estudiados, sino que además se acrecienta la diferencia entre niños mapuche pehuenche y no mapuche, con cifras de mortalidad infantil del Chile de fines de los setenta. Similar comportamiento ocurre en Antofagasta, con cifras de mortalidad infantil de mediados de los ochenta para niños aymara y para los diferentes períodos de estudio.

Por último quiero mostrar la mortalidad infantil del Servicio de Salud Reloncaví, que corresponde a territorio mapuche huilliche de Puerto Montt y alrededores. En este caso las cifras son comparables a países africanos subsaharianos como Sudán, Senegal o Togo: por nacer indígena huilliche en Reloncaví los niños tienen un 500% más de posibilidades de morir en su primer año de vida. Gráfico 7.

**Gráfico 7. Servicio Salud de Reloncaví. Tasa de mortalidad infantil en población mapuche y no mapuche (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)**



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS-MINSAL

Serie de análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile N°10  
CELADE-CEPAL-MINSAL

Podríamos seguir mostrando ejemplos como estos, lo que ya es un hecho terrible, sin embargo, la idea es además poder reflexionar acerca de cómo esta información, que ha estado disponible desde la década pasada para muchos de los Servicios de Salud, Seremis de Salud y Subsecretarías, no ha sido considerada en el diseño de la política pública en territorios donde nuestras primeras naciones tienen gran presencia y su comportamiento epidemiológico es claramente diferente. Repetir una y otra vez los mismos programas, las mismas metas y poner los mismos énfasis en todo el territorio nacional no parece hoy razonable, por el contrario se muestra como una inequidad estructural para nuestros pacientes indígenas y que ellos mismos manifiestan como factor negativo de su salud cuando se les pregunta.

## NORMAS SECTORIALES

---

Desde el retorno a la democracia en 1990 han aparecido una serie de cuerpos legales que incorporan abiertamente el factor indígena en su redacción y con miras a proteger la salud de estas poblaciones, reconociéndoles derechos ancestrales y exigiéndoles a las autoridades poner énfasis en ellos y en el cuidado y protección de su salud.

- **Ley 19.937. Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión**  
“...formular políticas ... en aquellas comunas con alta concentración indígena”
- **Política de Salud y Pueblos Indígenas. MINSAL/2003**  
“...Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios...”
- **Decreto 140/2004. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.**  
“En aquellos Servicios de Salud con alta concentración indígena... estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud”
- **Norma Administrativa N° 16 /2006. Interculturalidad en los Servicios de Salud.**  
“... velará por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena...”
- **Ley 20.584 de 2012. Sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.**
- **Convenio N° 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo. Decreto 236/2008. Artículo 25**  
“...servicios de salud adecuados... a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental...”  
“Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.
- **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS, MINSAL 2013)**  
“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población

definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS/OMS 2010).

Al parecer cada uno de estos cuerpos normativos, algunos con carácter constitucional como el Convenio N° 169 de la OIT, son letra muerta a la hora de hacernos cargo como país de la diversidad étnica originaria y sus necesidades particulares.

Los perfiles diferenciados fueron el resultado de un proceso serio, muy técnico e innovador frente al desafío de la diversidad que vive nuestro país a partir del siglo XXI. A pesar de ello no forman parte de los procesos de inducción de los funcionarios de salud, no constituyen insumo en la programación anual hospitalaria, no son material de análisis en el pregrado de carreras de la salud y lo que es peor: **no reconocemos aún alguna política pública del Estado de Chile que enfrente la sobremortalidad infantil indígena** evidenciada en su contenido por parte del Estado de Chile.

En marzo de 2017 se lanza el Plan para Pueblos Indígenas (PPI) que tiene por objetivos mejorar la eficiencia del sector de salud público y mejorar la calidad de los servicios de salud vinculadas a enfermedades crónicas no transmisibles y que incluye la optimización de profesionales como Químico-Farmacéuticos y del área administrativa. ¿Y los niños?

## ¿Y LOS NIÑOS?

---

No podemos dejar de mencionar la situación de salud mental de los niños indígenas y en especial de los niños mapuche que viven en el sur de nuestro país. Hemos visto ya la sobremortalidad por traumatismos y por suicidio a edades llamativamente tempranas y es necesario hacer algunas precisiones al respecto.

Existen muy pocos reportes sobre los efectos de la violencia instalada en el Wallmapu y sus efectos en nuestros niños mapuche; el siguiente es un extracto de un informe elaborado por un equipo de profesionales psicólogos del Servicio de Salud Arauco y a solicitud de padres y profesionales parvularias del **Jardín Infantil Pichi Ayen** del sector de **Ranquihue** en la comuna de **Tirúa** en mayo de 2011.

Los profesionales entrevistaron a padres, apoderados, a los profesionales del establecimiento y a los niños respecto de acontecimientos violentos que venían ocurriendo en el sector al menos

desde hacía un año atrás.

Con estos últimos además se utilizaron títeres que representaban a diferentes tipos de personas.

Los profesionales concluyeron que los niños de este recinto sufrían de Estrés Post-Traumático (CIE-10), lo que se manifestaba a través de conductas regresivas como balbuceos y/o enuresis; irritabilidad; agresividad en los juegos con otros niños y en la relación con adultos; ansiedad de separación de los niños con respecto de sus padres, y terrores nocturnos.

Revisemos algunos pasajes del informe en cuestión.

### **“INFORME DIAGNÓSTICO SITUACIÓN SALUD MENTAL NIÑOS JARDÍN INFANTIL PICHÍ AYEN**

**RANKILWE, TIRÚA**

**Unidad Salud Intercultural Servicio de  
Salud Arauco  
MAYO, 2011**

*En general los niños impresionan:*

*Las dinámicas de interacción en la sala de clases impresionan normales, con*

*habilidades verbales, sociales y de adecuación espacial y social acordes. Sin embargo, en la dinámica de juegos en espacios abiertos y en espacio fuera de la sala llama la atención:*

- *Los juegos donde se asumen recurrentemente roles de mapuche y pacos (Carabineros), donde estos últimos asumen rol de persecutores y agresores.*
- *La dinámica de juegos es particularmente agresiva, con reacción de temor y angustia ante el títere caracterizado como carabinero.*
- *La reacción conjunta al jugar con los títeres es la de agredir al unísono al títere de carabinero, debido a las siguientes razones verbalizadas por ellos:*
  - *Le pegan a los mapuche y se los llevan*
  - *Matan mapuche*
  - *Vienen a buscar a mi papá*
  - *Quien tiene la pistola es paco*
- *Reacciones de temor y desconfianza ante la figura de carabineros.*
- *Contrariamente a la reacción grupal, la actitud individual es de temor excesivo y paralización inclusive.*

### **RELATOS DE FAMILIA**

*D.R.P. de 04 años presenció allanamiento hace 1 1/2 año. Relata la abuela:*

*“El presenció allanamiento en la casa de una tía, botaron a todos los niños al suelo, con las armas, encapuchados,*

*con chalecos antibala, no respetaron nada y se llevaron a un primo”.*

*“Llegaron de noche rodearon la casa y alumbraban con focos. Después fueron otro día a dejar una citación y le regalaron chocolates. El no se los comió, me preguntó si estarían buenos y después se los regaló a los hermanos”.*

*“Desde entonces se asusta con carabineros, dice que los pacos mataron a su papá (Padres separados), tiene miedo de que le hagan daño”.*

*“Está pendiente de todo lo que sucede, tiene problemas para dormir, despierta con el ladrido de los perros en la noche, está muy garabatero y agresivo, está celoso de su hermano, dice: “le voy a decir a los pacos que vengan a matar a Lucas (Hermano)”. Ahora tartamudea, se le han olvidado palabras, duerme con la mamá, Él antes no era así”.*  
*“Juega a que es paco y mata pollitos con un palo o lo pisa y dice soy paco soy malo. Antes el decía que era wuinka, ahora dice que es mapuche, aprendió a decir wuinka trewa”.*

*“Cuando vamos a Cañete tiene miedo de pasar por la plaza y se esconde de los carabineros, se pone a llorar, debo pasar por otro lado con él”.*

#### **Relato de A.S.H. de 4 años:**

*“No le diga a mi mamá que voy mirando para atrás cuando vamos para la casa, yo voy viendo que no vayan los pacos”. “No me gusta jugar con los pacos, son malas personas, los pacos toman a gente en la tele, no quieren a los mapuche, a mí me quieren mis perros, ellos los muerden, se llaman Guardián y Moisés”.*

#### **Relato de la madre de A.P.L, de 2 años nueve meses:**

*Madre muy angustiada, ansiedad de separación, temor por el bienestar de su hijo. No quiere que vaya al jardín.*

#### **Relato de la madre de A.S.H, de 4 años:**

*Ella siente miedo cuando pasa cerca de carabineros, todavía tiene problemas para dormir, despierta en la noche llorando, dijo: los pacos le dispararon a mi papá en un ojo (Su padre perdió uno en un baleo).*

#### **Del proceso diagnóstico y observación**

##### **Observación de D.R.P de 04 años, relata en evaluación:**

- *“Niño agresivo, juega con pistolas y dice ser paco”.*
- *Indica que los pacos dan galletas pero que son malos, arremete contra carabinero títere y lo golpea*

##### **Observación en diagnóstico de C.S.M. de 3 1/2 años, relata:**

- *“He visto que mataron los pacos más chiquititos, yo los mataría con una pistola muy grande”.*
- *“Yo voy a matar a todos los pacos, yo le disparé a uno, lo maté porque atrapa gente para matarla, maté a 5, como a 8”.*

- Al jugar toma el títere carabinero, lo dirige al evaluador y dice: "Te voy a matar".

**Observación de J.T.M. de 3 1/2 años.**

*"Los pacos mataron a mi mamá, yo no les tengo miedo".*

## **CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA**

---

***De la evaluación diagnóstica realizada a los 08 niños:***

***De acuerdo a los criterios diagnósticos descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Dsm-IV-Tr), los niños presentan la sintomatología concordante con el grupo de trastornos ansiosos, Trastorno por Estrés Post Traumático"***

Conocemos de la transformación de recintos educacionales en comisarías de Fuerzas Especiales de Carabineros en lugares como Pailahueque (Ercilla) y Cerro Alto (Los Álamos). Hemos sabido por diferentes medios de prensa de episodios de violencia policial que involucran a menores de edad de origen mapuche y si lo relacionamos con la epidemiología descrita más arriba debemos preguntarnos, como profesionales de salud y como ciudadanos: ¿por qué no se realizaron más informes como este en todos los establecimientos educacionales de la llamada "zona roja del conflicto mapuche"?, ¿existirá relación entre este entorno de "país en guerra" con las alarmantes cifras de suicidio infantojuvenil indígena?, ¿qué han hecho las instituciones incumbentes con esta realidad si es que la conocen?

Nos prometimos como sociedad erradicar la violencia como forma de relación entre nosotros y más aún que nuestros niños no vivieran la infancia que a muchos de nosotros nos tocó vivir; pero aparentemente sólo hemos barrido la basura hacia un rincón y nos hemos conformado con que al grupo que le dejamos las peores condiciones de salud, educación, seguridad y libertad no fuese el nuestro.

No ha sido fácil acceder a toda esta información, en algunos casos nos encontramos con polvorientos textos adornando escritorios de autoridades de turno que creen que reproduciendo el modelo clásico y monocultural en salud es suficiente para atender las demandas de salud de su población; en otros casos como el de el informe de salud mental del jardín infantil mencionado la entrega fue anónima y muy temerosa.

Esperamos como Colegio Médico, sirviendo de puente entre mundos diversos y complementarios, contribuir en el diseño de políticas públicas aterrizadas a la realidad de nuestras primeras naciones.

Si me he emocionado durante esta exposición, quiero que sepan que desde hace dos décadas vivo en la Provincia de Arauco entre comunidades mapuche de Contulmo y espero que comprendan que desde mi posición como médico he sido tratante y testigo de muchos de estos casos.

*Agradecimientos a Malva Marino Pedrero por su colaboración en la entrega de información y gráficos que se utilizaron en la presentación en la Cámara de diputados y en el artículo.*

# Aportes epistemológicos para el análisis de la producción científica biomédica en torno a la niñez

Epistemological contributions for the analysis of biomedical scientific production around childhood

Josefina Larraín<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

El siguiente artículo analiza, desde una perspectiva epistemológica, cuáles son los posibles mecanismos que operan en la producción de investigaciones científicas de carácter biomédico aplicadas a niños y niñas, y cómo influyen en la interpretación de los resultados, causando eventuales consecuencias que distan de los discursos emancipadores de la propia niñez. En el desarrollo del artículo se plantean tres posibles conflictos epistemológicos asociados a: la binariedad, la lógica de poder y la noción de realidad. La propuesta de hacer visibles estos conflictos permitiría explicar y comprender de manera crítica cómo se interpreta la producción científica del conocimiento. Cada hipótesis explicativa ofrece propuestas para incorporar, dentro de la producción científica, ciertas orientaciones provenientes de enfoques interdisciplinarios como una forma de acercarse a la construcción del conocimiento desde una ética de la consecuencia que evite la vulneración de niños y niñas y se abran a mayores posibilidades de reconocimiento social.

## INTRODUCCIÓN

---

La investigación es una de las producciones que contribuye al desarrollo de las diversas ciencias en la medida que su objetivo es cuestionar y analizar la realidad desde diferentes perspectivas. Las investigaciones científicas producidas en el campo de las ciencias naturales pueden causar consecuencias psicológicas en las personas, debido a que la acción de considerar los resultados como una “verdad” influiría en las posiciones sociales de éstas, interfiriendo en aspectos tan importantes como su individualidad y sus oportunidades de acceso a una mejor calidad de vida. Estas consecuencias psicológicas negativas se podrían incrementar cuando el enfoque de estudio es biomédico<sup>2</sup> y el objeto de estudio son personas que se encuentran en la etapa de la infancia.

En cuanto al concepto de “infancia”, esta es una noción que ha cambiado considerablemente a lo largo de la historia. Un reflejo de tal variación es la abundante terminología de referencia: *niños, niñas y niñas, menores, infancia, niñez etc.* Estos términos aluden a conceptos legales, históricos o psicológicos a los que subyacen una determinada visión social, forma de crianza, interés sociopolítico, teoría pedagógica, reconocimiento de derechos y desarrollo de políticas sociales (Ariés, 1987). De lo anterior se desprende que el concepto de “niñez” se conforma de un entramado de factores que incluye aspectos sociales, psicológicos y prácticas jurídico-políticas, atravesadas por luchas políticas, ideológicas, cambios socio-económicos y culturales (Dio Iorio, Lenta y Hojman, 2007).

---

Recibido el 13 de agosto de 2019 . Aceptado el 19 de noviembre de 2019

1 PH(c) en Psicología. Psicóloga, Fonoaudióloga, Especialista en Psicomotricidad. División de neurociencia social, Centro de Investigación en Complejidad Social (CICS), Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo. Correspondencia a: josefinalarain@udd.cl

2 Modelo médico: aproximaciones centradas en el fármaco y en la noción de normalidad versus anormalidad, enfermedad (Parker, 2014). Ciencia biomédica es un término que engloba el conocimiento y la investigación que es común a los campos de la medicina y las biociencias. La biomedicina se relaciona con la práctica de la medicina, y aplica todos los principios de las ciencias naturales en la práctica clínica, mediante el estudio e investigación de los procesos fisiopatológicos, considerando desde las interacciones moleculares hasta el funcionamiento dinámico del organismo, a través de las metodologías aplicadas en la biología, química y física.

Bajo un marco epistemológico, se podría afirmar que las construcciones del conocimiento científico aumentan su tensión cuando se aplican en el campo del estudio de los niños y niñas. Lo anterior se debe a que, en este campo, predominan investigaciones que los consideran como sujetos carentes de lugar y derecho, significándolos desde un ideal de logros en que debiesen incorporar dominios propios del mundo de la adultez. Específicamente, puede ser que su posición social se encuentra supeditada a una categoría superior fuera del discurso del propio de los niños y niñas.

Siguiendo esta lógica, Ovejero y Pastor (2001), en su artículo “La dialéctica saber/poder en Michel Foucault”, consideran que los niños y niñas necesitan de disciplina, obediencia y sumisión, lo que legitima que desde pequeños sean vigilados, controlados y sometidos a las escuelas para que de alguna forma tributen al mantenimiento del perfecto orden social. En la actualidad, queda en evidencia, cuando los niños y niñas al no responder con docilidad y sumisión, temen como consecuencia no pasar de curso por suspensiones por desobediencia a la autoridad (Ovejero y Pastor, 2001).

Frente a las exigencias de la normalización, Foucault (1973-1974 cit. Ribeiro, 2011) caracteriza el proceso de normalización como la aparición de prácticas que permiten calificar, medir, evaluar, jerarquizar, vigilar, castigar, medicar, discriminar y excluir a los seres humanos en relación con una norma impuesta como discurso hegemónico sobre la vida colectiva cotidiana. Estas prácticas de etiquetamiento se vuelven cada vez más frecuentes no solo por el proceso de normalización impuesto en el sistema, sino también por el fenómeno psicológico de “naturalización”. Montero (1991) describe la naturalización como la construcción de un campo habitual de conocimiento que codifica y organiza la realidad cotidiana mediante procesos de habituación, normalización de las situaciones adversas y familiarización de nuevas circunstancias adecuándolas a las habituales. En relación con la producción científica sobre la niñez, médicos, psicólogos, naturalizan los discursos y las prácticas patologizantes y medicalizantes, en lugar de aportar a la construcción del discurso social.

Las prácticas de normalización se sostienen en las estructuras del sistema sociopolítico y económico y reproducen una visión de sociedad que fomenta conductas de sumisión y que son controladas y castigadas, si se desvían de la norma u orden establecido. De este modo, las categorías y

el discurso de niños y niñas quedan en una posición minoritaria, poco diferenciada y marginada de la participación ciudadana y frente a la toma de decisiones políticas (Ovejero y Pastor, 2001).

En efecto, la categoría superior de la adultez subordina en sumisión a la categoría de niños y niñas, quienes, se estima, no piensan críticamente en el mundo en quien vive, y que solo tendrán un éxito asegurado si se logran adaptar a la sociedad sometida. En esta sociedad, los discursos pertenecen solo a aquellos que poseen el poder, siendo un obstáculo la legitimación proveniente de la justicia social (Ovejero y Pastor, 2001).

Desde un contexto más amplio de justicia social y política, Wash & Gokani (2011), afirman que una economía superior basada en la competencia de los discursos descuida el papel central en estas temáticas vinculadas a la subordinación de los sujetos. A pesar de que se han promovido nuevas acciones políticas a favor de mayor justicia social, no se puede ignorar las consecuencias de las estructuras políticas e históricas como limitantes del cambio social, ya que aún se protegen privilegios y oportunidades de algunos grupos sociales (Wash & Gokani, 2011).

Considerando la noción de contexto de construcción del conocimiento (Danzinger, 1997) cabe preguntarse: ¿cuáles son las inversiones financieras para investigación científica de los gobiernos y corporaciones asociadas a universidades? Walsh (2010) responde que el financiamiento estaría acompañado de poder y prestigio que va mayormente grupos de élite y que de alguna manera también afectarían a las posiciones epistémicas sobre las producciones del conocimiento.

Aportes como el de Brío (2011) enfatizan la necesidad de transparencia en los conflictos de intereses económicos que puedan presentarse en el campo de investigativo, pues advierte que los estudios que cuentan con apoyo de compañías farmacéuticas o tecnológicas tienden a presentar resultados más favorables al patrocinador.

Al considerar las posiciones hegemónicas asociadas al financiamiento, se hace imperioso el análisis del contexto de construcción del conocimiento y examinar críticamente las conexiones entre las condiciones materiales, fácticas y las posiciones epistémicas que sostienen las investigaciones científicas. Este análisis es necesario porque de alguna manera tales relaciones podrían afectar la diversidad de los discursos sociales (Walsh, 2010). Las investigaciones aún de aquellas que prevean eventuales beneficios para las personas, pueden suponer ciertos riesgos para la

población estudiada. Sin embargo, si la sociedad decide aceptarlos, tendrán que ser asumidos por todos, lo que exige más conciencia y educación para poder comprender a cabalidad sus implicancias éticas (Brío, 2011).

En relación con lo anterior, cabe la duda sobre qué grado de conciencia presentarían las investigaciones científicas dentro de las ciencias naturales, al realizar las interpretaciones, específicamente, en temáticas de la infancia y que estarían distantes de aportar con un conocimiento libre de las consecuencias políticas, sociales y éticas. Walsh (2010), explica que siempre el conocimiento y sus producciones intersectan posiciones materiales investidas de poder social. El discurso de la ciencia natural ha tenido un poder social mucho más fuerte que el discurso de la ciencia humana y se ha enfocado más en aspectos intelectuales que valóricos; es decir, las investigaciones científicas expresarían sus resultados propios del método científico (cuantitativo) y trasladan sus resultados e interpretaciones al ámbito médico, como respuesta a la lógica de poder binaria “normalidad/anormalidad”, lógica ligada al mundo de la eficiencia y productividad.

Como lo demuestran numerosas investigaciones, las producciones científicas de las ciencias naturales basadas en el modelo biomédico, si bien intentan conciliar y resguardar a los niños y niñas, a través del consentimiento y asentimiento informado (representado por padres o tutores), ocasionan de todos modos vulneraciones a los niños y niñas. Esto se puede evidenciar en publicaciones de carácter científico que muestran la dificultad para realizar estudios de niños y niñas, pero que no se hacen cargo de la interpretación de los resultados. Un ejemplo es el uso de expresiones discursivas tales como “*La investigación en menores de edad retrasa de manera importante la generación de conocimiento que contribuye al control de las enfermedades pediátricas*” (Serrano López, 2014, p.184). Considerando lo anterior, se puede afirmar que los resultados de las investigaciones dejarían a los niños y niñas atrapados y normados por deseos que no le pertenecen y, una vez más, no se legitimaría su voz discursiva, lo que pone en riesgo su posibilidad de emancipación y de eje de una acción socioeducativa global que favorezca el proceso de adquisición de grados de autonomía e independencia dentro de su propia trayectoria vital (Colomer y Lleida 2009, cit. Sánchez y Jiménez 2011).

Siguiendo a Parker (2014), el problema de estas

publicaciones se podría resumir en que siempre las minorías - este artículo adaptado en temáticas de niños y niñas- son escuchados desde cierto marco comprensivo de modelo particular y desde ahí interpretados, cortados, reformulados bajo la forma en que el investigador ve el mundo. Por lo tanto, estos artículos buscan identificar problemas en donde sitúan a los sujetos de estudio de forma pasiva, generando un efecto destructivo sobre la justicia social (Parker, 2014).

Tras esta problematización, el pluralismo<sup>3</sup>, propio de disciplinas de las ciencias sociales y psicológicas podría aportar a resolver estos conflictos dentro ámbito científico, si incorporara al enfoque biomédico instancias de reflexión epistemológica con el objetivo de cautelar la interpretación de los resultados, el tipo de categoría con que operan esos discursos sobre la niñez, cuáles son los discursos hegemónicos subyacentes y el riesgo de vulneración dentro del ámbito ético-político.

Kuhn (1991, cit. en Martín y Sugarman, 2009) afirma que las investigaciones basadas en las ciencias naturales ofrecen interpretaciones que conllevan algún grado de tensión cuando el objeto de estudio presenta alguna dimensión social. A diferencia de los científicos sociales, los investigadores de ciencias naturales destinan menor tiempo a la comprensión de los efectos que produce la interpretación de los fenómenos que observan y, además, suelen banalizar las consecuencias de sus resultados. Como respuesta a lo anterior, Martín y Sugarman (2009) consideran que las aplicaciones científicas debiesen incorporar dimensiones sociales, políticas y éticas, porque sus consecuencias son conflictivas dentro del plano epistemológico.

Desde mi perspectiva, se debe reflexionar sobre cómo estas dimensiones contribuyen a la construcción de discursos sociales sobre los niños y niñas. Considerando este marco introductorio, el artículo pretende realizar un análisis crítico sobre la necesidad de inclusión de otros discursos que permitan problematizar el campo de las investigaciones sobre la niñez, de modo que se cautele de mejor manera la producción del conocimiento científico.

## DESARROLLO

Dentro de este artículo se puede aportar con tres posibles explicaciones epistemológicas, provenientes de las disciplinas psicológicas, sociológicas y/o filosóficas.

3 Pluralismo, se entiende, de acuerdo a la RAE (1984, cit. Álvarez,) “Sistema por el cual se acepta o reconoce la pluralidad de doctrinas o métodos en materia política, económica, etcétera”.

i) Una explicación epistemológica importante que subyace a la introducción de este artículo se vincula con los efectos del poder en el discurso político-ético y social, cuando se abordan temáticas de niños y niñas. Butler (1999) advierte la importancia de cuestionar el discurso héteronormativo impuesto en la sociedad y visibiliza las problemáticas asociadas con el sistema que crea a niños y niñas con género que se sitúan bajo un modelo de dominación.

Este modelo de dominación también operaría en las investigaciones científicas que incluyen el modelo biomédico, evidenciándose tensiones de *binariedad niños - niñas y adultez*, las que estarían coaccionando de manera simultánea a la binariedad sexual. Este análisis también puede extrapolarse al campo de exclusión de la niñez, donde los discursos y la binariedad influyen en las relaciones de poder y afectarían de alguna manera a la noción de identidad e individualidad, lo que gatillaría una posible idea errónea o perjudicial sobre sí mismo.

Butler (1999) analiza que parte de la construcción errónea de los modelos hegemónicos, se debe a que subyacen categorías que estarían operando con lógicas excluyentes que impactan en las conceptualizaciones y posiciones de los sujetos. Por ejemplo, si se recurre a la categoría *niños y niñas-adultez* como una forma de nominar a las partes de un segmento del desarrollo del sujeto (concepción desde la naturaleza), los significados asociados a su interpretación sobrepasarían los fines para los que fueron creados. Por tanto, se puede pensar que queda expuesta una idea de linealidad del desarrollo escindida entre sí, como si fuesen dos oponentes más que uno que integra al otro. Los agentes niños y niñas quedarían visibilizados desde una necesidad de cambio en los que deben justificar sus faltas y asumir otra posición.

Hacking (1995) plantea que todas las personas reaccionan al ser categorizadas debido a que les importa cómo se refieren a ellas o cómo se las clasifica. Esto conllevaría un efecto “bucle” de tipo humano, que, desde el nominalismo dinámico<sup>4</sup>, se entiende como el hecho de que las personas clasificadas en cierta manera tienden a ajustarse o crecer en las maneras que se describen; sin embargo, también evolucionan a su manera, por lo que las clasificaciones y descripciones deben ser cuestionadas constantemente.

4 El nominalismo dinámico, se refiere a las formas con que se nombran las cosas o fenómenos dentro de una práctica discursiva, y la interacción con aquello que es nombrado. (Hacking, 2002 en Sugarman, 2009).

5 “La biopolítica tiene que ver con la población, y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y problema de poder...” (Foucault, 2000:222, cit. en Ávila & Ávila, 2010). Medicina basada en la evidencia, Roberts L, Ahmed I y Hall (2007), la definen como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales.

En efecto, si existiese alguna correlación entre el efecto bucle de tipo humano y la nominación de categoría niños y niñas, el lugar que ocupan conlleva una posición de vulnerabilidad, en la que posiblemente experimenta una extirpación de su deseo, ya que el discurso hegemónico héteronormativo no formaría parte de su categoría ni menos de reconocimiento.

Bajo esta perspectiva, las investigaciones científicas del modelo biomédico aparecerían como un discurso científico construido a modo de un monólogo que necesita abrir el diálogo con la naturaleza del estudio de otras disciplinas para poder visibilizar a los niños y niñas desde otro lugar que encuadre un nuevo papel de la ciencia; es decir, no como saber autónomo, sino incluido dentro de la sociedad en que tanto científicos como no científicos han de entender las producciones como manifestaciones de la cultura humana que contribuyen con un papel específico a la idea de bien sobre el mundo (Gutiérrez-Solana, 2002).

ii) Otra explicación consiste en la posibilidad de que en los investigadores científicos esté operando la reproducción de modelos en los que predomina la lógica del poder; es decir, su propia experiencia como grupo social anclada a factores ideológicos, sustentaría a los modelos culturales biomédicos con los que opera, como es el caso de la binariedad normal y anormal, salud y enfermedad. Foucault (1999) estudia el entramado de poder y acuña el término de “biopolítica”, el cual se origina con el devenir político de los programas de gobierno desde que empezaron a tomar en cuenta la salud como una función ineludible del Estado. Ávila & Ávila (2010) sostienen que un gran componente de la biopolítica<sup>5</sup> son los procesos vinculados a la medicina que cumplen una función de higiene pública y que reducen toda la información a estadísticas, número de especialistas, causas de enfermedades y número de nacimientos, para luego adoptar campañas orientadas al aprendizaje de la higiene y la medicalización de la población.

No obstante, Gabaldón (2012) analiza que relación con la investigación sobre los niños y niñas, en los últimos años ha producido la paradoja de, por una parte, considera a la infancia como grupo vulnerable y, por otra, una tendencia a exagerar la protección más allá de los límites éticos, con

la consecuente situación de desamparo no sólo de la clínica pediátrica, sino que del beneficio de los avances científicos. Ha aparecido una práctica médica que se sostiene de la extrapolación de los datos obtenidos en estudios de realizados con población adulta.

La evidencia dentro del campo de la psiquiatría infantil sostiene que el 70% de los fármacos utilizados son un traslado de información basada en las necesidades de la adultez (Galbaldón, 2012). Complementando lo anterior, Ribeiro (2011) expresa una naturalización acrítica en la categorización vinculada a la patología, cuando los niños y niñas presentan diferencias con los criterios de normalidad. Una consecuencia de lo anterior, fue para la década del 1990 apareció un incremento significativo de niños y niñas diagnosticados con trastorno por déficit de atención, trastornos del lenguaje, entre otros.

Los factores ideológicos sustentados por modelos biomédicos en donde priman las prácticas modernas de cuantificación, ofrecerían un estilo distinto de la comunicación que promovería la formación de un determinado tipo de comunidad científica (Porter, 1992). Si bien la adopción de técnicas cuantitativas proporcionaría un lenguaje común entre investigadores que generan y comparten el conocimiento, la fuerza retórica propia del campo disciplinar científico expresa una autoridad de “medicina basada en la evidencia”<sup>5</sup> que enmascara el modelo hegemónico. Esto se traduce en la necesidad de crear más instrumentos que ofrezcan medidas que caracterizarían el desempeño; Ejemplo, la inteligencia medida a partir de un cierto nivel de funcionamiento. (Brown, 1991 cit. en Morawski, 2011).

Desde la perspectiva de Foucault (1984 cit. Brinkmann, 2015), los modelos se convierten en un efecto de poder en el que las tecnologías influyen en la constitución de la subjetividad. Análisis realizados por Ian Parker en torno a la locura y la justicia social— que pueden ser extrapolados a otras situaciones de subordinación social como es el caso de niños y niñas— dejan en evidencia el poco consenso interdisciplinar respecto a la manera en que se comprenden ciertos fenómenos y cómo desde las subdisciplinas construyen conceptualizaciones diversas que impactan directa y nocivamente en las personas (Walsh Bowers, 2010).

Brinkmann (2015) critica que la lógica de poder, no incorpora que las acciones humanas entremezclan situaciones guiadas por nociones reales de valor, dependientes del contexto histórico.

Debido a esto, las interrogantes de las investigaciones ciencias naturales basadas en el modelo biomédico que incluyen al contexto social, psicología y filosofía, no apuntarían en direcciones opuesta porque ofrecen una conexión más comprensiva y complementaria, en este caso a la producción científico en torno a las necesidades sobre la niñez.

La necesidad de apertura a otros campos disciplinares que trabajen con temáticas de niños y niñas deberían ser un factor clave a considerar. A partir de esto, el marco conceptual desde una transdisciplina, debiese contemplar posiciones que legitimen sus necesidades y su protección, para que pueda convertirse en portador de un discurso que favorezca detecciones y reparaciones oportunas cuando existe riesgo a su desarrollo y proceso de construcción de subjetividad. Un ejemplo a considerar es el estudio presentado por Di Iorio, Lenta y Hojman (2007 que analizaron las producciones científicas en psicología y, como conclusión, plantean la necesidad de visibilizar e incluir discursos de disciplinas que permitan problematizar de mejor manera no sólo las investigaciones, sino que el campo de la niñez como una manera de cautelar el interés superior. También, sostienen que ahondar sobre la reconstrucción socio-histórica sobre la niñez sería una manera de generar mayor capacidad crítica que promueve la producción científica al servicio de una mejor calidad de vida. Finalmente, una producción científica basada con un enfoque transdisciplinario que integra diversas ciencias permite atravesar los muros intelectuales propios de los campos disciplinares.

iii) Una última explicación posible, se puede asociar al conocimiento científico vinculado a la noción de realidad para producción del conocimiento. Específicamente, esto hace referencia a que dependiendo de cómo el científico percibe el mundo, la interpretación de los resultados tendrá diferentes consecuencias (De Souza, 2004). Es decir, si el investigador hace la separación consciente entre sujeto-objeto, operando desde una realidad objetiva universal fuera del observador, incurre en desconexión con su objeto de estudio, lo que ocasiona, probablemente, la reproducción de modelos ideales que terminan invisibilizando el discurso de los niños y niñas. Kuhn afirma que no solo influye la percepción de la realidad para cambiar el paradigma, sino la existencia de una experiencia similar: “Lo que un hombre ve depende tanto de lo que mira como de lo que su experiencia visual y conceptual previa le han enseñado a

ver” (Kuhn, 1989). Por lo tanto, las observaciones están posibilitadas, pero también constreñidas por los marcos conceptuales o sistemas de conceptos y creencias (Sánchez Campo, 2003).

El problema de los marcos conceptuales, entre otros, no se circunscribe al contexto de descubrimiento de las hipótesis científicas, sino que subsiste en el contexto de justificación (Serón, Vásquez & Sargiotto, 2016). Para Danziger “Todo contexto de justificación depende del marco de creencias, tradiciones, elecciones, estilos cognitivos y preferencias culturales que no pueden ser justificadas racionalmente. Este es el encuadre que hace posible el proceso de descubrir. Me refiero a él como el contexto de construcción” (p.15-16).

Por lo tanto, los resultados e interpretaciones científicas serían más cuidadosas cuando se instale una posición que visibilice aun discurso sobre la niñez, y se haga cargo de las consecuencias ético-políticas que emergen en el campo de información que posee el investigador.

En la construcción del conocimiento, que incluyen un marco conceptual, resultados e interpretaciones reguladas desde un contexto de justificación, el investigador, desde su propio paradigma y sistema de creencias, será clave el hacer consciente cuáles son las consecuencias de las producciones. Teo (2008) propone la ética epistemológica como recurso que orienta la pregunta por cuáles son los deberes y responsabilidades vinculados a la especulación<sup>6</sup> en datos referentes a grupos humanos. En términos más específicos, mientras tenga consecuencias prácticas, conductuales o existenciales, la elección de especulaciones interpretativas se vuelve relevante, especialmente cuando se trata de grupos históricamente marginalizados socialmente. Dentro del contexto de investigaciones científicas en temáticas de niños y niñas, puede ser que las especulaciones construyen al “Otro” como problemático o inferior con posibles consecuencias negativas, lo que da a lugar a la violencia producida a través del conocimiento (Teo, 2008).

Las especulaciones interpretativas que se realizan dentro del ámbito científico biomédico sean generadas ya sea por malas o buenas intenciones, el Otro no le entrega importancia a esto, sino que a las consecuencias. Para esto, la ética epistemológica se debiese complementar con una ética de la consecuencia, en lugar de la ética de la intención (Teo, 2008).

Estas tres explicaciones posibles, asociadas a la *binariedad, lógica de poder y noción de realidad para la producción del conocimiento*, suponen reflexiones que eventualmente pueden contribuir al resguardo de los niños y niñas en tanto objetos de estudio biomédico. Dentro del ámbito biomédico se ha desarrollado como un campo relativamente nuevo “la neuroética”. Esta disciplina se encuentra en la intersección de la bioética y la neurociencia, y se caracteriza por abrir un campo de reflexión ética en las neurociencias vinculadas al ámbito clínico y público. El objetivo de la neuroética es alinear la explicación y el descubrimiento neurobiológico con un sistema de valores humanos. En otras palabras, la neuroética incorpora diferentes propuestas filosóficas para ofrecer respuestas a la resolución de los desafíos éticos ligados a la adquisición empírica de los datos (Racine, 2011). Giordano & Shook (2015) describen que en “La Comisión Presidencial para el Estudio de las Cuestiones Bioéticas” se propuso abordar los aspectos neuroéticos, legales y sociales que emergen de las investigaciones del cerebro a través de la tecnología. Lo anterior surge de la necesidad de desarrollar herramientas y métodos para interpretar y permitir el uso racional de la información, las técnicas, y las tecnologías de la neurociencia en la investigación biomédica y en la práctica clínica. La neuroética, además, pretende ocupar un lugar prominente en la educación, capacitación de investigadores y clínicos con la finalidad de ofrecer una mayor visión pragmática y capacidades éticamente productivas en los diversos entornos.

Para lograr sus objetivos, la neuroética, necesariamente se debe vincular con propuestas filosóficas que dispongan de un mayor sustrato. Dewey (cit. en Racine, 2011) identificó cinco aspectos de la ética necesarios de implementar: situacionismo (la importancia del contexto para entender el comportamiento humano y su posible trascendencia); empirismo y experiencialismo (conocimiento empírico y experiencia para comprender la naturaleza del comportamiento ético y las consecuencias reales de los actos humanos); naturaleza social de la ética (ética moldeada por redes y sistemas sociales); interdisciplinariedad (aplicación del conocimiento a las situaciones humanas a un conocimiento específico); enfoque práctico (guía para la acción práctica en la vida cotidiana).

Una forma de implementar los aspectos

---

6 La especulación en filosofía se entiende por actividad intelectual que permite la resolución dialéctica de las contradicciones en una unidad de orden superior. Desde la hermenéutica, el conocimiento necesita de interpretación de los resultados, los que siempre tienen un carácter especulativo, por lo tanto, requiere de un proceso hermenéutico como parte esencial de abstracción de los datos empíricos (resultados), clarificando que los resultados no determinan interpretaciones (Teo, 2008).

propuestos por Dewey, sería a través de la legitimación de la posición de sujeto, en particular niños y niñas, como *agentes activos* en la producción del conocimiento, es decir, incluir la interacción entre el objeto de estudio y el investigador (observador). En otras palabras, el operar con cortes agenciales que favorezcan prácticas de intra-acción que establezcan de mejor manera límites, categorías y propiedades de los fenómenos estudiados, se pueden volver significativo cuando se articulan específicamente dentro de un contexto de justificación: conceptos-materiales-discursos (Højgaard & Søndergaard, 2011).

Esto se complementa con el campo de información del investigador el que podría ampliarse y contribuir más a su entorno científico, al dar cuenta de la inseparabilidad sujeto – objeto, lo que incrementaría su conciencia para hacerse cargo de sus resultados desde la ética de la consecuencia, dentro de una constante en intra-acción. La intra-acción no negaría la binariedad ni solaparía las lógicas de poder, sino que buscaría el reconocimiento de las diferencias sociales, condiciones y prácticas que legitimen los niños y niñas, y mejoren su calidad de vida (p.e. Investigaciones científicas asociadas a la salud mental en adultos podrían vincularse las necesidades no satisfechas que declaran los niños y niñas).

Por último, las investigaciones científicas podrían disminuir su vulneración del discurso de los niños y niñas al replantear la especulación de sus resultados cuando son respuestas sólo validadas desde un modelo científico biomédico. La legitimación de su rol social unido a la adultez, en tanto productores de diferentes niveles conocimiento como parte de una sociedad, incluiría reformas liberales que abren más condiciones de posibilidad, empleando el nominalismo para formular cambios sociales, propios de una dimensión más pluralista que busca favorecer proyectos emancipadores en compromiso con el mundo.

## CONCLUSIONES

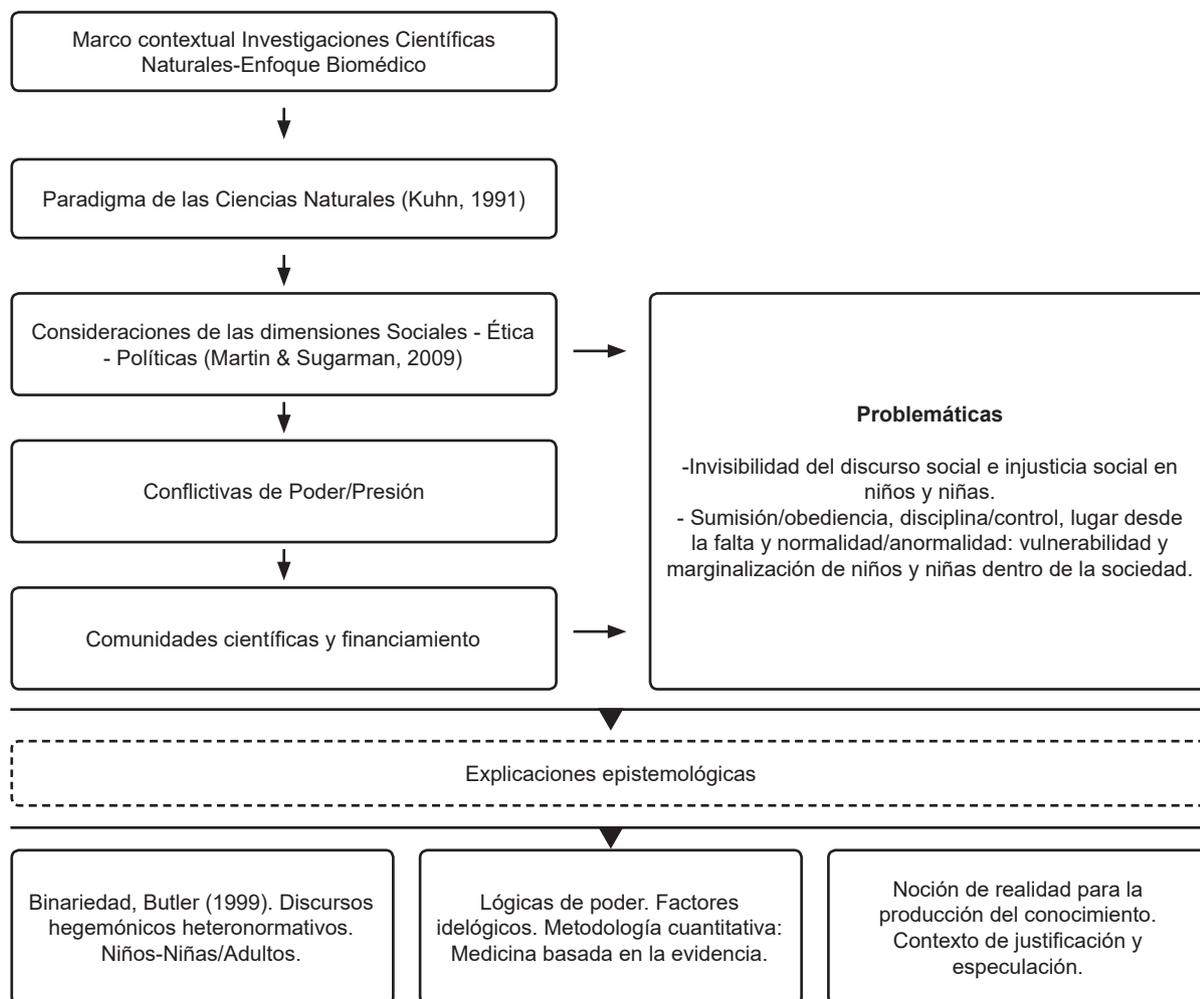
El artículo intenta realizar un análisis acerca de las distintas explicaciones epistemológicas que subyacen a la producción del conocimiento científico de las ciencias naturales, y más específicamente, cuando opera el modelo biomédico en estudios sobre niños y niñas. Como marco conceptual se proponen las tensiones ético – políticas en tanto consecuencias de responder al ideal de productividad y eficiencia que incorpora programas que, si bien aparecen como favorables para la

población, producen invisibilización de discursos sociales que disminuyen la posibilidad de acceso a oportunidades y aumentan la vulnerabilidad de los niños y niñas como sujetos que forman parte de una sociedad que avanza hacia un objetivo emancipador.

En complemento con este contexto, la comprensión del constructo de Paradigma de las Ciencias Naturales de Kuhn (1991) evidencia dificultades en la delimitación de la ciencia frente a fenómenos sociales y la tendencia de los científicos a evitar hacerse cargo de las interpretaciones, banalizando las consecuencias éticas, no sólo de sus resultados, sino de todo el proceso investigativo. Frente a esta necesidad de profundizar en la construcción del conocimiento científico biomédico, y cuáles, serían sus consecuencias en temáticas de los niños y niñas, Martín & Sugarman (2010) destacan el abordaje social, ético y político a favor de un discurso legitimado por una sociedad. En relación con lo anterior, las posibles explicaciones epistemológicas se presentan como claves para acercarse a la comprensión de cuáles son los mecanismos subyacentes; i) Binariedad de Butler (1999), que evidencia la construcción de discursos hegemónicos, heteronormativos y su transferencia a otras categorías que responderían a la misma primicia de Niños-Niñas / Adultos. ii) Lógica de Poder y biopolítica, conflictivas que atraviesan factores ideológicos, en donde prima un modelo de “objetividad” basada en métodos cuantitativos propios de la disciplina científica y que, al aplicarlo al ámbito de la salud, se vincularía con una medicina basada en la evidencia. iii) La noción de realidad en el campo de la producción científica y cómo el investigador cuestiona la distinción dualista sujeto-objeto.

En cada una de las posibles explicaciones se añaden propuestas que aportan al ámbito de producción científica; por ejemplo, haciendo mayor conciencia en la actividad reflexiva de interpretación de resultados y en sus efectos, diálogos interdisciplinarios y transdisciplinarios, mayor pluralidad científica, ética de la consecuencia y la necesidad de incorporar cortes agenciales desde relaciones constantes entre el observador y el objeto dentro de un modelo de intra-acción. La neuroética ofrecería instancias de reflexión, conformación de debates éticos de innovaciones científicas en el ámbito biomédico y de conciencia ética para los investigadores, específicamente, la aplicación del pensamiento ético crítico al procesamiento científico (Illes & Bird, 2006).

Para poder comprender más a cabalmente lo



Propuestas para considerar para producciones científicas sobre temáticas niños y niñas. Conciencia sobre efecto bucle - Diálogo interdisciplinar - Pluralidad disciplinar en el campo científico biomédico - Ética de la consecuencia - Cortes Agenciales e Intracción

Mapa conceptual: Elaboración propia.

expuesto, se propone un esquema operacional que articula gran parte de los conceptos mencionados y que tiene el objetivo de abrir mayor espacio de discusión. Ver mapa conceptual.

*El mapa conceptual muestra las diferentes temáticas de este artículo, aboradas desde las investigaciones científicas en ciencias naturales y, más específicamente, en el enfoque biomédico. Una forma de poder analizar las tensiones entre las distintas disciplinas es desde la noción de Paradigma de Ciencias Naturales, propuesta por Kuhn (1991). Dentro de este paradigma, Martin & Sugarman (2009) realizan críticas que develan la necesidad de maduración del paradigma científico a partir de la consideración de las dimensiones sociales-éticas-políticas. Esto permitiría observar cómo a la producción científica le subyacen las relaciones de poder, registradas en acciones tan sensibles como el financiamiento. Desde este lugar, aparecen problemáticas como la invisibilidad del discurso social, conductas de sumisión y obediencia, tensión entre normalidad y anormalidad, y mayor riesgo y exposición a la vulnerabilidad. Frente a este*

*escenario, se vuelve imperioso reflexionar en torno a las explicaciones epistemológicas centradas en las tensiones binariedad, lógicas de poder y nociones de realidad. Finalmente, el mapa conceptual formula una propuesta acerca de cuales son componentes que se podrían incorporar al campo de la producción científica.*

## DISCUSIÓN

Las críticas de las investigaciones científicas en niños y niñas que se han abordado desde diferentes explicaciones epistemológicas como la asociada a la binariedad de niñez y adultez, hace necesario destacar que estas posiciones no sólo radican en materia de estudios de niños y niñas, sino que a toda población.

Desde el desafío de la binariedad, las interrogantes de ciencia y sociedad, ciencia y psicología, o de ciencia y filosofía, no apuntarían en direcciones opuestas, siempre cuando existiese una conexión

comprehensiva de que los diferentes ámbitos del conocimiento son disciplinas que se complementan (Gutiérrez-Solana, 2002). Para esto, la visión de alianza que dialogue desde el pluralismo, integrando las disciplinas científicas (específicamente del modelo biomédico), sociales y psicológicas, pueden colaborar en la construcción de un nuevo papel de la ciencia, no como un saber autónomo, sino con uno integrado a la sociedad y que garantice su reconocimiento a través de un discurso coherente.

Con respecto al cuestionamiento del paradigma científico, este artículo considera la visión de Kuhn (1981) quien afirma que el procesamiento de información requiere de investigaciones empíricas para dar lugar a la caracterización biológica de los seres humanos. Es en este punto donde las ciencias naturales, específicamente las ciencias biomédicas, manifiestan dificultades para profundizar en sus interpretaciones y así, contribuir a la formación social e histórica. La ciencia biomédica aún parece no saber cómo hacerse cargo de las problemáticas que no poseen una demarcación natural como son los fenómenos sociales.

Frente a las dimensiones social, política y éticas que proponen Martin y Sugarman (2009), se hace importante encuadrarlas dentro de su propuesta vinculada a la disciplina hermenéutica. En relación con lo anterior, en este artículo sólo se contemplan conceptos de efecto bucle y nominalismo dialéctico. Otro constructo a destacar es la noción de concepto, que en este artículo se entendería desde la categorización como sistema de binariedad heteronormativo, en la propuesta de Butler (2007). Sin embargo, para Martin y Sugarman (2009) la noción de concepto responde a una forma lingüística necesaria para realizar representaciones y estados de la mente con el objetivo de dar cuenta de la realidad y sus fenómenos sociales.

Finalmente, con respecto a la lógica de poder, queda en evidencia que desde un enfoque biopolítico, emergen tensiones sobre la idea de bien para cierto tipo de producciones científicas, pero iría desmedro de la legitimación de un discurso social de la niñez y podría restringir sus derechos a la vida y sus accesos de protección y educación. Por lo tanto, abrir un espacio de las condiciones de posibilidad se podría realizar a través de interconexiones institucionales que visibilicen la necesidad de producción del conocimiento científico en niños y niñas para disminuir su vulnerabilidad. Para un próximo artículo quedará pendiente profundizar cómo la psicología crítica estaría al servicio

del diálogo para supervisar y complementar las producciones científicas biomédicas para abrir un espacio teórico que vigile los discursos de los diferentes agentes sociales.

## REFERENCIAS

1. Ávila, F. & Ávila C. (2010). El concepto de biopolítica en Michel Foucault. A Parte Rei. Revista de Filosofía. Nº69. 1-6.
2. Barad, K. (2007). Meeting the Universe Halfway – Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning. Durham.
3. Brío, M. (2011). Bioética y Neurociencias: Neuroética. Revista de Bioética y Derecho. No 21. 14-23.
4. Butler, J. (2007). *El Género en Disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, Paidós.
5. Center for Educational Research and Innovation: CERI (2007). La Comprensión del Cerebro, El nacimiento de una ciencia del aprendizaje. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez, 425.
6. Di Gregori M. (2015). *La teoría de la acción en John Dewey: algunas claves para su interpretación*, X Jornada de Investigación del Departamento de Filosofía FaHCE-UNLP.
7. Brinkmann, S. (2005). Human kinds and looping effects in psychology: Foucauldian and hermeneutic perspectives. *Theory & Psychology*, 15(6), 769-791. Doi:10.1177/0959354305059332.
8. Di Iorio, J., Lenta, M., Hojman G. (2007). Conceptualizaciones sobre la Infancia. De la Minoridad al Interés superior del Niño. Un estudio de las producciones científicas en psicología. Anuario de Investigaciones. Vol. XVIII. 227-236.
9. Flores y Díaz (s/f), Normalidad y anormalidad: Esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental, <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/polis/article/view/16749/14981>
10. Gabaldón, S. (2012), Aspectos Éticos de la Investigación en Niños y Adolescentes, *Bulletí del Comitè de Biotètica de Catalunya*. Nº7. 1-8.
11. Giordano J. & Shook J. (2015), Minding Brain Science in Medicine: On the Need for Neuroethical Engagement for Guidance of Neuroscience in Clinical Contexts, *Éthics in Biology, Engineering & Medicine-An International Journal*, 6 (1-2): 37-42.
12. Goertzen, J. R. (2010). Dialectical pluralism: a theoretical conceptualization of pluralism in psychology. *New Ideas in Psychology*, 28: 201-209. Doi: 10.1016/j.newideaspsych.2009.09.13.
13. Hojgaard, L. & Søndergaard, D. (2011). Theorizing the complexities of discursive and material subjectivity:
14. Agential realism and poststructural analyses. *Theory & Psychology*, 21(3), 338-354. DOI: 10.1177/0959354309359965
15. Illes J. & Bird S. (2006). Neuroethics: a modern context for ethics in neuroscience, *Trends in Neurociencias*. Vol.29 No.9. doi:10.1016/j.tins.2006.07.002
17. Martin, J., & Sugarman, J. (2009). Does interpretation in psychology differ from interpretation in natural science? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 39(1), 19-37. Doi:10.1111/j.1468-5914.2008.00394.x
18. Ovejero A. & Pastor J. (2001). La dialéctica saber/poder en Michel Foucault: Un instrumento de reflexión crítica sobre la Escuela. *Aula Abierta* Nº77. 99-107.

19. Parker, I. (2014). Madness and Justice. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 34(1), 28-40. Doi: 10.1037/a0032841.
20. Racine, E., Bell E., Di Pietro N., Wade L. y Illes J. (2011), Evidence-Based Neuroethics for Neurodevelopmental Disorders, *Seminars in Pediatric Neurology*, 21-25, doi:10.1016/j.spen.2011.02.002.
21. Ribeiro (2015), Patologización de la infancia cotidiana, *Teoría y Crítica de la Psicología*, 148-156, <http://www.teocripsi.com/ojs/> (ISSN: 2116-3480)
22. Sánchez-Valverde C. & Jiménez F. (2011), La Emancipación como eje inspirador y articulador de una acción socioeducativa global con la infancia y la adolescencia. El “Espacio joven Cabestany”, un ejemplo de buenas prácticas en educación social. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación.
23. Serrano López (2014), Aspectos éticos de la investigación en salud en niños, *Rev. Colombiana de Bioética*, V.9 n°1. P. 183-196.
24. Sugarman, J. (2009). Historical ontology and psychological description. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 29(1), 5-15. Doi: 10.1037/a0015301.
25. Teo, T. (2008). From speculation to epistemological violence: a critical-hermeneutic reconstruction. *Theory & Psychology*, 18(1), 47-67. Doi: 10.1177/0959354307086922.
26. Walsh-Bowers R. (2010), Algunos Problemas sociohistóricos subyacentes a la fragmentación de la psicología *New Ideas In Psychology*, N°28, 244-252.
27. Walsh, R. T. G. & Gokani, R. (2014). The personal and political economy of psychologists desires for social justice. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 34(1), 41-55. Doi: 10.1037/a0033081.

# Impacto en desarrollo en adolescentes en vulnerabilidad social

Adolescent development impact of social vulnerability

Paz Robledo Hoecker<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**L**a pobreza económica, social y cultural es altamente negativa para el desarrollo humano, pues afecta la calidad de vida y bienestar de la población en general, pero particularmente devastadora en las primeras etapas de la vida cuando se espera el crecimiento y desarrollo de las personas.

Se revisa sistemáticamente la literatura centrada en desarrollo adolescente y el efecto de la pobreza y exclusión social, de manera de comprender y acompañar adecuadamente a este grupo poblacional, tanto a nivel individual como poblacional.

**Palabras clave:** *Adolescentes, pobreza exclusión social*

## SUMMARY

---

Economic, social and cultural poverty is highly negative for human development, since it affects the quality of life and well-being of the population in general, but particularly devastating in early life stages of life when the growth and development of people is expected.

Literature focusing on adolescent growth and development and the effect of poverty and social exclusion are systematically reviewed, in order to adequately understand and accompany this population group, both individually and populationally.

**Keywords:** *Adolescents, poverty, social exclusion*

## METODOLOGÍA

---

### Revisión sistemática

Selección de los estudios y estrategias de búsquedas.

Los artículos de la presente revisión se identificaron a través de la búsqueda automatizada en la base de datos de los motores de búsqueda de Google Scholar y Medline, a los que se añadieron artículos propios y los aportados por red internacional de profesionales que trabajan con adolescentes y jóvenes (redadolescenciaooglegroups.com). La revisión se realizó desde a marzo a julio 2019.

Se combinaron las palabras claves; crecimiento y desarrollo adolescente, en hombres y en mujeres, pobreza, exclusión social, vulnerabilidad, trabajo infantil, riesgo social, riesgo biológico, riesgo psicológico.

Para la búsqueda de bibliografía se utilizaron los siguientes métodos:

- Análisis de documentos, que permitió extraer información relevante
- Síntesis de la información que permitió el orden y combinación de la información extraída.

Se revisaron 368 publicaciones, de los cuales fueron pertinentes para el objetivo de la revisión, 77.

## ANTECEDENTES

---

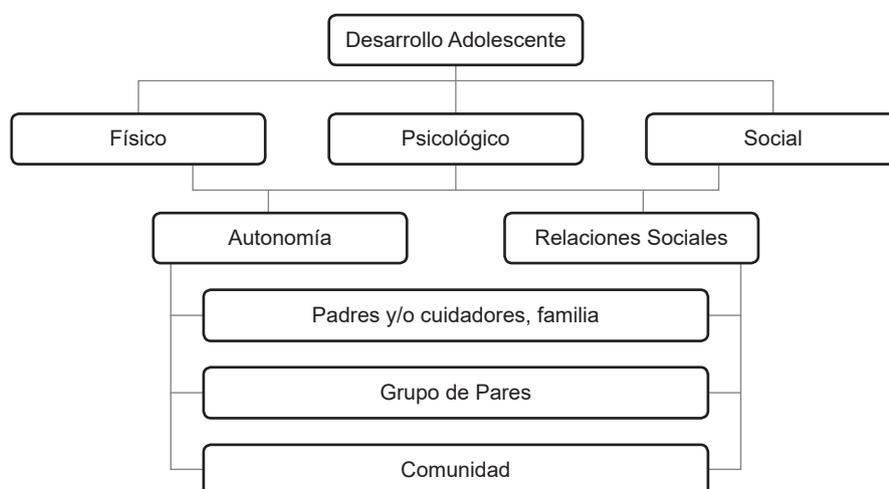
La noción y el enfoque de pobreza es ampliamente usado en Latinoamérica para denotar situaciones de carencia e insatisfacción de necesidades (materiales e inmateriales) en que viven individuos, hogares

---

Recibido el 11 de julio de 2019. Aceptado el 19 de noviembre de 2019

<sup>1</sup> Médica-Pediatra especialista en adolescentes. Correspondencia a: pachirobledo@gmail.com

El esquema de análisis del desarrollo adolescente utilizado fue el siguiente:



Fuente: Elaboración propia 2019

y grupos de población. En general este enfoque ha tenido una impronta económica, relacionando necesidades, recursos disponibles (principalmente ingresos o activos equivalentes) y nivel de vida observado (Buzzo 2005).

Pero la pobreza es un fenómeno complejo que se relaciona no sólo con las necesidades básicas de las personas, sino, especialmente con sus aspiraciones y con su dignidad.

Son diversas las formas en que se puede entender este concepto, según el mecanismo con que se defina el umbral de bienestar o según la(s) dimensión(es) que se use(n) como indicador(es) de dicho bienestar.

La pobreza no es sólo una cuestión de recursos económicos, es un fenómeno multidimensional que considera tanto la falta de ingresos como la privación continua o crónica de las condiciones básicas para el desarrollo de capacidades (Hogar de Cristo 2017).

Éstas incluyen privaciones en distintas dimensiones, tales como: educación, salud, vivienda, empleo, empoderamiento, cultura, discriminación, seguridad personal, y muchas otras que difícilmente pueden ser identificadas y medidas por un sólo indicador, como el de ingresos (Hogar de Cristo 2017).

La pobreza tiene diversas consecuencias: problemas de salud (física y mental), exclusión escolar, precariedad laboral, discriminación y estigma, exposición a riesgos, mala calidad de viviendas, segregación territorial, precario acceso a la salud, estrés, inseguridad, ansiedad (Hogar de Cristo 2017).

Se sabe que los niños, niñas y adolescentes que

viven en situación de pobreza se ven particular y desproporcionadamente expuestos a experiencias adversas (Bonnano 2004). Las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia son altamente inhabilitantes. Estos eventos como experiencias que causan reacciones extremas de estrés (físicas y/o psicológicas), tienen efectos adversos y perdurables en el bienestar físico, social, emocional de la persona (Bonnano 2004)

La pobreza se caracteriza por la falta de voz, la humillación, la reducción de la dignidad y la autoestima (Hogar de Cristo 2017).

385 millones de niños, niñas y adolescentes en el mundo viven en situación de pobreza extrema, medida según niveles de ingresos (Unicef 2016).

En Latinoamérica la pobreza extrema alcanzó el año 2017 el nivel máximo de los últimos diez años, afectando a 62 millones de personas, es decir un 10,2% de la población latinoamericana según datos entregados por Cepal 2018. Según dicho informe, la pobreza ha experimentado un alza en términos absolutos los últimos años, ahora bien, la proporción de pobres se mantuvo, siendo en total 184 millones, lo que representa un 30,2% de la población de Latinoamérica y el Caribe (LAC). Dentro de los países que más redujeron la pobreza entre 2015 y 2017 se encuentra Chile, que pasó de un 13,7% a un 10,7%. Pero por otro lado Brasil, aumentó de un 18,8% a un 19,9%.

También señala el informe que la pobreza en LAC es un 20 % mayor en las zonas rurales y afecta en un 23 % más a las personas indígenas (Cepal 2018).

La tasa de pobreza de niños y adolescentes de LAC es un 19 % mayor que en las personas de 35

a 44 años (Cepal 2018).

Es importante considerar que la mayoría de quienes escaparon de la pobreza en LAC forman parte de una creciente clase media vulnerable (40% de la población). Se enfrentan a un círculo vicioso de empleos de mala calidad, protección social deficiente e ingreso volátil que los deja en condición vulnerable y los pone en riesgo de volver a caer en la pobreza (Cepal 2019).

Este contexto determina precarización laboral de los padres, largas jornadas laborales de referentes adultos, en ciudades segregadas socialmente, que determinan largos tiempos de traslados, con escaso tiempo para la vida familiar. Es así como los adolescentes pasan largos períodos de tiempo sin supervisión y contención parental.

Por otro lado, las comunidades y barrios pobres, mayoritariamente urbanos, han sido fracturados por el narcotráfico, con falta de entornos seguros para su desarrollo recreativo y de inclusión social, donde el rol de las comunidades de salud y educativas de calidad no siempre están disponibles.

Es en este contexto donde transcurren las adolescencias en contextos de pobreza; en soledad y exclusión, generando grados diversos de indefensión.

Desde antes de nacer, la inequidad configura a menudo las posibilidades vitales de las personas pobres y excluidas y sus comunidades.

Las desventajas y la discriminación contra sus comunidades y sus familias contribuirán a determinar si sobreviven o mueren, o si tienen una posibilidad de aprender y ganar más tarde un salario decente.

Los conflictos, las crisis y los desastres relacionados con el clima profundizan sus privaciones y reducen su potencial.

Estas condiciones del entorno configuran relaciones que afectan el adecuado crecimiento y desarrollo de las personas.

El año 2008 habían alrededor de 9,43 millones de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en trabajo infantil (6.7%) en América Latina y El Caribe, cifra que aumentó ligeramente a 9,63 millones en 2012 (6.8%) (Naciones Unidas 2013).

Especial consideración debemos tener en aquellos adolescentes que sufren mayor riesgo de caer en las peores formas de trabajo infantil, o que se encuentran en otras condiciones de exclusión social como son los que habitan en el ámbito rural o los pertenecientes a minorías, como las minorías sexuales, los adolescentes indígenas, los adolescentes migrantes o los que viven con alguna discapacidad.

Cada año mueren en la Región de las Américas alrededor de 80 000 adolescentes (10-19 años) y 150 000 jóvenes (15-24 años), la mayoría por causas externas y prevenibles (OPS 2018)

En América Latina y el Caribe, los principales factores de riesgo de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en adolescentes jóvenes (10-14 años) durante el 2015 fueron: la malnutrición, el consumo de alcohol y drogas ilícitas, una función renal deficiente y la falta de agua potable, de saneamiento básico y de lavado de las manos (OPS 2018).

Los factores de riesgo más destacados en jóvenes de 15 a 24 años eran el consumo de alcohol y de drogas, los riesgos ocupacionales, las relaciones sexuales sin protección, el abuso sexual y la violencia y la malnutrición (OPS 2018).

Cada año, alrededor de 4 millones de adolescentes de todo el mundo intentan suicidarse. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes (WHO 2001).

En Chile, la mortalidad de los adolescentes por causas externas (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) ha tenido un preocupante aumento en los últimos años (MINSAL 2013).

Actualmente, las causas externas representan el 60% del total de las muertes en adolescentes (MINSAL 2013).

La tasa de suicidios para los adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010 (MINSAL 2013)

16 millones de niñas adolescentes dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medios. (WHO 2014)

Se estima que tres millones de niñas de 15 a 19 años de edad se someten a abortos inseguros cada año (WHO 2014)

En los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte entre las niñas de 15 a 19 años (WHO 2014)

Las muertes fetales y neonatales son un 50% más altas entre los bebés de madres adolescentes que entre los bebés de mujeres de 20 a 29 años. (WHO 2014)

América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa de fecundidad en adolescentes más alta del mundo, se calcula que entre 2010 y 2015 se produjeron 66,5 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años, en comparación con 46 nacimientos por cada 1 000 adolescentes en el mismo grupo etario en el resto del mundo. Las tendencias a lo largo del tiempo indican que la tasa de fecundidad en adolescentes se mantuvo estable en América

N° de menores de 18 años que desaparecieron el año 2018	N° de menores de 18 años que desaparecieron los últimos 6 años	% de niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años tienen alguna discapacidad el año 2015	Adolescentes, entre 12 y 19 años que han sido madres el año 2015
168	1.000	5,8%	7,1%
Fuente: Jopia 2019	Fuente: Jopia 2019	Fuente UNICEF 2018.	Fuente UNICEF 2018.

Latina y el Caribe desde 1990 hasta el 2000, seguido de una tendencia descendente lenta durante los siguientes 15 años. Por el contrario, se ha producido una disminución mucho más marcada en la tasa de fecundidad total en mujeres de grupos de mayor edad en ALC. En la actualidad, cerca del 15% de los embarazos en ALC corresponden a chicas menores de 20 años (OPS 2018).

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayor deserción escolar (Molina 2004; Alonso-Muñiz 2018).

Mientras menor es la mujer adolescente embarazada (especialmente en las menores de 15 años) mayor es la probabilidad que dicha actividad sexual sea abuso sexual (Flasog 2011).

En Chile el año 2020 se estiman 2.525.331 adolescentes de 10 a 19 años de un total de 19.458.310 habitantes, lo que representa el 12,978% de la población de Chile 2020 según las estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 del INE.

En Chile la exclusión social de niños, niñas y adolescentes se expresa de diversas formas; violencia intrafamiliar, maltrato, negligencia, así como NNA en situación de calle, NNA desaparecidos, en situación de trabajo infantil, y peores formas de trabajo infantil (prostitución forzada, tráfico de mujeres blancas, etc).

En Chile el 18,2% de NNA viven en situación de pobreza por ingresos<sup>2</sup>. Este porcentaje sube a 23,3 % si se evalúa como pobreza multidimensional<sup>3</sup> (UNICEF 2018).

15,2% de los hogares con niños, niñas y adolescentes están en situación de pobreza por ingresos que sube a 20,3 cuando se mide pobreza multidimensional; 23,8% de los niños, niñas y adolescentes indígenas vive en situación de pobreza por ingresos y sube 30,9% cuando es pobreza

multidimensional; 17,6% de los niños, niñas y adolescentes inmigrantes viven en situación de pobreza por ingresos que sube a 34,3% cuando es pobreza multidimensional (UNICEF 2018).

Es así como en nuestro país nos encontramos con las siguientes tristes datos

7,1% de las adolescentes, entre 12 y 19 años del año 2015, han sido madres. 90,7% de ellas pertenece al 60% más pobre de la población (UNICEF 2018).

71% de los niños, niñas y adolescente declaran haber sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su madre y/o padre. (UNICEF 2012).

Violencia Física Grave por parte madre/padre	Violencia Física Leve por parte madre/padre	Violencia psicológica por parte madre/padre
25,9%	25,6%	19,5%

Fuente UNICEF 2012

Además, se sabe que en los establecimientos educacionales también están expuestos a episodios de violencia;

Estudiantes agredidos en su establecimiento educativo 2 o más veces al año	Estudiantes agredidos físicamente en su establecimiento educativo una o más veces al mes
22,3%	20,2%

Estudiantes entre 7° básico y 3° medio declara haber sufrido un acto de violencia constitutivo de delito
46% <sup>4</sup>

Fuente ENVAE 2014.

Fuente: Encuesta Nacional de Poli-victimización 2017.

Por otro lado, la institucionalidad a cargo de los NNA en Chile, el Servicio Nacional del Menor SENAME el año 2017;

2 Pobreza por ingresos: considera como único indicador el ingreso monetario. Se calcula el valor del ingreso mínimo con el cual una persona puede cubrir todas sus necesidades básicas al mes, sobre la base del costo de una Canasta Básica de Alimentos. El monto del ingreso para considerar si un hogar se encuentra en situación de pobreza varía, dependiendo del número de personas que vive en él, entre \$ 151.669 y \$531.621 (CASEN, 2015).

3 Pobreza multidimensional: se consideran la evaluación de 15 indicadores de las dimensiones de salud, educación, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, y redes y cohesión social, y se establecen umbrales como pisos mínimos que dan cuenta de la satisfacción de dichas necesidades. Una persona está en situación de pobreza multidimensional cuando tiene un 22,5% de incumplimiento de dichos indicadores (CASEN, 2015).

4 Actos constitutivos de delito: robo, ataque físico, rotura de objetos, por ejemplo.

Población atendida por SENAME 2017. N° 243.203 niños, niñas y adolescentes en protección social	92,6% Asisten a Programas Ambulatorios y viven con sus familias
	3,8% Viven en residencias
	3,2% Viven en familias de acogida

Del total de imputados ingresados al Ministerio Público el 2,6% son adolescentes infractores de ley (Ministerio Público 2018).

De los y las adolescentes que han ingresado al sistema penal el 2011 fueron 62.947 y el 2017 fueron 36.083 personas, lo que corresponde a una disminución de 42,7% (Ministerio Público 2017)

El año 2016 17.562 casos nuevos de adolescentes llegaron al sistema de justicia juvenil	65,5% están sujetos a medidas en el medio librev
	23,9% están privados de libertad
	10,5% de los y las adolescentes están sujetos al sistema de salidas alternativas

Fuente: SENAME 2016.

Sobre los datos referentes a niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo, Chile cuenta con la Encuesta Nacional sobre Actividades de niños, niñas y adolescentes (EANNA) del año 2012, cuyos principales resultados fueron (EANNA MDS 2012) los siguientes:

El 6,9% de los NNA realizan trabajo infantil, es decir, **229.510** niños, niñas y adolescentes.

De ellos, el 41% tiene entre 5 y 14 años (90.025) y el 59% entre 15 y 17 años (135.485).

El porcentaje de niños ocupados duplica al de las niñas (9,7% y 4,3%) (EANNA 2012).

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de trabajo, residen principalmente en la zona urbana (87,4%), y el 51,1% pertenece a los hogares de los dos primeros quintiles de ingreso (EANNA 2012).

En promedio, los niños trabajan 16,3 horas a la semana. Los datos varían en función de la zona de residencia (urbana/rural), el sexo y del grupo de edad considerado. En las zonas urbanas el promedio de horas a la semana es superior al de las zonas rurales (17,8 vs. 11,3). Los NNA hombres trabajan un promedio de 17,2 horas a la semana en comparación a las 15,2 horas promedio de las mujeres. (EANNA 2012). Los adolescentes ocupados de 15 a 17 años registran un promedio de 22,8 horas de trabajo a la semana, mientras que dicho indicador es de 7,8 horas a la semana para los niños de 5 a 14 años (EANNA 2012).

El 87,7% de la población NNA realiza tareas

domésticas en su propio hogar (2.922.910 NNA), siendo las niñas quienes realizan principalmente estas tareas (91% frente a 84,4% en los niños). Ellas son quienes en mayor proporción dedican 21 horas o más a la semana a desarrollar este tipo de tareas (19% entre 5 y 17 años, 11% entre 5 y 15 años y 33% entre 15 y 17 años), siendo las más perjudicadas las adolescentes mujeres (EANNA 2012).

El 97,7% de los niños entrevistados en la EANNA en situación de trabajo el año 2012 declaró estar asistiendo a clases, en los niños de 5 a 14 años corresponde a 99,5% y en los adolescentes de 15 a 17 años a 92,3% (EANNA 2012)

Aproximadamente el 5,9% de la población de NNA y 9 de cada 10 NNA en trabajo infantil están en trabajo peligroso (191 mil)<sup>5</sup>. El 70,6% del total de NNA en trabajo infantil se encuentra en trabajo peligroso a causa de realizar un oficio clasificado como peligroso, 53,3% por llevar carga pesada y 40,8% por manipular herramientas peligrosas (EANNA 2012)

El 46% de los NNA en trabajo infantil reside en hogares que pertenecen al primer quintil de ingresos y el 23% en hogares que pertenecen al segundo quintil de ingresos, lo anterior significa que el 69% de los niños pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos del país (EANNA 2012)

En los hogares con trabajo infantil los jefes de hogar tienen 8,9 años de educación versus 10,4 años en hogares sin trabajo infantil. Además, en hogares en donde los niños están en trabajo infantil el 19% de los jefes de hogar tienen educación media completa o más, mientras en los hogares sin trabajo infantil el porcentaje sube a 60% (EANNA 2012).

La mayoría de los niños trabajan en el comercio al por menor (86 mil) y la producción agropecuaria (40 mil). Un porcentaje significativo (8,4%, es decir, 19 mil NNA) trabaja en el sector construcción y en servicios domésticos (12 mil; principalmente mujeres). El 44% trabaja para “terceras personas” y el 35% para su familia (EANNA 2012).

El 70,3% de los niños en trabajo infantil declara recibir pago en dinero, con diferencias por grupo de edad y zona de residencia. El 47,2% señala que el pago tiene una frecuencia diaria y el 54% que destina el “pago a cosas personales”. Además, el 42,7% declara que trabaja para tener “su propio dinero” (EANNA 2012).

La asistencia escolar se reduce 9 puntos

<sup>5</sup> Trabajo peligroso se define por su naturaleza (actividad que por sus características intrínsecas representa un riesgo para la salud y desarrollo del niño o adolescente que la realiza) o por las condiciones en las cuales se realiza.

porcentuales (de 98% a 89%) entre los que están en trabajo infantil respecto de los que no trabajan, situación que empeora en el área rural (11 puntos porcentuales de diferencia). La no asistencia escolar llega a 18% entre los adolescentes de 15 a 17 años que están en trabajo infantil (EANNA 2012).

El 41% de los niños en trabajo infantil afirma que su rendimiento educativo es muy bajo, bajo o regular, mientras que entre los que no trabajan este porcentaje se reduce a 27%. Esta situación se agrava entre los niños más pequeños y entre los más pobres (EANNA 2012).

UNICEF resume el trabajo infantil en Chile como actividad relacionada con pobreza, que afecta de manera diferenciada a hombres y mujeres, y vulnera el derecho a la educación, entre otros derechos de niños, niñas y adolescentes. (Unicef 2014).

## **IMPACTO DE LA POBREZA EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ADOLESCENTE**

---

Entenderemos por adolescencia a la etapa ubicada en la segunda década de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual se producen vertiginosos cambios en lo biológico, psicológico y social, que permite la primera consolidación identitaria autónoma de las personas, diferenciada de sus padres y entorno adulto, en la cual desarrollan una red social propia, que les permite una nueva inserción en su cultura y sociedad (Robledo 2018)<sup>6</sup>.

Las condiciones de vulnerabilidad social extrema impactan de manera indiscutible en cada uno de los procesos esperados en esta etapa, (biológico, psicológico y social), pero a la vez se alza como una ventana de oportunidad para transformar definitivamente las trayectorias vulneradas en oportunidades de cambios de dichas trayectorias de vida.

## **CRECIMIENTO BIOLÓGICO**

---

### **Consecuencias Somáticas (cuerpo adolescente)**

Los factores ambientales como la comida y el aire y si desarrollan o no trabajo infantil, y el tipo de trabajo infantil, el tiempo dedicado a él, y la periodicidad a los que sean expuestos, pueden determinar vulnerabilidad en el desarrollo y madurez de sus cuerpos (cerebro, pulmones, etc.).

Los adolescentes iniciales (10 a 13 años) tienen un crecimiento corporal, generalmente asimétrico y asociados a una gran descoordinación motora. El sistema osteomuscular se caracteriza por tener huesos que no han completado su mineralización ósea, por lo que no tienen gran capacidad de carga, y presentan menor fuerza que los adolescentes tardíos (16-17 años). Esta característica hace que los adolescentes expuestos a trabajos, mientras más pequeños estén expuestos a tareas pesadas, estarán más propensos a sufrir diferentes desordenes osteomusculares al transportar cargas, realizar trabajos repetitivos o al adoptar posturas incómodas por tiempos prolongados (Briceño 2004).

Por otro lado, este crecimiento vertiginoso de la adolescencia inicial, en la cual los órganos vitales cambian de diámetro, volumen y madurez, como se ha podido establecer en la madurez renal con diferencias en su capacidad de excreción o a nivel pulmonar en el tamaño de sus alvéolos (National Research Council 1998), expuestos a trabajos con equipos y/o maquinarias que generen vibraciones, con carga física o mental intensa, con exposición crónica a polvos, humos, vapores o gases tóxicos, en espacios confinados, en profundidades o cámaras, con exposiciones a temperaturas extremas, o con exposición a productos peligrosos ocasionan mayor alteración en su desarrollo físico.

Los niños y adolescentes están proporcionalmente más expuestos por unidad de peso corporal a las toxinas ambientales que los adultos, mientras más pequeños y más precoz es su incorporación al mundo laboral. Por lo cual la evaluación del riesgo se debe realizar de manera diferenciada (Landrigan 2004). Los y las adolescentes tienen más años de vida futura y así más tiempo para desarrollar enfermedades iniciadas por exposiciones tempranas de tóxicos.

Esto es especialmente importante para el sistema nervioso (Rice 2000). El desarrollo del sistema neurológico es fundamental en el desarrollo adolescente (Schettler 2001).

Las alteraciones pueden ser desde pequeños cambios neurológicos, también cardíacos o respiratorios, hasta cánceres e insuficiencias de órganos nobles, que incluso pueden llevar a la muerte.

En los Estados Unidos entre 1992 y 1997 se presentaron 403 muertes de menores de 18 años en situación de trabajo infantil. Estas muertes ocurrieron primordialmente en trabajos de agricultura (40 %), ventas al por menor (22 %), construcción (13 %), y servicios (8 %). Una tercera

---

6 Definición de Paz Robledo adaptada de OPS, Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010 – 2018, desarrollada para informe consultoría UNICEF 2018.

parte de las muertes ocurrieron en negocios familiares y el 60 % de éstas tuvieron un vehículo o maquinaria involucrados, el 20 % fueron debidas a asaltos o hechos violentos y el 11 % a enfermedad por sustancias tóxicas (Briceño 2004).

Los y las adolescentes iniciales son más desproporcionados y descoordinados lo que los hace especialmente vulnerables a sufrir accidentes en los trabajos (Barling 1999).

Se ha podido establecer que la aparición temprana del Asma está asociada a la inhalación del humo en la niñez y adolescencia, de madera, petróleo, carbón, combustión emanada de motores de autos por tubos de escape, herbicidas, pesticidas, polvos de las granjas, cosechas en granjas y presencia de animales en granjas de los cuales les toca vivir o estar a cargo (Salam 2004).

También se sabe que los adolescentes expuestos a agentes tóxicos pueden desarrollar Cáncer Infantil como la leucemia linfoblástica aguda (Robinson 1996) y el cáncer cerebral (Schechter 1999).

También se ha podido establecer que las alteraciones del desarrollo con discapacidades del aprendizaje, dislexia, retardo mental, desorden de déficit de la atención y autismo se presentan con mayor frecuencia en adolescentes que trabajan expuestos a agentes tóxicos (Grandjean 2014). También se estudió los efectos neurosicológicos de los contaminantes que determinan estados variables de la atención y la concentración, la función sensorial, el control motor, las relaciones espaciales, la coordinación visomotora, la memoria y el afecto (Grandjean 2014)

En las actividades de textiles con algodón se ha podido apreciar efectos comunes como problemas musculoesqueléticos, accidentalidad, pérdida auditiva, bisinosis, dermatosis, cáncer de vejiga e intoxicaciones.

Cuando viven o trabajan en las calles se exponen a adquirir conductas disociales, abuso y hostigamiento sexual, drogadicción, alteraciones a la funcionalidad social y familiar, lesiones físicas, heridas, golpes, enfermedad respiratoria como la neumonía, dermatitis y conjuntivitis (Romieu 2002)

### **Consecuencias en su desarrollo sexual y reproductivo**

El sistema reproductivo se está desarrollando y ocupaciones con exposición a altas temperaturas, campos electromagnéticos o con productos peligrosos pueden causar alteraciones en su crecimiento y desarrollo que llevan a infertilidad y

cáncer (Chia 2001).

También se ha podido observar que existen ciertas sustancias tóxicas en los pesticidas que contienen Bifenilos policlorinados que generan aceleramiento de la pubertad en las niñas que trabajan como temporeras (Eulin 2001).

La explotación sexual de adolescentes determina exposición a violencia de género, infecciones de transmisión sexual, HIV/SIDA, embarazos precoces no planificados, abortos y eventualmente muerte de las mujeres en estas condiciones.

La explotación sexual afecta mayoritariamente a las mujeres y minorías sexuales, y tiene devastadoras consecuencias psicológicas (baja autoestima, depresión, ideación e intentos suicidas) además de las consecuencias a mediano y largo plazo, como disfunciones sexuales, maltrato infantil a los hijos/as de esas mujeres abusadas (Claramunt 2000).

### **Consecuencias en su estado nutricional**

En los hogares pobres existe mayor riesgo de malnutrición (Fonseca 2013). Esta mal nutrición fue durante muchos años asociado a la falta de acceso a nutrientes, generando déficit como desnutrición y anemia, lo que ha cambiado con el transcurso de los años.

En las dos últimas décadas, el sobre peso y la obesidad en los países en vías de desarrollo es mayor en la población pobre y con niveles bajos de educación (Athala 2012; Jones-Smith 2012).

En Chile, la JUNAEB mostró que 45,2% de los estudiantes de 1° medio presenta sobrepeso u obesidad (Junaeb 2017).

El sedentarismo y la malnutrición por exceso, sobre peso y obesidad se relación directamente con los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, HTA, hipercolesterolemia, síndrome metabólico, que comprometerá el desarrollo.

El sobrepeso adquirido durante la adolescencia puede persistir durante la edad adulta, y aumentar los futuros riesgos de una enfermedad coronaria, diabetes, enfermedades de la vesícula biliar, algunos tipos de cáncer y la osteoartritis de las articulaciones que soportan peso (Bloom 2011).

Durante la adolescencia, el sobrepeso se asocia con hiperlipidemia, la tensión alta (hipertensión), una tolerancia anormal a la glucosa y consecuencias psicológicas y sociales adversas (WHO 1998).

Existen también publicaciones que establecen relación entre la malnutrición temprana, específicamente el déficit crónico de proteínas, déficit de energía y hierro, y la capacidad de trabajo en adolescentes, (Hass 1996).

Los y las Adolescentes en situación de trabajo infantil tienen más % de mal nutrición; no toman desayuno, no se alimentan bien (Bachman 1993 / Hass 1996).

Deficiencias nutricionales (malnutrición de proteínas/energía, hierro, vitamina A y deficiencia de yodo) afectan a la participación y al aprendizaje en la escuela (Taras 2006).

Se sabe que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan una carga de enfermedad cada vez mayor (Bloom 2011), donde el sobrepeso y la obesidad, junto con la falta de actividad física, dan origen a diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (HTA), que juntas pueden determinar enfermedades cardiovasculares (infarto agudo al miocardio, accidentes vasculares, etc.) (CDC 2006).

## **IMPACTO EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO**

---

En cuanto al desarrollo psicológico, los adolescentes se encuentran en proceso de consolidación de su identidad personal, por lo que vivir en ambientes pobres en redes familiares y sociales, con mucha soledad y escasa contención emocional y de supervisión parental, los hace muy dependientes de la existencia o no de espacios comunitarios protegidos (talleres en escuelas, actividades extra-programáticas, etc.), que les permitan estar acompañados, contar con terceros que le permitan la construcción de su subjetividad emocional y dar un sentido en sus vidas.

Si tampoco cuentan con una comunidad de barrio o escolar adecuada, es decir entornos sociales y físicos adecuados, presencia de adultos significativos, espacios de acompañamiento y contención emocional y social, esto determinará mayores riesgos y limitaciones para su adecuado desarrollo.

Lo que se ha podido establecer es que los y las adolescentes que les toca desenvolverse en entornos familiares y sociales con gran deprivación social y cultural, donde las drogas y narcotráfico mandan en los barrios, con redes sociales y comunitarias fracturadas, viviendo cotidianamente descalificaciones, violencia física y psicológica, presenciando o viviendo abuso físico o sexual o consumo de sustancias que irrumpen en sus casas y familias, dañan el desarrollo de sus trayectorias.

Es en estas circunstancias que construir identidad positiva es altamente desafiante.

En estos contextos adversos los adolescentes encuentren consuelo en la comida, las drogas legales e ilegales, el sexo, y otras conductas de riesgo

y daño (respuestas violentas, impulsivas). No consideren que estos comportamientos sean problemas, ya que en gran parte les están sirviendo de escape de la depresión, la ansiedad, la ira, el miedo y la vergüenza. Es la adaptación que conocen y que les ha permitido sobrevivir. Es así como la violencia puede ser la manera con la cual alguien siente que existe, que es alguien, que impone su voluntad y logra así un lugar en el mundo (Janin 2014). Es la manera con que han sobrevivido ante la adversidad.

Y si alguien es ubicado tempranamente en el lugar del fracaso, debe primero, des construirse, remontar el lugar desde el cual está: por tal motivo la adolescencia se abre como un tiempo de oportunidad. (Janin 2014).

Si el futuro es temible, si los vaticinios son catastróficos, no se puede proyectar ni soñar, no es posible prevenir las dificultades, aprender a esperar, tolerar compartir, porque todo es “ya” y el placer tiene que ser inmediato: se debe aprender a soñar, a confiar. Esto ha tomado una enorme importancia en un mundo en el que se supone que lo fundamental es triunfar por sobre los otros, no quedarse afuera al precio que sea: el desafío es entonces luchar contra el individualismo (Janin 2014) y generar el crecimiento en colectivo.

Una construcción identitaria que no cuenta con “los otros” que lo sostengan y reconozcan, es un problema, por lo que la rearticulación del entorno y de sus redes sociales pasa a ser crítico (Janin 2014).

Al ser ignorados, estos jóvenes corren un riesgo muy elevado de padecer abusos, negligencia, cometer suicidio, consumir drogas y alcohol, fracasar en la escuela, realizar actividades violentas y criminales, padecer una enfermedad mental cuando alcancen la edad adulta, y de comportarse arriesgadamente con respecto a su salud (Costello 2008).

Diversos estudios sugieren que aquellas situaciones en que los y las adolescentes se perciben en situaciones de exclusión (racial, sexual, social, escolar, u otro) y que no tengan adecuada red familiar de contención, tendrán más problemas de salud mental y mayores dificultades para lograr un adecuado desarrollo (Steinberg 2001; Smetana 2006)

El denominado “estrés de las minorías” está vinculado a los procesos de minorización de identidades que son percibidas fuera de las normas sociales y la cultura hegemónicas (Meyer, 2003). Es así como los y las adolescentes LGTBI presentan mayor aislamiento social y estrés social, que puede ser una intensa causa de ansiedad, depresión y

suicidio (Saewyc 2011)..

Es menos probable que los adolescentes que viven en un medio social que les aporta relaciones significativas, que fomenta que se expresen ellos mismos y que les ofrece una estructura y les impone límites, inicien una actividad sexual temprana, que consuman sustancias y que experimenten depresiones (WHO 2002).

El vínculo paterno/materno filial se asocia con niveles menores de depresión y tentativas de suicidio, consumo de alcohol, comportamientos sexuales de riesgo y violencia (Barber 2002).

Ahora bien, si esos adolescentes han debido trabajar, se ha podido establecer que les quitará tiempo para desarrollar otras actividades como participar en actividades grupales con amigos y amigas, tan importantes en esta etapa del desarrollo, pues les quitará espacio para su recreación y ocio, para jugar, aprender y compartir en familia. (Briceño 2004).

Además, los y las adolescentes pueden trabajar en actividades en las cuales son explotados, son trabajos peligrosos y/o degradantes. Muy a menudo son maltratados, abusados y abandonados por sus patrones, lo que podrá determinar daño psicológico (Briceño 2004). El exceso de trabajo, agobio, maltrato pueden determinar un trastorno del ánimo, depresión, abuso de sustancias para mantenerse activo, etc. (Briceño 2004).

También se ha podido establecer que los y las adolescentes en situación de trabajo tienen mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas (Safron 2001; Mortimer 2002; Apel et al. 2007; Rocheleau 2012) y tienen mayor probabilidad de participar en delitos (Apel 2007; Staff 2010).

## **DESARROLLO SOCIAL**

En la adolescencia el gustar a los demás y ser aceptado por su grupo de compañeros es crucial en el desarrollo de la salud de los jóvenes, y aquellos que no están integrados socialmente corren más riesgos de experimentar dificultades en cuanto a su salud física y emocional (WHO 2004).

El sentimiento de pertenencia es un factor de protección para los y las adolescentes, sobre todo en la adolescencia inicial (Blum R 2001).

La marginación por parte de los compañeros durante la adolescencia puede conducir a un sentimiento de soledad y a experimentar síntomas psicológicos. La interacción con los amigos tiende a mejorar las habilidades sociales y a reforzar la habilidad de sobrellevar los acontecimientos estresantes (WHO 2004).

Los Grupos de pares pueden resultar ser facilitadores para el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias en adolescentes (Carballo et al., 2004).

En otras ocasiones, el grupo de amigos o compañeros aumenta las actividades pro-sociales de los adolescentes – modelo de protección – reduciendo la probabilidad de consumo de drogas en los adolescentes (Barrett y Turner, 2006)

El tipo de grupo de pares puede ser un importante factor predictor de trastornos de conducta alimentaria (Amaya 2017)

La cultura patriarcal, la soledad y experiencias familiares de violencia de género son factores de riesgo de violencia en el pololeo (Albuquerque 2011)

Para la mayoría de las adolescentes, la escuela es el lugar más importante en sus vidas fuera de la familia. (WHO 2004)

Es menos probable que aquellos adolescentes que tienen una relación positiva con los profesores y con la escuela inicien una actividad sexual temprana, que consuman sustancias y que experimenten depresiones (WHO 2004)

Los programas de salud escolar pueden ayudar a reducir la violencia y las lesiones no intencionales en las escuelas (WHO-UNESCO 1999)

Los establecimientos educacionales como ambientes sociales y físicos adecuados que promuevan la seguridad son los que previenen las lesiones y la violencia (WHO-UNESCO 1999).

Por el contrario, aquellas escuelas que no son inclusivas, que tiene altos índice de violencia, la asistencia a clase podrá estar relacionada con la prevalencia de varios comportamientos de riesgo relativos a la salud, incluyendo violencia y comportamientos sexuales de riesgo (WHO 2004).

## **COMO ACOMPAÑAR A ADOLESCENTES EN VULNERABILIDAD SOCIAL**

### **Foco central: Acompañamiento centrado en la persona y su historia:**

Acompañar a adolescentes en vulnerabilidad social no es fácil; vienen de historias de abandonos reiterados, maltratos, que los lleva a trastornos vinculares, y algunos con mucha violencia. Tal como lo plantea Beatriz Janin (2014), frente a las actitudes violentas y desafiantes de los adolescentes en situación de vulnerabilidad se debe comprender que lo más grave es que un/a adolescente baje los brazos, no luche, caigan en la apatía. Muchas veces el movimiento, el desafío, la oposición a toda norma, están ligados a los

intentos de sostener la vida. Por este motivo el objetivo no debe ser anular su rabia, ni minimizar su frustración; se debe visibilizar su emoción y legitimarla, aclarando los efectos de su acción, buscando formas alternativas de expresión.

Debemos incluirlo/as y hacerlo/as protagonistas de la solución de sus problemas; constructor de su presente y futuro generando espacios de participación real. Debemos generar las condiciones materiales y vinculares que les permita lograr resultados en diversas áreas de su vida.

El mayor daño generado a esto/as adolescentes es la falta de vínculos que los sostengan. El abordaje debe ser el reparar y desarrollar vínculos interpersonales, recobrar la confianza, el sentirse respetados, visibilizados, apoyados.

La clave es el desarrollo de vínculo y que el entorno le devuelva una imagen valiosa de sí; esto es fundamental.

Los Programas más efectivos son aquellos con énfasis en los factores protectores y resiliencia (Kumpfer y Alvarado 2003), están centrados en trabajo intensivo con familias que tienen jóvenes en alto riesgo (Klein et al 1977), contribuyen al desarrollo de habilidades y destrezas sociales, en especial comunicación; identifican la presencia de redes sociales y presencia de personas significativas en la familia y su entorno, y promueven la participación y empoderamiento de la población y en particular de los jóvenes intervenidos.

Se basan en que se sabe que Las conductas de riesgo se asocian, los factores de riesgo son comunes, las intervenciones no deben centrarse en conductas problema, sino en sus fortalezas, deben ser holísticas, integrales, interdisciplinarias e intersectoriales. Se debe estimular los factores protectores y resiliencia con foco en desarrollo positivo (Resnick 1997).

Las intervenciones no deben centrarse en conductas problema, sino en sus fortalezas con foco en desarrollo positivo.

Si deben estar bajo sistema residencial, se deben agrupar según parentalidad, edad, y sexo, priorizando y cuidando los vínculos afectivos de éstos, de manera diferenciada según la etapa del desarrollo en la cual se encuentra.

Se debe intervenir de forma sistemática sobre múltiples poleas de cambio. Las experiencias que activan únicamente una intervención puede que no consigan el impacto de eficiencia esperado.

Las intervenciones presenciales que combinan educación con los cuidados, monitorización con seguimiento e incluyen contacto con el equipo de salud de especialidad o de atención primaria, son los que tienen mayores resultados.

Las intervenciones basadas en la educación oportunista en el momento de la interacción clínico-paciente tienden a ser menos eficaces en contraste con las intervenciones educativa orientadas a la auto gestión y empoderamiento de las personas.

El acompañamiento que se le otorgue a los y las adolescentes debe considerar:

Desarrollar una relación de confianza (vínculo), respetuoso, honesto.

Incorporar la flexibilidad en el trabajo, pues trabajar y centrarse en una persona es altamente complejo, que requiere múltiples capacidades para reorientar el plan terapéutico respetando siempre los objetivos básicos que se deben alcanzar, pero incorporando los contextos y necesidades cambiantes del entorno y de cada adolescente, permitiendo la co-construcción, protagonismo progresivo y empoderamiento de los y las adolescentes.

Muy importante es la capacidad de trabajar con la familia, amigo/as y comunidad en el cual vive y se desenvuelve el o la adolescente.

Y finalmente, un elemento central es la constancia y permanencia del vínculo con él o la adolescente, que por sus propias historias, requieren vínculos terapéuticos estables que permitan reparar y mostrar formas distintas de vincularse en la vida, de manera respetuosa, afectiva y constructiva, con planes de trabajo definido para cada persona en forma diferenciada.

## REFERENCIAS

1. Albuquerque D; (2011) Violencia en el pololeo adolescente: aspectos individuales, familiares y culturales; Tesis de Grado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano en link <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/423/Tesis.pdf?sequence=1>
2. Alonso-Muñiz G; Quijije-Segovia S; Plua-Chancay P; Tigua-Gutiérrez O; Almendáriz-Parrales A; Lino-Pionce A: (2018) Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar; Pol. Con. Edición núm. 21) Vol. 3, No 7 Julio 2018, pp. 519-536 ISSN: 2550 - 682X DOI: 10.23857/casedelpo.2018.3.7.jul.519-536
3. Amaya-Hernández A, Alvarez-Rayón G, Ortega-Luyando M, Mancilla-Díaz JM; 2017 Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors; (2017) Revista Mexicana (8) 31-39 En <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425749960004.pdf>
4. Apel R, Bushway S, Brame R, Haviland A, Nagin D,

- Paternoster R. (2007) Unpacking the relationship between adolescent employment and antisocial behavior: A matched samples comparison. *Criminology*. 2007; 45:67-97.
5. Athalat E. (2012) Epidemiología de la obesidad en Chile. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23:117-23.
  6. Bachman, J. G., & Schulenberg, J. (1993). How part-time work intensity relates to drug use, problem behavior, time use, and satisfaction among high school seniors: ¿Are these consequences or merely correlates? *Developmental Psychology*, 29(2), 220-235. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.29.2.220>
  7. Barber BK. (2002) Regulation, connection, and psychological autonomy: Evidence from the *Cross*National Adolescen Project (C-NAP). Paper presented at the WHO-sponsored meeting Regulation as a Concept and Construct for Adolescent Health and Development. WHO Headquarters, Geneva, Switzerland, April 16-18, 2002.
  8. Barling J, Kelloway EK. 1999 Young Workers: Varieties of Experiences. Washington D.C.: American Psychological Association.
  9. Barrett, Anne y Turner, Jay (2006) "Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship", *Addiction*, vol. 101, n°1, pp.109-120.
  10. Batty, Elaine, and Ian Cole (2010), Resilience and the Recession in Six Deprived Communities. Preparing for Worse to Come?, York, Joseph Rowntree Foundation.
  11. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, (2011) The global economic burden of noncommunicable diseases (Working Paper Series). Ginebra, Harvard School of Public Health y Foro Económico Mundial, 2011.
  12. Blum R; Mc Neely C, Nonnemaker J; (2001): Vulnerability; Risk and Protection; The National Academy Press En link <https://www.nap.edu/read/10209/chapter/4>
  13. Blum M, Harris S, Must A, Philips S, Rand W, DawsonHughes B, (2002); Household tobacco smoke exposure is negatively associated with premenopausal bone mass. *Osteoporos Int*. (13) 663-668.
  14. Blum R, Bastos F, Kabini C, Le L; 2012: Adolescent Health in the 21st century: *The Lancet* Vol 379; Issue 9826 p 1567-1568
  15. Briceño L, Pinzón A, (2004); Efectos del trabajo Infantil en la salud del menor trabajador. *Rev de Salud Pública*.6(3): 270-288 en Link [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v6n3/a04v6n3.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v6n3/a04v6n3.pdf)
  16. Bonanno, George A. (2004), "Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events", *American Psychologist*, 59, pp. 20-28. DOI : 10.1037/0003-066X.59.1.20
  17. Busso, Gustavo. 2005. "Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población". VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA), Tandil, Provincia de Buenos Aires. Publicado en link revisado el 08/08/2019 <http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B10/Busso,%20Gustavo.pdf>.
  18. Carballo, José Luis et al. (2004) "Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia", *Psicothema*, vol.16, n°4, pp.674-679.
  19. CDC. 2006 Nutrition for Everyone: Fruits and Vegetables. Atlanta, Georgia: CDC, 2006. Available online at [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/nutrition\\_for\\_everyone/fruits\\_vegetables/index.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/nutrition_for_everyone/fruits_vegetables/index.htm)
  20. CEPAL 2018 Panorama Social de América Latina, en link revisado 8/8/2019 [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf)
  21. CEPAL 2019 Perspectivas económicas de América Latina 2019: desarrollo en transición en link revisado el 8/8/2019 [http://www.oecd.org/dev/americas/Overview\\_SP-Leo-2019.pdf](http://www.oecd.org/dev/americas/Overview_SP-Leo-2019.pdf)
  22. Chia SE, Tay SK. (2001) Occupational risk for male infertility: a case-control Study of infertile and fertile men. *J Occup Environ Med*. 2001; 43(11):946-951.
  23. Claramunt M (2.000); Abuso sexual en mujeres adolescentes; Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo Apartado Postal 3745-1000 San José, Costa Rica. En link <http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/2237/1/Manual%20de%20intervención%20abuso%20sexual.pdf>
  24. Costello E.J. (2008) Preventing child and adolescent mental illness: the size of the task. In *Reducing risks child and adolescent mental disorders*. Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press, Washington DC. 2008
  25. EANNA 2012 Encuesta Nacional Sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes, Ministerio de Desarrollo Social en link [http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/enc\\_eanna.php](http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/enc_eanna.php)
  26. Encuesta Nacional de Polivictimización 2017 Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior en Link <http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2018/02/PPT-Primera-Encuesta-de-Polivictimizacion.pdf>
  27. ENVAE 2014- Encuesta Nacional de violencia en el ámbito escolar Ministerio del Interior en link <https://pazeduca.cl/wp-content/uploads/2017/01/ENVAE-2014-Encuesta-Nacional-de-violencia-en-el-ambito-escolar-Ministerio-del-Interior.pdf>
  28. Euling S, Kimmel CA. (2001) Developmental stage sensitivity and mode of action information for endocrine disrupting chemicals. *Sci. Total Environ*. 2001;274 (1-3):103-113.
  29. FLASOG 2011 Gómez PI; Molina R; Zamberlin N; Távora L (2011) Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG 2011.
  30. Fonseca C, Zulma Yanira, Patiño B, Gonzalo Alberto, & Herrán F, Oscar Fernando. (2013). Malnutrición y seguridad alimentaria: un estudio multinivel. *Revista chilena de nutrición*, 40(3), 206-215. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000300001>
  31. Grandjean P, Landrigan P (2014); Neurobehavioural effects of developmental toxicity; *The Lancet Neurology*, Volume 13, Issue 3, 2014, Pages 330-338, ISSN 1474-4422, en Link [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70278-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70278-3).
  32. Haas, J; Murdoch, S; Rivera, J; Martorell, R.(1996) Early Nutrition and later physical work capacity; *Nutrition Reviews*; Oxford tomo 54, n.º 2, : s41.
  33. Hogar de Cristo (2017). Del dicho al derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.
  34. INE 2017 Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992.20150 según Censo 2017 en link en link revisada 8/8/2019 <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/>

- metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf).
35. Janin Beatriz 2014, Niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad en link [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2525/Ninos\\_Janin.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2525/Ninos_Janin.pdf?sequence=1)
  36. Jones-Smith J, Gordon-Larsen P, Siddiqi A, Popkin B. (2012) Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe? Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991-2008). *Int J Obes.* 2012;36:1114-20.
  37. JUNAEB 2017 Mapa Nutricional de Junaeb en link <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Informe-Mapa-Nutricional-2017-FINAL.pdf>
  38. Klein, N. C., Alexander, J. F. and Parsons, B. V. 1977. Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 469-474.
  39. Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 457-465.
  40. Landrigan PJ, Kimmel CA, Correa A, Eskenazi B. (2004) Children's health and the environment: public health issues and challenges for risk assessment. *Environ Health Perspect.* 2004;112(2):257-265.
  41. Lister R (2004) Poverty and Social Justice: recognition and respect; The Bevan Foundation ISBN 1-904767-11-7 en link [www.bevanfoundation.org/wp-content/uploads/2011/12/Ruth-Lister-2004.pdf](http://www.bevanfoundation.org/wp-content/uploads/2011/12/Ruth-Lister-2004.pdf)
  42. Maldonado L; Prieto J; Lan Lay S; (2016) Las dinámicas de la pobreza en Chile durante el período 2006-2009; Centro de Políticas Públicas UC Año 11/Nº 87/ Junio 2016 ISSN 0718-9745
  43. Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
  44. Ministerio Público 2017 Boletín Anual Enero Diciembre 2017 en link <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
  45. Ministerio Público 2018 Boletín Anual 2018 en link <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
  46. MINSAL 2013 situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género; en link <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
  47. Molina M., Ferrada C., Pérez R. (2004) Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. Méd. Chile* 2004; 132: 65-70.
  48. Mortimer, J. T., Harley, C., & Staff, J. (2002). The quality of work and youth mental health. *Work and Occupations*, 29(2), 166-197. <https://doi.org/10.1177/0730888402029002003>
  49. Naciones Unidas y el Trabajo Infantil en América Latina y el Caribe 2013 Prioridades para un compromiso común. Grupo Interagencial sobre Trabajo Infantil. Lima: Organización Internacional del Trabajo, 2013. en link <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/GITI-espano.pdf>
  50. National Research Council 1998. Protecting Youth at Work: Health, Safety, and Development of Working Children and Adolescents in the United States. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/6019>. Accedido el 20/03/2019 en link <https://www.nap.edu/download/6019#>
  51. Organización Panamericana de la Salud 2018; La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Washington, D.C.: OPS; 2018.
  52. Resnick M., PhD; Bearman P., Blum R., Bauman K., Harris K., Jones J., Tabor J., Beuhring T., Sieving R., Shew M., Ireland M., Bearinger L., Udry R., (1997); Protecting Adolescents From Harm Findings From the National Longitudinal Study on Adolescent Health; *JAMA* September 10; 1997: Volumen 278 N° 10 Link [http://www.mdft.org/mdft/media/files/Resnick-et-al-\(1997\)-Protecting-adolescents-from-harm-National-longitudinal-study-on-adolescent-health-JAMA.pdf](http://www.mdft.org/mdft/media/files/Resnick-et-al-(1997)-Protecting-adolescents-from-harm-National-longitudinal-study-on-adolescent-health-JAMA.pdf)
  53. Rice D, Barone S Jr. (2000) Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: evidence from humans and animal models. *Environ Health Perspect.* 2000;108 Suppl 3:511-533.
  54. Rocheleau, G. and Raymond R. Swisher. (2012). "Adolescent Work and Alcohol Use Revisited: Variations by Family Structure." *Journal of Research on Adolescence* 22: 694-703.
  55. Romieu I, Samet JM, Smith KR, Bruce N (2002). Outdoor air pollution and acute respiratory infections among children in developing countries. *J. Occup. Environ. Med.* 2002; 44(7):640-649.
  56. Saewyc, E.M. (2011) "Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma and resilience" en *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 256 - 272.
  57. Safron, D., Schulenberg, J., & Bachman, J. (2001). Part-Time Work and Hurried Adolescence: The Links among Work Intensity, Social Activities, Health Behaviors, and Substance Use. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(4), 425-449. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3090188>
  58. Salam MT, Li Y, Langholz B, Gilliland FD. (2004) Early-Life Environmental Risk Factors for Asthma: Findings from the Children's Health Study. *Environ Health Perspect.* 2004; 112:760-765.
  59. Schechter CB. (1999) Brain and other central nervous system cancers: recent trends in incidence and mortality. *J. Natl. Cancer Inst.* 1999; 91 (23):2050-2051.
  60. SENAME 2016 Anuario Público en link <http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2017/01/Anuario-Estadistico-2016-vf-29-12-2017.pdf>
  61. SENAME 2017 Cuenta Pública SENAME 2017 en link <http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2018/06/Cuenta-publica-2017-v1.pdf>
  62. Smetana N Campione-Barr, and Metzger A (2006) Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts; *Annual Review of Psychology* 2006 57:1, 255-284
  63. Staff, J., & Uggen, C. (2003). The Fruits of Good Work: Early Work Experiences and Adolescent Deviance. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40(3), 263-290. <https://doi.org/10.1177/0022427803253799>
  64. Staff, J., Osgood, D. W., Schulenberg, J. E., Bachman, J. G., & Messersmith, E. E. (2010). Explaining the relationship between employment and juvenile delinquency. *Criminology*, 48(4), 1101-1131.
  65. Steinberg I, Sheffield a; (2001) Adolescent development *Annu. Rev. Psychol.* 2001. 52:83-110

66. Taras, H.(2006) Nutrition and student performance at school. *Journal of School Health* 75 (6): 199-213, 2006.
67. UNICEF 2012 4to Estudio Maltrato Infantil UNICEF 2012 en link <https://unicef.cl/web/cuarto-estudio-de-maltrato-infantil/>
68. UNICEF 2014 Child Labour and UNICEF in Action: Children at the Centre, United Nations Children's Fund (UNICEF) May 2014 en link [https://www.unicef.org/protection/files/Child\\_Labour\\_and\\_UNICEF\\_in\\_Action.pdf](https://www.unicef.org/protection/files/Child_Labour_and_UNICEF_in_Action.pdf)
69. UNICEF 2016 Ending Extreme Poverty: A Focus on Children; UNICEF and the World Bank Group. En Link 08/08/2019 [https://www.unicef.org/publications/files/Ending\\_Extreme\\_Poverty\\_A\\_Focus\\_on\\_Children\\_Oct\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Ending_Extreme_Poverty_A_Focus_on_Children_Oct_2016.pdf)
70. UNICEF 2018 Niños, Niñas y Adolescentes en Chile 2018 en Link <https://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2018/03/cifras-unicefv2.pdf>
71. WHO (1998); Information Series on School Health – Healthy Nutrition: An Essential Element of a Health-Promoting School. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
72. WHO, UNESCO, (1999) Education International. WHO Information Series on School Health – Violence Prevention: An Important Element of a Health-Promoting Schools. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.
73. WHO (2001)The World Health Report – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: WHO, 2001 en link [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)
74. WHO (2002) Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents. Geneva, Switzerland, 2002. Available on-line at: [http://www.who.int/child-adolescenthealth/New\\_Publications/ADH/WHO\\_FCH\\_CAH\\_01\\_20.pdf](http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/WHO_FCH_CAH_01_20.pdf)
75. WHO (2004)Regional Office for Europe. Young people's health in context Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, Denmark, 2004. En link <http://www.hbsc.org/publications/reports.html>
76. WHO (2014) Adolescent pregnancy: Facts shee WHO 2014 en link: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/WHO\\_RHR\\_14.08\\_eng.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/WHO_RHR_14.08_eng.pdf)



# Salas y experiencias sobre lactancia en Hospitales y Clínicas de Chile

Rooms and experiences on breastfeeding in Hospitals and Clinics of Chile

Francisca Crispi<sup>1</sup>  
Valentina Pantoja<sup>2</sup>  
Florencia Venegas<sup>3</sup>  
Francisca Morales<sup>4</sup>

## RESUMEN

---

La lactancia materna es esencial en el desarrollo de niños y niñas, por lo que debe ser un recurso protegido por la sociedad. El Código del Trabajo obliga a los empleadores a otorgar facilidades a la trabajadora para la extracción y almacenamiento de su leche. El objetivo de este estudio fue identificar la existencia de salas de lactancia en Hospitales y Clínicas de Chile, y describir la experiencia de las médicas en cuanto a la lactancia en este ambiente laboral. Durante los meses de Abril y Mayo 2019 se realizó una encuesta online a nivel nacional a médicas. Se recibieron 300 respuestas, conteniendo información sobre 82 hospitales y 20 clínicas. Solo un 39% de los centros registrados fue informado como poseedor de sala de lactancia (34 Hospitales y 6 Clínicas), y de éstas menos del 50% están habilitadas para funcionarias. Con respecto a las experiencias de lactancia, de las médicas que refieren una valoración a la experiencia de lactancia, un 62% refiere una valoración negativa a la experiencia de lactancia en el establecimiento. Algunos efectos de estas condiciones son la suspensión de la lactancia, estrés, desánimo e incluso renuncia al empleo. En función de promover la lactancia materna y proteger los derechos laborales de las trabajadoras, es fundamental avanzar a que los centros de salud cuenten con salas de lactancia habilitadas para funcionarias.

**Palabras clave:** Sala de lactancia, derechos laborales, maternidad.

## INTRODUCCIÓN

---

La lactancia materna es un componente fundamental para la salud y el bienestar de niñas y niños [Juez 2010, OMS 2003]. La Organización Mundial de la Salud fomenta la lactancia exclusiva por los primeros 6 meses de vida y a posterior la lactancia complementada con alimentación hasta los 2 años o más [OMS 2003]. Para que todas las madres logren cumplir esta indicación, es necesario que existan condiciones sociales y laborales que permitan compatibilizar la lactancia con la actividad de las madres trabajadoras [OMS 2003, 2019].

Las normativas a nivel nacional han avanzado en cuanto a respetar el derecho a la lactancia materna. Actualmente, el artículo 206 del Código del Trabajo, indica que se le debe otorgar a las trabajadoras al menos 1 hora al día para alimentación de hijos e hijas menores de 2 años, y además impone la obligación a empleadores de otorgar facilidades a la trabajadora para la extracción y almacenamiento de su leche haciéndolos, por lo tanto, responsables de contar con espacios seguros que permitan el derecho a mantener la lactancia materna de sus trabajadoras [Jordan 2019]. Estos espacios se les conoce comúnmente como salas de lactancia.

La “Guía de Implementación de Salas de Lactancia a Nivel Local”, elaborada por el Ministerio de Salud en el

---

Recibido el 01 de agosto de 2019 . Aceptado el 29 de noviembre de 2019

1 Departamento de Género y Salud. Colegio Médico de Chile A.G. Profesora Asistente Programa de políticas, sistemas y gestión. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Correspondencia a: franciscacrispi@gmail.com

2 Departamento de Género y Salud. Colegio Médico de Chile A.G.. EDF Consultorio Alejandro Del Río

3 Departamento de Género y Salud. Colegio Médico de Chile A.G. Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile.

4 Asociación Doctora mamá. Medica internista Hospital Barros Luco.

Departamento de Género y Salud COLMED Chile - Asociación Doctora Mamá.

2017, determina que una sala de lactancia (*o lactario*) debe ser un lugar privado y exclusivo para proteger la tranquilidad e intimidad de las madres durante los procesos de extracción y almacenamiento de leche. La sala debe estar disponible en todo momento durante el horario de funcionamiento de la institución, y disponer de utensilios de aseo del uso exclusivo de cada madre. Así mismo, debe contar con material educativo, y los insumos detallados en la guía. La sala debe ser aseada al menos una vez al día y el refrigerador lavado y desinfectado una vez por semana. Tanto el techo, como las murallas, el suelo y las superficies del amoblado, deben ser de material lavable. Este espacio debe poder ser utilizado por todas las mujeres gestantes y en lactancia independiente de la situación contractual y tipo de labor que realiza en la institución [Minsal, 2017].

Es nuestra responsabilidad, como gremio de trabajadores del área de la salud, fomentar medidas que promuevan esta práctica. Es por ello que el Departamento de Género y Salud del Colegio Médico de Chile A.G en conjunto con la Asociación Doctora Mamá desarrollaron un “Catastro de Salas de Lactancia en Hospitales y Clínicas de Chile”. El objetivo de este catastro fue determinar la existencia y características de lugares habilitados para la lactancia en Hospitales y Clínicas de Chile. Los resultados pretenden ser un insumo para determinar la brecha que existe en la materia y coordinar un trabajo conjunto que permita que se respeten los derechos maternos de las trabajadoras de la salud en Chile.

## MÉTODOS

El estudio tiene metodología mixta, con un análisis cuantitativo del número de salas de lactancia y sus características y un análisis cualitativo de las experiencias de lactancia en el trabajo de las encuestadas. El instrumento utilizado consistió en una encuesta en línea. La encuesta fue elaborada por un equipo conjunto del Departamento de Género del Colegio Médico de Chile y coordinadoras de la Asociación Doctora Mamá. Luego, el instrumento fue sometido a revisión por 2 expertas en lactancia materna.

La población del estudio consiste en trabajadoras de Hospitales y Clínicas de Chile. La encuesta consistió de 8 preguntas, combinando respuestas de alternativas con texto libre. Esta estuvo abierta a respuestas entre el 17 de Abril y el 30 de Mayo de 2019 de forma online a través de la plataforma *Survey Monkey*. La difusión de la encuesta fue a través del grupo “Asociación Doctora Mamá” de Facebook y redes sociales del Colegio Médico

(Twitter y Facebook).

El análisis de la encuesta fue de tipo descriptivo en el caso de las preguntas de alternativa. Con respecto a la pregunta sobre experiencias previas, se realizó análisis de contenido en base a categorías. Además, se incluye como anexo relatos que son considerados ilustrativos de la experiencia de lactancia en los establecimientos de salud para sus trabajadoras.

Frente a la posibilidad que exista discordancia entre las respuestas (por ejemplo, para un mismo Hospital hay respuestas negativas y positivas sobre la existencia de lactario), se asume el mejor escenario (en el caso anterior, que existe lactario). Esto basado en la posibilidad que el lactario se haya creado posteriormente a que la persona que respondió negativamente hiciera uso del mismo o desconocimiento.

## RESULTADOS

### 1. Caracterización de las respuestas

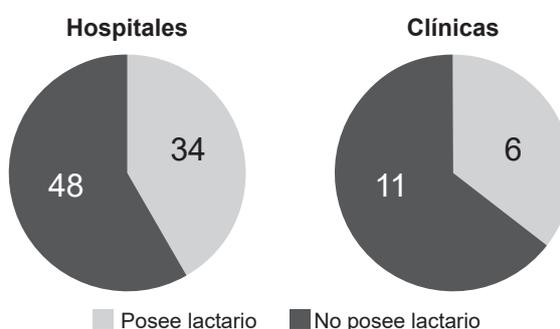
Se obtuvieron un total de 300 respuestas con información sobre 102 hospitales y clínicas (82 hospitales, 20 clínicas). Trece personas no identificaron ningún establecimiento en sus respuestas, y 2 personas respondieron repetidamente, lo que no fue considerado en el análisis. Treinta y seis personas respondieron sobre otro tipo de establecimiento de salud (no hospital ni clínica), predominando en estas respuestas los CESFAM (24). Trece personas respondieron haciendo referencia a 2 establecimientos y 3 a 3 establecimientos.

Se recibieron un promedio de 2,5 respuestas por establecimiento (Min 1 - Max 10, DE: 2).

### 2. Número de lactarios por tipo de establecimiento, horarios e infraestructura.

Un 39% (40) de los establecimientos registrados fue informado por las encuestadas como poseedor de lactario o sala de lactancia. Al analizar por tipo de establecimiento, esto corresponde a un 41% de los Hospitales y un 30% de las Clínicas (Gráfico 1). Solo 3 personas refirieron desconocer la existencia de lactarios, refiriéndose la totalidad a Clínicas.

**Gráfico 1. Lactarios en Hospitales y Clínicas**



**Tabla 1. ¿Para quién está habilitado el lactario?**

Grupo	Hospitales		Clínicas	
	Número	% del total de lactarios	Número	% del total de lactarios
Pacientes	33	97%	5	83%
Funcionarias	17	50%	2	33%

**Tabla 2. Implementos de los lactarios**

Grupo	Hospitales		Clínicas	
	Número	% del total de lactarios	Número	% del total de lactarios
Lavamanos	31	91%	5	83%
Refrigerador de uso exclusivo	28	82%	2	33%
Extractor eléctrico	25	74%	4	67%

Con respecto a la habilitación de lactarios para pacientes y funcionarias, un 97% (33) y un 83% (5) de las encuestadas que refieren que existe lactario en su Hospital y Clínicas, respectivamente, reportan que este está habilitado para pacientes. Un 50% (17) y un 33% (2) de las encuestadas refieren que estos están habilitados para su uso por parte de funcionarias en Hospitales y Clínicas respectivamente (Tabla 1).

Al analizar el horario para acceder al lactario, del total de los lactarios en Hospitales un 29% funciona las 24 horas del día (10), un 38% funciona durante el día pero de forma discontinua (cierra en las horas de almuerzo u otros horarios - 13) y un 53% tiene horario diurno continuado. En las clínicas, un 33% tiene horario 24 horas (2), y 1 cuenta con horario laboral diurno continuado.

Sobre los implementos de estos lactarios, en los lactarios de Hospitales un 91% (31) cuenta con lavamanos, un 82% (28) con refrigerador de uso exclusivo para leche extraído y un 74% (25) con extractor eléctrico. En las clínicas, los números son 83%, 33% y 67% respectivamente (Tabla 2).

En un 23% de los centros las encuestadas refieren que existe Comité de Lactancia y proporcionan el contacto.

### 3. Síntesis de experiencias - análisis de contenido

La pregunta “¿Cómo fue tu experiencia de lactancia en el Hospital/Clínica? ¿Cuéntanos más!” fue analizada en torno a categorías predeterminadas, abiertas a nuevas categorías en base al análisis de las respuestas. Esta pregunta fue respondida por un 69% de las encuestadas. A continuación se presenta una síntesis de las respuestas. También, en el Anexo 1, se presenta una selección de respuestas

textuales consideradas de alta relevancia para la temática.

#### a. Características de la experiencia

Las encuestadas reportan diversas valoraciones de sus experiencias de lactancia en Hospitales y Clínicas. De las 300 encuestadas, 65 refieren en su respuesta una valoración a su experiencia. Entre ellas, 40 encuestadas (62%) refieren una connotación negativa a la experiencia de lactancia (“mala”, “difícil”, “incómodo”, “pésima”, “terrible”, “horrible”, “super mal”, etc.), refiriéndose a diversos motivos para esta valoración negativa. En general, la valoración negativa se debe a falta de un espacio compatible con la lactancia (para extracción o almacenamiento) - recalando la falta de privacidad, higiene, espacio tranquilo o lugar adecuado para la conservación de la leche en múltiples respuestas, respeto a los horarios de extracción (“no comía por sacarme leche”, “tenía que sacarme a la rápida en la residencia”), respeto por parte de los pares (“no hay mucha cultura sobre el tema en esta especialidad [cirugía] y en escasas respuestas (1) por incomodidad del lactario (estaba muy lleno).

Diecisiete encuestadas (26%) manifiestan una valoración positiva de su experiencia (“buena”, “no tuve problemas”, “excelente”, “super buena”, “muy buena”, “agradable”). Los principales motivos para esta valoración son el apoyo, características del lactario (disponibilidad horaria, disposición del personal, tranquilidad, limpieza) contar con tiempo y apoyo de comité de lactancia (1). Ciertas mujeres refieren como positiva su experiencia, pero con ciertos reparos principalmente sobre que el lactario estaba demasiado lleno para utilizarlo.

Ocho encuestadas (12%) refieren una

experiencia “regular” o “relativamente buena”. Una mujer refiere que “me dieron las horas para lactancia, pero no me las pude tomar por carga laboral”. Otra refiere que lograba extraerse en su hogar, pero hubo ocasiones en que tuvo que usar el baño. Otra encuestada refiere que, a pesar de que respetaron su hora de alimentación, no existía un lugar adecuado para la extracción ni para la conservación de la leche. Otra encuestada refiere que para ella no fue molesta extraerse leche en el box.

#### **b. Espacio físico para la lactancia**

Con respecto a los lugares físicos que las mujeres debían utilizar para la extracción en los centros donde no existe sala de lactancia, destaca el baño (36), residencia (18), box médico (9) o vestidor (4) en la mayoría de los relatos. Dos encuestadas se refieren a la sala cuna, dos a oficinas, una a la sala de reuniones y otra a sala de computadores de becados. En muchos relatos se caracteriza al baño como incómodo, poco espacioso o poco higiénico. Con respecto a la residencia, ciertas respuestas refieren que deben llegar un acuerdo con sus colegas para utilizar exclusivamente la residencia. También destaca que, dado la heterogeneidad de la jornada médica para algunas mujeres, en las cuales se combina turnos con policlínico o pabellón, en ciertas circunstancias había un espacio disponible pero en otras no (“En el policlínico me las arreglaba para extraer la leche, pero los días de pabellón no tenía ninguna comodidad para realizarlo”; “El día de turno podía usar la residencia médica, los otros días no tenía donde”).

En cuanto a la conservación de la leche materna, las mujeres refieren que deben usar refrigeradores de uso común, trasladar una lonchera con refrigerantes durante todo el día o en casos incluso que debían botar la leche por no tener lugar para su conservación.

#### **c. Respeto a los horarios de extracción**

La mayoría de las respuestas que aluden a la hora de lactancia (con excepción de 12) refieren que el horario de extracción no era respetado, ya sea total (“se me negó la hora de alimentación ya que mi hija no asistía a sala cuna del hospital”; “nunca tenía permiso oficial para parar mis actividades”) o parcialmente. Esta situación en muchas respuestas se asocia a situaciones de estrés y dificultad en la extracción. Algunas encuestadas refieren usar su hora de almuerzo para la extracción (“Yo me saco leche en el baño en horario de colación”, “mis días de turnos no comía por

sacarme leche”). También se menciona un caso por parte de una becada - quien refiere que para ella no existe horario protegido para la extracción de leche (“sin horario protegido para extracción de leche”). Algunas respuestas mencionan problema en el respeto con a la hora de traslado (2). En un par de relatos, refieren que en turnos de 24 horas solo era considerada 1 hora de lactancia.

Con respecto al respeto de las jefaturas a la hora de lactancia, múltiples respuestas refieren que a pesar de que las jefaturas aprobaron la hora de lactancia, no pudieron utilizarla debido a la excesiva carga laboral (“me dieron las horas para lactancia pero no me las pude tomar por carga laboral”). Otras mencionan explícitamente poco apoyo de las jefaturas, o directo desconocimiento por la práctica dentro del box (“me extraía leche en mi box de atención, pero no sé si mi jefatura directa estaba en conocimiento.”).

#### **d. Características de la sala de lactancia**

Se recibieron 23 respuestas haciendo alusión a la sala de lactancia. La mayoría reporta una buena experiencia utilizando la misma, mencionando características positivas en torno a la limpieza, posibilidad de utilizar extractores, tranquilidad, acceso y amabilidad del personal. Los principales reparos son con respecto a los horarios de uso (“pero horarios estrictos solo 2 veces al día 2 horas creo por cada vez”, “en turno lactario cerrado”, “Pocas horas de apertura porque no tienen personal para ello.”). Una respuesta refiere positivamente que podía hacer uso de la sala de lactancia a todo horario (“te pasan la llave y puedes ir al lactario en modo autoservicio”). Cinco respuestas aluden a la falta de capacidad suficiente para las madres y tres con respecto a falta de implementos (refrigerador o copas para el extractor). Una respuesta refiere como característica negativa que el lactario no tenía refrigerador y otra que el acceso era difícil ya que quedaba alejado del Hospital.

Dos respuestas aluden a que no han podido implementar la sala de lactancia debido a falta de recursos económicos o físicos y otra que, a pesar de tener sala de lactancia en el establecimiento, este era utilizado como bodega porque “por una a dos mamás no iban a mantener una sala vacía todo el día”. Por otro lado, una respuesta refiere que localmente lograron implementar una sala de lactancia en el establecimiento y otra que, a pesar de que cuando ella necesitó extracción no existía sala de lactancia, hoy tienen uno disponible en el establecimiento.

### e. Disposición a la lactancia

Múltiples respuestas mencionan falta reconocimiento a la importancia de la lactancia o cultura pro lactancia en las instituciones. Dos médicas refieren apoyo de sus colegas o jefaturas, otra que sus compañeros no ponían problema, otra refiere burlas y otra presión para extraerse leche rápidamente (ya que tenía que utilizar la residencia). Con respecto a jefaturas, se reporta escasa fiscalización al cumplimiento de la hora de lactancia, o abierto desconocimiento (“Ni siquiera se me indicó que había horario de alimentación en menor de 2 años, si no es por una técnico no me entero del beneficio”). Una respuesta refiere que inicialmente no fue respetado su tiempo de lactancia, pero al recurrir a Contraloría se logró “jurisprudencia que facilitó la lactancia posterior de los funcionarios”. Otra respuesta menciona que las funcionarias en general no solicitan el espacio para la lactancia.

### f. Efectos

Con respecto a las consecuencias reportadas por las mujeres secundarias a no tener espacio para la lactancia, estas van desde molestias físicas, detención en la producción de leche (“se terminó la lactancia al mes de entrar a trabajar”) y efectos en la salud mental (desánimo, estrés). Múltiples médicas refieren que optaron por detener la lactancia materna por no existir condiciones para la extracción (“Deje la lactancia porque los baños son un asco, con hongos, no tengo donde lavar la cosas, todo muy insalubre”), y una respuesta refiere que decide renunciar al Hospital por incompatibilidad en las condiciones laborales.

### g. Otros

25 respuestas refieren que no han tenido la experiencia de lactancia en el Hospital o Clínica aún por diversos motivos, y 1 que no comprende la pregunta. Algunas respuestas refieren desconocimiento con respecto a la existencia de lactarios.

### h. Atención Primaria

Algunas médicas responden con respecto a su experiencia en Atención Primaria o en la Universidad. Casi todas refieren que no existe salas de lactancia en sus establecimientos.

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta encuesta exploratoria develan una serie de falencias en las condiciones laborales para que las médicas y otras funcionarias del área de la salud puedan mantener la

lactancia materna al reincorporarse al trabajo tanto en Hospitales como en Clínicas.

En primer lugar, se evidencia una brecha en cuanto a espacios adecuados para la lactancia materna de las trabajadoras en los establecimientos de nivel terciario en la red pública y privada. Éstas radican principalmente en la ausencia de lactarios lo que obliga a las médicas a utilizar lugares como baños, residencias o vestidores de uso colectivo para la extracción. Estos lugares no cuentan con la privacidad, tranquilidad e higiene necesaria para esta tarea. Con respecto al almacenamiento de la leche, las médicas se ven obligadas a utilizar refrigeradores comunes o loncheras que deben cargar durante el día, pero lamentablemente, estas soluciones pueden comprometer la temperatura necesaria para la conservación de la leche.

Con respecto a otros estudios en la materia, a nivel internacional un estudio realizado el 2010 en Estados Unidos de Norteamérica, da cuenta de la disminución progresiva de la lactancia en mujeres trabajadoras por diversos factores. El 73,9% de las madres de hijos e hijas nacidos el 2006 en Estados Unidos comenzaron lactancia materna, sin embargo, solo un 13,6% continuó esta práctica posterior a los 6 meses [Murtagh 2011]. En el Reino Unido el panorama es similar, de acuerdo con las cifras de *UK Infant Feeding Survey*, organización que desde 1975 tiene la tarea de estimar la incidencia, prevalencia y duración de las prácticas de lactancia en las mujeres de dicho país. La encuesta del 2005 reporta que en las mujeres que estaban trabajando con un infante de 4 meses la prevalencia de lactancia era de un 25,1%, muy por debajo del 34,0% entre las mujeres con hijos de la misma edad que no estaban trabajando [Murtagh 2011]. Es más, este fenómeno comienza incluso previo a la reintegración de la mujer, un estudio de la Universidad de Wisconsin-Madison determinó un aumento de 1,34 de probabilidades de abandonar la lactancia en mujeres que tienen planeado retornar a un trabajo tiempo completo en comparación con aquellas que no tienen planes de esto [Kimbro 2006]. Por otra parte, se determina que condiciones de empleo favorables hacia la lactancia materna, es más probable que se extienda la duración al menos a un año [Murtagh 2011]. Esto, porque se sabe que son varios los factores que inciden en la disminución de lactancia pero se reconoce que el periodo de vuelta a las actividades laborales es uno de los más críticos en este aspecto. En Estados Unidos de Norteamérica, el baño del lugar de trabajo también es un sitio común de extracción de leche, esto se condice con la encuesta presentada en este estudio,

donde también es un lugar de extracción de leche común por la cual muchas médicas refieren efectos en su salud mental, molestias físicas y detención en la producción de leche. Esto va en desmedro tanto de las trabajadoras, como de los niños y niñas asociadas a las instituciones de salud.

Con respecto a la literatura gris, el periódico estadounidense *The Washington Post's* en el 2017 lanzó un artículo recopilando experiencias de 200 mujeres de distintas áreas laborales evidenciando respuestas similares a esta encuesta. Ahí, las mujeres refieren malas experiencias, falta de tiempo, lugares inadecuados y comentarios por parte de colegas y jefes haciendo que las mujeres disminuyeran o suspendieran esta práctica [Joyce 2017].

Para comprobar el impacto de la influencia de las políticas dirigidas a fomentar en esta práctica es que se han realizado distintas intervenciones en compañías estadounidenses para estimar el efecto de tener un trabajo con facilidades para la lactancia y extracción de leche. El año 2004 se realizó una encuesta retrospectiva a 462 funcionarias perteneciente a 5 empresas que habían aplicado programas de patrocinio por la lactancia. Los resultados evidencian que el 97.5% de las participantes mantuvo lactancia materna desde sus inicios, y un 57.8% luego de los 6 meses de lo/as infantes. De las 435 mujeres (94.2%) que retornaron al trabajo después del parto, el 78.9% mantuvo la extracción de leche durante las jornadas laborales a tiempo completo, y un 98% logró exitosamente mantener esta práctica. Más impresionante aún es que la edad media de los y las infantes cuando las madres abandonaron la extracción de leche fue de 9.1 meses (DE = 4.1, con rango de 1.9 a 25 meses) [Ortiz 2004]. Estas cifras están muy por sobre los porcentajes nacionales y sugieren un fuerte vínculo entre el fomento de la lactancia a nivel institucional y la mantención de esta por más tiempo.

Como Departamento de Género y Salud, creemos que el Sistema de Salud debe ser el primero en dar el ejemplo con respecto a la equidad de género y salud. Este compromiso implica que se deben asegurar las condiciones para poder compatibilizar lactancia y maternidad con el trabajo de las mujeres. En primer lugar, todos los Hospitales y Clínicas de Chile deben contar con salas de lactancia disponibles para las funcionarias en horario continuado - ya que en estos establecimientos se practica sistema de turnos nocturnos. Igualmente importante, es un compromiso institucional con el respeto a la hora de lactancia que es irrenunciable por parte de la trabajadora. También, es necesario un cambio cultural, para que los equipos de salud

y las trabajadoras comprendan la importancia de la lactancia materna y respeten el derecho de sus colegas, subordinados o incluso el derecho personal.

Con respecto a las limitaciones del estudio, este debe entenderse como un catastro inicial exploratorio sobre salas de lactancia para la profesión médica en Hospitales y Clínicas a nivel nacional. Las características de la muestra no permiten asumir que los datos obtenidos son extrapolables a la realidad nacional. Dentro de sus principales limitaciones se encuentra que fue una encuesta abierta a médicas trabajadoras de Hospitales y Clínicas, que no rescata información oficial por parte de los empleadores. Así, hay posibilidad de que la institución cuente con un lactario, pero que la trabajadora no esté informada al respecto, o que el lactario se haya habilitado posteriormente. Por el tipo de muestreo, es posible que esta no sea representativa de la realidad país. Además, las respuestas presentaron un alto grado de discrepancia para un mismo centro (en 39 centros existían respuestas discrepantes). Sin embargo, frente a escenarios de respuestas distintas para un centro, se asume siempre el mejor escenario. Con respecto a la pregunta abierta, su análisis pretende explorar las experiencias de lactancia de las médicas para guiar acciones y estudios posteriores. Por la característica de la pregunta, los resultados no son extrapolables a la realidad nacional.

El derecho a mantener la lactancia materna sólo puede ser garantizado por las condiciones ya mencionadas que cada institución debe asegurar. El respeto a estos derechos es fundamental para el avance hacia la igualdad de género en el espacio laboral de las funcionarias de la salud. Son múltiples las prácticas y dinámicas en este rubro, que no permiten igualdad de oportunidades a las mujeres que deciden maternar, quienes aún deben elegir entre el desarrollo óptimo de su carrera o de su maternidad. Con estos primeros avances será posible dar espacio al cuestionamiento para posicionar estas necesidades de cambio como tema contingente. A futuro, esperamos poder tener información institucional para todos los Hospitales y Clínicas de Chile, así como también poder expandir este catastro a la Atención Primaria de Salud y así poder construir los espacios laborales que permitan la realización profesional de todos sus participantes sin discriminaciones en razón del género ni perjuicio de la vida personal.

## REFERENCIAS

1. Jordan C et al. Dirección del trabajo. Código del trabajo [Internet]\* 2019. [Acceso 04 Agosto 2019]; Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1626/>

- articles-95516\_recurso\_2.pdf
2. Joyce A. Workplaces must give moms space to pump breast milk. Women share what it's really like. The Washington post [Internet]\* 2017. [Acceso 02 Agosto 2019]; Disponible en: [https://www.washingtonpost.com/graphics/2017/lifestyle/on-parenting/mothers-experiences-pumping-at-work/?noredirect=on&utm\\_term=.5363cf436145](https://www.washingtonpost.com/graphics/2017/lifestyle/on-parenting/mothers-experiences-pumping-at-work/?noredirect=on&utm_term=.5363cf436145)
  3. Juez G et al. Manual de Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la Salud. Ministerio de Salud [Internet]\* 2010 2ª ed. [Acceso 7 de Agosto de 2019]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/manual_lactancia_materna.pdf)
  4. Kimbro RT. On-the-job moms: work and breastfeeding initiation and duration for a sample of low-income women. *Matern Child Health J.* [Internet]\* 2006; 10(1):19–26.
  5. Minsal, Ministerio de Salud. Guía de Implementación de Salas de Lactancia a Nivel Local. Gobierno de Chile. 2017.
  6. Murtagh L, Moulton AD. Working mothers, breastfeeding, and the law. *Am J Public Health.* [Internet]\* 2011. [Acceso 03 Agosto 2019]; 101:217–223. doi: 10.2105/AJPH.2009.185280.
  7. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. [Internet]\* 2003. [Acceso 08 Agosto 2019]; Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>
  8. OMS. Advocacy brief Breastfeeding and family friendly policies [Internet] 2019. [Acceso 02 Agosto 2019]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326099/WHO-NMH-NHD-19.23-eng.pdf?ua=1>
  9. Ortiz, J, McGilligan K. y P. Kelly. “Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program”, *Pediatric Nursing.* [Internet]\* 2004; vol. 30(2), 111-119.
- Incluso alguna vez lo hice con el resto por no haber más espacio. “
  - “En el hospital me sacaba leche en la residencia y en la clínica le pedía la oficina a mi jefe”
  - “Tenía que extraer la leche en un baño. Llevaba los utensilios esterilizados en una bolsa ziploc.
  - “Trataba de dejar un área limpia y un área sucia. Prefería el baño para poder lavarme las manos. Lo hice así con mis 2 hijos.”
  - “Horrible. Tenía que sacarme leche en los baños de la unidad de emergencia y después botarla porque no tenía donde refrigerarla. Finalmente tuve que suspender la lactancia porque la producción al mes de haber entrado al trabajo era tan baja que mi hija quedaba con hambre.”
  - “Me sacaba leche corriendo entre cirugías en el vestidor de mujeres. Sin sitio especial para lavar el sacaleches, ni refrigerador para congelar, ocupaba el refrigerador del estar médico, dejando mi leche en medio de los almuerzos”
  - “Uso las residencias médicas ... no es lo ideal pero por lo menos cuento con un espacio
  - “Pésima. No hay lugar para extraerse leche, debía hacerlo en la bodega o pedir la oficina de mi jefatura. El servicio contaba con un refrigerador, que era de uso para todo el personal, ahí conservaba la leche”
  - “Me encerraba en el box (que no tenía llave) con un biombo y la silla en la puerta. Siempre podía pasar que alguien entrara pese a todo y era incómodo y estresante. Además era difícil conservar la leche porque el refri disponible era el del casino y estaba bastante lejos de mi box.”
  - “Cómo no había lactario, tenía que correr a la sala cuna a darle pecho a mi hija. Por suerte estaba a dos cuerdas del Hospital, además me tomaba la hora de lactancia al final de mi jornada”
  - “Mala experiencia, Me extraigo en el baño, me debo esconder, no tengo horario para ello y tengo que dejar la leche en el refrigerador con los almuerzos”
  - “Tenía que sacarme escondida en el box o baño y ningún lugar para refrigerarla”
  - “Me saco leche en sala de computadores de becados. Hicieron una “sala de lactancia” que es un cubículo en la sala de espera de Pediatría, pero no cuenta con las medidas básicas para extraerse y almacenar leche (No hay enchufe, sin refrigerador, y sólo 3 sillas unidas donde habrán niños enfermos que van al médico amamantando)”
  - “No alcance, porque partí fórmula al mes. Al terminar el post natal y volver a trabajar, no tenía que sacarme leche. Pero mis amigas se sacan escondidas, o en la residencia médica, con el riesgo que cualquiera entre en ese momento”
  - “Pesima. Turnos de 24 horas a pesar que abarcaban 2 días sólo daban 1 hora d lactancia así que para mi hijo fue demasiado y después de 1 mes me rechazaba la teta con rabia”
  - “Actualmente me extraigo leche en el camarín, a fin de evitar los baños que es donde en general las mamás se extraen. La verdad me parecen condiciones miserables.”
  - “Me extraía leche en el baño de mi unidad, sentada en el WC y haciendo malabares para que no se cayera el extractor, muy incómoda”
  - “Mala, entre a trabajar y mi producción de leche disminuyó mucho. Al poco tiempo se me cortó.”
  - “Me sacaba leche en el baño o en una salita de estar para médicos tapada con un poleron”
  - “Deje la lactancia porque los baños son un asco, con hongos, no tengo donde lavar la cosas, todo muy insalubre”

## ANEXO 1. ALGUNOS RELATOS

- “Sólo podría haber hecho uso de un baño para extraerme leche, lo cual me pareció insalubre y nunca lo usé.”
- “el proceso debía hacerlo encerrada en un baño de otro piso, que contaba con enchufe, y conservar la leche en una lonchera”
- “me encerraba en el baño de la urgencia a sacarme leche... cero privacidad o tranquilidad”
- “Después la congelaba [la leche] en el refrigerador del estar de médicos donde todos dejan su comida”
- “No hay dónde Sacarse leche, guardar el sacaleche o la leche. No se respeta el horario de lactancia a cabalidad, y una anda apurada y estresada todo el tiempo”
- “Era incómodo no tener un espacio privado y no tener donde guardar la leche de manera higiénica, tuve muchos “accidentes” porque al no sacarme tenía dolor y otras molestias”
- “Actualmente en proceso de lactancia, tengo que sacarme leche en mi box, el cual no tiene lavamanos.”
- “Extracción de leche en un baño, es poco higiénico, no hay espacio adecuado”
- “Me tengo que sacar leche en la residencia de urgencia a pesar de no estar de turno y dejarla congelada en el refrigerador de la urgencia porque no se puede dejar abajo (en el refri) porque lo abren muchas veces”
- “me extraía leche algunas veces en la residencia médica teniendo que cerrar con llave para que el resto no entre.



# Aspectos sanitarios, psicopedagógicos, sociales y de derechos en la escolarización<sup>1</sup>

Health, psychopedagogical, social and rights aspects in schooling

Iván Silva<sup>2</sup>

## INTRODUCCIÓN

---

Una primera definición para darle contexto a esta presentación, tiene necesariamente que establecer una definición de la palabra “Escolarización”. La RAE la define como acción de escolarizar, vale decir, proporcionar un puesto escolar a un niño o a un joven para dotarlo de escuela y de todo lo necesario, para que los niños o jóvenes puedan recibir la enseñanza obligatoria. Vale decir, son un conjunto de acciones destinadas a asegurar la inclusión de la población en los diferentes niveles de enseñanza, en especial aquellos que son declarados obligatorios por la ley.

No obstante, de acuerdo a la Observación General N° 1 del Comité de Derechos del Niño, la Educación “es más que una escolarización oficial y engloba un amplio espectro de experiencias vitales y procesos de aprendizaje que permiten al niño, ya sea de manera individual o colectiva, desarrollar su personalidad, dotes y aptitudes y llevarlo a una vida plena y satisfactoria en el seno de la sociedad”. (Comité 2014)

De acuerdo a este pensamiento, es posible establecer una distinción entre escolarización y educación. Siguiendo a Varela (1874), político, filósofo y escritor uruguayo, un hombre apasionado por los temas de enseñanza, expresaba en su época que “para escolarizar es preciso segregar a los menores de los adultos mediante el procedimiento de alojarlos en ciertos lugares, bajo el cuidado de personajes especializados, por un determinado número de horas al día y durante cierta porción del año” (Bralich 2011). Educar en cambio, importa un proceso que busca la construcción de conocimientos, su transmisión, promoviendo en un marco de efectividad y creatividad, valores y prácticas que permitan una formación integral de la niñez y la juventud orientándola hacia valores de solidaridad, respeto a la vida, a los derechos humanos.

La escuela pasa entonces de ser un lugar de “alojamiento durante ciertas horas del día” a un lugar donde se debe fomentar la formación cultural, que deberá tomar en cuenta la gran diversidad de caracteres que traen quienes se incorporan desde los primeros años posibilitando así la adquisición de conocimientos y habilidades además de toda una gama de valores tales como la lucha contra la intolerancia, la discriminación, el respeto, la promoción de valores, la conformación de subjetividades.

Y quién debe enfrentar estas definiciones dadas por el mundo de los adultos es un ser humano que está en pleno proceso de desarrollo, cuyos cerebros no están hechos para responder mecánicamente a los estímulos o sea as ser dirigidos mecánicamente desde afuera sino, desde pequeños, para anticipar planes de acción. Para crear modelos de necesidades futuras. El desarrollo de niños y niñas implica una serie de aprendizajes que serán claves para su formación como adulto. En los primeros años de vida, niños y niñas debe desarrollar su lenguaje para después aprender a leer y escribir. Con el tiempo, pasan a educarse en la escuela y adquieren los conocimientos que la sociedad considera imprescindibles para la formación de las personas. En este proceso educativo, asimilan los valores de su cultura y la concepción vigente de la moral y la ética.

Todo esto en un período de sus vidas en que los cambios son continuos y se espera un largo proceso que va más allá de la etapa en que niños, niñas y adolescentes están en la escuela. En efecto, si consideramos que en los primeros 20 años de vida, ¡sí, 20 años!, se desarrolla todo el proceso de maduración del cerebro,

---

Recibido el 12 de agosto de 2019 . Aceptado el 19 de noviembre de 2019

1 I seminario infancia, salud y escolaridad. Calama, 25 de agosto de 2017

2 Médico Pediatra. Correspondencia a: isilv007@gmail.com. Filial El Loa SOCHIPE

las neurociencias y su aplicación en el mundo escolar toma una relevancia insustituible, ya que el conocimiento y estar al día en neurociencias ha pasado a ser la fuente de elaboración de prácticas efectivas en el aula, en potenciar y sinergizar en una alianza virtuosa, las capacidades creativas de educadores y educandos.

Sinergias y alianzas que se extienden también a los actores encargados de la salud de niños, niñas y adolescentes ya que contando con sus aproximaciones desde la óptica del desarrollo psicomotor o el inicio en los primeros pasos en neurociencias, también debe el pediatra y su equipo incorporar en sus conocimientos aquellas prácticas pedagógicas y la dinámica educativa para poder ir en apoyo del profesor que a su vez lo demanda y requiere.

Esto en síntesis los elementos que intentaremos desarrollar para tratar de conocer aquellos aspectos de salud, psicopedagógicos, sociales y de derechos que están comprendidos cuando ese ser en continuo cambio y desarrollo inicia su caminar por las aulas.

## ETAPAS DE LA ESCOLARIZACIÓN

En Chile, la educación formal y regular está organizada en 4 niveles (Mineduc 2011):

- Parvularia
- Básica
- Media
- Superior

**Parvularia:** Nivel educativo que atiende integralmente a niños y niñas desde su nacimiento hasta su ingreso a la educación básica. Su propósito es favorecer de manera sistemática, oportuna y pertinente el desarrollo integral y los aprendizajes relevantes y significativos en los párvulos. Antiguamente se consideraba que cumplía una función meramente asistencial pero hoy se considera, gracias al avance en neurociencias, que contribuye al desarrollo emocional, físico y social de los más pequeños. Su carácter es no obligatorio, lo cual permite una mayor flexibilidad organizativa para satisfacer las necesidades de todas las familias. Con la LGE entra en operación una reforma constitucional que hasta entonces no se había materializado en una ley: la garantía, por parte del Estado, de acceso gratuito y financiamiento fiscal para el primer y segundo nivel de transición (Pre Kínder y Kínder).

En toda esta etapa se promueve la relación con la familia, potenciando la implicación de esta. Siguiendo a Ignasi Vila (1995), en esta etapa se tiene muy en cuenta la competencia educativa de la familia.

Lo anterior dado que las experiencias y actividades familiares en las que se involucra a los más “bajitos y bajitas”, devienen rápidamente en situaciones significativas y con sentido, y por tanto, rápidamente se sitúan en la base de sus desarrollos. De hecho, los intereses y aprendizajes que suscitan estas primeras experiencias, son las que niños y niñas llevan a la escuela.

**Básica:** Nivel educacional que se orienta hacia la formación integral de los alumnos en sus dimensiones físicas, afectivas, cognitivas, sociales, culturales, morales y espirituales, desarrollando sus capacidades de acuerdo a los conocimientos, habilidades y actitudes definidas en las bases curriculares determinadas en conformidad a la ley. La ley las considera imprescindibles para ayudar a niñas y niños a realizar autónomamente sus aprendizajes y a desarrollarse a nivel personal y social. La educación básica comprenderá de 1° a 6° año.

**Media:** Nivel educacional que atiende a la población escolar que haya finalizado el nivel de Educación Básica y tiene por finalidad procurar que cada alumno expanda y profundice su formación general y desarrolle los conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan ejercer una ciudadanía activa e integral en la sociedad. Ofrece una formación general común y formaciones diferenciales, a saber, humanístico/científica, técnico/profesional y artística. En relación a la edad, comprende el período comprendido entre los 12 y 17 años. La educación media tendrá seis años en vez de cuatro (cuatro de formación general y dos de formación diferenciada), cambio curricular que entró en efecto a contar de 2017..

**Superior:** Es aquella que tiene por objeto la preparación y formación del estudiante en un nivel avanzado en las Ciencias, las Artes, las Humanidades y las Tecnologías y en el campo profesional y técnico

Al apreciar las etapas de la escolarización por las que pasan nuestros niños, niñas y adolescentes podemos a la vez imaginar las implicancias que tienen el abandono temprano de la educación y la formación. Esto puede acarrear diversos costes tanto privados y sociales como fiscales en la sociedad. Los beneficios de la educación son varios y conocidos y van desde la mejora de la situación laboral futura, mayor participación laboral, mejores salarios e ingresos tributarios más elevados hasta la conformación de individuos bien informados para la toma de decisiones que pueden afectar la salud, la esperanza de vida y el bienestar, entre otros aspectos (Belfield 2008).

El diseño de políticas adecuadas para combatir

el abandono temprano suele ser un ejercicio complejo que requiere conocer las diversas interrelaciones causales de múltiples factores y un análisis coste-beneficio. Mientras algunas políticas son más focalizadas (dirigidas a estudiantes en riesgo o más vulnerables), otras pueden afectar al sistema escolar en su conjunto (como el incremento de la edad mínima escolar, el tamaño de la clase, el seguimiento académico y el contenido y estructura del profesorado).

### **ESCOLARIZACIÓN EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES**

Aunque lo más habitual es que niños, niñas y adolescentes acudan a las Escuelas y Liceos tanto públicos como particulares, para aprender y estudiar, existen diferentes circunstancias especiales en las que sus formas de escolarización son distintas. **Dentro de ellas podemos enumerar:**

- Niños, niñas y adolescentes con Enfermedades crónicas
- Niños, Niñas y adolescentes con Necesidades Educativas Especiales (NEE)

### **NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS:-**

La Ley promueve que la educación escolar sea asequible a todos y todas sin distinción de ninguna clase, en condiciones de igualdad de oportunidades, con garantía de regularidad y continuidad. Partiendo de esta idea es lógico pensar que los niños enfermos crónicos también tienen derecho a una educación. Estos NNA ven afectada su escolarización debido a diferentes factores (Alvarez 1998):

- Pérdidas de días de clases por sus controles médicos periódicos u hospitalizaciones
- Retraso en adquisición de conocimientos
- Exclusión de algunas actividades normales escolares, como las actividades deportivas, paseos, entre otras.
- Rechazo o burla por parte de algunos compañeros
- Sensación de aislamiento e inferioridad que dificulta el establecimiento de relaciones interpersonales

Considerando lo anterior, la Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad N° 19.284/94 y el Decreto Supremo N° 374/99, que modifica el Decreto Supremo N° 1/98, hoy reemplazado por la Ley 20.201 del 31 de Julio de 2007, permiten la atención educativa de los niños, niñas y

jóvenes de la enseñanza pre-básica, básica, especial o media que padezcan de patologías o condiciones médicas funcionales que requieran permanecer internos en centros especializados o en el lugar que el médico tratante determine, o que estén en el tratamiento ambulatorio, con el único propósito de favorecer la continuidad de estudios y así evitar su desfase y deserción escolar.

Esto se ha explicitado con la creación del Programa de **Aulas Hospitalarias**, dependencias ubicadas dentro de los hospitales, con el fin de atender a niños hospitalizados. El objetivo general del programa es dar continuidad y apoyo a l programa escolar de estos NNA, facilitando su integración al momento de la reincorporación al establecimiento escolar de origen. Hoy en nuestro país existen más de 40 escuelas y aulas hospitalarias distribuidas entre Copiapó y Castro; la mayoría de ellas pertenecen a entidades privadas orientadas a entregar servicios educativos a menores en edad estudiantil que se encuentran aquejados por alguna enfermedad, entre las que se cuentan la Fundación Carolina Labra Riquelme, La Fundación Nuestros Hijos o COANIQUEM. Solo un bajo número de estas escuelas o aulas está entregado a la administración Municipal.

La Unidad de Educación Especial es la encargada de apoyar y orientar los procesos educativos que se llevan a cabo en estas escuelas y aulas, para lo cual, se mantiene en coordinación permanente con las diversas fundaciones y corporaciones sostenedoras de estos establecimientos y en comunicación periódica con los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la pedagogía hospitalaria.

Desde el segundo semestre del año 2012, el Programa de Aulas Hospitalarias ha sido ampliado con el **Programa de atención educativa domiciliaria**, iniciativa que también se funda en el Derecho a la educación y se orienta hacia los niños, niñas y jóvenes que por problemas de salud no tienen acceso a la educación regular, a la educación especial ni a la educación en aulas hospitalarias. Este colectivo se encuentra gravemente vulnerado en su derecho a la educación y es por este motivo y a partir del apoyo del Ministerio de Educación que la Fundación Carolina Labra Riquelme asumió el desafío de integrar esta modalidad de trabajo.

### **NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NEE**

Aquellos NNA con importantes discapacidades de tipo psíquico, físico o sensorial o con graves problemas de aprendizaje o comportamiento, se escolarizan en establecimientos diferenciados

específicamente que son denominadas **Escuelas de Educación Especial**. La Educación Especial, es una modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles educativos, tanto en los establecimientos de educación regular como en los establecimientos de educación especial, proveyendo un conjunto de servicios, recursos humanos, recursos técnicos, conocimientos especializados y ayudas, con el propósito de asegurar, de acuerdo a la normativa vigente, aprendizajes de calidad a niños, niñas, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales (NEE), de manera que accedan, participen y progresen en el currículum nacional en igualdad de condiciones y oportunidades (Ley General de Educación y Ley 20.422). Así, en la actualidad, cerca de 300.000 estudiantes que presentan NEE reciben subvención de educación especial, con la cual se espera responder a este gran desafío.

## **ASPECTOS SANITARIOS DE LA ESCOLARIZACIÓN**

---

Educar a la niñez en salud en las escuelas debe ser la máxima prioridad en nuestras comunidades, no solamente desde un punto de vista de su importancia para mejorar la salud, sino también desde la perspectiva de fortalecer la educación en la niñez y la juventud. El proceso de Educación debe buscar la construcción más que la transmisión de conocimientos. En la cotidianidad de la vida escolar, familiar y en la comunidad, se deben promover en forma participativa y en un marco de gran efectividad y creatividad, valores y prácticas que favorezcan la salud humana y ambiental.

**Educación para la Salud en el ámbito escolar**, debe contribuir a la formación integral de niñez y adolescencia, orientada en valores de solidaridad, respeto a la vida y los derechos humanos, en un espacio de libertad para que puedan expresarse experiencias y conocimientos propios de niños y jóvenes, con sus propios componentes étnicos y culturales específicos, construyendo así sus personalidades y caracteres, los que necesariamente resultarán con énfasis en el cuidado de su salud personal, familiar, comunitaria y del ambiente.

La deserción, el bajo rendimiento escolar, los brotes de violencia, la sexualidad sin plena madurez y los índices de suicidabilidad, constituyen problemas que se incrementan en forma progresiva en nuestras comunidades y de las que Calama no está ajena. Por esta razón, si pudiésemos desarrollar estrategias, planes y programas de abordaje de los mencionados problemas, basados en la Educación

para la Salud, es lo más probable que estos tendrán una profunda influencia en estado de salud y el rendimiento escolar de niños y jóvenes. Por ello se ha tornado muy recomendable que las instituciones que centran su trabajo con estudiantes, ya sea las propias del ámbito escolar, así como las de Salud y aquellas que forman redes de trabajo y apoyo, implementen programas con un enfoque de Educación para la Salud en el ámbito de las escuelas, los que contribuirán a mejorar la permanencia y el rendimiento escolar, garantizando la formación integral, lo que a su vez contribuirá a mejorar su calidad de vida y la de su comunidad.

Los retos en materia de salud que enfrenta la niñez y la juventud en edad escolar y hacia los cuáles los programas de Educación para la salud debieran dirigirse, son de gran complejidad y envergadura. Su complejidad se debe a que el estado de salud es producto tanto de las condiciones sociales y económicas que vive la niñez, como a los estilos de vida que adopta. Las condiciones de salud y nutrición se relacionan con el fracaso escolar a través del ausentismo y la deserción.

De ahí la importancia que en la escuela, además de los conocimientos académicos, se potencie la **Promoción de Estilos de Vida Saludable**.

De acuerdo a la experiencia en otras latitudes más avanzadas que nosotros en estos aspectos, como hemos conocido en la Guía para la Promoción de la Salud en los Centros educativos de Castilla y León, España, (Sacyl 2006) algunos de los campos prioritarios de actuación en el ámbito de la Educación para la Salud son los siguientes:

- Hábitos higiénicos
- Alimentación
- Actividad física
- Educación afectivo- sexual
- Prevención del consumo de drogas
- Prevención de accidentes
- Del aporte de lo realizado por nuestra Filial El Loa en Calama, agregamos la Capacitación en Técnicas de Reanimación Cardiopulmonar

Los objetivos deberán adaptarse a cada una de las etapas en las que se divide la escolarización. Las etapas infantil, primaria y secundaria debieran tener cada una sus campos de actuación específicos.

## **ASPECTOS PSICOPEDAGÓGICOS EN LA ESCOLARIZACIÓN**

---

Existen algunos conceptos importantes dentro de los aspectos psicopedagógicos que es necesario mencionar:

- Evaluación psicopedagógica

- Dictamen de escolarización
- Equipos de Orientación educativa y psicopedagógica

### **EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA**

Es el proceso de recogida, de análisis y de valoración de la información relevante sobre los distintos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza- aprendizaje, con el fin de identificar las necesidades educativas de determinados alumnos que presenta o que pueden presentar desajustes en su desarrollo personal y/o académico, así como fundamentar y concretar las decisiones respecto a la propuesta curricular y al tipo de ayudas que aquellos pueden precisar para progresar en el desarrollo de las distintas capacidades.

En consecuencia, la evaluación psicopedagógica es necesaria para:

- Determinar si el alumno tiene NEE
- La toma de decisiones relativas a su escolarización
- La propuesta extraordinaria de flexibilización del período de escolarización
- La elaboración de adaptaciones significativas
- La propuesta de diversificaciones del currículo
- La determinación de recursos y apoyos específicos complementarios que los mismos pueden necesitar
- La orientación escolar y profesional una vez terminada la enseñanza obligatoria.

### **DICTAMEN DE ESCOLARIZACIÓN**

Documento oficial que consiste en un informe específico elaborado para el alumnado con NEE. El dictamen de escolarización no representa el diagnóstico clínico, sino que define cuáles son esas NEE que se derivan del diagnóstico clínico establecido por el profesional adecuado. Este documento:

- Certifica que el alumno presenta NEE
- Especifica cuáles son esas NEE
- Dictamina cuáles son los recursos humanos y materiales extraordinarios que necesita
- Propone cual es la modalidad de escolarización más adecuada para el alumno, en función de sus NEE

### **EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA**

La evaluación psicopedagógica y la realización del dictamen de escolarización son competencia, dentro del sistema educativo, de los equipos

de orientación educativa y psicopedagógica. Se trata de equipos formados por profesionales de Psicología, Psicopedagogía, Asistente Social, Pediatra y especialista como Psiquiatra y Neurólogo Infantil, los que debieran definir:

- Identificar y evaluar las NEE, así como hacer una propuesta de escolarización en colaboración con los servicios educativos específicos
- Colaborar y establecer una coordinación con el equipo Infante – juvenil sanitario y de las redes intersectoriales del territorio específico
- Dar soporte a la Escuela en la mejora de la atención a la diversidad y la inclusión
- Asesorar a los equipos docentes, alumnado y familias sobre los aspectos de orientación personal, educativa y profesional el día de mañana
- Asesorar a los profesores y familia en la respuesta educativa al alumnado con NEE
- Promover la capacitación del profesorado

### **ASPECTOS SOCIALES EN LA ESCOLARIZACIÓN**

Siguiendo a Codina (2007), *“la Educación es una construcción continuada de la persona humana, sus saber, sus aptitudes, así como su facultad de juicio y de acción. Tiene que permitir a cada uno poder tomar conciencia de sí mismo, de su entorno y desarrollar su papel social en un futuro mundo laboral y en la ciudadanía”*.

Es así, como entendemos que la escuela no solo facilita conocimientos académicos sino que se trata de una herramienta más con la que cuentan NNA para su desarrollo global y que puede condicionar su lugar en el sistema social. Diversos autores han hablado sobre las funciones sociales de la Escuela:

- Asegurar la continuidad social: Transmisión del patrimonio cultural entre generaciones (Fernández 1997)
- Promoción del cambio social: Preparación de las personas para los retos del futuro
- Adaptación de los individuos al grupo: Inserción del individuo al grupo social (Durkheim 1975)
- Control social: Establecimiento de normas sobre el comportamiento de sus miembros que generan identidad (Cardús,2000)
- Disminución de las diferencias sociales: Principio de igualdad de oportunidades (Fernández1997)

NNA que atendemos en nuestros hospitales y consultorios, a menudo, presentan dificultades graves de integración en el entorno escolar,

ya sea en relación a los aprendizajes como en la función de socialización más global a la que hacíamos referencia anteriormente. Pueden presentar también relaciones sociales complejas entre iguales que condicionarán su desarrollo psicológico y emocional.

Es así como el concepto de integración escolar ha ido evolucionando hacia el de **Educación inclusiva**. Aunque no parece existir una definición totalmente compartida entre los profesionales sobre lo que debe entenderse por Educación inclusiva, siguiendo a Ginés (2001) el concepto tiene que ver con el hecho de que todos los alumnos sean aceptados, reconocidos en su singularidad, valorados y con posibilidades de participar en la escuela. Una Escuela inclusiva es aquella que ofrece a todos sus alumnos las oportunidades educativas y las ayudas necesarias para su progreso académico y personal.

Este concepto incluye a NNA enfermos a nivel físico o mental, los que presentan una diversidad funcional, los hijos de inmigrantes (*a través de una educación intercultural*), así como a aquellos o aquellas que viene de familias de riesgo o vulnerables, lo que condiciona fuertemente su educación.

En este sentido, es importante que desde el entorno escolar no se considere a NNA solo como alumnos, sino, desde una mirada holística como sujetos con capacidades determinadas e integrados en un entorno social y familiar concreto. Los profesionales de la Salud Infanto-juvenil pueden aliarse, acompañar y trabajar juntos a los profesionales de la Educación mediante innumerables iniciativas, con la finalidad de velar para que los factores de la Salud y los sociales no motiven la exclusión social. Algunas de estas iniciativas pueden caminar por los senderos de:

- Colaboración en la elaboración de protocolos de detección y actuación en la escuela ante el riesgo social y el maltrato infantil, acoso, Ciber bullying.
- Participación en espacios de encuentro con Educación, Servicios sociales locales, las Redes intersectoriales de Infancia y Adolescencia existentes.
- Orientación a los docentes respecto a los diagnósticos de NNA y su impacto en la escuela para la promoción y obtención de recursos de apoyo más adecuados: educadores especiales, educadores en aulas hospitalarias o maestros a domicilio, algún día la incorporación de profesionales de la salud a los establecimientos educativos

## ASPECTOS DE DERECHOS EN LA ESCOLARIZACIÓN

---

Los Políticos, estimulados por los consejos del Banco Mundial, hablan de la Educación como el medio con el cual el país podrá mejorar su economía y los padres esperan que las buenas notas escolares de sus hijos garanticen la obtención de un empleo y de esa manera la SEGURIDAD DE LA FAMILIA

Sin embargo, debido a la fortaleza que ha mostrado el modelo económico que predomina en el planeta y del cual nuestro país ha sido aventajado alumno, el impacto del enfoque desregulador del estado ha hecho que en muchos países, aquellos padres que disponen de los medios necesarios inscriben a sus hijos en instituciones de alta calidad, que a menudo son privadas. Los niños pobres no tienen esta posibilidad y se aumentan las desigualdades, llevando esto a la segregación escolar

Esto ha generado la creación de un Sistema a dos niveles: Educación selecta para unos pocos y enseñanza de baja calidad para el resto; surgen Escuelas elitistas con Estudiantes “obligados” a competir en condiciones de “histeria” y bajo el peso poco saludable que genera un trabajo excesivo y escuelas de escasos recursos, donde se puede visualizar clases poco entretenidas, a menudo mal organizadas y carentes de sentido, en donde la deserción escolar parece ser una salida “razonable”.

Ninguna de estas escuelas parece reflejar los puntos de vista de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos Universales de Niños, Niñas y Adolescentes (13). Si respetásemos a NNA, es un error garrafal reducir la Infancia y Adolescencia a un mero período de preparación para la vida adulta

El principio de No Discriminación, que es parte esencial de la Convención, relata que todos y cada uno de los NNA deberían tener el mismo Derecho a la Educación y al hablar de ello nos referimos a una Educación de Alta Calidad

Pero más allá de todo esto:

- ¿Qué dice exactamente la Convención con respecto a las Escuelas?
- ¿Existe un mensaje concreto para los Gobiernos en lo que se refiere a Políticas Educativas?
- ¿Puede la Convención servir de instrumento significativo para el debate sobre las Reformas al Sistema Escolar?

Conozcamos la Convención....

El documento que comprende a la Convención

de Derechos del Niño tiene 4 principios fundamentales de los que emanan 54 artículos. Los principios son:

- Principio de No discriminación
- Principio del Interés Superior del Niño
- El derecho a la vida, supervivencia y de desarrollo
- La participación infantil.

Los Artículos presentes en la Convención que se ocupan de manera específica y exclusiva de la Educación son dos:

- Artículo 28
- Artículo 29

**Artículo 28:** Define a la Educación como un Derecho y recomienda los pasos a seguir a objeto de que se pueda ejercer ese derecho “progresivamente y en condiciones de igualdad y oportunidades”

**Artículo 29:** Se ocupa del objetivo de la Educación Escolar, que debería ser el de colaborar en el “desarrollo de la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física de niños, niñas y adolescentes hasta el máximo de sus posibilidades”

En este instante donde, como decía el genial Einstein, que para poder enfrentar los problemas de la vida y comenzar a resolver las dificultades, debe uno antes que nada generarse una pregunta. Que en el caso de analizar la situación de los Derechos en la Escolarización son varios:

- ¿Tienen todos los NNA, sin distinción alguna, acceso a la Educación?
- ¿Está al alcance de todos los NNA en todas las Regiones del país una Educación de Calidad?
- ¿La Educación está proyectada con la intención de satisfacer las necesidades de cada uno de los NNA, independientemente de su origen o idioma?
- ¿Se fomentan en la Escuela la Tolerancia y la comprensión de NNA que son diferentes?
- ¿Reciben NNA en la Escuela los elementos indispensables para combatir la xenofobia, el machismo y otras actitudes negativas de la Sociedad? Principios del Derecho a la Vida, a la Supervivencia y al Desarrollo (Artículo 6)
- ¿Son adecuados los materiales educativos, los edificios de las Escuelas y los demás servicios, tales como cuidados pediátricos, comedores escolares y transporte?
- ¿Se pone la mirada en “el Interés Superior de NNA” a la hora de establecer los Programas de Estudio de las Escuelas?
- ¿Se brinda a NNA una orientación vocacional válida?
- ¿Se proporcionan en la Escuela las habilidades

necesarias para la vida real, sin olvidar la comprensión de los fenómenos de trascendencia local y mundial?

- ¿Se inculca el respeto del Medio Ambiente natural?
  - ¿Son concebidos a la medida de NNA los métodos didácticos utilizados?
  - ¿Cuáles son las oportunidades que se ofrecen para el desarrollo de la Infancia Temprana?
  - ¿Se fomenta en los establecimientos de Educación Preescolar y en las Escuelas desde el derecho a la alimentación hasta el derecho al juego?
  - ¿Se establece la disciplina con medios concebidos a la medida de NNA? ¿A los NNA se les escucha?
  - ¿Pueden ejercer alguna influencia en la estructura de las clases, el programa de estudios o la administración de la Escuela?
  - ¿Pueden presentar quejas contra una decisión tomada en la Escuela?
  - ¿Es verdad que la Escuela fomenta concretamente las reflexiones democráticas, las visiones laicas, las visiones críticas?
  - ¿Se promueve la comprensión profunda de la esencia misma de los Derechos Humanos?
  - ¿Se promueve en la Escuela el desarrollo de la personalidad, las aptitudes y las capacidades de NNA “hasta el máximo de sus posibilidades?”
- Modestamente y respetuosamente, estas pudieran ser algunas de las preguntas que debiera hacerse todo Defensor de los Derechos Universales de NNA en relación a los Artículos sobre Educación
- La cantidad de interrogantes podría generar desazón y sensación de misiones imposibles. Pero recordando a Einstein nuevamente en la respuesta a estas preguntas será posible la incorporación plena de ambos artículos de la Convención en nuestras Aulas y la aparición espontánea de algunas de las soluciones que generan tantas interrogantes.
- Y estas desde la modesta opinión del generador de estas líneas pueden caminar por las sendas de:
- Acceso generalizado
  - Igualdad de oportunidades
  - Los Contenidos de la Enseñanza
  - Las Raíces culturales, los valores y la Etnicidad
  - Los Nuevos Métodos de aprendizaje: Neurociencias y Educación
  - El Respeto mutuo
  - La Participación de los Alumno(a)s
  - El Papel de los Maestros, los Padres y la Comunidad, en nuestro caso particular y *leit motiv* del Seminario “Infancia, Salud y Escolaridad” de la comunidad Calameña.

## REFERENCIAS

---

1. Alvarez, F.J. "Aspectos sociales del niño enfermo. Escolarización". Aula. Ediciones Universidad de Salamanca. 1998, 10: 287- 298
2. Bralich J. «José Pedro Varela y la gestación de la escuela uruguaya». Rev. hist.edu.latinoam Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. 2011, 17: 43 - 70.
3. Cardús S. "El desconcierto de la Educación". Editorial La Campana. Barcelona, 2000.
4. Codina M. "Educar en tiempos difíciles". Eumo, 2011
5. Comité. Observación General N° 1 del Comité de Derechos del Niño: Propósitos de la Educación: Observaciones Generales del Comité de Derechos del Niño. 2014
6. Durkheim E. "Educación y sociedad". Editorial Península. Barcelona, 1975
7. Fernández E. "La Escuela a examen". Editorial Pirámide. Madrid, 1997.
8. Giné C. "Inclusión y sistema educativo". Ponencia en el III Congreso La Atención a la diversidad en el Sistema Educativo. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) , 2001
9. Mineduc. Ley General de Educación, 2011. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006043>
10. Sacyl. Guía para la Promoción de la Salud en los Centros educativos de Castilla y León. 2006. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-infantil/salud-escuela/guia-promocion-salud-centros-docentes-castilla-leon>
11. Unicef. Convención sobre los Derechos del Niño, 2014. Disponible en: <https://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>
12. Vila I. "Familia y Escuela: Dos contextos y un solo niño": Aula de Innovación Educativa.. Barcelona: Graó. 1995, 45: 72-76

# Gradiente social y mortalidad infantil, en Santiago de Chile

## Social gradient and infant mortality, in Santiago, Chile

Fernando González<sup>1</sup>

Las inequidades en salud no ocurren al azar. El estado de salud, tanto personal como colectivo, está determinado por factores biológicos y también contextuales –sociales, culturales, políticos, que son bien explicados por el modelo de determinantes sociales de la Salud (Starfield 2002). Las inequidades en salud, son definidas por Harper como “*diferencias observables en salud entre individuos de diferentes grupos sociales*” (Harper 2006). La tasa de mortalidad infantil corresponde a un indicador que representa fuertemente el nivel de salud de una población (OECD 2014). En grupos con menor nivel de desarrollo, esta tasa contiene un importante porcentaje de muertes evitables, que pueden prevenirse mediante acciones individuales y colectivas, expresando el grado de inequidad en salud de una población (Whitehead 1992, Sen 1998). Muchos estudios han demostrado una significativa relación causal entre el nivel socioeconómico y las tasas de mortalidad infantil, y en particular con educación materna, ascendencia étnica, ubicación geográfica y social en el cual las mujeres viven, constituyendo un indicador socio-sanitario muy significativo (Azria, 2015).

El barrio o vecindario ha emergido como un importante determinante que modela las condiciones que sitúan a los individuos “en riesgo” tanto para bien como para mal (Kawachi 2003, Kramer 2009). A pesar del descenso global de la mortalidad en América Latina y del aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, la inequidad sigue estando presente (Braveman 2002, Casas 1993). Tanto así que Latinoamérica sigue siendo uno de las regiones con mayor desigualdad del mundo. No obstante, existen experiencias reportadas por algunos países como Chile, Costa Rica y Cuba, que

señalan que para haber reducido las brechas entre los grupos de población más ricos y más pobres fue fundamental la mejora del acceso de las mujeres a la educación y a aumentos en la cobertura a los servicios de salud (Casas 1993, Bahr 1993, Gonzalez Castañeda 1984).

En el pasado siglo, en Chile se documentó claramente la declinación de la mortalidad infantil (Castañeda 1984, Jiménez 2007), la que fue relacionada fuertemente por Hollstein con la mejora en el nivel de educación materna (Hollstein 1998). No obstante, el año 2004, Donoso presenta las desigualdades de la tasa de mortalidad infantil en 32 comunas de Santiago, mediante su asociación con el ingreso promedio familiar mensual, educación y ocupación. Éste demuestra que las variables socioeconómicas se asocian significativamente a la mortalidad infantil (Donoso 2013).

Al revisar las estadísticas vitales entre los años 2005 y 2014, y construir tasas de mortalidad infantil (TMI) del decenio, se evidencia un gradiente social que cruza la ciudad, de nororiente a surponiente, mostrada en el mapa de calor (Figura 1). Y al emular el ejercicio que hiciera Michael Marmot, al demostrar el gradiente de la expectativa de vida, entre las estaciones de metro extremas de la ciudad de Washington de 20 años, y luego replicado en las estaciones del metro de Londres, alcanzando un gradiente de 15 años (LHO 2007), en la región metropolitana de Santiago de Chile no nos quedamos atrás. Al analizar las TMI de las cuatro comunas que atraviesa la línea 1 del metro de Santiago -desde Las Condes hasta Estación Central- (Tabla 1), el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) entre las comunas de los extremos es de 2,76 por mil nacidos vivos, el Riesgo Atribuible Porcentual (RAP%) de 56%, y la

Recibido el 24 de junio de 2019. Aceptado 19 de noviembre de 2019.

<sup>1</sup> Médico Pediatra y Magister en Salud Pública. Correspondencia: fergonza@gmail.com

Razón de Tasas de 1,57, lo que significa que cerca de la mitad de las defunciones infantiles ocurridas en el decenio referido en Estación Central podrían haber sido evitadas si esta comuna tuviera la misma TMI que la comuna de Las Condes, lo que en números absolutos equivale a 50 fallecimientos en los 10 años de las 137 defunciones ocurridas.

La segregación residencial, representada por indicadores socio-sanitarios, refleja las diferencias entre los barrios en acceso a recursos económicos, sociales, médicos, ambientales, que pueden dificultar la posibilidad de mejorar el nivel de salud (Schulz 2002). Sin embargo, esto no responde a identificar las causas de las causas. Ciertos elementos que han sido postulados para identificarlas son: la discriminación, el clasismo, el estrés social, como determinantes negativos (Kramer 2009) y la resiliencia y capital social como factores protectores (Rich-Edwards 2005). Cada día hay más evidencia de su influencia como determinantes directos de calidad de vida y bienestar de salud.

Para dar respuesta a la inequidad creciente en nuestra región, las estrategias enfocadas en intervenciones individuales no han demostrado ser efectivas. Evidencia reciente muestra que la incorporación de intervenciones comunitarias tienen mejores resultados (The Q 2009). La *“Revisión Estratégica de Desigualdades en Salud”* realizada en Inglaterra el 2010, más conocida como *“Marmot Review”* ha informado y sugerido varios objetivos de política para abordar a las desigualdades de salud (Marmot 2004). De particular importancia para ello, y en particular en la salud materno-infantil, es el dar a cada niño el mejor comienzo de vida, por medio de políticas que se enfoquen en la totalidad de la población, ya que: *“Centrarse únicamente en los más desfavorecidos no reducirá suficientemente las desigualdades en salud. Para reducir la pendiente del gradiente social en salud, las acciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad proporcional al nivel de desventaja”* (Marmot 2012). Por lo tanto, una estrategia que apunte a disminuir la inequidad debe tener un enfoque universal con una gradualidad de aplicación focalizada en los grupos de riesgo. En Chile existe una experiencia que considera ambas estrategias, que es el programa interministerial de protección de la infancia: *Chile Crece Contigo*, cuya misión es ofrecer a la población infantil un sistema integral de intervenciones y servicios sociales que apoyen el desarrollo biopsicosocial de niños y niñas y sus familias, desde la gestación hasta los 9 años de edad, y de esta forma disminuir las inequidades desde la primera infancia (Bedregal 2016, Torres 2018).

En definitiva, a pesar del crecimiento económico y el desarrollo de Chile y países de la región, junto con los avances en programas de protección social, persisten las disparidades en la distribución de ingresos, oportunidades y bienestar. Estas inequidades socioeconómicas están relacionadas con la persistente estratificación de acceso a los servicios de salud, la calidad de vida y el bienestar, acumulándose la morbilidad y mortalidad en los segmentos más pobres de la sociedad (Casas 1993, González 2006, González 2009, Mackenbach 1997). Son estos tipos de inequidades en salud los que demuestran la urgencia y exigen nuevas políticas públicas en salud basadas en equidad (Rich-Edwards 2005). Finalmente, para que los gobiernos, enfrenten efectivamente la inequidad deben lograr un acuerdo nacional en una definición más amplia del desarrollo. El trabajo de Amartya Sen, Premio Nobel en Ciencias Económicas, ha puesto de relieve la necesidad de considerar el desarrollo como *una expansión más amplia de la condición humana en lugar de simplemente crecimiento económico* (Sen 1999).

Figura 1: Mapa de calor

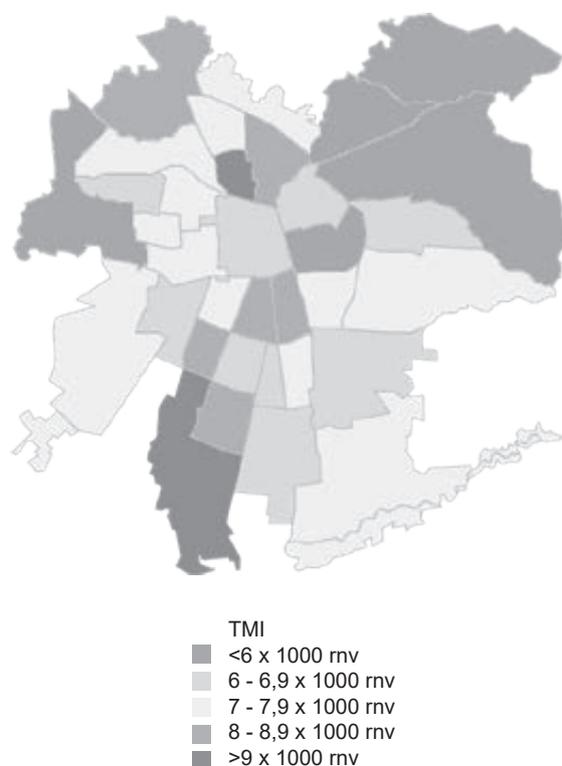


Tabla 1: Tasa de Mortalidad Infantil en Decenio 2005-2014, región metropolitana Chile.

Comuna	Estación Central	Santiago	Provi-dencia	Las Condes
TMI x mil RNV	7,64	6,46	6,06	4,88

## REFERENCIAS

1. Azria E. Inégalités sociales en santé périnatale. *Arch Pediatr*. 2015;22(10):1078–85.
2. Bahr J, Wehrhahn R. Life expectancy and Infant Mortality Rate in Latin America. 1993;36:1373–82.
3. Bedregal P, Hernández V, Mingo MV, Castañón C, Valenzuela P, Moore R, et al. Desigualdades en desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(5):351–8.
4. Braveman P, Starfield B, Geiger HJ. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ Br Med J*. 2001;323(september):678–81.
5. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Soc Sci Med*. 2002;54(11):1621–35.
6. Casas JA, Dachs JNW, Bambas A. Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants. *Pan Am Health*. 1993;35(2):143–5.
7. Castañeda T. The socioeconomic context and causes of the decline in infant mortality in Chile. *Estud Publicos*. 1984;6.
8. Donoso B, Bengoa F, López F, Piedra D, Clavería C. Análisis de prevalencia de la mortalidad atribuible a causas conocidas de muerte súbita en Chile, población de 1 a 35 años, 2000-2010. *Rev Chil Cardiol - Rev Chil Cardiol Rev Chil Cardiol*. 2013;32(2):117–22.
9. Gonzalez R. Reduction in Neonatal Mortality in Chile Between 1990 and 2000. *Pediatrics* [Internet]. 2006;117(5):e949–54. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2354>
10. Gonzalez R, Requejo JH, Jyh KN, Merialdi M, Bustreo F, Betran AP. Tackling health inequities in Chile: Maternal, newborn, infant, and child mortality between 1990 and 2004. *Am J Public Health*. 2009;99(7):1220–6.
11. Jiménez J, Romero MI. Reducing infant mortality in Chile: Success in two phases. *Health Aff*. 2007;26(2):458–65.
12. Harper S, Lynch J. Measuring health Inequalities, in. In: Oakes J, Kaufman J, editors. *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco: John Wiley and Sons; 2006.
13. Hollowell J, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. Social and Ethnic Inequalities in Infant Mortality: A Perspective from the United Kingdom. *Semin Perinatol* [Internet]. 2011;35(4):240–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2011.02.021>
14. Hollstein R, Vega J, Carvajal Y. Social and health inequalities. Socioeconomic level and infant mortality, 1985-1995. *Rev Med Chil*. 1998;126:333–40.
15. Illanes JP. [Mortality as an index of social development]. *Estud Publicos* [Internet]. 1984;16(16):73–116. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12267392>
16. Kawachi I, Berkman L. *Neighborhoods and Health*. Press OU, editor. Oxford; 2003.
17. Kramer M, Hogue C. What Causes Racial Disparities in Very Preterm Birth? A Biosocial Perspective. *Epidemiol Rev*. 2009;51(1):87–100.
18. LHO (London Health Observatory). Differences in Life Expectancy within a small area in London. Assembly [Internet]. 2007; Available from: <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=12381>
19. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med*. 1997;44(6):757–71.
20. Mackenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: Analysis of European experiences. *Lancet*. 2003;362(9393):1409–14.
21. Marmot M. Status Syndrome [Internet]. London: Bloomsbury; 2004. Available from: <http://academic.oup.com/ije/article/34/2/497/747145/Status-Syndrome-Michael-Marmot-London-Bloomsbury>
22. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health* [Internet]. 2012;126(SUPPL.1). Available from: <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf%0Ahttp://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
23. OECD Organization for Economic Co-operation and. Infant mortality rates in OCDE countries 2014 [Internet]. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>
24. Pan American Health Organization. Chile. Health in the Americas 2007 [Internet]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2239%3A2010-health-americas-2007&catid=1795%3Aebooks&Itemid=1894&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2239%3A2010-health-americas-2007&catid=1795%3Aebooks&Itemid=1894&lang=es)
25. Raczynski D. Socioeconomic context of the infant mortality decline in Chile: Roundtable. *Estud Publicos*. 1984;16.
26. Raczynski D, Oyarzo C. A recent trend in infant mortality statistics. *Colecc Estud Ciepl*. 1981;6.
27. Rich-Edwards JW, Grizzard TA. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5 SPEC. ISS.):30–5.
28. Rosemberg H, Peña M. Dimensions of exclusion from social protection in health in Latin America and the Caribbean. *Washingt DC Pan Am Heal ...* [Internet]. 2000;142. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/167716/1/9275124760.pdf%0Ahttps://www.issa.int/html/pdf/helsinki2000/topic4/2rosenberg.PDF>
29. Sen A. Mortality as an indicator of economic success and failure. *Econ J*. 1998;108(446):1–25.
30. Sen A. DEVELOPMENT AS FREEDOM. KNOFF AA, editor. NEW YORK; 1999.
31. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Loyola-Elizondo E, Bacallao J, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(7):538–41.
32. Starfield B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):384–7.
33. Schulz AJ, Williams DR, Israel BA, Lempert LB. Racial and Spatial Relations as Fundamental Determinants of Health in Detroit. *Milbank Q*. 2002;80(4):677–707.
34. Taucher E. Mortality in Chile 1955-1975: trends and causes. *Notas Poblacion*. 1978;6.
35. Taucher E. Infant mortality in Chile. *Notas Poblacion*. 1979;7(20).
36. The Q, Of C, Context R. NIH Public Access. *Soc Sci*. 2009;67(8):1258–68.
37. Torres A, Lopez Boo F, Parra V, Vazquez C, Segura-Pérez S, Cetin Z, et al. Chile Crece Contigo: Implementation, results, and scaling-up lessons. *Child Care Health Dev*. 2018;44(1):4–11.

38. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M, Bank W, Health C. Child Health: Reaching the Poor THE CAUSES OF CHILD HEALTH. *Am J Public Health*. 2004;94(5):726–36.
39. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Heal Serv* [Internet]. 1992;22(3):429–45. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
40. World Health Organization. Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative [Internet]. World Heal. Geneva; 1996. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63119/1/WHO\\_ARA\\_96.1.pdf?ua=1&int/iris/handle/10665/63119](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63119/1/WHO_ARA_96.1.pdf?ua=1&int/iris/handle/10665/63119)

## ¿Niñas o adultas? La invisibilización de las adolescentes en el proceso de atención de salud de gestación y parto.

Girls or adults? The invisibility of adolescents in the process of health care of pregnancy and childbirth.

Alexandra Obach<sup>1</sup>  
Michelle Sadler<sup>2</sup>

**S**i bien el embarazo en la adolescencia se encuentra en descenso a nivel mundial, aún compromete al 11% de los nacimientos a nivel mundial (WHO 2014), siendo un tema central de la salud pública internacional dadas sus profundas consecuencias a nivel individual, comunitario y social (Cherry 2013, Norris, 2012). El embarazo en la adolescencia conlleva una serie de consecuencias negativas, especialmente para las mujeres, entre ellas la reproducción de la pobreza e inequidades de género (Palma 2012, Conosur 2017). En Chile, en las últimas décadas, el país ha presentado una disminución tanto en la tasa de fecundidad global como en la específica de adolescentes. La tasa de fecundidad en adolescentes entre los periodos 1990-1995 y 2010-2015 disminuyó de 63.6 a 49.3 por 1000 nacidos vivos. Esto sitúa a Chile en el periodo 2010-2015 ligeramente por sobre el promedio mundial (46.2 por 1000) y muy por debajo del promedio regional de América Latina y el Caribe (66.5 por mil) (Rodríguez 2017). A pesar de estas cifras alentadoras para el país, el embarazo en la adolescencia continúa presentando importantes inequidades sociales, concentrándose en los estratos socioeconómicos bajos (Minsal 2013, Palma 2012, Rodríguez 2017). En el año 2013, las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de los quintiles más bajos tenían hasta 6 veces más probabilidades de convertirse en madres que aquellas del quintil más alto (Rodríguez

2017). Junto con lo anterior, han aumentado las brechas en inicio sexual y uso de anticonceptivos en la primera relación entre los segmentos más altos y más bajos: se ha mantenido estable el porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente de los estratos más altos mientras en los más bajos ha ido en aumento; el porcentaje de uso de anticonceptivos ha aumentado en el estrato más alto mientras que en el más bajo se ha mantenido prácticamente igual (Rodríguez 2017). Todo lo anterior lleva a que el embarazo en la adolescencia constituya una de las actuales causas de generación y transmisión de la pobreza, reproduciendo con ello las inequidades sociales en el país. Además, es una problemática que exacerba las desigualdades en las relaciones de género, acrecentando la vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y jóvenes (Sadler 2011, Olavarría 2012). Un estudio realizado en el país da cuenta del impacto de este fenómeno en la educación de las madres adolescentes, quienes tienden a no terminar la escuela, acceden menos a educación superior, y tienen 0.45 años menos de educación en comparación con una hermana que no fue madre durante la adolescencia (Berthelon 2017).

En el marco de la situación del embarazo adolescente en el país emerge una preocupación especial por los embarazos en la adolescencia temprana (10-14 años) donde la cifra es de alrededor de 0,4% por mil (Conosur 2017). A diferencia de lo que sucede con la tasa de fecundidad en

---

Recibido el 11 de julio de 2019. Aceptado el 10 de diciembre de 2019

1 Antropóloga Social, PhD. Académica Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correspondencia a: aobach@udd.cl

2 Antropóloga Social, MSc. Académica Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez.

edad adulta, en este tramo no han tendido a disminuir, sino que se han mantenido en el tiempo (Dides 2016). Junto con esto, aparece una señal de alerta respecto a lo que la literatura médica ha identificado como re-embarazo en la población adolescente, es decir, el número de mujeres adolescentes que presentan un segundo o tercer hijo nacido antes de superar la adolescencia. En un estudio realizado en el contexto del Hospital Padre Hurtado, de la red de atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, se demostró que, cuando una adolescente menor de 15 años se embaraza por primera vez, tiene 2.25% veces mayor probabilidad de volver a embarazarse durante su adolescencia que si su primer embarazo hubiese sido entre los 15-19 años (Rosas 2017).

En las últimas décadas el Ministerio de Salud de Chile ha llevado a cabo diversas estrategias con el objetivo brindar atención en salud diferenciada para adolescentes y jóvenes, y para la prevención el embarazo adolescente. En este marco, en el año 2008 se implementaron los primeros 54 Espacios Amigables en atención primaria como respuesta frente a la necesidad de atención de salud diferenciada para adolescentes entre 10 y 19 años de edad (Minsal 2008). Esta iniciativa se llevó a cabo como parte del quehacer del Programa de Atención Integral para Adolescentes y Jóvenes, y en el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), creado en el año 2007 (Ministerio de salud público 2017). Para el año 2017, el número de Espacios Amigables en el país aumentó a 264 (Minsal 2017, 2019). La iniciativa de los Espacios Amigables se focaliza en el acceso a salud para adolescentes y jóvenes y están basados en un modelo promocional y preventivo de salud, con especial atención en la salud sexual y reproductiva, y en la prevención del embarazo adolescente (Minsal 2008). Estos esfuerzos se han desplegado en un contexto nacional marcado por un conservadurismo donde los esfuerzos por implementar servicios de SSR para adolescentes, así como educación sexual, se han visto obstaculizados por una cultura que tiende a negar la sexualidad de los(as) adolescentes, generando con ello una brecha respecto a sus necesidades reales en los ámbitos de sexualidad (Obach 2017).

Pero, ¿qué sucede cuando las adolescentes se embarazan? Existe un vacío de reconocimiento de la especificidad de la adolescencia en la red de atención de salud una vez que las adolescentes se embarazan, ya que pasan a ser concebidas como adultas gestantes. Es en este sentido que

UNICEF plantea que, en la atención de la gestación, las adolescentes suelen ser tratadas como un embarazo más, desde una mirada predominantemente biomédica y sin especificidad etaria (Unicef 2017). En nuestro país, en Atención Primaria, las gestantes adolescentes comienzan su control de embarazo al igual que las adultas, con solo algunas consideraciones de riesgo atribuidas a su condición etaria. Cabe destacar que existen pocos estudios que ahonden en esta realidad, lo que impide comprender la manera en que el sistema de salud, particularmente el nivel hospitalario, construye al sujeto adolescente, y las repercusiones clínicas, sociales y culturales que dicha construcción tiene sobre ellos/as (Obach 2017). Hasta los 15 años, la población adolescente es atendida en hospitales pediátricos, cuyo foco de atención son los/as niños/as, y han desarrollado una línea específica de atención de salud para dicha población. Pero a los 15 años los/as adolescentes ingresan a los hospitales de adultos y pierden cualquier especificidad etaria en la atención (Obach 2017). En este marco, hay una ausencia de la visión propia de los/as adolescentes quienes son conceptualizados como niños/as en el sistema pediátrico y como adultos/as en la red de atención de la adultez. Esta situación contradice los principios establecidos en la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, la cual afirma que los/as adolescentes deberían estar involucrados en las decisiones en torno a su salud de acuerdo a su capacidad de entendimiento y de participación (Ullan 2010, Sawyer 2014). Esto ha desembocado en la invisibilización de las necesidades de salud de este grupo en los contextos hospitalarios, las cuales son específicas y muy relevantes para el desarrollo de políticas de salud dirigidas a este grupo. De hecho, se sostiene que muchos aspectos de la atención de salud a adolescentes no tienen paralelo en los servicios de salud de adultos, y que es prioritario dar cabida a la especificidad en torno a las necesidades de este grupo (Sawyer 2014). Junto con lo anterior, diversos autores también mencionan la escasa capacitación del personal de salud respecto a las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes (Sadler 2011, Unicef 2017, Gaete 2011).

Si bien existen países como EEUU, de Europa y algunos de América Latina que cuentan con unidades hospitalarias para la atención al adolescente desde hace varias décadas (Villamil 2005), en Chile ésta es una realidad aún incipiente. Cabe destacar algunas experiencias tanto a nivel público como

privado de instituciones que se han hecho cargo de esta necesidad emergente, pero, en términos generales, la realidad de adolescentes con respecto a la atención a nivel hospitalario sigue siendo un territorio de nadie, incluyendo la atención de gestación, parto y puerperio. Esta ausencia de la especificidad de adolescencia en este proceso de atención de salud acarrea una serie de consecuencias, entre ellas, la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención de salud para la atención de las adolescentes gestantes, en parto y puerperio. Se evidencia, por ejemplo, que la contrarreferencia entre el tercer nivel y el nivel de atención primaria en general no fluye en el caso de las adolescentes postparto, en parte por desarticulaciones en la red asistencial y en parte porque no es vista como prioritaria (Unicef 2017).

Junto con lo anterior, se evidencian consecuencias derivadas de lo que se ha denominado como prácticas de falta de respeto y abuso en la atención del parto, que si bien afectan a mujeres de todos los grupos etarios, se ve con mayor recurrencia en las adolescentes. La OMS, en una declaración sobre este tema de 2014, plantea que *en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación* (OMS 2015). Un conjunto de organizaciones internacionales lideradas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) desarrolló en el mismo año una propuesta de nuevas directrices para las maternidades amigas de las madres y bebés, planteando que *toda mujer tiene derecho a una experiencia positiva de parto y al cuidado compasivo de proveedores informados y capacitados que reconozcan que cada mujer, familia, y recién nacido es único y merece atención digna e individualizada* (FIGO 2015). Ello, reconociendo que la experiencia de cuidado recibida durante el nacimiento tendrá impacto en la salud integral tanto de las usuarias como de sus familias. Estas declaraciones, si bien representan un avance en términos de equidad y buen trato hacia las mujeres gestantes, no incorporan consideraciones especiales hacia la población adolescente (Savage 2017).

Una revisión sistemática realizada por Bohren y colegas (Bohren 2015) identifica una serie de estudios que plantean que la población adolescente vive especial discriminación y maltrato durante la atención del parto en diversos contextos del mundo. Reportan que las adolescentes fueron criticadas y ridiculizadas por haber iniciado actividad

sexual antes del matrimonio, y en algunos estudios el maltrato vivido se relaciona con su decisión de no acudir a centros de salud en futuros embarazos.

Diversos estudios cualitativos en América del Sur revelan la ocurrencia de maltrato médico y violencia obstétrica durante los controles prenatales y el parto en adolescentes y jóvenes (Conosur 2017). Un estudio realizado en la ciudad de Santiago de Chile da cuenta de las violencias percibidas por adolescentes, ejercidas por el sistema de salud, durante el proceso de embarazo y parto. El estudio sostiene que se detecta el ejercicio de una violencia psicológica asociada al tratamiento de los/as adolescentes como sujetos incompletos e incapaces de comprender los distintos tipos de información que se les entrega. Además, se reporta violencia verbal y psicológica por parte de personal de salud de atención primaria y hospitalaria, manifestada en acciones como la negación de atención primaria básica, insultos y cuestionamientos de la situación vivida, desestimando la capacidad de la adolescente para un desempeño como futura madre y el adolescente como futuro padre (Consultora de Investigación Social 2015). La encuesta OVO Chile (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile 2018) sobre nacimientos en Chile muestra que las peores experiencias de parto son vividas por mujeres adolescentes, en comparación con otros grupos etarios. De las experiencias de parto que ocurrieron entre 2014 y 2017 en mujeres menores de 19 años (N=239), un 42% reportó sentir que el personal fue poco empático con respecto a sus dolores, a diferencia de un 11% en mujeres de 35 a 39 años de edad. En un 17% de los partos en que la mujer era adolescente se reportó falta de respeto por la intimidad y privacidad, a diferencia de un 3% en mujeres de 35 a 39 años. Estos estudios muestran grandes inequidades presentes en la entrega de cuidados maternos, siendo las adolescentes las más vulneradas en esta materia.

En el contexto de la temática planteada, surgen una serie de desafíos para la salud pública del país, entre ellos: (i) la incorporación de la especificidad de adolescencia en todo el proceso de salud sexual y reproductiva, incluida la gestación, parto y puerperio; (ii) desarrollo de trabajo intersectorial, específicamente entre salud y educación, que abogue por reducir las inequidades sociales que afectan a las mujeres derivadas del embarazo en la adolescencia; (iii) capacitar a los equipos de salud en adolescencia y en las necesidades específicas en salud de la población adolescente, tomando

en consideración los escenarios sociales actuales donde la construcción de identidades en el mundo adolescente están en constante transformación y marcadas por una mayor apertura hacia la diversidad en todo ámbito.

## REFERENCIAS

- Berthelon M, Kruger DI & Eberhard JP.(2017). Estimating the effects of teen motherhood in Chile: a family fixed effects approach. *Estudios de Economía*, 44 (1): 5-32.
- Bohren M, Vogel J, Hunter E, et al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*. 12(6):1–32.
- Cherry AL, Dillon ME. (2013). *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*. New York: Springer.
- Cono Sur. (2017). *Prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del Cono Sur*. Asunción: Cono Sur/UNFPA.
- Consultora de Investigación Social.(2015). *Informe Final. Evaluar contenido de materiales educativos*, JUNAEB. Santiago, Chile.
- Dides C, Fernández C (eds.). (2016). *Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la Situación 2016*. Santiago: Miles Chile.
- FIGO (2015). *International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, & World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities*. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*. (128):95-99.
- Gaete V, Enríquez ME, Robledo P, Zubarew T, Peralda E, Sagredo C & Funes F. (2011). *Fundamentos para la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia a nivel de toda la red asistencial de salud. Recomendación del comité de adolescencia de la Sociedad Chilena Pediátrica*. *Revista Chilena Pediátrica*, 82(5):447-53.
- Gordon LP. (2017). *Optimizing Adolescent LARC: an Answer to Pregnancy Prevention*. *Annals of Global Health*, 83(5-6): 777-780.
10. Ministerio de Salud Público. (2007). *Plan Andino de Prevención de Embarazo En Adolescentes [Andean Plan for Adolescent Pregnancy Prevention]*. Quito: Ministerio de Salud Público.
- MINSAL, Ministerio de Salud, (2008). *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2013). *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Ministerio de salud
- MINSAL, Ministerio de Salud, (2017). *Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL, Ministerio de Salud(2019) *Información a la Comunidad Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes*. Disponible en: <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-a-la-comunidad-salud-joven-y-adolescente/>
- Norris SA, Osmond C, Gigante D et al. (2012). *Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult diabetes risk in five low- or middle-income country birth cohorts*. *Diabetes Care*. 35: 72-79.
- Obach A, Sadler M, Jofré N. (2017). *Salud sexual y reproductiva de adolescents en Chile. El rol de la educación sexual*. *Rev. Salud Pública*,19 (6): 848-854.
- Obach A, Cabieses B & Bernales M. (2017). *Atención de adolescentes y jóvenes a nivel hospitalario en Chile: un desafío pendiente*. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5):127-128.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago de Chile: Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/325933924\\_OVO\\_Chile\\_2018\\_Resultados\\_Primer\\_Encuesta\\_sobre\\_el\\_Nacimiento\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/325933924_OVO_Chile_2018_Resultados_Primer_Encuesta_sobre_el_Nacimiento_en_Chile)
- Olavarría J, Molina R. (2012). *Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas*. *Polis*, 11(31): 411-433.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2015). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Palma I. (2012) *Unpredicted pregnancy among Chilean young women*. *Rev Med Chile*; 140: 319-325.
- Rodríguez Vignoli J, Páez K, Ulloa C & Cox L.(2017). *Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas*. Santiago: CEPAL-UNFPA, Serie población y desarrollo N°116.
- Rosas A, Martínez P, Canessa MJ, Insunza A & Cayazzo D. (2017). *Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005- 2015*. *Rev. Chil. Obstetr. Ginecol*, 82(4): 361.
- Sadler M, Obach A, Luengo X & Biggs A. (2011). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile*. Santiago de Chile: CulturaSalud / Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud.
- Savage V & Castro A. (2017). *Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches*. *Reprod Health*. 26;14(1):138.
- Sawyer S, Ambresin AE, Bennett K & Patton G. (2014). *A measurement framework for quality care for adolescents in hospital*. *Journal of Adolescent Health* 55: 484-490.
- Ullán A, Serano I, Badía M & Delgado J. (2010). *Hospitales amigables para adolescentes: preferencias de los pacientes*. *Enfermería Clínica*, 20(6):341.
- UNFPA (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: United Nations Population Fund.
- UNICEF. (2017). *Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas*. Argentina: UNICEF.
- Villamil I, Villacián MJ, Canedo C, Villacián G & Rodríguez M. (2005). *Medicina del adolescente*. *An Med Interna*, (22):525-8.
- WHO, World Health Organization. (2014). *Adolescent Pregnancy*. [Internet] Geneva: World Health Organization. [Citado en 15 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>.

## Diabetes tipo 2 en niños, niñas y jóvenes: añadiendo la perspectiva de desigualdad socioeconómica a la discusión actual

Type 2 diabetes in children and young people: adding the perspective of socioeconomic inequality to the current discussion

Manuel Ortiz<sup>1</sup>  
Báltica Cabieses<sup>2</sup>  
Paula Repetto<sup>3</sup>

Con más de 400 millones de personas que viven con esta condición, lo que representa alrededor del 90% de todos los casos de diabetes en todo el mundo, la diabetes tipo 2 es compleja y costosa. Es una enfermedad crónica de origen multifactorial, que puede causar ceguera, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, amputación de las extremidades inferiores y otras consecuencias a largo plazo que afectan sustancialmente la calidad de vida y los años de vida con discapacidad. Se estima que la prevalencia global de la diabetes tipo 2 se ha duplicado en los últimos 30 años y ahora incluye un rápido aumento en el número de niños, niñas y adolescentes<sup>1</sup>. La condición es mucho más compleja en estos grupos etarios, que tienen un mayor riesgo general de complicaciones en la vida dado el inicio mucho más temprano de la enfermedad. De acuerdo con una reciente editorial de *The Lancet* sobre esta temática (Editorial 2018), hasta el 2002 la diabetes tipo 2 no se consideraba una condición pediátrica. En la actualidad, no obstante, se estima que hay 3600 niños, niñas y jóvenes diagnosticados con la enfermedad cada año en los EE. UU. En el Reino Unido, se reportaron casi 7000 casos el 2018, como señaló Diabetes UK (2018). De manera inquietante, esta tendencia se refleja a nivel internacional, en particular en países de alto nivel de desarrollo en donde factores predisponentes y de riesgo como exceso de peso, mala

alimentación, sedentarismo y estrés afecta en gran proporción a niños, niñas y jóvenes (WHO 2016). Chile, como país de alto ingreso y miembro de la elite OECD desde el 2010, comparte estas problemáticas poblacionales, que, de acuerdo a la evidencia disponible, anticipan en estos futuros adultos y adultas pobres condiciones de salud y calidad de vida, así como riesgo de morbilidad múltiple y muerte prematura (Minsal 2017).

Reconociendo el cambio en la prevalencia de la diabetes tipo 2 hacia poblaciones cada vez más jóvenes, el 13 de noviembre del pasado 2018, la American Diabetes Association (ADA) publicó nuevas directrices para la evaluación y el tratamiento de la diabetes tipo 2 de aparición en la infancia y juventud (ADA 2018). Las personas jóvenes con diabetes tipo 2 tienen una forma más agresiva de la enfermedad, incluida una respuesta más deficiente a los medicamentos que reducen la glucosa y una mayor resistencia a la insulina. Las nuevas pautas recomiendan objetivos de HbA1c más estrictos y más bajos que los generalmente recomendados para adultos. Las pautas dan prioridad al manejo del estilo de vida adaptado a los pacientes y sus familias, ya que la mayoría de los niños y niñas con diabetes tipo 2 también tienen obesidad. Estas recomendaciones toman en cuenta la etapa de crecimiento del desarrollo del niño y niña. Es importante destacar que la salud mental y los aspectos culturales también se consideran,

Recibido el 11 de julio de 2019 . Aceptado el 19 de noviembre de 2019

1 Psicóloga. Facultad de Psicología, Universidad de la Frontera

2 Enfermera-Matrona. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correspondencia a: bcabieses@udd.cl

3 Psicóloga. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

ya que la obesidad a menudo se asocia con la discriminación y el estigma, y las normas culturales pueden afectar la dieta y el estilo de vida. No considera tan formalmente, sin embargo, el abordaje de desigualdades socioeconómicas en una población como una dimensión relevante de estudio y análisis.

Este es un problema de salud pública mundial que requiere acciones urgentes para desarrollar estrategias de prevención efectivas. Comprender los entornos obeso-génicos en los que crecen los niños, niñas y adolescentes es la clave para soluciones tan eficaces, pero estos entornos son complejos y multidimensionales. Como lo reconocen las nuevas pautas de la Asociación Americana de Diabetes (ADA)(2018), la diabetes tipo 2 es el resultado de una trayectoria de vida en entornos diabeto-génicos, que incluyen una dieta deficiente, sedentarismo, normas culturales y sociales, políticas alimentarias y disponibilidad de alimentos, entre otros. Sin lugar a dudas, estos entornos tienden a concentrarse en áreas de estatus socioeconómico más bajo en todos los países del mundo. La evidencia internacional demuestra que las desigualdades de ingresos, educativas y ocupacionales tienen una asociación inversa significativa con la obesidad y la diabetes tipo 2 en personas jóvenes(Hsu 2012) y adultas (Imkampe 2011). En respuesta al objetivo de desarrollo sostenible 10, para reducir la desigualdad dentro de los países y entre ellos, y para la carga mundial de la diabetes tipo 2 en los niños, niñas y jóvenes, abogamos por la inclusión de la desigualdad socioeconómica como una dimensión relevante. Las desigualdades socioeconómicas a nivel poblacional están relacionadas con los entornos obeso-génicos para la diabetes tipo 2 en niños, niñas y jóvenes a nivel de país y región y, por lo tanto, podrían tener una consideración más explícita en las pautas de prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición en niños y jóvenes. La reducción de las desigualdades socioeconómicas dentro de las sociedades no solo puede contribuir a la prevención y control de la diabetes tipo 2, sino también a muchas otras enfermedades y problemas sociales que están fuertemente relacionados con mala salud, muerte prematura y distribución inequitativa de la salud y el bienestar social.

El principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 en todas las edades es la obesidad, que se puede prevenir en gran medida a partir de una edad temprana. Algunos países ya han tomado medidas para combatir la obesidad al introducir impuestos al azúcar y reducir la exposición

de los niños y niñas a anuncios de alimentos poco saludables. A pesar de estos enfoques positivos, se necesita hacer mucho más urgentemente. La diabetes es un problema de salud pública mundial y solo puede abordarse con una acción concertada para desarrollar estrategias de prevención efectivas. Ciertamente que los niños, niñas y adolescentes no pueden ser responsables de vivir en ambientes obeso-génicos y la distribución desigual de áreas verdes, ejercicio físico, alimentos bajos en grasas y a costo asequible por las familias, entre otros, entre grupos socioeconómicos. De esta forma, la perspectiva de desigualdad socioeconómica requiere de mayor consideración y análisis en la vigilancia y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en niños, niñas y jóvenes. Estrechamente relacionado a este enfoque, está la mirada particular de la promoción de la salud, que se incorpora como un abordaje necesario para contribuir en el cambio de estilos de vida de individuos y comunidades, para desarrollar el bienestar general en su sentido más amplio y para asumir la intersectorialidad como una estrategia esencial de salud pública. Junto con estos elementos, las desigualdades socioeconómicas se sitúan fuertemente desde el modelo de Determinantes Sociales de la Salud y la consecuente distribución desigual y estructural de poder, prestigio y oportunidad de vivir una vida plena y sana.

Chile tiene un llamado especial en esta materia, al ser un país que presenta históricas desigualdades en educación, ingreso, territorio y acceso efectivo a servicios de salud, y que al mismo tiempo presenta elevadas prevalencias de sobrepeso y obesidad en su población infantojuvenil. Integrar la preocupación por las desigualdades socioeconómicas del país a abordajes de promoción de la salud y determinantes sociales, teniendo al centro el bienestar del niño, niña y joven y su desarrollo pleno, es un ejercicio urgente y necesario en nuestro país. Si la prevalencia creciente de obesidad y diabetes tipo 2 en los niños y jóvenes es aceptada como la nueva normalidad, la sociedad habrá fracasado estrepitosamente en su visión de salud y bienestar para las próximas generaciones.

## REFERENCIAS

1. ADA, American Diabetes Association. ADA guidelines for the Evaluation and Management of Youth-Onset Type 2 Diabetes, 2018. see <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2018/10/26/dci18-0052>
2. Diabetes UK. Diabetes prevalence 2018. See <https://www.diabetes.org.uk/professionals/position-statements-reports/statistics/diabetes-prevalence-2018>

3. Editorial. Type 2 diabetes: the urgent need to protect young people. *Lancet* 392(10162): P2325, December 01, 2018.
4. Hsu CC1, Lee CH, Wahlqvist ML, Huang HL, Chang HY, Chen L, Shih SF, Shin SJ, Tsai WC, Chen T, Huang CT, Cheng JS. Poverty increases type 2 diabetes incidence and inequality of care despite universal health coverage. *Diabetes Care*. 2012 Nov;35(11):2286-92. doi: 10.2337/dc11-2052.
5. Imkampe AK, Gulliford MC. Increasing socio-economic inequality in type 2 diabetes prevalence--repeated *cross*-sectional surveys in England 1994-2006. *Eur J Public Health*. 2011 Aug;21(4):484-90.
6. Minsal, Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud 2016-2017. Primeros resultados. Departamento de Epidemiología. División de planificación sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. See [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
7. WHO, World Health Organization. Global report on diabetes. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2016. See [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=7DFFFCE6AA77BC1DBDBA726C495139C7?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=7DFFFCE6AA77BC1DBDBA726C495139C7?sequence=1)



## Derecho al tiempo, derecho al cuidado

Right to time, right to care

Vinka Jackson<sup>1</sup>  
 Constanza Quintanilla<sup>2</sup>  
 Ignacio Fuentes<sup>3</sup>

La reciente promulgación en Chile de la ley por la imprescriptibilidad de los delitos de abusos sexuales contra niños, niñas y adolescentes menores de edad (2019, [www.abuso-sexualimprescriptible.cl](http://www.abuso-sexualimprescriptible.cl)), ha sido un hito histórico no solamente para nuestro país sino para todos aquellos que hoy están luchando por el reconocimiento del derecho a justicia y reparación para víctimas que, debido al tipo de trauma vivido y a su edad -con la indefensión, inmadurez neurobiológica y dependencia inexorables de la infancia-, ni siquiera podían reconocerse como tales al momento de sufrir los abusos.

Durante una década de trayectoria, cual cada acción, cada deliberación del activismo por el Derecho al tiempo, fueron guiadas desde la mirada del cuidado ético: a las víctimas, al propio proceso legislativo en el contexto de una democracia que asimismo merece cuidados; y a todos quienes fueron tomando parte (en apoyos y disensos). Desde los aportes de los derechos humanos, la psicología del trauma y la neurobiología y la medicina, sumado a los testimonios de sobrevivientes, fue posible avanzar en una ley que permitirá a las víctimas develar, elaborar y verbalizar lo vivido sin que esos tiempos indispensables sean limitados por la prescripción que durante años ha operado como un impedimento de justicia y reparación. La evolución que entraña esta ley es para las víctimas, pero también como sociedad pues conlleva un cambio de mirada respecto del tiempo humano -desde la niñez, las etapas del ciclo vital, sus posibilidades, sus quiebres, etc.- y las consecuencias a largo plazo que significan los eventos de

traumatismos sexuales, en las diversas áreas de la integridad humana, y los desafíos que abren en tiempos continuos, imprescindibles, de apoyos a la salud y reparación.

Durante el tramo final del trámite legislativo, apoyado con suma urgencia por el Gobierno, la pregunta constante que nos acompañó, justamente, fue cómo habilitar procesos de reparación en los cuales el ejercicio del derecho pleno a justicia -antes denegado- en tanto factor de salud, fuera de la mano justamente con el derecho de los sobrevivientes para acceder a apoyos de salud y a otros imprescindibles para aportar a su calidad de vida en el contexto del trauma ASI y de sus secuelas. Dado que la ley de imprescriptibilidad es para las nuevas generaciones, y que una mayoría de sobrevivientes adultos no accederá a justicia, la respuesta social en materia de salud es un imperativo ético todavía mayor. Si no pudimos interrumpir a tiempo los abusos, ni fuimos capaces de interceder ni auxiliar a tiempo, ¿cómo hacemos para materializar caminos de reparación que hoy sí sean accesibles para la mayor cantidad posible de víctimas?

Gracias a diversos estudios entre los cuales destaca el de la CDC (EEUU, 1997) sobre infancias adversas -ACEs, adverse childhood experiences- (Felitti 1998) hemos aprendido de las consecuencias e impacto del ASI en la salud de las personas durante su ciclo vital: problemas de salud física, a los cuales se suma la dificultad de acceso a apoyo psicológico en un país como el nuestro. En tiempos en que mucho se habla acerca de la crisis de salud mental, y el aumento del suicidio

Recibido el 7 de octubre de 2019. Aceptado el 5 de noviembre de 2019

1 Médica. Psicóloga especialistas en intervención en trauma ASI, prevención y ética del cuidado. Correspondencia a: [vinka.jackson@gmail.com](mailto:vinka.jackson@gmail.com)

2 Psicóloga especialistas en intervención en trauma ASI, prevención y ética del cuidado

3 Psicóloga especialistas en intervención en trauma ASI, prevención y ética del cuidado

—también para víctimas de abuso sexual infantil—, necesitamos prestar extrema atención a los daños y prevalencia del ASI que vuelven todavía más urgente la inclusión en AUGÉ de categorías de trauma complejo y/o trastorno de estrés post traumático (TEPT) por ASI, así como una reforma del sistema de ISAPRES que permita ampliar el acceso a psicoterapia para las víctimas —y diagnóstico expedito para niños y niñas en procesos de develación o cuyo ASI ha sido recientemente detectado e interrumpido—, considerando la delicada y cuidadosa tarea del reestablecimiento de las confianzas que precisamente el abuso sexual fractura, y que no pueden apurarse *a priori* por motivos azarosos. Estas necesidades que fueron planteadas en el curso del trámite legislativo, junto a la aspiración de una comisión de investigación y reparación del abuso sexual infantil, nos continúan ocupando. Pero en tanto se verifican los grandes ajustes y actualizaciones que requiere nuestra política pública en salud, no queremos dejar de lado preguntas que nos conminan como profesionales del área: ¿qué desafíos nos planteamos en nuestras prácticas cotidianas ante las diversas manifestaciones del sufrimiento humano?, ¿en qué podemos incidir para acompañar dolores, aliviar, evitar sufrimientos evitables, mejorar la calidad de vida de sobrevivientes de trauma? ¿Es posible optar por una ética del cuidado donde converjamos diversas disciplinas en la forma de concebir la atención en salud a niños y niñas víctimas y a mujeres y hombres sobrevivientes de ASI?

Pensamos que un aspecto muy concreto es la formación, difusión y colaboraciones interdisciplinarias, que propicien cambios en las nociones en la atención —toda: primaria, pública, privada, etc.— y en prácticas que tendrían un efecto positivo muy significativo para los sobrevivientes. La especialización de profesionales y equipos en todo centro de salud, en temáticas asociadas al traumatismo psíquico, abuso sexual infantil intrafamiliar, y TEPT, es muy necesaria, y en realidad imprescindible. La categoría de TEPT, hoy ampliamente reconocida, no sólo ha permitido abrir la puerta a múltiples estudios y reflexiones científicas en relación al trauma y el sufrimiento humano. En víctimas de atrocidades como el ASI (y otras formas de tortura), se percibe un sentido reconocimiento de este trastorno desde una sensación de legitimación de diversos sufrimientos con los que han debido y/o deben convivir como resultado de sus infancias devastadas por el abuso; sufrimientos que bajo un mismo nombre, permiten ser inscritos en la propia historia y devenir de una forma

menos amenazante, o ser compartidos con otras personas, volviendo un poco menos indecible, una experiencia esencialmente inenarrable (Van der Kolk 1996).

Lo anterior, si ya no lo ha sido, debe incorporarse desde ya en mallas curriculares de carreras que tengan trato directo con usuarios/pacientes, como parte de una formación además ética, en la ética del cuidado como un marco conocido, transversalmente, por profesionales y funcionarios de salud que, en diversos ámbitos y modalidades, tienen relación con usuarios. Del mismo modo, es inseparable de esta mirada formativa, el relevar constantemente las determinantes sociales de la salud, de la violencia, y una mirada del ser humano traumatizado por el ASI que no separe lo biográfico del contexto histórico, cultural, social en que creció esa persona —sin cambiar su atrocidad, puede ser muy distinta la experiencia del ASI vivido con apoyos como la escuela, acceso a cultura, viajes, o rodeado de precariedad en la pobreza, sistemas de protección, en redes de explotación sexual— y el estado de fragilidad en que puede encontrarse la víctima en distintos momentos de su ciclo vital. Esta es una consideración fundamental a inscribir y desplegar en toda atención provista por centros a los cuales concurrirán sobrevivientes por otras urgencias o necesidades de salud, que no son separables o impermeables a una experiencia de vida donde se incluyen los abusos sexuales y sus secuelas (un relato que escasamente será compartido en contextos que no sean el círculo cercano o el espacio psicoterapéutico). ¿Cómo respondemos ahí? Aunque existan guías clínicas y orientaciones de diversos organismos, internacionales y locales, en relación a la primera respuesta de víctimas infantiles y adolescentes de abuso sexual, es mucho menos frecuente que se expliciten criterios específicos de atención para sobrevivientes adultos traumatizados por ASI. Esto permanece como desafío.

Hoy en día, debido a la magnitud y destrucción que causa el abuso sexual infantil, y que ha llevado a su calificación como pandemia (UPD 2018), es que éste debe abordarse necesariamente como un problema de salud pública (MINSAL 2016) donde se requiere incorporar una mirada multidisciplinaria desde diversas profesiones de la salud, tales como: psiquiatría, ginecología, odontología, enfermería, odontología, kinesiología, terapia ocupacional, etc. La OMS señala que el impacto del abuso sexual explicaría un 6% de casos de depresión, 6% de abuso o consumo de drogas, un 8% de intentos de suicidios, un 10% de trastornos de pánico,

un 27% de estrés postraumático, además de otros comportamientos y factores de riesgo que pueden contribuir a algunas de las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad (OMS 2006). Es más, globalmente, 1 de 8 adultos reportan situaciones de abuso sexual en la infancia y casi 1 de 4 reportan experiencias de maltrato físico (Stoltenborgh 2015), por lo que los daños en la niñez deben ser vistos como un desafío mayor que requiere no solamente un cambio en las políticas de salud y atención, sino también un cambio social en diversas esferas de convivencia, y profesiones que tienen contacto con personas.

Por supuesto cada víctima es una persona única, y existe un número de factores que pueden ser anteriores al trauma, peritraumáticos (severidad, repeticiones, relación del abusador con la víctima, duración del abuso y etapas que atraviesa), y post trauma, y todos incidirán de diversas maneras en la trayectoria de reparación, así como en las actitudes y respuestas de los sobrevivientes en relación a su salud. Como psicólogos que trabajamos en esta esfera, somos testigos cotidianos de las consecuencias emocionales, físicas y sociales de la violencia sexual en la infancia, que se manifiestan de forma distinta en cada persona: también en relación a sentimientos, frustraciones y ansiedades relativas a su estado general de salud, y/o a la atención de salud propiamente tal. Por ejemplo, en relatos de sobrevivientes adultos de ASI prolongado, que no son depresivos ni están deprimidos, aparece periódicamente la idea de la muerte como un “descanso” y no porque no aprecien sus vidas o quieran morir, sino por una extenuación arrastrada desde los años de vivir en el horror del ASI, y por la continuidad de ese desgaste en la convivencia con secuelas y limitantes post traumáticas durante la adultez. No es infrecuente que, ante un control anual de próstata o un PAP, o un simple examen de sangre, las y los sobrevivientes eviten concurrir sólo por librarse de la angustia de exponer sus cuerpos a interacciones físicas (inseparables de la emoción) que pueden vivirse como intimidantes: sólo desvestirse puede serlo, o abrir la boca en el dentista (recordemos que una forma recurrente de ASI involucra lo bucal en lo que solo podemos definir como otra forma de violación). El cuerpo, aunque no quiera, recuerda. Van der Kolk (2014) señala “*toda memoria es una encarnación*” y nos cuesta pensar en una mejor descripción de lo vivido por sobrevivientes de trauma sexual que ante una sola palabra o roce, pueden quedar expuestos a las evocaciones más terribles de su experiencia, completamente vívidas a nivel

corporal, fisiológico, con sensación inescapable, reales en tiempo presente.

Hoy en día, los profesionales -y la propia sociedad, gracias a procesos legislativos, divulgación en los medios, etc.- tenemos un mayor conocimiento general de la experiencia del ASI. La evidencia científica, de forma destacada, ha propiciado un nivel de comprensión cada vez más específico de la fenomenología del abuso y de los cambios neurológicos y fisiológicos causados por el trauma vivido durante años y años de la niñez (así como en sus secuelas que se proyectan a etapas posteriores). Cambios en la función y estructura cerebral, fragmentación de memorias, desregulación del sistema nervioso autónomo y del sistema límbico, alteración de mecanismos de detección del peligro y extinción del miedo, sentimientos de angustia y terror (inclusive muchos años después de la niñez, o de la muerte de los abusadores), estupor, evocaciones traumáticas experimentadas en tiempo real (*flashbacks*), trastornos en la esfera de los afectos y la sexualidad, de la toma de decisiones, la lista es desoladora. Y sin lista, basta para desolarnos, el hecho de que el cerebro infantil en vez de orientarse al aprendizaje y la adquisición de conocimientos y herramientas para la vida, deba ocuparse en sobrevivir, sortear o evitar (si llega a ser posible) los peligros, amenazas abrumadoras y daños físicos y morales asociados a la vivencia de los abusos, desviando energía indispensable para un crecimiento y desarrollo saludable. En la mirada del ciclo vital, el impacto del estrés tóxico sostenido durante la infancia se proyecta a la adultez con una mayor incidencia de ciertos trastornos y enfermedades crónicas (cardiorrespiratorias, por ejemplo), aumento en la probabilidad de adicciones, depresión, suicidalidad, y una potencial mengua de la esperanza de vida de hasta veinte años (según los estudios de CDC), entre otros perjuicios. Las solas probabilidades -que por cierto no son designios y pueden beneficiarse del influjo de actos de cuidado, salud, contención y resignificación en sus múltiples esferas- dan para concentrar todos los esfuerzos como país -un ejemplo es Escocia- en la prevención de violencias infantiles y otras experiencias adversas de infancia.

Sin perder de vista progresos valorables y la creciente evidencia científica que puede aportar a nuestro quehacer, el abuso sexual infantil nos sigue conminando a un constante autoexamen y a hacernos la pregunta, muy franca, acerca de cuánta formación tenemos, cuánta recibimos en el pregrado, qué más necesitamos para que nuestra atención tenga mayor potencial de apoyar, o al

menos no dañar procesos de reparación en trauma ASI. Asimismo, es esencial que el sistema de salud, en todo centro, dé cuenta de una comprensión suficiente de la prevalencia del ASI, dado que en pocos espacios podemos suponer con tanta seguridad, la concurrencia cualquier día -en cualquier consultorio o clínica- de víctimas y sobrevivientes de ASI. Seres humanos de distintas edades para quienes algo tan sencillo como la forma de saludar, el tono de voz y el lenguaje de quien atiende, la actitud de escucha y de dar crédito a lo que es comunicado -así sean los síntomas de un resfrío común-, o la solicitud nada de trivial de desabotonar una blusa o camisa para ser examinados, puede hacer toda la diferencia en desencadenar o no una evocación traumática. Hemos acompañado a sobrevivientes quienes luego de una atención médica sentida como invasiva, indolente o sojuzgadora, han experimentado flashbacks, ideaciones o intentos de suicidio, o que se han autolesionado gravemente, dañando su trayectoria de reparación, y agudizando resistencias a recurrir apoyos en salud (algo que puede observarse inclusive en enfermedades como el cáncer).

Los sobrevivientes de ASI pueden vivir con una sensación general de miedo e inseguridad -con distintas intensidades y periodicidad- que es herencia de del trauma o de la inexistencia, simplemente, de un aprendizaje o experiencia perdurable del amparo y el cuidado cuando niños. Sentirse seguros, “*a salvo*”, requiere de personas, de profesionales que tomen en cuenta y validen sus inquietudes, su autoconocimiento, sus límites, así como también sus negativas. Explicar los procedimientos, informar anticipadamente, hablar con calma, preguntar a los usuarios si quedan dudas, proponer expresarlas de distintas maneras si es más fácil -oralmente o por escrito-, puede tener un estatuto muy distinto a las experiencias adversas impuestas a la fuerza en el pasado. De ahí que cualquier tipo de elección que se entregue a los pacientes -por pequeña que parezca- resulta también una invitación al reconocimiento, respeto y agenciamiento (en algunas ocasiones por vez primera) de una singularidad. ¿Cómo pueden preservarse, en una situación de asimetría e inexorable disparidad, derechos humanos y aquellos términos de relación que cuiden la integridad y dignidad del otro?: ésta es una pregunta fundante del cuidado como ética. A la base de aprendizajes y actividades humanas como el autocuidado -o autogobierno- y en el desarrollo del consentimiento, las preferencias, los límites y los derechos son determinantes, y aun en condiciones no adversas,

hablamos de una trayectoria delicada, progresiva, que requiere de mucho tiempo para asentarse. Al fragor de asaltos y saltos de tiempos vitales como los que impone el ASI a sus víctimas en la niñez y adolescencia, el esfuerzo requerido será no sólo mucho mayor, sino que puede sentirse -en decisiones tanto rutinarias como de mayor complejidad- como abrumador y desmoralizante. Todo apoyo en este sentido, toda escucha -la sola escucha respetuosa, inclusive, independientemente de cursos de acción que sigan- de las afirmaciones y/o declinaciones y negativas expresadas por las víctimas, tiene un valor inconmensurable para las trayectorias de reparación.

En la esfera de los derechos, la carta de los pacientes ha sido y es un aporte, pero necesitamos más. Guiarnos desde el entendimiento que toda interacción en el sistema de salud ya es una intervención: desde la persona que en la recepción realiza las primeras preguntas (o pide llenar un formulario), hasta el equipo médico que participa en una cirugía. Las prácticas informadas en trauma, aplicables a todas las interacciones, prácticas y actividades sanitarias, deberían a lo menos incluir y promover ciertas condiciones como la seguridad, confiabilidad, la escucha y posibilidad de elección (o consentimiento) o participación en decisiones que afectan la propia salud y la propia vida, el empoderamiento de las personas, la atención a aspectos biográficos y culturales en la salud de las personas. Estos últimos revisten mayor importancia en relación, por ejemplo, a fenómenos migratorios ocurridos en el último periodo, siendo un desafío para los profesionales del área poder reconocer prácticas situadas culturalmente, así como las condiciones de afectación a la salud mental -como traumas en sí mismos- que significan vivencias como el desarraigo y la pérdida de referentes asociado a la migración.

Nos parece pertinente citar en extenso a Bein(2011), quien refiere que los objetivos comunes de atención médica para los sobrevivientes adultos son que puedan sentirse seguros, tener acceso a la información, poder contar con o bien ser derivados a referentes de atención médica que entiendan la violencia sexual. Hay algo que observar, y aprender, desde el ámbito de la justicia donde la defensa legal presenta diferentes caminos a los sobrevivientes. Los defensores, por ejemplo, tienen una gran capacidad de desglosar información complicada en piezas manejables y ayudar así a las víctimas a navegar en situaciones cargadas de emociones, con respeto y tratando de proteger siempre la elección de la/el sobreviviente. El

sistema de justicia puede ser hostil, aterrador o confuso. Por eso los defensores establecen alianzas colaborativas tanto con los propios sobrevivientes como con otros profesionales que puedan ayudar, por ejemplo, a producir guías y diagramas de flujo para mostrar las distintas opciones de la víctima en el sistema legal penal, o civil, y pensar en conjunto, “fuera de la caja” de una defensa legal tradicional. Estas habilidades y formas de trabajo podrían ser utilizadas en una diversidad de problemáticas y desafíos de la atención médica de sobrevivientes de trauma ASI.

No podemos olvidar que el sometimiento y el silencio son vertebrales en las dinámicas de abuso sexual infantil; y que ni un mínimo desacuerdo o reparo podía ser expresado por la víctima al abusador-cuidador. Como adultos, todavía, expresar los propios deseos, necesidades o las emociones más elementales (pena, temor) puede ser un tremendo desafío para los sobrevivientes. Más todavía en contextos asimétricos de poder, y peor en culturas donde se endiosa a la autoridad, no se la cuestiona, y se le hace caso ciegamente. Si consideramos que la mayor parte de los abusos sexuales a niños, niñas y adolescentes ocurren en el entorno familiar y por conocidos, es importante relevar que este hecho incide de manera directa y contundente en las manifestaciones psicológicas y físicas del sufrimiento, junto con las dinámicas traumatogénicas que llegan a dominar y someter a las personas atacadas (Finkelhor 2005). Lo anterior, influirá además en el tiempo que conlleva a la persona desbloquear, recordar y elaborar los ataques, eso si cuenta con el espacio adecuado y las redes de apoyo tanto familiares, como sociales, de salud, educativas, entre otras. Sumado a ello, resulta crucial que distingamos en las personas que fueron víctimas de ataques sexuales intrafamiliares reiterados, entre dinámicas de lealtad hacia los agresores, sentimientos de temor, odio y amor, junto a la dependencia de tipo económica -y afectiva muy probablemente-, expandiendo la dimensión psicológica de la vulneración y los lazos establecidos. La cronicidad del ASI finalmente impacta en los tiempos que se necesitarán para un proceso psicoterapéutico que dimensione, acoja y acompañe las severas secuelas que estas transgresiones instaladas generan.

En este sentido, cabe recordar que todo abuso sexual es primeramente un abuso de poder, y parte de sus consecuencias es la implantación de una sexualidad excesiva y desbordante (y adulta) en un psiquismo infantil que no tiene -ni puede por las condiciones de dependencia radical hacia

los adultos-, las posibilidades de metabolizar por sí mismo tal destructivo evento. De este modo, las condiciones para su sanación deberían considerar la especificidad de relaciones profesionales que puedan volver a generar condiciones traumáticas en caso de no ser llevadas a cabo con la especialización requerida, puesto que se arriesga replicar dinámicas de poder que pueden finalmente interferir o impedir el objetivo reparatorio que persiguen. Por eso las apelaciones a nuestra sensibilidad, cuidado, creatividad y nuestra flexibilidad, son de la mayor importancia. Si una mujer expresa que se siente angustiada -rasante en una crisis de pánico- frente a un determinado procedimiento o en presencia de enfermeros hombres, esto necesitará ser tomado en cuenta. O si un sobreviviente comparte que un poco de música puede ayudar a reducir la tensión corporal -con menor probabilidad de memorias intrusivas- frente al contacto inevitable del instrumental médico, asimismo esto podría acogerse con bastante facilidad (por ejemplo, usando el teléfono celular). Si este tipo de consideraciones no tienen espacio ni son un elemento habitual de la atención de salud, necesitamos ver la forma de favorecer su inclusión.

Conscientes de que los recursos pueden ser limitantes, no podemos desconocer el impacto que tendría en el sistema público y privado de salud poder contar con alguna persona o equipo especializado que pudiera orientar, formar continuamente, o ser consultado caso a caso, sobre la mejor forma de trabajar con sobrevivientes de ASI tanto en la atención clínica como en hospitalaria (más o menos prolongada). Se han reportado situaciones con mujeres ancianas que aun en estado de sopor reaccionan violentamente al contacto de enfermeros o médicos hombres, y niñas o mujeres en coma cuyos indicadores vitales se alteran en presencia de determinadas personas. Deviene un desafío pensar en cómo apoyar a los proveedores de salud, o trabajadores de la salud, para poder entregar a sobrevivientes y víctimas una atención que integre derechos humanos, la perspectiva de género, la interculturalidad. En suma, una ética del cuidado que se refleje en la orientación a construir una base de confianza en las relaciones, con disposición a escuchar -y dedicar el tiempo, a pesar de otras presiones, para hacerlo-, y a realizar/recibir preguntas y acoger la información comunicada por el paciente, brindando oportunidad o pidiendo a los usuarios que describan con sus propias palabras lo que se les compartió como indicación profesional, facilitando así una apropiación subjetiva de aquello que, de otras formas,

puede experimentarse como otra imposición/negación.

No se agota lo que podríamos compartir en un ámbito que nos compromete y apasiona, también, y hay un diálogo que crece como sociedad, y que todavía tiene mucha superficie de vuelo por explorar, juntos, desde nuestras disciplinas y vocaciones dedicadas al cuidado. Pero queremos terminar, compartiendo algunas ideas y sugerencias que podrían ser utilizadas, criticadas, desarmadas y vueltas a armar, con miras justamente a sembrar la inquietud de una apropiación antes que una imposición. Cabe recordar, que en nuestra realidad local se asiste mucho más al doctor que al psicólogo, y cada espacio de cuidado y buen trato puede incidir en una respuesta humanizante que permita restituir, en sus diversos aspectos, la confianza en el lazo social dañado por el ASI, y quizás, por otros sufrimientos y violencias que también nos fragilizan como colectivo, pero que nos presentan, al mismo tiempo, la oportunidad de agenciar preguntas, puentes, solidaridades, cada uno y juntos, en el deseo de contribuir a aliviar y acompañar, pero sobre todo a evitar sufrimientos que sí pueden ser evitables.

### **SUGERENCIAS A PROFESIONALES DESDE LA PSICOLOGÍA**

Las sugerencias que siguen, son una muy una resumida colección de recomendaciones que incluyen impresiones y sugerencias de sobrevivientes -incluidas psicólogas/os sobrevivientes- con quienes trabajamos, recomendaciones técnicas, y *típs* compartidos por profesionales de salud que ejercen en Chile y otros países (como EEUU, por ejemplo). Todo es parte de un trabajo en desarrollo sobre orientaciones para atención de salud de sobrevivientes de trauma ASI (que esperamos compartir en 2020).

Estas sugerencias y aproximaciones pueden ser leídas y discutidas por todos/as aquellos quienes tienen contacto directo con pacientes y usuarios, no únicamente profesionales del área médica. Estamos pensando en toda persona que desempeñe funciones ligadas al sistema de salud -en diversas áreas, incluidas aquellas de servicio y orientación a usuarios de Fonasa o Isapres- y que tenga trato directo con pacientes. Desde la premisa de que el cuidado de todos/as nos concierne a todos/as, cuanto mayor sea la comunidad de criterios y consistencia, mayor será el beneficio para quienes reciben la atención de salud.

Una pregunta relevante, que merece tiempo de

reflexión, de diálogo entre disciplinas, y que vale considerar en este contexto, es acerca de la pregunta realizada a pacientes adultos y jóvenes y a los cuidadores que acompañan a niños y niñas, en la anamnesis vía oral o por escrito, sobre sus experiencias de violencia física y/o sexual (del pasado reciente o lejano). A esta pregunta general, puede seguir la pregunta específica sobre experiencias de abuso sexual, incesto, violación, explotación sexual comercial infantil. Sabemos que existen lugares donde, por protocolo, las atenciones de a lo menos un número de especialidades incluyen esta línea de preguntas, justamente por el riesgo de victimización secundaria que puede prevenirse o aminorarse en una atención bien informada. Sin embargo, lo que puede ser una práctica habitual en otros países y culturas, y reconocida como una ayuda -no como una intromisión- desde los propios usuarios de los sistemas de salud, necesitamos contemplarla a la luz de nuestras realidades, y de la vivencia de los sobrevivientes mujeres y hombres, de distintas edades -muchos de ellos adultos mayores-, en un país donde hace relativamente poco tiempo se ha abierto el tema a nivel social, y donde hace menos tiempo aún, hemos comenzado a contar con legislaciones al respecto que han ido permitiendo una mejor comprensión del fenómeno.

A pesar de los avances en nuestro país, el ASI continúa siendo un tema que coexiste con estigmas, confusiones (si no hay violación es “menos abuso”; si un niño abusado llega a un colegio, puede “exponer” a otros niños) y una necesidad, todavía, de mucha información y educación. Recordemos que nuestra sociedad aun en este siglo, habilita un número de prejuicios y juicios, inclusive sanciones -es cosa de observar la respuesta a licencias médicas, o en entornos laborales-, a personas que viven con problemas y dolencias de salud mental, o enfermedades graves como la depresión. En un contexto como éste, la forma de incorporar una pregunta necesaria y útil para la atención de salud -como aquella acerca de experiencias de violencia sexual, o ASI- requiere de un muy dedicado análisis, progresiones, evaluación de impacto y brechas, antes de ser asumida como criterio universal. La conversación vale ser planteada; invitémonos a sostenerla. Por ahora, queda la proposición de considerar esa pregunta, cada uno, como una constante en nuestro quehacer: ya sea que la expresemos en voz alta -porque se vuelve inexorable hacerla en determinadas situaciones y con determinadas personas- o que la conservemos como una voz interna que quiere

recordarnos esa probabilidad biográfica, lamentablemente muy alta, en cada encuentro con otro ser humano, humana, para hacer todo a nuestro alcance por evitar sufrimientos evitables, y cuidar mejor.

- En primer lugar, una recomendación general es iniciar la atención saludando cordialmente, con un saludo con un apretón de mano, o con palabras y tono amable (buenos días, tardes). Si es posible, se sugiere tomar unos segundos para preguntar a la/el paciente si prefiere que lo traten por su nombre o apellido, de tú o de usted, para fortalecer un trato que además de bueno sea dignificante, evitando a toda costa el uso de diminutivos o formas de dirigirse a las personas que, aunque intenten expresar aprecio o infundir calma, resultan disonantes con la instancia de una atención en un centro de salud (mi reina, mi rey, mi princesa, príncipe, mi niña, mi niño, m'hijita, abuelitos, mamita, papito, etc.).
- Se trate o no de una primera atención, la escucha trasciende lo que es conversado. Potenciar sensibilidad al estado de ánimo del sobreviviente, lo que expresa con palabras y claves no verbales (paralingüísticas, proxémicas, etc.)
- Aun sin conocer la historia de vida completa de quienes estamos atendiendo, conviene anticiparnos y estar atentos a lo que se dice y lo que no se dice en el espacio de atención, teniendo presente la epidemiología existente respecto del abuso sexual infantil, su prevalencia y la probabilidad de que estemos en presencia de alguien que lo vivió (aunque no lo relate).
- Recordar que las emociones -y consiguientes respuestas fisiológicas- son respuestas evolutivas que tienen como fin el comunicarnos de manera más inmediata con nuestros semejantes, y por ende, facilitar la comprensión del estado interno de otros. La información provista por el estado emocional del paciente, su ánimo, la mirada u otros gestos, la tensión corporal, las inflexiones del discurso (sus pausas y silencios), etc, es información a tomar en cuenta. Hay muchas sensaciones del sobreviviente de las cuales no se acusa recibo o que se gestionan desde quienes atienden desviando atención hacia cualquier tema cuando a veces, lo más sencillo y más afín al cuidado, sería preguntar o hacer reconocimiento de lo que atestiguamos (por ejemplo, ofreciendo un pañuelo desechable si alguien llora, o reafirmando que toda emoción tiene cabida, “entiendo que esto pueda causar nerviosismo, aprensión”).
- En la realización de un examen físico -que

involucre cualquier parte del cuerpo, desde el brazo para una muestra de sangre, la apertura de boca con un bajalenguas, situar el estetoscopio en el pecho o la espalda, hasta exámenes ginecológicos, proctológicos, etc.-, los proveedores o profesionales de salud pueden orientarse a prevenir y/o minimizar el estrés o sufrimiento, respetando límites corporales y emocionales de la persona. ¿Es siempre necesario desvestirse, obedeciendo a una instrucción de hacerlo, sin mayor explicación? ¿Es posible subirse a la pesa sólo sin zapatos y abrigo, pero sin necesidad de hacerlo en ropa interior?

- Se recomienda el uso de un lenguaje, de conceptos y terminologías -médicas, dentales, etc.- comprensibles y sensibles al género de la/el sobreviviente, su edad (por diferencias generacionales), etc. Que el diálogo permita momentos de escucha, asimilación, y abra en lo posible formas alternativas de expresión -si lo oral se hace difícil para el paciente, podría escribir o dibujar, o mostrar- y de relato. Si sigue siendo demasiado arduo para un paciente comunicar algo, ofrecer, cuando se pueda, dejar información para ser compartida en una futura ocasión (o tal vez compartir correo o teléfono, según protocolos institucionales que se recomienda tener).
- Informar acerca del sentido y/o posibles resultados de exámenes o procedimientos que se realicen o vayan a realizar próximamente. Ir entregando información anticipada (ojalá con apoyos gráficos, escritos, fáciles de comprender y recordar), describir instrumentos, etapas o tiempos estimados, qué esperar o qué no, etc.
- Siempre que sea una posibilidad, es fundamental ofrecer la elección del género y/o edad del examinador. En muchos lugares ya es un estándar que esté otra persona presente durante la atención médica y dental de pacientes adultos, y también niños (aun cuando en general concurren acompañados).
- Usar instrumentos poco amenazantes en lo posible -o buscar una forma de morigerar el impacto visual o táctil-, y posicionarse físicamente de tal forma que se aminore la incomodidad o estrés y ansiedad del paciente.
- Si es posible, frente a emociones de alto estrés, terror o ante la petición de la persona, contemplar uso de ayudas -sedativos- antes de un examen invasivo, por ejemplo con espéculo en el caso de las mujeres, o de un procedimiento dental sencillo (limpieza, control de seguimiento).

- Si es primera vez que un/una sobreviviente habla del abuso -situaciones que se dan con frecuencia en la consulta ginecológica o en exámenes como ecotomografías transvaginales-, es esencial ofrecer una respuesta acogedora, comprensiva, no juzgadora, que establezca claramente la no-responsabilidad de la víctima al tiempo que se valora la develación. Abstenerse de consejos o advertencias que por bienintencionados que sean, solo refuerzan la soledad y el estigma -por ejemplo, algunos que frecuentemente nos comparten pacientes mujeres: “mejor no le cuente a su pareja para que no le pierda el respeto ni le tenga lástima”, o “para que no se afecte la dinámica de la relación sexual”-, y revictimizan.
- Ya sea que una primera develación ocurra en la consulta o que, en una primera consulta con un determinado especialista, la/el sobreviviente comparta información sobre su historia de ASI, es importante explicitar la confidencialidad y cuidado que guía el tratamiento de esta información. Hay sobrevivientes que si bien pueden llegar a compartir su historia con el profesional de salud, no quieren que ese dato se registre en su ficha médica. Eso necesita ser acogido.
- En cualquier atención, consultar a la persona por sus preocupaciones, necesidades, comprometiéndose a responder sus preguntas de la mejor manera y más completa posible.
- Asegurar respeto y cuidado de la privacidad: hablar y reflexionar en torno a lo que la víctima, el profesional de salud, u otros profesionales elijan como posición frente a lo que se comparte con terceros, o en coberturas periodísticas, si fuera el caso.
- Es fundamental, previa consulta y acuerdo con el paciente, incorporar a aquellos terceros significativos como red de apoyo para acompañar a quienes han sufrido ASI. El apoyo a la red más cercana del sobreviviente -familia, pareja, hijos mayores de edad, etc.- es un facilitador y apoyo en la salud y proceso de reparación del sobreviviente, por ejemplo, en compartir información que ayude a sus terceros significativos a entender el proceso o determinados síntomas del trauma, así como posibles respuestas que éstas podrían requerir.
- Proponer a la o el paciente, aunque sea adulto, entrar acompañado a la consulta; o permitir esperar fuera del box de espera como indicio que hay alguien de confianza que estará allí, al alcance, en cualquier momento del procedimiento, idealmente posterior al final.
- Integrar a la evaluación física, médica, los aportes del sobreviviente en relación a su salud emocional y psicológica.
- Considerar las diferencias entre sobrevivientes respecto de su disposición a compartir y qué comparten de su experiencia como información de apoyo al profesional de salud.
- Priorizar el uso de preguntas abiertas, así como tener especial cuidado en no redundar ni insistir en detalles que pueden ser re-traumatizantes e innecesarios en el momento vital (no somos investigadores científicos ni policiales, no estamos en búsqueda de datos para nuestros estudios ni de relatos verificables para un juicio, y nuestra prioridad e interés es dar crédito a las víctimas y atenderlas en el rol y capacidad que nos compete).
- Vectores de cuidado son el respeto incondicional y la no discriminación hacia los usuarios, así como el reconocimiento de cada persona en tanto conocedora de su cuerpo, su transcurso, sus dolores. Es importante propiciar la participación de las/los pacientes, cada vez que sea posible, en decisiones que tendrán implicancias para sus vidas. Podemos a lo menos escuchar opiniones, preferencias, y límites, y tomarlos en cuenta en el diseño y entrega de la atención de salud. Eso ya significa una validación y un estímulo al ejercicio del consentimiento y de la autonomía; y un apoyo en la reparación.
- Por último, queda a consideración de los profesionales en sus diversos entornos de atención, la posibilidad de dejar establecido un puente, sobre todo si ya están en conocimiento del trauma ASI de sus pacientes, a fin de facilitar la comunicación y accesibilidad en situaciones o ante inquietudes que para los sobrevivientes pueden vivirse con gran angustia, y que pueden ser relativamente sencillas de resolver o iluminar, a través de un mensaje telefónico o vía email. En nuestra experiencia clínica de intervención en trauma ASI -en la respuesta a necesidades y urgencias que pueden surgir 24/7-, es rutinaria la entrega de información que permita a las personas contactarnos en cualquier momento. Es un factor que apoyo y seguridad durante la reparación, al que se recurre con moderación, pero que los sobrevivientes expresan como muy significativo y tranquilizador.

## **DESAFÍOS INTERDISCIPLINARIOS**

Finalmente, nos gustaría compartir algunas proposiciones a considerar y reflexionar en la perspectiva de un quehacer interdisciplinario que resulta indispensable e inseparable de respuestas sociales efectivas frente al fenómeno del abuso

sexual infantil –en las dimensiones de prevención, detección, reparación, atención en salud, procesos de justicia con valor restaurativo, educación ciudadana, protección y garantías integrales a la infancia, articulación de recursos comunitarios de apoyo en el cuidado infantil y para la reparación, agenciamiento de cambios en la política pública y legislaciones, entre otras- que no se agota en los desafíos que todavía nos presenta.

- Apoyo a estudiantes en profesiones de la salud y a profesionales médicos, con miras a potenciar la formación en su ámbito, y también en legislación y deberes sociales, de justicia, ética del cuidado en relación al abuso infantil y el ASI, específicamente.
- Problematicar, pensar los valores y creencias del profesional en relación al ASI y las experiencias de violencia sexual vividas por adultos en la niñez y adolescencia; qué mitos persisten (el trauma es sólo psíquico), qué tabúes (mejor no hablar de esto), mecanismos de relativización de daños (ya pasó hace mucho tiempo; está exagerando), miradas condicionadas según género (adolescentes o mujeres sabrían a lo que se exponen) que resultan exculpatorias de abusadores y de respuestas sociales como la indiferencia o la impunidad, etc. En esta misma línea, pensar en cómo nos vinculamos o nos situamos en relación a los derechos humanos de la infancia –su conocimiento, promoción, nuestras propias tensiones y cuestionamientos- y a determinantes sociales de la salud, y de atrocidades como la violencia sexual contra niños, niñas y mujeres, víctimas históricas de coerciones y violaciones a la integridad, tan aterradoras y convincentes, tan destructivas del ser, que imposibilitan cualquier resistencia o escape de sus victimarios (Herman 1992).
- Cabe una pregunta sobre cómo observamos o reconocemos abusos cotidianos, y/o confusiones que se habilitan desde el poder –con esfuerzo y mérito se puede lograr todo, las “elecciones” dependen de cada uno, la vulnerabilidad como un defecto o anomalía y no como una condición humana, la razón vs la emoción, la separación de cuerpo y mente, el apego como algo a favorecer o cancelar según necesidades productivas y no del desarrollo infantil, entre otras-, que afectan, tensionan y hasta pueden demoler las trayectorias de reparación de víctimas de trauma, y peor aún, sostener y amplificar la probabilidad de nuevas vulneraciones con generaciones actuales de niños.
- Una reflexión primordial de la ética del cuidado,

completamente pertinente a la atención de salud de víctimas de trauma ASI, es cómo preservar términos de respeto por la integridad y derechos del prójimo, en una situación de inevitable asimetría (relación médico paciente, profesional-sobreviviente, adultos-niños, etc.). En esta pregunta se abre otra igualmente relevante en relación a cómo situarse en la escucha y la intervención, prescindiendo de juicios –o formas de interacción y comunicación que aun sin intención de reproche, sean así recibidas por víctimas y sobrevivientes. Sobrevivientes que conviven por ejemplo con trastornos alimentarios, consumo abusivo de sustancias (drogas, alcohol, inclusive cigarrillos), reportan haber recibido de parte de sus profesionales comentarios genéricos tales como “usted no se cuida/ha cuidado”, o bien, “si hubiera venido cuando correspondía”, etc., que han sido revictimizantes. Es posible comunicar sin ocultar ni alterar información vital, y hacerlo de manera franca y respetuosa, pero prescindiendo de juicios.

- En procesos de reparación, observamos cómo se vuelve cada vez más necesaria la pregunta de cómo incorporamos a la atención de los sobrevivientes, el trabajo con sus familias o terceros significativos para abordar el apoyo en salud mental, y orientar cómo vincularse a la atención médica de manera asertiva. Tanto los sobrevivientes, como sus familias, valoran estas instancias que pueden darse en distintas modalidades; psicoeducativa, de psicoterapia grupal, u otras formas (por ejemplo, apoyando procesos de otras familias de sobrevivientes).
- Contar con sistemas de registro de información bien definidos, y de igual modo, precisar con la mayor exactitud canales y destinatarios de la información. En este proceso vale preguntarnos qué significados conferimos, o qué ética del cuidado guía nuestra recepción de las historias compartidas por nuestros pacientes, y la manera de tratar esa información ¿Priorizamos ser testigos que escuchan y acompañan procesos de salud, de reparación, o bien contemplamos estudiarlos, acopiar datos para nuestro próximo paper, o para aportar pruebas a un proceso judicial?, finalmente ¿el otro como objeto o como sujeto? Sincerar estas posiciones frente a nosotros mismos es parte del autoexamen que nos ayuda a precisar los términos o estándares preferidos para realizar nuestro trabajo, diseñar nuestra atención de salud y orientarla en direcciones que quizás confirmen su adhesión y continuidad en la línea del trauma ASI, o no.

- Como ya se comentó, el fenómeno del abuso sexual y su acompañamiento interdisciplinario conlleva un especial cuidado, debido a los altos montos de afecto involucrados, que minan y/o dificultan la posibilidad de elaboración e integración psicológica. Por consiguiente, se considera fundamental la posibilidad de brindar espacios de supervisión clínica asociada al acompañamiento de los casos.
  - Los efectos de la intervención pueden conllevar a fenómenos en los profesionales como identificación/proyección de los afectos involucrados en el grupo de trabajo, además de experiencias como la fatiga por empatía, trauma vicario, burnout y backlash, por lo que resulta indispensable diseñar espacios efectivos de cuidado de equipo que faciliten elaboración grupal del dolor psíquico (Aretio 2012) y superen la mera realización de actividades que tienden a confundirse como “autocuidado” y o aportan significativamente a éste (actividades recreativas y de esparcimiento, por ejemplo).
  - Reflexionar acerca del inmenso potencial reparador de la esfera de salud, sobre todo cuando la justicia nos elude. Pensemos en los niños que siguen llegando al sistema de salud por situaciones de violencia sexual reciente, mientras en paralelo existen procedimientos judiciales que sobre todo pueden resultar re-traumatizantes cuando el foco que priorizan es la búsqueda y ratificación de una verdad jurídica, antes que la verdad subjetiva. ¿De qué manera los recibimos, nos relacionamos con ellos para que esa experiencia de cuidado en la atención de salud, se sienta protectora, reparadora, capaz de escucharlos y hacerlos parte en tanto personas?
  - Desde las disciplinas médicas, resulta fundamental incorporar espacios para la discusión acerca de cómo propiciamos, a nivel profesional, académico, social, comunitario, etc., la consciencia acerca de riesgos, señas y consecuencias del abuso sexual infantil y del trauma complejo por ASI, compartiendo conocimientos y herramientas que han servido o se han probado como efectivos en la atención con sobrevivientes. Recordar que aquello que el trauma separa o divide, una comunidad en tanto red puede ayudar a restaurar. En quienes han sufrido, y también en el propio seno, el tejido social (la herida del abuso también alcanza a la comunidad). Judith Herman señala que el proceso de sanación comienza en la restauración de la conexión con otros seres humanos. Sanar necesita de un espacio donde junto a otros, la desesperación se vuelve comunicable y donde se reconoce el daño de la herida moral infligida; y donde el duelo que puede ser un experiencia compartida o acompañada, permitiendo la restitución de vínculos –poco a poco, confianzas, o la ampliación, simplemente, de un mundo donde las relaciones tengan muchos más matices que abusadores, víctimas y “salvadores” o héroes, como relatan muchas víctimas-, o el descubrimiento de resiliencias y resistencias que surgen a partir de historias devastadoras que, en el colectivo, pueden volverse aprendizaje y herramienta. Para prevenir, para fortalecer el cuidado humano en todas las acciones mancomunadas que surgen como respuesta al trauma (Shay 1994).
  - Existe un profundo desafío en lo que respecta a las particularidades de la atención con NNA víctimas y con adultos, cuando el médico desconoce que son sobrevivientes, o que están viviendo actualmente alguna transgresión en sus espacios de intimidad. Lamentablemente, el maltrato y diferentes formas de violencia son una realidad que atraviesa cuerpos e historias de vida de miles de personas. Por eso la apelación, antes de hacer una observación o dictamen acerca del comportamiento quizás perturbador, extraño, inadecuado, excesivo (demasiado social, demasiado pesimista, etc.), “conflictivo” de un adulto/a, o antes de pensar a un niño, o validar comentarios de terceros, en relación a cuán “inquieto o problemático” pueda ser en sus formas de comportarse, es a permitirse la pregunta, una pregunta sobre qué pueden significar estas actitudes o manifestaciones (qué podrían estar informando acerca de la historia de vida de nuestros pacientes). Siendo niños hoy, o habiéndolo sido alguna vez, recordarnos que ante el silencio de lo inenarrable, de las palabras que nunca serán suficientes para relatar ciertas vivencias, sólo queda el propio cuerpo para decir, para “hablar” de aquello que hace sufrir, y tal vez, también, de aquello que podría necesitar como amparo, como aliento, para dejar espacio libre a la vida que añora ser vivida plenamente.
- Queremos terminar este artículo, declarando nuestra esperanza en medio de los tiempos que vivimos, a pesar de todas sus fragilidades. Hoy como nunca se está prestando atención a las necesidades y urgencias de salud mental a nivel mundial: las ciencias hablan del sufrimiento humano, de la soledad, de las experiencias de trauma con que distintas formas de violencia nos desgarran y

sobre todo a los más indefensos, los niños y niñas –y la tierra que nos cobija. Pero también hemos ido redescubriendo, nuestra capacidad de preguntarnos cada vez más amorosa y firmemente, qué cuida y que no, qué daños son accidentales y cuáles deliberados, y cuánta responsabilidad tenemos en tratar de prevenirlos, aliviarlos. En la memoria del 2019 queda una ley histórica como la de imprescriptibilidad del ASI que fue lograda gracias a sobrevivientes, familias, profesionales de la salud, la educación, el derecho, la sociedad civil y el gobierno, el parlamento, ciudadanos hombres y mujeres de todas las avenidas de la vida. Esa comunidad de empeños, de cuidado ético y de justicia, se sintió ya como reparadora por muchas víctimas; y vitalizadora como país (juntos se puede lograr tanto, en palabras de Helen Keller). Desde nuestras disciplinas y vocaciones de servicio, podemos –queremos plenamente- continuar en esa dirección.

## REFERENCIAS

1. Aretio C, Heresi M, editores. Temas de psicología clínica infanto-juvenil: Aportes y reflexiones Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales; 2012.
2. Bein K. National Sexual Assault Coalition Resource Sharing Project. [Online]; 2011. Disponible en: [https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications\\_RSP\\_Action-engagement-remembering-services-for-adult-survivors-child-sexual-abuse.pdf](https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_RSP_Action-engagement-remembering-services-for-adult-survivors-child-sexual-abuse.pdf).
3. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine. 1998; 14(4): p. 245–258.
4. Finkelhor D. Abuso sexual al menor México D. F.: Editorial Pax; 2005.
5. Minsal, Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual. [Online]; 2016.. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wr-dprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT\\_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL\\_web.pdf](https://diprece.minsal.cl/wr-dprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf).
6. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror New York: Basic Books; 1992.
7. OMS, Organización Mundial de la Salud. La violencia contra los niños puede y debe prevenirse, dice la Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2006. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/>.
8. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character New York: SCRIBNER; 1994.
9. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg M, Alink L, van Ijzendoorn M. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. Child Abuse Review. 2015; 24(1): p. 37-50.
10. UPD, Centro de Derechos Humanos. Los efectos de la violencia sexual contra niñas y mujeres. Los casos de la violación como resultado de embarazo y de la violencia sexual contra las mujeres migrantes en la ruta hacia Chile. Santiago de Chile, 2018.
11. Van der Kolk B, McFarlane A, Weisath L. Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society New York: The Guilford Press; 1996.
12. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma New York: Viking; 2014.

*“Lo que finalmente repara y renueva a las personas es la creencia de que su capacidad de amar no ha sido destruida. Que es posible regresar al amor por otras personas, por los animales, la naturaleza, o hasta por la música. Por frágil y tenue que sea esa conexión en un comienzo, es la piedra fundante de vínculos de cuidado que el perpetrador no pudo destruir”. Judith Herman*



# El relato de *La Minga*<sup>1</sup> de un Hospital pediátrico, como proceso transformador

The story of “La Minga” from a pediatric hospital, as a transformative process

María Begoña Yarza  
 Fernando González  
 Claudio Hermosilla  
 Thelma Suau  
 Elsa Peralta  
 Claudio Del Canto  
 Francisca Cortés  
 Paz Delgado  
 Andrea Mena  
 Francisca González  
 Pablo Hermansen

*“No es ‘EL HOMBRE’ sino los hombres particulares los únicos que habitan en la tierra”.*  
 Hanna Arendt *‘La condición Humana’*(Arendt 1989)

## RESUMEN

Las personas y sus organizaciones solo pueden cambiar las formas de relacionarse si estas transformaciones tienen en cuenta su historia, su cultura, sus problemáticas particulares. Para proponer un giro social y cultural es necesario comprender la fenomenología de los comportamientos de dicha población. Las organizaciones sociales son agrupaciones vivas, dinámicas, que mutan constantemente. Su lectura de acuerdo a los signos de los tiempos, y el reconocimiento de sus elementos identitarios e idiosincráticos, deben estar en el centro del proceso de gestión de cambio, para que el cambio propuesto sea legítimo y considerado como propio por parte de la comunidad.

Incorporar el ‘enfoque de derechos en la atención de salud’ en el corazón de una organización, plasmándola en la visión institucional, es un cambio paradigmático en la forma y en el ejercicio del día a día de una institución de salud, afectando a todos y cada uno de sus integrantes. La existencia de estrategias promotoras de derechos, permiten que se releven a los niños, niñas y adolescente como sujetos de derecho, acorde con la Convención de Derechos de la Niñez (CDN)(ONU 1989), a la cual Chile adscribió hace casi 30 años. Es deber de las organizaciones públicas ejercer el rol de garante, intermediario del estado, en la realización y cumplimiento de todos los derechos de la niñez en este espacio público.

El presente trabajo tiene por objetivo relatar la “Minga” del Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés, entendida como el cambio paradigmático del modelo de atención, de gestión y de relación con la comunidad, incorporando el enfoque de derechos en la atención de salud de niños niñas y adolescentes, apalancado por el cambio del actual recinto al nuevo hospital.

1 El concepto de minga procede de una tradición originaria americano, cuya forma más conocida es la del quechua. Denomina el abordaje de un problema mediante un trabajo colectivo voluntario con utilidad conjunta o retribución. En el proceso de cambio del HEGC se utiliza como metáfora de una de sus variantes, la minga de tiradura, para expresar cambio.

El concepto del ‘enfoque de derechos’ se ha ido dibujando con mayor claridad en las últimas décadas, a pesar de que la ciudadanía alude a una titularidad universal de los derechos sociales desde tiempos memoriales. Nuria Cunill(2010) plantea que la apelación a los derechos humanos remite a la exigibilidad de determinados servicios o prestaciones, a la integralidad en su diseño y a la universalidad de la provisión para toda la población. Estos tres principios: exigibilidad, integralidad y universalidad, remiten a la construcción de un ‘espacio público’ entre el Estado y la ciudadanía, donde ésta incide en la modelación y ejecución del enfoque de derechos. En este espacio y en este contexto es en el que se desarrolla la Minga del Exequiel.

El proceso de transformación de los hospitales desde una organización basada en resolver los problemas de salud desde lo biomédico a una organización centrada en las personas y las comunidades, desde una perspectiva de derecho, se constituye en el gran cambio que nuestras organizaciones deben emprender para lograr resolver las necesidades de las personas, sus familias y la comunidad. Es un cambio estratégico. Es un cambio de paradigma.

Al referir que se constituye en un cambio estratégico no hablamos de la planificación estratégica como instrumento con objetivos concretos de mediano plazo, para optimizar determinadas áreas, o para aumentar la cartera de servicio. Estamos hablando de un cambio en el posicionamiento estratégico de la organización, en cómo se define el hospital y como se definen la forma y el sentido en que las personas y las comunidades, se relacionan con esta organización sanitaria. Las organizaciones que emprenden este camino inician cambios en su institucionalidad, en su marco normativo, y en sus políticas para lograr coherencia con su modelo de atención.

La experiencia del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, de ahora en adelante HEGC, y en particular “La Minga del Exequiel” se reconoce como un caso donde la comunidad, las niñas, niños y adolescentes (NNA) que son atendidos junto a sus familias y los funcionarios del hospital se convirtieron en los actores de este proceso, otorgándole identidad y apropiación. La Minga del Exequiel es un proceso de cambio de Modelo de atención basado en derechos, es un cambio de paradigma, es un cambio en el posicionamiento estratégico del Hospital (Imagen 1).

El HEGC es un hospital público pediátrico, autogestionado desde el 2007, que recibe a los niños, niñas y adolescentes provenientes de las 11 comunas que pertenecen al Servicio de salud metropolitano sur, la población de este territorio es cercana a 1.100.000 personas de las cuales alrededor de 300 mil NNA, son menores de 19 años(Minsal 2017).

Lo primero en esta Minga fue reconocer la historia del hospital e identificar varios elementos que lo convertían en una organización muy particular. El primero que lo identifica es su origen y el cómo se ha desarrollado a lo largo de sus 60 años de vida. El origen del hospital ha sido evolutivo, fue convirtiéndose en pediátrico de a poco, seis años le llevo convertir todas sus atenciones en pediátricas. Hasta que un día de 1962 el presidente de la época lo nombra Hospital Pediátrico Dr. Exequiel González Cortes. Por otro lado, el camino de desarrollo y crecimiento también tuvo características particulares. Las sucesivas direcciones del hospital fueron comprando casas del Barrio Subercaseaux cada vez que crecía la población a atender y por ende la cartera de servicios. El resultado fue la conformación de un edificio muy plano con muchas casas que se iban uniendo y entre ellas tejen una red de espacios que sostienen las atenciones de salud. A cada rato el edificio nos recordaba esta situación de riesgo permanente. La imagen de niños en camilla cruzando la calle Ramón Barros Luco para realizarse una ecografía, acompañados de un funcionario que lleva la camilla y otro funcionario que detiene el tránsito de la calle y salvaguarda así la seguridad de este traslado tan particular.

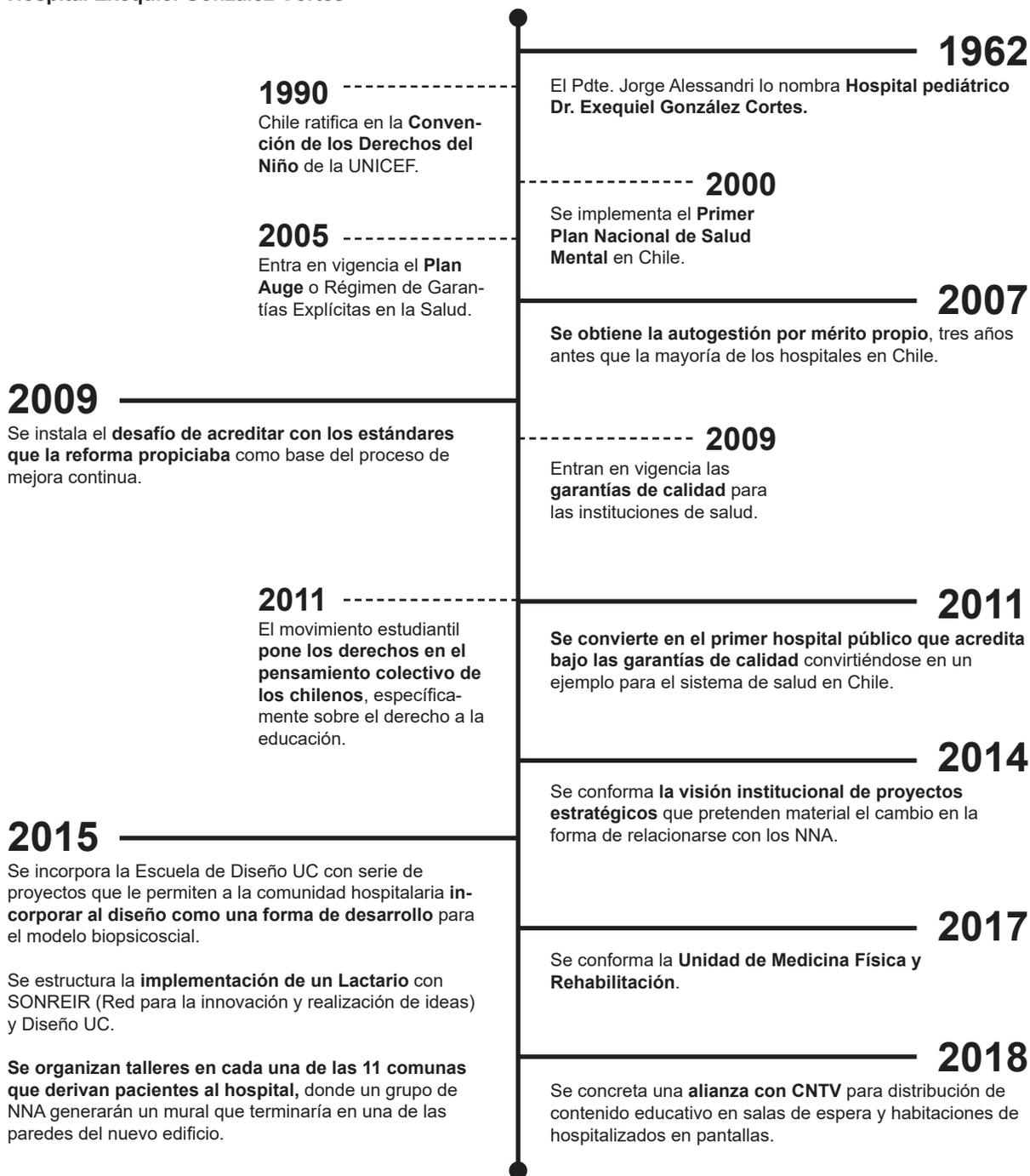
Es así como esta organización fue creciendo y desarrollando sus especialidades y atenciones. Una organización con una historia muy adaptativa, con precariedades funcionales evidentes, pero que forjaba a sus funcionarios en una lógica épica en cada situación que debía superar estos obstáculos y otros emanados de sus riesgos evidentes; incendios, cortes de luz, caída de techumbre. Así se construía al funcionario del Exequiel, creativo, orgulloso de salir adelante en la adversidad, anónimos, viviendo la experiencia laboral muy parecida a la experiencia familiar, cada especialidad se organizaba como una casa que reproducía la lógica del hogar, las habitaciones por estamento, el comedor, la cocina e incluso el living.

El espacio público es un espacio de aprendizaje, la historia del Exequiel mostraba una particular

Imagen 1: Línea Temporal de La Minga del Exequiel

**MINGA**

Hospital Exequiel González Cortés



actitud hacia la innovación dada, quizás por la presencia histórica de la formación de profesionales de la salud y por la voluntad de avanzar a pesar de las restricciones funcionales y estructurales que imponía el edificio clásico. Es así como el diseño e implementación de la “Estrategia IRA” tiene su origen en las conversaciones de médicos como el

Dr. Guido Girardi y de kinesiólogos del hospital, lo que lleva a generar una de las estrategias más exitosas en la disminución de la mortalidad infantil por neumonía en lactantes, en Chile y en América Latina. La primera unidad de cuidados intensivos pediátrica inspira a otros hospitales para desarrollar una estrategia que organiza la atención desde

las necesidades de los pacientes más gravemente enfermos; nuevamente un equipo multidisciplinario liderado por el Dr. Patricio Romero logra instalar por primera vez una forma de acercarnos a un modelo hospitalario centrado en las personas. La Cirugía Mayor Ambulatoria basada en prácticas seguras que ponen el cuidado compartido del mundo sanitario y los padres o cuidadores como centro de esta estrategia, nos convirtió en pioneros en el país en implementarla, allí nuevamente equipos de cirujanos y enfermeras liderados por el Dr. Ricardo Zubieta se convirtieron en exitosos innovadores públicos en salud.

Este espacio de aprendizaje fue compartido por funcionarios y académicos innovadores y creativos. El HEGC nace conjuntamente con el Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil de la sede Sur de la Universidad de Chile, alma mater de generaciones de profesionales y de pediatras con un inconfundible sello “Exequielino”.

Desde el momento que se constituye en el Hospital de niños de la zona sur, año 1962, las autoridades de la época y las sucesivas sabían de la necesidad de construir un Hospital para normalizar la estructura y funcionalidades del actual. Pasaron varios presidentes y muchos ministros y subsecretarios que en el auditorio del Hospital prometieron la construcción del “nuevo edificio”, seis promesas eran las contabilizadas por los funcionarios más antiguos.

La zona sur de Santiago tiene una larga historia de organización social, la historia propia de las tomas de terreno y la formación de poblaciones como la Legua y la Victoria están en los anales más hermosos del movimiento popular chileno, de allí son nuestros niños, sus padres, sus abuelos y también muchos de nuestros funcionarios, así que el sueño no cumplido de un nuevo edificio se peleaba en la calle. En esas movilizaciones estaban todos, la comunidad organizada, los gremios de médicos, de profesionales y de funcionarios. El logro del edificio nuevo, la casa nueva se construyó colectivamente, de ahí surge el llamar a todo este proceso la Minga. La Minga del Exequiel comenzó hace muchos años y se fusiona con lo mejor de la tradición popular chilena que tiene que ver con resolver los grandes desafíos de forma colectiva en comunidad y con alegría.

El HEGC no estaba ajeno al contexto histórico de los hospitales chilenos permeados aun de la mirada asistencialista. La reforma del 2005, trae con el GES el anhelo de equidad, con la autogestión la promesa de mejor adaptabilidad en la gestión de las organizaciones de salud, y con la Ley

de derechos y deberes de las personas en salud (de larga discusión y tramitación y dictada finalmente el año 2012), cumplir el objetivo de poner a las personas en el centro. El modelo de atención chileno centrado en las personas, integral y en redes, por fin tenía herramientas para concretarlo en las prácticas de los hospitales.

La autogestión fue obtenida por parte del hospital el año 2007, por mérito propio, tres años antes que la mayoría de los hospitales en Chile que por el peso de la ley se constituyen en organizaciones autogestionadas en el año 2010. Este primer esfuerzo modernizador logro generar en el equipo gestor mayor cohesión y sentido de éxito organizacional al igual que la implementación de las garantías explícitas con monitoreo y seguimiento que logran tener un desempeño excelente, cumpliendo la promesa de equidad con los NNA y sus familias.

El año 2009 entran en vigencia las garantías de calidad para las instituciones de salud y dada la experiencia del proceso de autogestión exitoso, se instala el desafío de acreditar con los estándares que la reforma propiciaba como base del proceso de mejora continua. El Hospital Dr. Exequiel González Cortes se convierte el año 2011 en el primer Hospital público que acredita bajo estos estándares, generando no solo en las personas de la organización y en sus equipos, sino que también en la comunidad, un sentimiento de orgullo. Este hospital de la zona sur de Santiago con precariedades funcionales, déficits estructurales, se convertía en el ejemplo para el sistema y un camino posible para brindar mayor seguridad a los NNA que allí se atendían. Esto último fue el motor principal que permitió este logro. Había un componente épico y ético en este desafío. Dado que la situación estructural generaba múltiples riesgos para la atención de los NNA, el único camino ético de enfrentar esta situación era generar un sistema de gestión de riesgo y de fortalecimiento de la seguridad de los procesos asistenciales.

La acreditación, nos trajo la perspectiva de la gestión del riesgo, nos encaminó a entender los procesos con mirada sistémica, generó más identidad, más motivación, más compromiso con los desafíos y por cierto que nos acercó a las personas que atendemos, a los NNA de la zona sur de Santiago y su comunidad.

La evolución de nuestra organización se expresa en las visiones estratégicas que fuimos construyendo. El 2009 el sueño era “Al 2014 nuestro compromiso con las personas es atenderlas con calidad certificada y tiempos de espera definidos

para cada atención” Las personas que atendemos con sus familias y la comunidad esperan de nosotros seguridad en la atención y conocer su oportunidad de atención. La oportunidad es una dimensión de calidad que si es posible de comprender por todos y por tanto de ser exigible.

Este sueño exigió implementar la transparencia de la oportunidad de la atención y avanzar en la protocolización de esos tiempos basado en las mejores prácticas clínicas, en medicina basada en la evidencia (MBE), en la anticipación al daño, como herramienta de la prevención secundaria de las complicaciones producidas por la evolución de las enfermedades. Desde el año 2009 nos acompañan en este empeño ingenieros de la Universidad de Chile, del magister de negocios, con quienes aprendimos que las listas de espera, el triage de la urgencia, debían ser no solo con oportunidad clínica, sino que debían de ser justas y transparentes para que fuese posible exigir su cumplimiento; que gestionar el riesgo requiere de estructurar el conocimiento y de ahí nace AMBAR, una plataforma que poco a poco se convierte en nuestra primera ficha clínica electrónica centrada en las personas.

El movimiento estudiantil en los años 2011 y 2012 puso en el pensamiento colectivo de los chilenos el tema de los derechos, en lo particular, el derecho a la educación. Es así como la discusión sobre los derechos sociales permeo a la sociedad en su conjunto y a nuestro hospital también. La planificación estratégica del año 2015 plasma esta discusión en una visión movilizadora. “Nos comprometemos en comunidad a proteger los derechos de los niños en todas las acciones que como hospital realicemos”. La visión paternalista de “nuestros niños” empieza a mostrarse reduccionista, se vuelve insuficiente para relacionarse con los NNA. El espacio público del Hospital no solo tiene el propósito de mejorar la salud de los NNA, sino que de convertirlos en mejores ciudadanos. Personas sujetas de derechos.

### **‘LAS MINGAS’ COMO CATALIZADORES DEL CAMBIO**

Los procesos que comprometen cambios de paradigmas requieren no solo de personas que lo lideren y equipos comprometidos, sino que de contextos y circunstancias que lo permitan y lo motiven.

El proyecto de reposición y relocalización del hospital se constituye en el mejor contexto para avanzar en estos cambios. La promesa solamente

de un edificio nuevo no es suficiente para esta comunidad que por 60 años esperaba este cambio, los ciudadanos no solo esperan espacios con mayor confort, funcionalidad y seguridad estructural, sino que anhelan un sistema sanitario más cercano, más sensible. La promesa del cambio de modelo centrado en las personas desde una perspectiva de derechos se convierte en el objetivo central de la Minga.

La Minga, entendida como el cambio de paradigma del modelo de atención, el cambio de la forma de relacionarnos con los NNA y entre nosotros y con la comunidad se hace más visible en el lenguaje del Exequiel a partir del año 2014 y se consolida con la conformación de la visión institucional y de los proyectos estratégicos que pretenden materializar esta visión en las acciones que el hospital desarrollaba. Para conseguir algo importante, algo trascendente, para hacer un cambio estratégico, es necesaria una Minga. Las organizaciones de salud son organizaciones adaptativas y complejas, requieren ser sensibles a las personas y sus necesidades y sobre todo a sus potencialidades. Deben de estar en continuas y simultáneas Mingas.

### **LA GESTIÓN DEL CAMBIO**

En este proceso se evidenciaron las contradicciones propias de dos modelos que fueron conviviendo en este proceso de cambio. Una dimensión visible es la que se expresaba en aquellos que veían perder en el hospital la imagen de su propia casa, la historia de sacrificios y de logros esforzados por salir adelante. Por otro lado, están las personas que frente a la posibilidad de una nueva plataforma deciden construir desde lo mejor del compromiso colectivo una forma de atención más segura, más horizontal, menos asimétrica y más digna para la comunidad y los NNA.

Otra expresión fue la tensión entre lo nuevo y lo histórico, en muchos casos se identificaba lo nuevo con los jóvenes que llegaban, dada la incorporación de nuevos profesionales a partir de procesos de concursos basados en matrices de competencias en que lo innovador y la conciencia de lo público eran los ejes de su selección y que veían en el proyecto un camino de desafíos. Fueron muchos “históricos” que se sumaron al desafío y la incorporación de nuevos integrantes al equipo se convirtió en una tremenda oportunidad de enriquecimiento de esos equipos.

Para aplicar efectivamente los principios de la CDN se necesitaba una energía de cambio ya que

como refiere Schön, “la CDN rompe con la concepción que considera a los NNA como objetos de tutela e intervención por parte del Estado, la sociedad y las familias, e instaura un nuevo ordenamiento entre las relaciones de los NNA, las instituciones, las familias y la comunidad” (Schön 2015). Por lo tanto, era necesario instalar un nuevo escenario sobre el cual se construyan las relaciones entre el hospital, la comunidad y los niños, niñas y adolescentes. Los servicios asistenciales pediátricos conforman un espacio donde deben promoverse y protegerse los derechos de la niñez. Sin embargo, ni los funcionarios ni los mismos usuarios están al tanto de la vulneración de sus derechos que han sido históricamente normalizados. La participación de usuarios en la (auto)determinación de su salud, a través de la incidencia en las decisiones tomadas por los prestadores y gestores de los dispositivos sanitarios ha tomado más fuerza en los últimos años, sin embargo, excepcionalmente se ha escuchado la opinión de los NNA en ella.

La visión institucional del hospital, desarrollada de forma participativa en la planificación estratégica para los años 2015-2018, que vincula todas sus actividades al ‘compromiso irrenunciable de respetar y promover los derechos de los NNA en todas las acciones que como hospital realiza’ empujó la realización el primer “Congreso participativo de niñas, niños y adolescentes”, que tuvo por objetivo reconocer a NNA como sujetos de derechos y situarlos como protagonistas del giro que buscaba dar la institución. Con el lema “Todo de nosotros, con nosotros” por medio de esta estrategia se buscó incorporar efectivamente la perspectiva de los NNA en la práctica cotidiana. Se decía “el congreso participativo de NNA representa una acción reflexiva, crítica y curiosa por parte del hospital, para el cual esta capacidad de análisis le aporta sustancialmente en su crecimiento, posicionamiento dentro del campo asistencial, capacidad de pensamiento organizacional que podría significar una oportunidad de cambio que lo impulse cada vez más a desarrollar temáticas, culturas internas participativas sin dejar de lado la realidad social de su entorno”. El desarrollo de esta experiencia ya fue publicada en esta revista in extenso en Cuadernos Médico Sociales (González 2018).

Por otro lado se implementó un cambio en la relación asistencial docente, desde el paradigma transaccional que nos había permeado desde una visión economicista del hospital, hacia una relación estratégica y colaborativa. Compartiendo el

objetivo de crear un espacio público, de aprendizaje y ciudadano al servicio de las personas. Esto abrió múltiples posibilidades de instalar nuevas formas de atención, nuevas acciones de salud, nuevas especialidades con la colaboración de las Universidades. Al dejar de mirar la salud desde lo biomédico aparecen otras dimensiones para comprender la salud de los NNA. Es así como nos abrimos a otros mundos del conocimiento y la investigación que se han convertido en el sentido común de la organización, psicología social, diseño, ingeniería, antropología, de forma tal que no es posible emprender un desafío o una interpretación de la realidad sino es multidisciplinariamente, con un enfoque biopsicosocial.

La minga se convierte en un proceso consciente de estas tensiones y avances; desarrollar espacios de conversación y participación de los funcionarios y funcionarias en cada una de las decisiones fue un objetivo central. Durante 3 años nos encontrábamos semanalmente con los equipos y sus jefaturas para conversar de como hacíamos las cosas hoy y como serían mañana. La metodología proponía que los equipos desarrollaran sus propuestas y se presentaran al colectivo del hospital, entendiendo que en organizaciones tan complejas no existen cambios de un equipo de trabajo que sean asépticos para los otros equipos. Se construía así incrementalmente el modelo. A esto le llamamos cambios evolutivos. Se tendía a instalar todos los cambios posibles en la infraestructura del hospital clásico.

Durante tres años, se realizaban visitas activas semanales al nuevo edificio, con los equipos de salud del hospital. Relatando los espacios, conversando de las nuevas instalaciones y equipamiento y provocando un espacio sensible de escucha activa de sus inquietudes. Se generaron espacios abiertos de escucha activa sobre el proyecto. A esta estrategia llamamos “foros ciudadanos” en que podía asistir la comunidad y los funcionarios a preguntar y conocer la marcha del proyecto y la marcha del hospital en su gestión, instalando un espacio sistemático de información y recepción de dudas y sugerencias.

## **MINGA DE LOS ESPACIOS PÚBLICOS**

Los centros asistenciales de salud, más que un lugar donde se proveen prestaciones, es un lugar de encuentro en donde una comunidad, delimitada por un territorio y que comparte características culturales, busca dar respuestas a las problemáticas de salud de su población. Al reconocer el hospital

como un espacio público, esta declaración le devuelve la pertenencia a usuarios y funcionarios, balanceando los desequilibrios sobre el cual se ha dado en la relación ‘equipo de salud’ – ‘paciente’, la cual históricamente ha sido vertical, paternalista y asistencialista, con poco valor a la autonomía y autodeterminación de las personas y comunidades. El usuario al asumir el espacio como propio, lo moviliza a la participación y responsabilidad de dicho espacio, y le confiere de esta manera pertenencia e identidad, democratizándolo y horizontalizando el espacio de encuentro donde se lleva a cabo la atención de salud.

Ahora bien, un porcentaje importante del tiempo de los NNA en el centro asistencial no está destinado a la atención de salud precisamente. Hay tiempos de espera, de ocio, de compartir y acompañar. Es por esto que los espacios públicos pensados en los usuarios deben tener un valor en sí mismos. En este sentido, y reconociendo los derechos de la niñez explicitados en la CDN, estos espacios deben promover hábitos saludables de niños y familias, ofrecer alimentación saludable, promover el movimiento y actividad física, garantizar que es un edificio “libre de humo”, y entregar contenido educativo y promocional a la comunidad hospitalaria.

Para llevar a cabo este objetivo, se instalaron pantallas en zonas como: salas de espera y habitaciones de hospitalizados, lo que responde a dos necesidades en NNA y sus acompañantes: comunicación y distracción.

El derecho al resguardo de tu privacidad y el derecho a la información se materializan en un sistema de llamado en atención ambulatoria y la entrega de contenido educativo en espacios comunes y habitaciones. Para el primero, se ha desarrollado un aplicativo que al momento de la atención clínica el profesional a cargo desde la consulta, llame al paciente; en la pantalla además de escuchar una alerta, su nombre aparecerá escrito incluyendo dónde debe acudir. Es importante destacar que en esta aplicación muestra el nombre del paciente anonimizado, resguardando su identidad. Esta implementación ha recibido mejoras en función a las demandas de los usuarios, por ejemplo: el tamaño de letra, factor importante para una clara comprensión.

Para proporcionar espacios de aprendizaje recreativo en marzo 2018 se concreta una alianza con CNTV para la distribución de contenido educativo en las salas de espera y habitaciones de hospitalizados en pantallas. Se comienza con 80 horas de programación, diferenciada por rango etario

entre niños, jóvenes. Gracias a una encuesta realizada a los pacientes, estos se muestran satisfechos con el contenido, además la supervisión de un encargado de la programación ayuda a orientar en el uso, transformándose en una herramienta positiva para el paciente. Si bien los contenidos son apropiados a las distintas edades, la brecha con el actual uso de aplicaciones tales como YouTube en los niños, con libre acceso, no es posible abordarla con la implementación realizada en el Hospital.

Debemos nuevamente analizar esta iniciativa teniendo en cuenta aspectos tales como: tiempo de exposición a la pantalla, inmediatez en la visualización y supervisión de un adulto. La entretenimiento del acompañante también debe ser abordada, ya que, en el periodo de puesta en marcha de este proyecto, estos también expresan la necesidad de distracción. Una nueva habilitación para hospitalizados, debe ser trabajada con el apoyo de psicólogos y equipos multidisciplinarios clínicos, para considerar todas las visiones de una herramienta de uso cotidiano, sin embargo, poco explorada en el marco de la atención hospitalaria en NNA.

En relación a la oferta de venta de alimentos, la licitación de la empresa externa tuvo como requisito que todos los productos sean “libre de sello” y así asegurar que todos los alimentos sean saludables. Lo mismo con las máquinas dispensadoras de snacks, y bebidas. Ser una institución libre de humo de cigarrillo es un hecho desde el momento en que se realizó el cambio de hospital. Sin embargo, una tarea pendiente es la instalación de equipos y/o máquinas para dar la posibilidad de hacer actividad física en las salas de espera.

En este tránsito de transformaciones, se ha ido constituyendo un espacio de trabajo interdisciplinario, abarcando a otras áreas del conocimiento que han permitido que los distintos profesionales de salud se relacionen e interactúen con estas nuevas áreas. Un ejemplo de ello es la incorporación de la escuela de diseño de la Pontificia Universidad Católica con una serie de proyectos que le permitieron a la comunidad hospitalaria incorporar al diseño como herramienta para acercar a equipos de salud los NNA. El trabajo de los diseñadores consistió en rescatar todas aquellas características que hacían del Exequiel un lugar acogedor para las familias y los funcionarios, un lugar donde la comunidad se comunicaba, se expresaba y había dejado huellas de su paso por el lugar, a través de pinturas y rayados que hacían los pacientes y sus familias, de los momentos más trascendentales que les tocó vivir allí, y llevarlo a la construcción de murales participativos que vestirían el hospital nuevo.

La motivación para hacer estos murales fue brindar un espacio para que la comunidad nuevamente se apropiara del edificio, de esta nueva plataforma de salud, entregando su visión y conocimiento de los territorios que habitan.

El proceso consistió en la realización de un taller en cada una de las 11 comunas pertenecientes al territorio del hospital, donde un grupo de NNA de cada una de ellas creó un mural que terminó en una de las paredes del nuevo edificio. Estos talleres se realizaron entre los años 2015 y 2017, con una duración de 10 sesiones cada uno. Fueron coordinados con colegios, centros de salud y centros culturales donde los niños recibieron orientación y capacitación de parte de diseñadores y estudiantes de diseño. En estos talleres, los participantes fueron a reconocer el terreno, reinterpretarlo y hacer una narración visual en el mural, de esa reinterpretación. Al principio el taller estaba dirigido a conversar del territorio, desde su propia experiencia, como habitantes del lugar. A través del diálogo respetuoso, destacar lo positivo y enfrentar desde las posibilidades de mejora, lo negativo. Luego, se definían los elementos que se iban a destacar en el mural y luego se pasaba a hacer una representación gráfica de esos elementos, conceptos, historias y personajes de la vida cotidiana a través de dibujos, finalmente, se editan y distribuyen en el espacio, con la participación de todos. Se terminaba el taller con una pequeña ceremonia dependiendo de las características de cada grupo, con participación de distintas autoridades de la comuna, del colegio o del centro de salud correspondiente. Se entregaba por primera vez, en papel y tamaño real, el mural que había construido el grupo. La experiencia fue muy interesante dada la diversidad de participantes, que hizo que la metodología fuera variando según cada grupo, respetando los tiempos de cada uno de ellos. El personal que guiaba no actuaba como experto, sino de escuchar, conocer y aprender de los territorios a través del relato de los participantes. Se reconoce en estos niños, la capacidad de aprender, de expresar ese aprendizaje y de generar conocimiento y traspararlo a otros. Se sorprendieron a sí mismos, con el resultado de lo que ellos mismo fueron capaces de crear.

Hoy cada uno de esos murales está instalado en las distintas paredes del Hospital, llevan los nombres de los NNA que participaron y llevan un relato de los principales elementos, que ellos quisieron dejar plasmadas en el mural. Han revitalizado cada uno de esos lugares, entregando color y conversaciones sobre lo que allí está representado.

En definitiva, los cambios organizacionales y estructurales que permiten el desarrollo de espacios públicos, que reconozcan a los usuarios, y particularmente a los NNA como sujetos de derechos, permiten el desarrollo de una institucionalidad sustentada en el empoderamiento social y el sentido de la comunidad. Esto permite un real y efectivo ejercicio de los derechos de los ciudadanos en un territorio con sentido de comunidad y responsabilidad social.

## **LA MINGA DE LA ALIMENTACIÓN**

Algunos años antes del traslado al nuevo edificio, se empezó a hacer evidente el cambio epidemiológico de los pacientes del hospital. El porcentaje de NNA hijos de migrantes cada vez tenía más representación. En este diálogo intercultural hubo dificultades para comprender los hábitos alimentarios de los pacientes siendo una de las más importantes la barrera del idioma con la comunidad haitiana. El traslado de edificio permitió realizar grupos focales con adultos, cuya intención fue conocer en que consiste la alimentación habitual de los migrantes haitianos. De esa reunión conseguimos aprendizajes que sirvieron para realizar una atención especial a nuestros pacientes migrantes haitianos y entender la cultura alimentaria de la población.

Actualmente algunos profesionales del equipo trabajan en conjunto con profesionales de la Universidad de Chile en un proyecto anual llamado “programa de integración culinaria Chile – Haití”. El objetivo final es construir un recetario culinario que mezcle la cultura haitiana y chilena que tenga en cuenta los productos disponibles, que sea barato y de alto valor nutritivo. Indudablemente que la participación de los profesionales del hospital en este proyecto nos permitirá indagar otros aspectos alimentarios que pondremos en práctica en nuestro establecimiento.

## **LA MINGA DE LAS PERSONAS**

El cambio del que hemos hablado en definitiva lo hicieron las personas. La gestión del cambio es con las personas, a través de ellas, por tanto, la minga de las personas se constituye en el eje crítico del proceso de cambio.

La gestión del cambio en el HEGC desde la perspectiva de las personas, comenzó 3 años antes que el cambio propiamente tal se produjera. El primer paso fue medir el “clima emocional-laboral”, donde el cambio se instalaría. Conocer la

percepción de satisfacción, el clima relacional y el orgullo de pertenecer a la institución, fueron claves para el inicio del proceso. La encuesta de clima laboral aplicada, arrojó excelentes resultados: la percepción de satisfacción de los trabajadores del Hospital era de un 80%. Es decir, había un estado emocional en la organización suficientemente sólido para desafiar a las personas a salir de su zona de comodidad, instalada históricamente.

Lo segundo fue alinear los subsistemas de la gestión de personas en base al modelo de competencias. Este modelo ampliamente usado en la gestión moderna de RRHH, ofrece varias ventajas. Entre ellas, moviliza a las personas hacia la excelencia en su conducta laboral, al modelar los desempeños exitosos y transferirlos operativamente a otros. Por tanto, se modeló a aquellos trabajadores mejor alineados con el cambio y con el nuevo paradigma que se quería instalar en la institución. De esta forma, se obtuvieron las “competencias transversales” del Exequiel; aquellas que precedían de mejor manera el estado deseado al que aspiraba el Hospital. Estas competencias se plasmaron en el Diccionario de Competencias Transversales del HEGC. Posteriormente se definieron las competencias para cada estamento: auxiliares, profesionales, administrativos y técnicos. Especial relevancia tuvo la definición de las competencias para los jefes, supervisores y encargados de la organización. Con el diccionario de competencias bien definido, consensuado y difundido en la organización, fue posible desarrollar el sistema inicial en la gestión de personas: reclutar y seleccionar a los mejores candidatos disponibles, de acuerdo a lo que la organización ha definido como los mejores trabajadores para esta institución en particular.

El proceso fue arduo; seleccionar 236 cargos de manera rigurosa, moderna y en base a competencias, (y no por antigüedad), fue un gran desafío. Ayudaron al éxito del proceso, el que fuera progresivo. El ministerio de salud entregó los cargos y las asignaciones de cuarto turno respectivas, de manera fraccionada en 3 años, lo que finalmente resultó ser una ventaja. Permitió que la organización entrara poco a poco en una cultura meritocrática, aprendiera a realizar perfiles de cargo por competencia y observara a los candidatos desde la óptica de competencias. Las jefaturas, los gremios y las personas en general dejaron de hablar de la antigüedad como el criterio central para ocupar un cargo. La participación y transparencia del proceso fue otro factor clave de éxito. La selección del mejor candidato la realiza una comisión,

compuesta por la jefatura respectiva, el o la psicóloga a cargo del proceso y los gremios. Cada concurso fue una nueva posibilidad de mejorar el proceso, cuya operatividad máxima fue plasmada en una completa política de reclutamiento y selección. La ejecución misma del proceso fue realizada por una consultora externa, primeramente. Pero sus resultados no fueron los esperados, por lo que la fórmula de contratar internamente a psicólogos de apoyo para desarrollar la selección fue lo que mejor resultó.

El ingreso de todas estas nuevas personas a la institución, generó varios efectos y desafíos de gestión. La planta rejuveneció. Se incorporaron integrantes de la generación Y, también llamados millenials, que corresponden a aquellos nacidos entre los años 80 y mediados de los 90, aportando fuerza al cambio, orientación al logro en proyectos que los convoquen. Tensionaron a la organización hacia el objetivo deseado. A veces no fue fácil la integración con los más “antiguos”, que experimentan el compromiso y la pertenencia institucional de manera muy distinta. Integrar la frescura de lo nuevo con la experiencia de lo histórico fue clave para el éxito de la gestión del cambio. Aquellos equipos que lograron esta virtuosa combinación, fueron los que mejor vivieron el proceso.

Los nuevos cargos, además, ampliaron de manera muy importante la diversidad del equipo de salud, otorgando profesionalismo y experticia técnica a la gestión institucional. Se incorporaron ingenieros, administradores públicos, chef de cocina, técnico agrícola, traductor de creole. Se contrataron más profesionales clínicos (terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.), que han favorecido una mirada más integral de los NNA y sus familias.

El desarrollo de un intensivo programa de capacitación en el uso del equipamiento del nuevo edificio, posibilitó una mejor integración de todos los trabajadores. Todos -los nuevos y antiguos, los profesionales y no profesionales, los nuevos y los tradicionales-, enfrentaron juntos el desafío de aprender o actualizar sus conocimientos operativos sobre los nuevos equipos. Estas capacitaciones formaron parte del programa anual de capacitación, lo que optimizó este gran esfuerzo logístico.

Un eje fundamental en el proceso exitoso de la minga de las personas fue el programa de desarrollo de competencias para jefes: “Liderazgo para el cambio”. De la misma forma que para el diseño de las competencias transversales, se

modelaron las competencias de los mejores jefes del Exequiel. Se definieron 7 competencias críticas, de las cuales dos resultaron especialmente relevantes: conciencia organizacional y facilitar el cambio. Se evaluó el nivel de desarrollo de las 7 competencias críticas en más de 50 jefes de la institución; proceso que fue realizado a través de la metodología de *assessment center*, por una consultora externa, experta en el tema. Posteriormente, cada jefe recibió los resultados de su evaluación en forma personalizada, en un espacio de retroalimentación de profundo aprendizaje. Cada uno realizó un plan de desarrollo individual, a partir de los resultados de la evaluación. El proceso culminó con un taller de desarrollo de aquellas competencias colectivamente más débiles. La experiencia resultó de gran potencia organizacional. Las jefaturas, actores muy relevantes de la gestión del cambio, se sintieron apoyados y genuinamente acompañados en su tarea de contener e impulsar a sus propios equipos al cambio organizacional.

Otro programa de gran relevancia en la Mínga de las Personas, fue el Programa de Buenas Prácticas. Más del 60% de los trabajadores del HEGC tuvieron la posibilidad de reflexionar activamente sobre aquellas prácticas conductuales que era necesario dejar en el edificio antiguo, y cuales se requería incorporar en el nuevo edificio. A través de talleres, reuniones o jornadas, y con una metodología lúdica y experiencial, se definieron las mejores prácticas para llevar al nuevo Exequiel. Esto permitió instalar la gestión del cambio, no sólo como un cambio de infraestructura, si no como un cambio de conductas, de emociones. Ampliar los paradigmas individuales y colectivos en su más amplia expresión.

La participación activa y permanente de la comunidad hospitalaria en cada paso del proceso de cambio permitió que éste se experimentara como propio, no como ajeno ni impuesto. Como fue mencionado previamente, el equipo directivo, junto con los jefes de cada servicio participó en innumerables reuniones con los trabajadores, tanto para la contención emocional como para reflexionar sobre aspectos prácticos y logísticos del nuevo edificio y del nuevo modelo de atención.

Finalmente, en el marco de la entrada en vigencia de la Ley N° 21.015 a partir del 1° de abril del 2018, la que incentiva la inclusión laboral de personas con discapacidad, el hospital asume el desafío de apoyar la reinserción de las personas a la sociedad como parte del proceso terapéutico. Es así como nace la Mínga de la Integración Laboral, que incluyó la selección y reclutamiento

de funcionarios en los nuevos cargos que traía el proyecto del nuevo hospital, en los que se consideró un grupo de cargos para personas con capacidades diferentes. Dos factores han resultado claves en el éxito del proceso. El primero es un contexto del cargo adecuado. La experiencia ha sido contundente en señalar que no basta con la buena voluntad de la organización. Es necesario hacer el proceso de manera cuidadosa y bien pensada. Hemos aprendido que el cargo elegido debe estar muy bien diseñado, con funciones claramente especificadas, en un equipo con habilidades blandas bien desarrolladas y un estilo de jefatura flexible y abierto al cambio.

Lo segundo es contar con apoyo externo con experticia en la intermediación laboral de personas con capacidades diferentes. La organización que apoya el proceso debe tener suficiente experiencia y compromiso con el proceso de inclusión laboral en toda su magnitud. Cuando esto no ha sido así, la inclusión de los funcionarios con capacidades diferentes no ha sido exitosa.

Uno de los Centros de Responsabilidad que incorporó a estos nuevos funcionarios, fue el Centro de responsabilidad de Gestión de Usuarios a modo de ejemplo real de que la integración no solo es posible si no que entrega la oportunidad que tenemos como comunidad de aprender de ellos y con ellos. Se asignaron 2 cargos para ellos y se sometió a concurso, apoyados por una empresa dedicada a la capacitación de personas con ceguera o gran disminución de su capacidad visual, y fue así que en conjunto con ellos desarrollamos un perfil que debía contener las competencias que como Exequiel exigíamos para todos los nuevos funcionarios.

Al ser seleccionados los concursantes, se les asignó un contrato de trabajo y se les asignó funciones específicas en la confirmación de citas, desde llamar a las personas que estaban citadas a atención médica, recordarles la cita y hacer el registro del contacto telefónico en el sistema informático. Se les entregó las herramientas necesarias, un puesto de trabajo, un computador, un teléfono y el sistema informático que les permite escuchar los datos del paciente a llamar antes de hacer la llamada. La empresa que apoyó el proceso realizó capacitación en terreno tanto al equipo, como a las jefaturas y al resto de la comunidad hospitalaria. El aporte de los funcionarios ha permitido mejorar la asistencia de los pacientes en un 5%. Además, han demostrado tener competencias que destacan sobre sus pares como su alta capacidad para afrontar desafíos, gran disposición a

aprender y alta capacidad de trabajo, puntualidad y productividad, con escaso ausentismo laboral y gran compromiso con lo que realizan. Como están relacionándose a diario con nuestros pacientes, nos han permitido tener más claridad de los problemas que ellos presentan para asistir a sus consultas y las causas de su ausentismo, pero también ha mejorado nuestra imagen como Hospital con nuestros pacientes, pues tienen muy buen trato con ellos.

Para el resto del equipo, el hecho de trabajar con personas con discapacidad, los ha hecho más sensibles, tolerantes y menos discriminadores. Han establecido buena relación con ellos para las situaciones cotidianas como la compañía para el almuerzo y escuchan atentamente la opinión en los temas laborales. Los problemas de ayer, hoy parecen tener una perspectiva distinta y una mirada diferente.

## **LA MINGA DEL MODELO DE ATENCIÓN**

---

Desde la observación de las prácticas cotidianas, se constató que aún no estaba suficientemente incorporado que los NNA son sujetos de derechos. Que citarlos a controles con los especialistas sin cautelar su asistencia a la escuela era no ponerlos en el centro y menos proteger el ejercicio de sus derechos; que ofrecerles una atención segmentada, desde el órgano o sistema, y por ende desde el especialista que ve el diagnóstico, sin evidenciar que la naturaleza de la atención en salud es integral, biopsicosocial, también se constituía en un paradigma biomédico y lejos estaba del paradigma centrado en las personas.

Las prácticas de atención en turnos nocturnos estaban basadas en tiempos y número de personas a descansar que disminuía de forma dramática el número de personas al cuidado de los NNA, por debajo de los estándares mínimos; lograr consensos en estos estándares, y modificar esta práctica de forma tal que se cumplieran en oportunidad y calidad el monitoreo y las prácticas de cuidado, significó cambiar el sistema de turnadas en número, en tiempo y en la forma que se realizaba.

Incorporar la tecnología y la inteligencia clínica para desarrollar la perspectiva anticipatoria y de planificación generó la cultura de gestionar los riesgos y por tanto aumentar la seguridad de nuestras prácticas, reconociendo el derecho de las personas a estar en ambientes más seguros y evitar los daños prevenibles. La expresión de este proyecto es Ámbar, registro clínico electrónico centrado en

las personas, en su multidimensionalidad y no en las prestaciones o en los recursos. Es así como la tecnología se convierte en la plataforma donde se plasman de forma concreta y visible los avances en instalar un nuevo modelo.

Esta constatación hizo que los proyectos estratégicos fueran encaminados a abrir espacios más democráticos de salud, todos apalancaban la minga. Todos los proyectos tenían cambios en la forma de relacionarnos con las personas, con los NNA, con las familias y entre nosotros.

A continuación, presentamos 3 experiencias que se dieron de manera secuencial en el tránsito de un edificio a otro, con los cambios en la cultura organizacional que se han presentado. En cada uno de ellos la gestión clínica da un giro hacia el enfoque de derechos en la atención de salud, poniendo al NNA y familia en el centro del modelo de atención:

## **1. EL LACTARIO: LA HOSPITALIZACIÓN NO DEBE INHABILITAR LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS**

---

En el artículo 9 de la CDN se señala que todo NNA tiene derecho a permanecer con su madre, padre o tutor. Reconocer este derecho nos llevó a correr la cortina de nuestro actuar, en especial respecto a la lactancia materna. Considerando que la lactancia materna exclusiva (LME) como indicador en Salud Infantil ha sido una estrategia ampliamente difundida desde hace más de 20 años, nos empezamos a preguntar lo que hacemos y decimos y más aún, cuánto promovemos y protegemos este derecho a ser amamantado. Al mirar qué pasaba a nuestro alrededor, observamos que la mayoría de las Comunas del SSMS la prevalencia de LME al 6° mes era mayor que el promedio de la RM, pero que una Comuna tenía uno de los más bajos del país.

Cuando en el año 2015, se devela el actuar de profesionales que abiertamente no sólo atentaban, sino que fruto de prejuicios, cuestionaban a madres por amamantar en nuestras salas de hospitalizados, hubo conciencia de que había que mirar hacia dentro de la institución, y conocer y cuantificar nuestra labor como Hospital en este ámbito. Es así que nace la inquietud de parte de la Unidad de Nutrición, de evaluar la prevalencia de LME de los lactantes hospitalizados al momento de su egreso y como la hospitalización influye en la lactancia, y según ello elaborar estrategias de cambio. Este estudio realizado entre marzo a octubre

de 2015 que entrevistó a 96 madres de menores de 6 meses hospitalizados en camas básicas en el Hospital, develó una triste realidad: de un 52% de lactantes que al ingreso se alimentaban con LME, sólo un 28% la conservaba al momento del egreso hospitalario, y las causas de esto era en 68% por indicación médica, un 16 % por decisión personal y un 16% por indicación de otro profesional de la salud. Las principales razones del cese de LME no diferían de las señaladas en la literatura (sensación de poca producción láctea y mal incremento ponderal) y se comienza la tarea de educar e informar a las madres sobre mitos y realidades que surgen el amamantar, incluyendo a madres y a familiares en talleres sobre lactancia materna.

Pese a la precaria infraestructura y la falta de espacios se comienza a soñar y lentamente se va dando cuerpo a las ideas iniciales. En este contexto se va estructurando la implementación de un Lactario cuyos objetivos fueron:

1. Aumentar el número de niños con Lactancia Materna Exclusiva al 6<sup>o</sup> mes,
2. Apoyar a la madre que tiene a su hijo hospitalizado y/o trabaja para mantener la lactancia exclusiva por el mayor periodo posible.
3. Apoyar a la mujer en el amamantamiento a través del refuerzo de la técnica adecuada para la lactancia.
4. Promover la iniciativa de los “Hospitales amigos de la madre y el niño”
5. Medir sistemáticamente la prevalencia de lactancia exclusiva durante el primer semestre de la vida y complementaria durante el primer año.

A través de un trabajo sistemático, de búsqueda y visitas a otros hospitales que ya tenían experiencia se realiza la planificación a escala humana, y que comprendió varias etapas:

1<sup>o</sup> Levantamiento de información: Contamos con la información inicial, las falencias y las fortalezas, las causas dependientes de la Institución que contribuían a disminuir la LME, y la motivación de muchos profesionales en concretar este sueño.

2<sup>o</sup> Establecimiento de criterios: A partir de los objetivos, la pregunta fue ¿Cómo queremos que el lactario incida en el hospital, en los pacientes y en las personas?, ¿Cuál será el carácter que dictará las pautas para diseñar la atmosfera del espacio? A través de muchas conversaciones, de mucho compartir, se llegó a la definición de que el Lactario sería un “SPA de regaloneo para las mamás”, tranquilo y cómodo, que favorezca la conversación para la generación de una comunidad como ambiente de apoyo, y un espacio que contribuyera a empoderar en el rol de ser mamá. Así se establecen las bases

de una mirada diferente, inclusiva, de favorecer el compartir experiencias y nuestro rol de acompañar a cada una de las madres con sus propias realidades y creencias. En este sentido se estableció que debía funcionar en forma permanente, contar con normas establecidas de funcionamiento, contar con un líder capacitado en lactancia, atender las consultas espontáneas y/o programadas según necesidad, realizar y registrar las actividades de promoción de la lactancia, y que la planta física debe contar con la privacidad, comodidades básicas y suficientes.

3<sup>o</sup> Diseño: En esta etapa se observaron experiencias de Lactarios como la del Hospital Barros Luco Trudeau y de la Clínica Las Condes. A través de un diario mural y mensajes, se preguntó a las mamás que esperaban de un lactario. Y finalmente la selección y adaptación del mobiliario para un espacio de 3,4 x 4,6 mt.

4<sup>o</sup> Propuesta física: Se realizó una propuesta de diseño de los espacios físicos, ubicación del mobiliario, áreas de trabajo, refrigerador, etc. Diseñando además los diagramas de flujo del personal y las nodrizas. En un espacio tan reducido se trabajó también en los campos visuales resguardando la intimidad de la nodriza como la de la supervisión por parte de técnico a cargo. El desafío fue convertir este espacio en un lugar con vida, una especie de refugio y de Comunidad, en el que fuese transformándose desde un espacio físico cómodo, con una disposición que posibilite privacidad, la conversación, que relaje a la nodriza, con una decoración ad hoc; a un espacio de información creada entre todas y todos, con frases de empoderamiento, infografías sobre la lactancia y beneficios “sorpresivos”, Paneles de transmisión de la información y que la nodriza se apropie de este espacio y lo sienta suyo a finalmente un espacio No Físico sino un espacio de comunidad, con un lactario integrado dentro de otras dinámicas hospitalarias, que las madres nodrizas sientan como propio, en donde exista una intervención respetuosa y se potencie retroalimentación para seguir mejorando.

La demanda comenzó a crecer, algunos horarios fueron muy demandados, lo que condujo a que en el nuevo edificio se cuente con dos lactarios. Actualmente, las madres acuden al lactario a solicitud del equipo de salud, es un lugar cómodo y de relajación para las mismas. Es atendido por un profesional de salud todos los días de la semana y se le entrega consejería en los temas atingentes. Agregado a los anterior, el mismo profesional realiza clínicas de lactancia a las madres, actividad que se hace en el servicio clínico de manera personalizada al binomio madre – hijo. La meta siempre

ha sido lograr convertir al Exequiel en un Hospital amigo de la madre y el niño, para lo cual se han socializado las políticas e instructivos para incentivar la lactancia en cada ámbito posible a través de la capacitación del personal, la pesquisa activa de madres de lactantes menores de 6m, apoyo a la LM en cohabitación conjunta y seguimientos de la diada.

## **2. MINGA REHABILITACIÓN: RECONOCER EL DERECHO A LA (RE) HABILITACIÓN EN TODO PROCESO ASISTENCIAL**

---

Inspirados en los principios fundamentales de la convención de derechos de la niñez (CDN), y particularmente en el derecho a la supervivencia, desarrollo y protección, es que un grupo de profesionales del hospital vinculados a procesos de salud-enfermedad y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes (NNA) con condiciones crónicas, visualizó la necesidad de crear una Unidad de Rehabilitación que pueda permitir su adecuado ejercicio.

Garantizar las “condiciones necesarias para lograr un pleno desarrollo”, así como un “crecimiento sano física, mental y espiritualmente”, ambos explicitados en la CDN exige la coordinación entre distintos sectores, sin embargo, un centro asistencial pediátrico de alta complejidad debe contar con programas y prestaciones que colaboren en este sentido desde su vereda. Para ello, lo primero es contar con un equipo que comande todos los procesos de rehabilitación física, inspirados por el derecho a la vida, el desarrollo y la protección, y orientadas a la participación del NNA en su comunidad.

Es así como en abril del 2017, luego de un largo proceso participativo y vinculante con todos los actores relacionados a la rehabilitación de los NNA del hospital, se conformó la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, y con colaboración de referentes técnicos del MINSAL, Directivos del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, y expertos en gestión de unidades de rehabilitación, se construyó la misión organizacional: “Ser un equipo comprometido con el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes que, por medio de los procesos de habilitación y rehabilitación, respeta sus derechos, favorece la inclusión y trabaja en red con las familias y la comunidad”, y como visión “Ser la unidad líder de todos los procesos de habilitación y rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes del servicio de salud metropolitano sur, con una mirada inclusiva, orientada a la inserción y participación en la comunidad, dando énfasis a

la innovación, y asegurando calidad de atención y continuidad en los cuidados; lo que la posicionará como referente nacional de la disciplina”.

Los principios y valores sobre los cuales se construye la unidad son, ser un modelo de salud Biopsicosocial, por medio del trabajo colaborativo, sinérgico e interdisciplinario de los profesionales de la salud participantes del proceso de habilitación o rehabilitación, con pertinencia cultural y espiritual, incorporando la perspectiva y expectativas del paciente y familia. Para ello el modelo de atención se basa en la Clasificación Internacional de Funcionalidad y Discapacidad (CIF)(OMS 2001) y todas las acciones realizadas están orientadas al desarrollo y/o la recuperación de funciones para lograr la plena participación en su comunidad.

El Modelo de gestión se basa en la continuidad de atención tanto entre niveles de atención de salud, así como a lo largo del ciclo vital, teniendo en perspectiva la transición al equipo de salud de adultos. La programación, rendimientos, y organización se realizó considerando la justicia sanitaria, dando prioridad a la oportunidad de la atención de acuerdo a las ventanas críticas del desarrollo para intervenir, y con proporcionalidad de acuerdo al pronóstico funcional de cada caso.

La experiencia de haber implementado la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación en el hospital le cambió la cara a la forma en que el Hospital se relaciona con sus pacientes y familias. Haber permeado en los procesos asistenciales de los equipos de atención ambulatoria y hospitalaria permite el reconocimiento del derecho que tienen “Los niños impedidos a los servicios de rehabilitación, (...) que los ayuden a disfrutar de una vida plena y decorosa”. El reconocimiento de este derecho, enunciado en la CDN, así como disponer de los medios necesarios son un imperativo de las instituciones del estado, y las de salud, por cierto, en tanto que son garantes intermediarios de éste, para que los derechos se cumplan efectivamente.

## **3. MINGA SALUD MENTAL: HACIA UN MODELO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL HEGC**

---

Desde los primeros movimientos de desinstitutionalización psiquiátrica, motivados por la privación del acceso y ejercicio de los derechos de las personas con enfermedad mental, la tendencia ha sido evitar la hospitalización mediante la creación de nuevos recursos en la comunidad. Es así como la atención hospitalaria crítica en psiquiatría ha migrado a los hospitales generales,

permitiendo un mejor ejercicio de derechos, mayor integralidad y seguridad en la atención y menor estigma. En nuestro país el primer Plan Nacional de Salud Mental (7), marca un hito permitiendo mejorar sustancialmente la oferta de servicios, mejorando coberturas y calidad.

El modelo de gestión vigente para la red de salud mental apuesta por el despliegue de servicios que fortalezcan la atención ambulatoria, identifique y mejoren las barreras de acceso, como también apunten a la oportunidad y pertinencia de la atención con óptimos estándares de calidad en todos los niveles de los sistemas de salud. Esto a través de la profundización del modelo comunitario de atención en salud mental y su articulación al modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (Minsal 2000).

Desafortunadamente en Chile aproximadamente uno de cada cinco niños, niñas y adolescentes (NNA) entre 4 y 18 años tendrían un trastorno de salud mental con discapacidad, prevalencias de 22,6%. Los dispositivos de psiquiatría crítica están presentes en sólo 15 de los 29 servicios de salud del país, donde el 40% de ellos se ubican en la región metropolitana. La magnitud del problema es mayor si consideramos que el presupuesto destinado a salud mental, del total del destinado a salud, es tan sólo el 2,4%, cifra similar a países de bajos ingresos (Minsal 2018).

La Minga del Exequiel pretende implementar la nueva prestación de hospitalización psiquiátrica crítica, ausente en el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) desde una perspectiva de derecho, alineada con el modelo comunitario y altamente articulada a su red territorial.

La Unidad de Cuidados intensivos en Psiquiatría (UHCIP), que brinda atención crítica psiquiátrica, es una unidad de atención anhelada por el territorio de SSMS y viene a satisfacer una importante brecha asistencial. Para responder a las necesidades y expectativas, el equipo directivo del hospital dispone de un espacio de diálogo, exploración y de construcción colectiva de esta unidad. Se desarrollan diversas jornadas de trabajo, incorporando a los equipos de atención de especialidad en salud mental infantil, hospital de día infanto-juvenil, asesores técnicos de SSMS y el servicio de psiquiatría del Hospital El Pino. De este modo, se consolida el desafío de implementar una unidad de atención cerrada, centrada en las necesidades de las personas y al servicio de sus procesos de tratamiento, desarrollados principalmente de manera ambulatoria. Pretende ser altamente estructurada e intensiva

en la intervención, pero flexible en lo que respecta a las múltiples formas de articulación con los equipos territoriales de salud mental en función de las necesidades únicas individuales de cada persona usuaria y su familia. Se dispone de un trabajo transdisciplinario orientado a fortalecer la continuidad de los procesos terapéuticos. Esto es, continuidad de los cuidados (De la Barra 2019, Hernández 2017).

En este sentido, una de las principales estrategias de trabajo ha sido la conformación de Equipo Gestor de Casos. Un equipo de personas conformado por diversos profesionales, representantes de cada equipo de especialidad en atención de salud mental infanto-juvenil, del territorio correspondiente al servicio de SSMS en sus 11 comunas. Este equipo es el protagonista en la priorización de ingresos a la unidad. Semanalmente el equipo se reúne y se analizan integralmente los casos derivados a hospitalizar, permitiendo evaluar el posible beneficio de la indicación de hospitalización, como visualizar nuevas alternativas de intervención que permitan intensificar el tratamiento ambulatorio mientras espera la “cama”. Esta gestión de camas integrada en red para población infanto-juvenil permite:

a) Articular fuertemente el equipo de tratamiento que refiere con el referido, facilitando el trabajo conjunto donde el proceso de contra referencia y derivación asistida, se ha construido desde el inicio y, por tanto, la continuidad de cuidados es un proceso natural y fortalecido.

b) Identificar aquellas personas en que la hospitalización puede ser traumática y por tanto se previene la vulneración de derechos. Por ejemplo, personas con trastorno de espectro autista (TEA), aquellas que han tenido experiencias previas negativas con hospitalizaciones o que simplemente no cuentan con alta motivación para hospitalizarse. En estos casos, se generan no solo estrategias para fortalecer su tratamiento ambulatorio, sino que se generan nuevos espacios de acercamiento a la unidad, como hospitalizaciones parciales, que permiten preparar la hospitalización, mejorando la adherencia y disminuyendo eventos adversos como agitación psicomotora y contenciones mecánicas.

c) Entregar la mayor oportunidad de atención identificando aquellas personas de alto riesgo y/o aquellas que se beneficiarán porque tienen voluntad en un momento posiblemente fugaz, como aquellas con enfermedad adictiva.

d) Generar espacios de gestión de casos

complejos, permitiendo que sean analizados casos que no cuentan con indicación de hospitalización, pero que el equipo de especialidad territorial genera una necesidad de análisis y visualización de nuevas estrategias de intervención.

e) Dinamizar las camas. Dado que el territorio se ha empoderado en la utilización de sus camas, existe una autorregulación en esta utilización. Al ser protagonistas y autónomos en la gestión de camas, se intensifican también los tratamientos ambulatorios para aquellas personas próximas al alta y así disponer de camas en caso de alta demanda.

f) Uso óptimo de recurso, la hospitalización es escasa y costosa. La mirada integral, no sólo del psiquiatra, sino de diversos profesionales como trabajadores(as) sociales, psicólogos(as), enfermeros(as), técnicos en rehabilitación, abogados(as), etc., permite una priorización de manera integral y efectiva, agregando valor al proceso. Va más allá de la tradicional hoja y/o ficha de derivación de hospitalización.

g) Articular el intersector, desafortunadamente fraccionado en infancia. A diferencia de la población adulta, la población de NNA que presenta un trastorno psiquiátrico, los que por su gravedad y complejidad requieren hospitalización, muchas veces se encuentra intervenidos por diferentes dispositivos. Estos generalmente son de la línea de protección, reparación traumática, tratamiento de adicciones, salud mental escolar, justicia juvenil, etc. Con el objetivo de mejorar la eficiencia de las intervenciones, el uso de recursos, disminuir la iatrogenia y mejorar la pertinencia territorial es que toda hospitalización planificada se gestiona mediante los representantes del Equipo Gestor de Casos. Los equipos de otros dispositivos son también invitados a las reuniones, desplegando toda la información relativa al caso e intencionado de este modo, la articulación intersectorial territorial.

h) El espacio se hace propio, y la UHCIP resulta ser una plataforma al servicio de una red de tratamiento ambulatoria.

El proceso de implementación aún está en marcha, actualmente se cuentan con 10 camas en la unidad. Los desafíos son muchos aún, sin embargo, se han sentado las bases para fortalecer el modelo comunitario de atención en salud mental desde la atención terciaria, donde este modelo de gestión de camas integrada en red es por ahora único en infancia y ha sido fruto del trabajo, convicción y diálogo entre muchas personas que trabajan en diferentes niveles de atención de salud mental del SSMS.

## REFLEXIONES FINALES

La Minga del Exequiel está constituida por múltiples Mingas. Solo es posible emprender un cambio del ethos de un hospital si se convierte en un proceso épico y ético colectivo. Los procesos de reposición de la infraestructura hospitalaria es una buena oportunidad para realizar estos cambios, sin embargo la reposición per se no es suficiente. La toma de conciencia de la envergadura del cambio es progresiva. Solo mirando en la perspectiva del tiempo es posible dar cuenta de su profundidad, este cambio remece las bases de una cultura occidental, medico-céntrica, asistencialista, muchas veces clasista que solo ve los problemas de salud de las personas y no ve todas las potencialidades existentes en las personas y su comunidad en las temáticas de salud.

Este cambio de paradigma, para que se sostenga y se fortalezca en el tiempo, requiere que el equipo directivo genere activamente espacios democráticos de reflexión sobre el modelo, sobre los cambios en la gestión operativa, sus métricas de evaluación, sus objetivos. Este proceso requiere estabilidad de los equipos que lideran el cambio, necesitan tiempo, mucha reflexión colectiva y una visión estratégica robusta con sentido sanitario. La minga es permanente, no es un hito ni una fecha, es un proceso continuo.

Las prácticas de este equipo deben ser ejemplares en el cumplimiento de los pilares organizacionales donde se asientan las instituciones que emprenden este camino: gobernanza sistémica, transparencia en la gestión y la rendición de cuentas o accountability ejercido por las personas y comunidad que generan un espacio público democrático y participativo. Este equipo debe tener gran convicción dado que aún existen instrumentos de evaluación y normativa del sistema de salud muy desalineada con el modelo centrado en las personas. Por lo que se pone a prueba la solidez de estos equipos en sus competencias técnicas y transversales para gestionar el cambio en este contexto.

En el plano interno, los avances en el modelo centrado en las personas y la comunidad con perspectiva de derecho no ocurren de forma homogénea en el hospital; estos avances dependen de múltiples variables. Una de ellas es el tipo de liderazgo, aquellas unidades donde nos encontramos con líderes transformacionales que generan ambientes positivos, con relaciones de confianza en el equipo, espacios de conversación más democráticos, con disenso, donde las tensiones

se hablan y se comprenden, generando así espacio público para la comunidad de salud, para la comunidad de aprendizaje. En esos lugares la apropiación del modelo fue orgánica. Por el contrario en las unidades o equipos en que los liderazgos no participaron de la discusión y construcción y solo se “administraba” la Minga, en esos equipos se retrocedió durante el proceso de cambio.

Existen además otros factores de contexto que pueden ser amenazantes o impulsores de este proceso: el patrocinio del gestor de red es crítico, si este cambio es solo un esfuerzo de una organización en la red asistencial o es parte de un cambio más sistémico del territorio de salud que lidera el gestor de red. Otro factor relevante es la incorporación de las organizaciones representativas de los funcionarios de la salud en el proyecto de cambio.

La mayor fuerza de nuestra minga está en la historia de Exequiel, en el sentido de lo público, en lo creativo de su gente y en la visión profundamente comunitaria y transformadora de los funcionarios y las personas que atendemos. Esta el riesgo de creer que el cambio de infraestructura es suficiente o que la llegada al edificio nuevo en octubre del 2017 era el fin de la minga. Pueden existir periodos de estancamiento e incluso de retrocesos, pero este camino seguirá adelante; siempre y cuando, se vuelva a nutrir de lo mejor de su historia y de lo mejor de sus prácticas clínicas, organizacionales y de participación comunitaria.

## REFERENCIAS

1. Arendt H. (1989) “La condición humana”. Ediciones Paidós. Buenos Aires, 1993. Pág. 49. Convención sobre los Derechos del Niño. Organización de Naciones Unidas.
2. Cunill N.(2010) “Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública”. Revista CLAD Reforma y Democracia. Caracas. N°46
3. De la Barra F, Irrarázaval M, Valdes A, Soto-Brandt G. (2019). Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. *Rev Panam Salud Publica.* 43:e33. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.33> [Accesado el 10 Julio 2019]
4. González F, Montiel B, Yarza MB, Trujillo P. (2018) Enfoque de derechos en la práctica asistencial. *Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés. Cuad Méd Soc (Chile),* 58 (3): 111-118
5. Hernández M, (2017) La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37(131): 171-187
6. MINSAL (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Santiago: Ministerio de Salud disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf> [Accesado el 10 Julio 2019]
7. MINSAL (2017). Estadísticas vitales 2017, Departamento de estadísticas e información en Salud, Ministerio de salud, 2017.
8. MINSAL (2018), Modelo de Gestión Red temática de salud mental en la red general de salud. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02\\_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental\\_digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf) [Accesado el 10 Julio 2019]
9. OMS (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Resolución asamblea CIF, 54ª Asamblea Mundial de la Salud, 2001
10. ONU: Asamblea General, (1989) Convención sobre los Derechos del Niño, 20 Noviembre 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/convencion%285%29.pdf> [Accesado el 10 Julio 2019]
11. Schön A, Hammermüller E, Di Tommaso V, Bagari G. (2015) La Convención sobre los Derechos del Niño en Acción: Experiencia del Hospital “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” en la integración del enfoque de derechos en las prácticas del equipo de salud. *Arch Argent Pediatr.* 113 (3):269-75.

## El enemigo del pueblo: una conversación en el Colegio Médico Regional Arica

Yuri Carvajal Bañados 19 agosto 2019

La mesa en la sede del Regional Arica es mayor que los reunidos. El editor de Cuadernos Médico-sociales aprovecha de promover el número reciente de la revista con el jefe del Departamento de Ambiente, Dr. Rodrigo Vargas. También nos acompaña la Dra. Ana Miles, que trabaja en Cuidados Paliativos. Ambos colegas trabajan en el Hospital Juan Noé. Y la periodista del regional, Florangel Vargas.

Mi propuesta que inicia la conversación es vaga y el diálogo oscila entre la difusión y colaboración con Cuadernos, los conflictos recientes por la inmigración y la ley de polimetales, el viaje de Greta, la COP 25.

Los colegas me explican que la inmigración ha sido más un tema comunicacional que un problema de la zona. Arica es una zona de paso, un movimiento constante fronterizo y la noción de lo andino por sobre los límites nacionales, sigue estando presente. La situación austera de la ciudad, que sin tener los mayores índices de cesantía del país, no vive el boom económico de otras regiones, hace que los migrantes actuales la consideren una zona de tránsito. Su presencia cultural también es morigerada por la fuerte impronta andina. Al caminar por la ciudad o más aún, al adentrarse un poco en los valles, uno siente la fuerza andina, los tiempos lentos que el historiador Fernand Braudel describiera. La fuerza de lo originario marca ritmos pausados, los alimentos pintan de colores rojo y anaranjado los puestos del “Agro”, un mercado más central en la vida local que el flamante Mall de la ciudad. El mismo cruce a Tacna es de una masividad y sencillez impresionante: te subes al primer bus de la fila y ya estás. Sólo usas la escritura en el papel del SAG, al regreso.

Arica como tantas ciudades conservan pedazos de otros Chiles y en muchas cosas es más bien keynesiana o cepaliana incluso. El mismo hospital hace coexistir los mosaicos de las edificaciones de salud de los años 60-70, con el edificio todo concreto del 2010. Un mosaico de tiempos, una ciudad postindustrial, que en 1983 recibió 20 mil toneladas<sup>1</sup> de residuos tóxicos desde la empresa Boliden de Suecia, para ser tratada por Promel: una importación de residuos sustitutiva de industrializaciones. Al parecer la nueva legislación ambiental sueca (antes de la firma del Protocolo de Basilea), les obligó a eliminar acopios riesgosos. El Chile de los 80 era propicio para negocios fraudulentos. También me dicen los colegas que la creencia en que el desierto está muerto, favorecen que sea tratado como un depósito de basura. Sobre un sitio fiscal, se depositaron los residuos de la fundición de Rönnskär de cobre, zinc, plomo y metales preciosos, cubriendo las pampas sin cubierta. El estado compró los terrenos en los 90 para construir viviendas sociales. La solución al desastre fue trasladar a la gente. Al entrar a la ciudad veo las viejas viviendas tapadas y algunas en uso. Algunos metros más allá, las nuevas poblaciones. Muchos de sus habitantes están bajo control. El nombre de la ley que articuló estas iniciativas, polimetales, me disgusta. Son lisa y llanamente residuos. Un episodio como el de Love Canal, en Niagara Falls. En estos días un alumno de pregrado me envía un editorial del 2018 de la revista Occidente:

Hoy tenemos la más que curiosa e indolente expresión “Zonas de Sacrificio” para referirse a zonas geográficas depredadas, sin derecho ambiental, víctimas de una descontrolada producción industrial que genera daños al Medio Ambiente y a la Salud de sus comunidades, es decir, todo el descuido por décadas y de permisibilidad del Estado en una expresión para el bronce “Zonas de sacrificio”, que grafica en forma inequívoca el desprecio con que privados y nuestro mismo Estado conciben la naturaleza, el medio ambiente y quienes lo habitamos. Cifras, porcentajes, utilidades, PIB, encuestas.

Aunque el Colegio Médico actuó con velocidad en ese proceso, hablamos de que el Departamento puede asumir hoy un rol aún más nítido. Me entero de que constituyeron hace un año atrás un equipo

1 También leí que fueron 20 toneladas, pero parece difícil que para una cantidad transportable por un camión se haya movilitado una nave y desplazado a miles de kilómetros

multidisciplinario y trabajaron en torno al relieve de la quebrada de Copaquilla. Se incorpora a la conversación Hernán Sudi y Paula Sivori. Hablamos de las dificultades para sostener una postura ordenada, en medios de las tensiones y pluralidades de los conflictos ambientales.

Hernán es el anciano de la tribu en medio de la conversación y nos cuenta su experiencia como Intendente a fines de los 80, las conversaciones de la transición, los dólares ofrecidos por otros cargamentos de residuos.

Hablamos de Hospitales, de huella de carbono. Ana me cuenta de la iniciativa de el huerto Colibrí, que fue financiado el año pasado por el FNDR y que continúa mediante voluntariado, generando un espacio de cultivo y reciclaje con compost y lombricultura en el Hospital y en medio de la ciudad. El próximo paso es procesar toda los residuos de alimentos del Hospital y cultivar para poder entregar quizás una vez por semana esos productos orgánicos a nuestros pacientes oncológicos. Hernán recuerda los jardines y huertos del Hospital Arriarán, de la destrucción del Hospital San Borja y las emprende contra el edificio del Jota y del San Juan. Es como si

hubiéramos sacado en un mismo movimiento las fuerzas espirituales junto con la presencia vegetal de nuestros hospitales. En torno a esta mesa somos testigos de cómo se despiertan esas energías y se animan, retornan.

Cuadernos Médico-Sociales está en la mesa y pronto se multiplican los mensajes de whatsapp de colegas conectados, que responden a la invitación del regional para distribuirlos. Hernán, amante del teatro nos relata la obra de Ibsen El enemigo del pueblo de 1882. El médico del pueblo en un pequeño condado denuncia que las aguas del balneario, foco del turismo y prosperidad local, están contaminadas por bacterias y son la fuente de varios episodios de gastroenteritis. La prensa y las autoridades se confabulan contra la verdad del Dr. Thomas Stockmann, que termina expulsado junto a su familia, repudiado públicamente y condenado como un enemigo del pueblo. Cerramos la conversación con la promesa de esta crónica. Buscaré entretanto el correo electrónico del Dr. Stockmann para invitarlo al equipo editorial de Cuadernos Médico Sociales. Creo que algo así hemos estado haciendo por la salud pública en estos 60 años.

# Experiencia de Formación de Niños, Niñas y Adolescentes Líderes en Ciudadanía: NNA de Calama construyen la Ley de Protección Integral

Training Experience of NNA Leaders in Citizenship: NNA of Calama build the Integral Protection Law

Iván Silva<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

---

Cuando educamos a los niños, niñas y adolescentes para que participen y expresen su opinión, contribuimos a la formación de sociedades más democráticas, que busquen soluciones a conflictos sobre la base del diálogo y al respeto de las posiciones contrarias.

La participación y expresión son valores esenciales en una comunidad pacífica, por lo tanto, todos/as estamos comprometidos/as a inculcarlos a las futuras generaciones.

Por otro lado, el ejercicio de la participación de los niños, niñas y adolescentes es la mejor expresión de su reconocimiento como sujetos de derechos. Esto implica que los mismos son agentes activos en la promoción y exigencia de los derechos a que son acreedores por ser seres humanos. Al igual que los adultos, tienen derecho a expresar su opinión sobre asuntos que le competen en el ámbito familiar, escolar y comunitario. Igualmente, tienen la capacidad para organizarse y plantear soluciones a problemas que les afectan.

Como seres humanos, los niños, niñas y adolescentes también participan y se expresan en sus espacios de relaciones. Tradicionalmente esta capacidad les había sido limitada pero el reconocimiento de estos/as como sujetos de derechos, obliga a entenderlos/as como personas con igualdad de derechos a los/as cuales no se puede discriminar por razones de edad. La perspectiva de los derechos de los niños, niñas y adolescentes cambia el panorama: ya éstos/as no callan cuando hablan los adultos, sino que junto a ellos/as, se expresan y exponen opiniones y las mismas son consideradas.

Los niños, niñas y adolescentes pueden participar en diversas esferas del contexto familiar, escolar y la comunidad. Y en ese sentido, es tiempo que también ellos comiencen a familiarizarse y a participar en los temas y sucesos que están ocurriendo en la sociedad, especialmente aquellos que construye el mundo adulto para ellos sin considerar su opinión. Es el caso de la Ley de Protección Integral de la que carece el país pese a que Chile firmó hace 30 años la Convención sobre los Derechos del Niño y, al año siguiente, en el año 1990, el Estado de Chile la ratifica, asumiendo el compromiso de asegurar la protección integral de la infancia mediante la interacción de todas las áreas que inciden en su desarrollo psicosocial.

En la mencionada Convención es posible agrupar los derechos fundamentales de la Niñez en los siguientes derechos (Unicef 2014):

- **Derechos Sociales:** Derechos a la vida; derechos al mejor nivel posible de salud; a una educación de calidad; derecho al juego y esparcimiento, a contar con una familia; a los cuidados especiales a NNA con capacidades diferentes
- **Derechos Económicos:** Derecho a un adecuado estándar de vida; a los beneficios de la seguridad social y a la protección de la explotación económica
- **Derechos de Protección:** se incluye el derecho a la promoción del interés superior del niño; a la protección contra toda forma de maltrato, a la protección contra el abuso y la explotación sexual; a la protección en conflictos armados; a la protección contra las drogas; contra el abuso y la negligencia

---

Recibido el 12 de agosto de 2019. Aceptado el 19 de noviembre de 2019

<sup>1</sup> Médico Pediatra. Correspondencia a: isilv007@gmail.com

- **Derechos Culturales:** esto incluye el derecho a crecer dentro de su propio entorno cultural; a profesar y practicar su religión; al empleo de su propio idioma
- **Derechos Civiles y Políticos:** incluye el derecho a tener un nombre y una nacionalidad; a la libertad de expresión, expresar su opinión, ser escuchado y asociarse con otros; a estar libre de toda discriminación; a la libertad de pensamiento y religión.

Todos estos derechos se describen ampliamente en los 54 artículos que comprenden la Convención.

Creemos que la protección Integral plena, que debe extenderse a proteger a los casi 5 millones de personas que comprenden Infancia y Adolescencia, desde los RN hasta los de 18 años, está representada por la confección y promulgación de la ausente Ley de Protección Integral y de Garantía de Derechos de NNA (Gobierno de Chile 2018)

Esta Ley debiera ser global, abarcar todos los ámbitos de la vida de Niñas, Niños y Adolescentes, definiendo a cada sector su obligación para con los derechos y la vida de NNA.

Debiera entenderse por Protección integral de los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de estos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato, en el desarrollo del principio del interés superior.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que debieran ejecutarse en los ámbitos nacional, regional, comunal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Esto corresponde lisa y llanamente al establecimiento de las llamadas Políticas Públicas en Infancia. Las políticas públicas de bienestar para la infancia debieran tener como principal objetivo su protección y, a través de esto, simultáneamente, su regulación sobre un determinado modelo deseable de infancia. Generalmente se dice que los recursos son escasos y las necesidades, múltiples. En esa ecuación, el grupo infantil es uno de los más desfavorecidos dentro las minorías, porque las niñas y los niños no tienen capacidad de presión a través del voto ni de movilización tradicional (marchas, campañas, etc.), además, padecen del prejuicio social dada la visión cultural que predomina sobre su incapacidad e inmadurez.

Es de gran importancia debatir en torno al concepto de bienestar como un valor social, un pacto

o política públicas. A partir del marco de los derechos humanos de la infancia se puede entender el bienestar como un derecho de las niñas y los niños. Sin embargo, surgen tensiones entre los actores responsables de garantizar esos derechos y proveer el bienestar infantil. Dependiendo de la visión que se tenga, del modelo de sociedad que se quiera instaurar en la nación, en ciertas políticas públicas dentro del país, podría de pronto privilegiarse más el rol del Estado, en otras ocasiones, el de las familias o, como sucede a menudo, privilegiarse al mercado.

La Ley de Protección Integral y de Garantías, debe significar la adaptación de nuestra legislación e institucionalidad a lo escrito en la Convención de Derechos firmada en 1990, generando así un sistema de protección con foco en la prevención, promoción y protección de los Derechos de Infancia y Adolescencia.

Que, desde sus primeras disposiciones, sus primeros principios y definiciones, establezca la finalidad, el objeto, y quiénes serán en definitiva los sujetos titulares de esos derechos establecidos.

Por tanto, debiera incluir claramente cuáles son los ámbitos de aplicación, sus reglas de interpretación y que se entienda por protección integral.

Desde la Pediatría Social la entendemos como el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y complementos de estos, la prevención de sus amenazas y vulneraciones y la seguridad de su restablecimiento inmediato de acuerdo con la definición del Interés Superior del Niño.

## **DESARROLLO PREVIO DEL TRABAJO CON LÍDERES DE LOS CENTROS DE ALUMNOS Y METODOLOGÍAS**

---

Dicho lo anterior, con ocasión de acercarse un año más de la conmemoración de la creación de la Convención de Derechos del Niño, quisimos hacer realidad estos conceptos y para ello tomamos contacto con los Centros de Alumnos de la ciudad de Calama con la idea de generar un encuentro que se propusiera favorecer la participación infanto-juvenil en los distintos ámbitos en que transcurren sus vidas, teniendo como base los instrumentos internacionales de derechos humanos, sobre todo, los de la Convención sobre los Derechos del Niño y que estos elementos pudiesen concretarse en aportes a la esperada Ley de Protección Integral de la Niñez, de la que el país adolece y que para el mundo multiprofesional que desarrolla su quehacer cotidiano en Niñez, Adolescencia y Juventudes, es algo que requiere

de una pronta concreción.

Previo al desarrollo del Seminario donde se iba a conceptualizar con los alumnos de los CEALES los temas descritos anteriormente, nos propusimos, en primer lugar, evaluar el conocimiento de la Convención de Derechos que tenían los alumnos participantes, lo cual arrojó cifras bajísimas cercanas al 10%. Entonces, para materializar el trabajo que llevara a NNA participantes a elaborar sugerencias para la construcción de la faltante Ley de Protección Integral en el país, se les hizo llegar un resumen con los temas centrales presentes en la Convención para desde allí desarrollar el trabajo.

En el resumen ejecutivo se incluían los siguientes ámbitos de protección, contenidos a la vez en los 54 artículos y que se agrupan en los siguientes 14 ámbitos:

- El derecho a la vida, a la calidad de vida y a un medio ambiente sano
- El derecho a la integridad personal
- El derecho a la rehabilitación y a la socialización
- Los derechos de protección
- El derecho a la libertad y a la seguridad personal
- El derecho a tener una familia y a no ser separados, a custodia y cuidado personal
- El derecho a la identidad
- El derecho al debido proceso
- El derecho a la Educación
- El derecho al desarrollo integral en la primera infancia
- El derecho a la recreación, participación en la vida cultural y en las artes
- El derecho a participar y a ser escuchados
- El derecho de asociación y reunión
- El derecho a la información

Se realizó entonces una encuesta con los alumnos participantes, invitándoles a definir cuál de los ámbitos señalados en el documento enviado, les parecía pertinente ser trabajado de manera específica en el Encuentro.

La opción mayoritaria la ubicaron en el ámbito de “los derechos de protección”.

Nos propusimos entonces desarrollar los siguientes objetivos para el Encuentro:

#### **a) Objetivos Generales:**

- Identificar las opiniones de niños y jóvenes de Calama en torno a la Ley de Protección Integral
- Identificar y registrar las opiniones de las juventudes de Calama sobre cómo quieren ser protegidas por medio de la Ley de protección a la infancia.
- Favorecer la reflexión sobre el derecho a la participación de los NNA participantes en el

encuentro

- Formar líderes multiplicadores que favorezcan la participación y expresión de los niños, niñas y adolescentes

#### **b) Objetivos Específicos**

- Identificar la base legal que regula la participación de los niños, niñas y adolescentes.
- Identificar las formas de participación de los niños, niñas y adolescentes.
- Manejar procedimientos que favorecen la participación de los niños, niñas y adolescentes en la familia, la escuela y la comunidad.

Se utilizó una Metodología participativa, método pertinente para involucrar en el proceso a los principales actores participantes, para no solo “dar la voz” para un espacio e instrumento público sino también para lograr/involucrar un activo compromiso en las propuestas que surgieran para la toma decisiones que le afectan e involucran.

Se eligió para desarrollar en el Encuentro la técnica denominada “Café Mundial o Café del Mundo”, (Mineduc 2017), que es una técnica de dinamización de grupos, que permite la generación de ideas y la cohesión grupal. Esta técnica puede adaptarse para el trabajo de redes de colaboración y también puede ser particularmente útil para estimular conversaciones auténticas y lograr acuerdos sobre, por ejemplo, finalidades comunes u objetivos compartidos en una red.

Posteriormente dado que uno de los objetivos era identificar las opiniones de niños y jóvenes en torno a aportes y sugerencias para la construcción de una Ley de Protección Integral, se definieron las siguientes preguntas:

- ¿Cómo queremos ser protegidos con nuestros pares? (cómo nos protegemos a nosotros mismos).
- ¿Cómo queremos ser protegidos en nuestro entorno más cercano? (casa, familias, etc.)
- ¿Cómo queremos ser protegidos en la escuela? (¿espacio de protección? crecimiento y recepción de conocimiento).
- ¿Cómo queremos ser protegidos con las autoridades, Servicios Públicos?

Se consideró como importante estandarizar el procedimiento para que la información recabada fuera considerada bajo parámetros de producción de información metodológicamente válidos. Para esto es necesario establecer el mecanismo para recopilar la información lo más fidedigno posible. Dado que eran menores de 18 años, una de las técnicas puede ser grabar y registrar las voces de las y los participantes, lo que fue llevado a cabo a través de la filmación del encuentro.

## RESULTADOS

---

De los 33 establecimientos educacionales de Calama participaron 10, con un total de 60 alumnos, 40 mujeres 20 hombres. Cursos desde octavo básico hasta tercero medio. Edades desde 12 a 17 años.

Las respuestas para la pregunta número 1 fueron:

- **Sentirme segura al salir a las calles**
- Tener un ambiente de confianza, cómodo, acogedor y seguro.
- Sentirse querido, escuchado, amado, tranquilos.
- Confianza entre pares.
- Un lugar agradable.
- Dejar los miedos.
- Un ambiente unido.
- Integridad.
- Seguridad.

El predominio, correspondió a la expresión “sentirme segura (o) al salir a las calles”

Las respuestas para la pregunta 2 fueron:

- Profesores y adultos responsables debieran tratarnos con respeto y amabilidad
- Tanto en la escuela y en la casa debieran hacernos sentir que contamos con su confianza
- A veces cuesta encontrar adultos de confianza, en escuela y en la casa para contarles nuestros problemas
- **La mejor protección debiera ser la mutua confianza**

En la selección de los grupos el predominio correspondió a la aseveración “la mejor protección debiera ser la mutua confianza”

Las respuestas para la pregunta 3 fueron:

- Queremos tener voz propia.
- Sernos mismos (Bullying/discriminación).
- Ser escuchados, opinión. (Ciberacoso); Tener confianza.
- Ser incluidos; Tolerancia al otro.
- Compromisos de los mayores.
- **Profesores (adultos responsables) escuchan a niños.**
- Tener red de apoyo (charlas, atención).

El predominio correspondió a la aseveración “que los profesores y adultos responsables escuchan a los niños”.

Las respuestas para la pregunta 4 fueron:

- Mejorar la comunicación con mayores.
- Ser vistos de igual manera.
- **Tener lugar y tiempo para interactuar entre nosotros y con las autoridades.**
- Autoridades enseñen medidas de protección y qué hacer cuando estén en peligro.

- Accesibilidad a autoridades como por ejemplo Carabineros.
- Ser respetado por las autoridades y compañeros.
- Compromiso de las autoridades hacia nosotros (interés hacia los problemas para poder surgir)
- Transparencia de las autoridades hacia nosotros.

El predominio correspondió a la aseveración “tener lugar y tiempo para interactuar entre nosotros y las autoridades”.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

---

¿Como es la sociedad en la que viven NNA desde su propio punto de vista? Poco sabemos al respecto. Las grandes encuestas de opinión acerca de valores, actitudes hacia determinados hechos, derechos y problemas percibidos, satisfacción con las condiciones de vida, con el entorno o con las decisiones de las autoridades, no suelen incluir la opinión de NNA. Los asuntos públicos se consideran fuera de su esfera (Gaitán 2006). Sin embargo, en los discursos, existe el convencimiento por parte del mundo adulto, que NNA tienen derecho a expresar sus juicios e ideas y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta.

El ejercicio de estos conceptos, realizado en el Encuentro con integrantes de los Centros de Alumnos de Colegios y Liceos de Calama, nos permitió apreciar la rápida manera con que ellos toman la actividad, con que conjugan el verbo de la participación, ejercitan la democracia al apreciarse gran respeto especialmente por las voces disonantes entre ellos, expresado en sus aseveraciones, que eran a la vez, la expresión de lo que viven cotidianamente.

Apreciamos que ellas y ellos aprenden a respetar los derechos de los demás en la medida que los de ellos sean respetados, si son escuchados, aprenderán a escuchar; si los respetan, aprenderán a respetar.

Los conceptos que emergieron del trabajo realizado es difícil incorporarlos hoy en la Ley de Protección Integral que se encuentra en desarrollo en el Parlamento. Sin embargo, de las opiniones vertidas y de acuerdo con la realidad observada en nuestro país, la Ley debiera dejar claramente explícita la protección para contrarrestar el abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención.

Subyace en sus proposiciones, en torno a la seguridad y los aspectos de confianza mutua que reclaman especialmente, que NNA tienen derecho a

ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.

La obligación de cuidado personal se extiende además a quienes convivan con ellos en los ámbitos familiar, social o institucional, o a sus representantes legales. Para el ejercicio de los derechos y las libertades a consagrar en la Ley, NNA debieran también tener derecho a participar en las actividades que se realicen en la familia, en las instituciones educativas, en las asociaciones, en los programas estatales, regionales y municipales que sean de su interés.

El Estado y la sociedad debieran propiciar la participación en organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, cuidado y educación de la infancia y la adolescencia y la construcción de la Ley de Protección integral no debiera escapar a ello.

Transversalmente (en las expresiones “por nuestros más cercanos, entre pares, en la Escuela, por las autoridades”), solicitan que se den estos “Principios y Derechos” para que se den las condiciones básicas para la protección y desarrollo de la infancia y juventudes. Respeto más confianza debieran contribuir al diálogo. La búsqueda de relaciones simétricas (entre pares; en la Escuela y con autoridades), el reconocimiento de la responsabilidad que deben asumir las juventudes para establecer relaciones simétricas con los principios ya mencionados, son otros elementos dignos de considerar

En las sociedades democráticas, la participación es un derecho, un derecho de toda la ciudadanía, incluida por tanto la población infantil.

El derecho de los niños y las niñas a participar de forma genuina en aquellos ámbitos y sobre los asuntos que, directa o indirectamente, les conciernen, es algo ya reconocido (Convención sobre los Derechos de la Infancia, 1990) pero sigue siendo un reconocimiento teórico ya que todavía está lejos de hacerse realidad de forma generalizada.

Con este trabajo hemos iniciado los primeros contactos con los líderes estudiantiles pertenecientes a los Centros de Alumnos de los Liceos de Calama para ir fomentando en el futuro la participación y centrar ésta especialmente en sus aportes a la Ley de Protección Integral. El objetivo de futuro será ampliar en los futuros encuentros el centrar sus opiniones y sugerencias en los otros 14 ámbitos de establecimiento y definición de los derechos que sugiere la Convención y que necesariamente debieran estar incluidos en la Ley de Protección Integral que se ha demorado en construir el mundo adulto del Estado Chileno.

## REFERENCIAS

1. Durán S. Niñez y Adolescencia en perspectiva de derechos: 397- 406. En: *El Niño Sano: una mirada integral*. Álvaro Posada Díaz; Juan Fernando Gómez Ramírez; Humberto Ramírez Gómez. 4° Edición. Bogotá. Editorial Médica Internacional, 2016.
2. Gaitán L. *Sociología de la Infancia*: Capítulo 3: El espacio y el tiempo de los niños: pág. 175. Los niños y la sociedad. Editorial Síntesis. Madrid, 2006.
3. Gobierno de Chile. *Proyecto de Ley de Protección Integral y Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*, 2018. Disponible en: [https://www.bcn.cl/Ley de Protección Integral de la Niñez](https://www.bcn.cl/Ley_de_Proteccion_Integral_de_la_Ninez):
4. Mineduc. *COLABORACIÓN Y APRENDIZAJE EN RED: Desafíos y oportunidades para nuestra comunidad educativa*. Coordinación Apoyo a la Mejora Educativa. Ministerio de Educación, Chile, 2017
5. Unicef. *Convención sobre los Derechos del Niño*, 2014. Disponible en: <https://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>



## Rol de la Subsecretaría de la Niñez en la salud y bienestar de niñas y niños chilenos

Los primeros años en la vida de las personas son la base para su desarrollo. Durante este período, factores como una buena salud, nutrición, apego, seguridad y protección, así como las interacciones con otras personas – en especial con su familia – son fundamentales para que puedan adquirir las habilidades necesarias para desenvolverse y alcanzar el máximo de su potencial.

En este contexto, la creación de la Subsecretaría de la Niñez, en abril de 2018, constituye un reconocimiento explícito de esta premisa, pues la ley le entrega la misión de velar por los derechos de los niños con el fin de promover y proteger su ejercicio. Entre sus funciones, la Subsecretaría debe establecer políticas y planes de largo plazo en materia de niñez, así como administrar, coordinar y supervisar sistemas de gestión intersectorial que busquen prevenir la vulneración de derechos y proteger a los niños de manera integral, entendiendo la “integralidad” como el apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en el desarrollo de un niño: salud, educación, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros.

La Subsecretaría tiene a su cargo el Subsistema Chile Crece Contigo, que tiene como misión acompañar y proteger a lo largo de su desarrollo, a todos los niños y niñas (y sus familias), a través de acciones y prestaciones de carácter universal, así como proporcionar oferta especial para aquellos que presentan alguna vulnerabilidad, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas desde la gestación hasta los 9 años de edad. Desde el Chile Crece Contigo se ejecutan varios programas dirigidos a mejorar la salud y bienestar de los niños y niñas.

El Programa de Apoyo al Recién Nacido – PARN, se implementa en todas las maternidades públicas del país. Se entregan materiales al momento del nacimiento del niño a las futuras madres y padres, incluyendo un ajuar (cuna, sábanas, ropa, etc.), cuentos, material de estimulación temprana, etc. Esto, de modo de asegurar el bienestar

y cuidado óptimo de los niños una vez que salen desde los hospitales a sus hogares.

En segundo lugar, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial – PADB, considerado como el programa Eje del ChCC, consiste en un acompañamiento integral que se realiza en los controles de salud desde el embarazo hasta los 4 años. Durante estos controles, se realizan las pesquisas pertinentes para el aseguramiento del bienestar integral de los niños y niñas, activando mecanismos de alerta cuando se presentan factores de riesgo. Para la implementación de este componente, se ejecutan las siguientes prestaciones: fortalecimiento de los cuidados prenatales, atención personalizada del proceso de nacimiento, atención integral del niño o niña hospitalizada, atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad o que presentan riesgos y/o rezagos en su desarrollo, y fortalecimiento del control de salud del niño o niña con énfasis en el logro de un desarrollo integral. Esto último contempla la realización de talleres educativos de apoyo a la crianza, denominados “Nadie es Perfecto”. Sus objetivos son: la mantención e incremento de las habilidades positivas para una crianza saludable y segura de los niños y niñas, y promover una interacción positiva entre padres, madres, cuidadores y niños/as mediante distintas estrategias que les permitan resolver de mejor manera los problemas cotidianos de la crianza de los niños y niñas y la vida familiar. La cobertura del taller, alcanza a un 35% de los padres, madres y cuidadores de la red.

Por último, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, da respuesta a la elevada prevalencia de trastornos de salud mental entre los 5 y 9 años de edad y el bajo acceso que tienen al sistema de salud. Esto incluye también, de ser necesario, prestaciones de salud mental para los cuidadores de estos niños/as, entendiendo que su salud mental afecta directamente en la salud y bienestar de los niños/as que tienen a su cargo.

Asimismo, reconociendo el mandato de la ley, y como parte de los compromisos establecidos en el Acuerdo Nacional por la Infancia y en la Política

de Niñez y su Plan de Acción, la Subsecretaría se encuentra implementando un programa piloto de Oficinas Locales de la Niñez en 12 comunas del país, que tienen como objetivo prevenir vulneraciones de derechos, a través de la detección y mitigación de factores de riesgo que aquejan a los niños y sus familias, y el fortalecimiento de los factores protectores. A través de este modelo, se trabaja de manera conjunta con las familias, conectándolas con la oferta pública y mediante una intervención en torno a temáticas de funcionamiento familiar (dinámica, vínculos, relaciones, etc.) se busca abordar una amplia variedad de problemáticas que afectan a las familias, y que son precisamente las que inciden en el desarrollo de sus hijos, como dificultades en el ejercicio del rol parental, preocupación en torno a problemas emocionales, conductuales u otros, y en general situaciones familiares críticas como pérdidas significativas, muerte, enfermedad,

crisis laboral o económica.

Como Subsecretaría hemos definido como parte de nuestros desafíos prioritarios, sentar las bases para propiciar un cambio cultural que instale #LosNiñosPrimero como una política de largo plazo, reconociendo y fortaleciendo el rol insustituible de las familias en el desarrollo y bienestar de los niños. Para esto, necesitamos comprometer a todos los organismos del Estado, a la sociedad civil, a la academia y a todos quienes están en permanente contacto con los niños y sus familias. Así, los profesionales de la salud, son parte de nuestros aliados fundamentales en generar este cambio que nos permita proteger de forma eficaz a los niños, niñas y adolescentes de Chile.

**Carol Bown S.**

Subsecretaría de la Niñez

Julio, 2019

## Avances y brechas a un año de la creación de la defensoría de la niñez

Con la aprobación de la Ley N° 21.067, que crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez, promulgada el 22 de enero del 2018, nuestro país ha concretado un sentido anhelo de la sociedad civil que ha trabajado, por mucho tiempo, en favor del resguardo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en Chile, creando un organismo técnico, autónomo e independiente, que debe actuar como un referente y representante de la defensa estricta de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes que viven en Chile, en los distintos ámbitos del desarrollo de cada uno de ellos, promoviendo y recomendando la generación de políticas públicas que integren, en su diseño, implementación y evaluación, las necesidades y requerimientos que, desde sus derechos y garantías fundamentales, deben ser consideradas primordialmente, para que éstos puedan ser reconocidos y respetados como verdaderos sujetos de derecho, velando efectivamente por su interés superior.

Ha transcurrido un año desde que nuestra institución ha iniciado sus funciones, año en el que hemos concentrado nuestros esfuerzos, primero, en construir e implementar una institución pública confiable, accesible, oportuna y cercana en su actuar, no sólo cuando interactúa directamente con los niños, niñas y adolescentes que, en algo que resulta muy significativo, ya la reconocen como un espacio creado por y para ellos, sino que también con quienes, desde los distintos espacios de preocupación por sus derechos, trabajan y abordan acciones conjuntas con nuestra institución, casos como el que se refleja en el valioso trabajo coordinado que ya realizamos, en algunos ámbitos, con la Comisión de Infancia de su Colegio. Además de este proceso inicial, hemos diseñado e implementado nuestro Plan Estratégico institucional, 2018-2023, en el que hemos definido nuestra misión, visión, ámbitos de estrategia, objetivos y componentes mediante los cuales podremos dar cumplimiento efectivo a las diversas atribuciones y deberes que la ley nos provee.

En paralelo a las acciones institucionales ya

referidas, esenciales para poder dar vida a una institución pública eficiente, hemos procurado dar cumplimiento a todas las atribuciones que se nos han conferido, con especial énfasis en aquellas que involucran espacios de intervención directa con los niños, niñas y adolescentes, atendiéndoles, escuchándoles y verificando sus necesidades, de manera de satisfacer a su respecto nuestra obligación de promover, difundir y proteger sus derechos. Trabajamos arduamente para que sus voces sean escuchadas, valoradas y para que se sientan reconocidos, partícipes y agentes claves de su propio desarrollo, tanto presente como futuro, cimentando el camino para que se produzca el cambio cultural que tanto necesitamos como país, logrando que todo niño, niña y adolescente sea considerado, tratado e integrado, efectivamente, como sujeto de derecho.

Valgan mis palabras finales, en este espacio que agradezco, para hacer una especial referencia a la situación de los niños, niñas y adolescentes que siguen bajo la tutela del Estado y que no han encontrado, ni en el pasado ni en la actualidad, una respuesta concreta de quienes, responsables de su cuidado y protección, han contraído, desde el año 1990, la obligación jurídica de satisfacer y garantizar el ejercicio efectivo de todos sus derechos humanos. Este año el mundo conmemora los 30 años de la Convención Sobre los Derechos del Niño y miles de niños, niñas y adolescentes siguen esperando por acciones efectivas y protectoras que les traten con humanidad y dignidad, mientras esperan muchos sufren de impactos probablemente irreversibles en su desarrollo psíquico y vital y, otros, ni siquiera han logrado crecer y desarrollarse porque, en circunstancias que no resultan sino vergonzosas para un país como el nuestro, han encontrado la muerte.

Habiendo sido investigados por el Comité de los Derechos del Niño, de Naciones Unidas, órgano contralor de la Convención que ha establecido que Chile ha violado, grave y sistemáticamente, por más de 40 años, los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes que ha debido proteger,

como Defensoría de la Niñez enfrentamos aquí, y sin ninguna duda, la mayor brecha y, también, el mayor desafío, consistente en lograr que quienes hoy tienen las posibilidades, y el deber, de acción y de generar los cambios en favor de ellas y ellos, comprendan que éstos no pueden seguir esperando, que no tienen excusa ni alternativa de no darles respuestas que involucren acciones urgentes, profundas, efectivas y concretas, no sólo comunicacionales, para que las vidas de quienes hoy viven al interior de los distintos centros, realmente cambien y puedan desarrollarse con las mismas posibilidades de aquellos que no se encuentran

en esos lugares, impactando positivamente en su desarrollo vital. Como país tenemos el imperativo jurídico, pero, sobre todo, el imperativo ético de atenderles y protegerles, con pleno resguardo a sus garantías fundamentales, lo que sólo puede asegurarse definiendo y ejecutando los cambios estructurales que se requieren, en un tiempo inmediato.

**Patricia Muñoz García**

Defensora de la Niñez

Agosto, 2019.

## 30 años de CDN: Chile en deuda con la dignidad y derechos de niñas y niños

**E**n 1989 se promulgó la Convención sobre los derechos del niño (CDN), que Chile ratificó en 1990. A 30 años de su firma, podemos decir que tenemos 30 años de deudas con niños, niñas y adolescentes en el ejercicio y goce de sus derechos humanos.

La firma de este instrumento de derechos humanos, marcó un hito para nuestro país, pues da cuenta del retorno de Chile al grupo de las naciones democráticas del mundo que se reúnen en Naciones Unidas, después de 17 años de dictadura militar.

Todos los que fuimos testigos de este acto, nos llenamos de esperanzas, pues no solo Chile retornaba a la democracia, sino que también asumía sus compromisos internacionales de derechos humanos, reconociendo a niñas y niños como sujetos plenos de derecho, superando la noción de niño objeto de protección establecido por la Doctrina de Situación Irregular.

Nuestras esperanzas fueron frustradas, todavía los niños, niñas y adolescentes no son reconocidos política y socialmente como sujetos de derechos, es decir como sujetos públicos, sobre los cuales el Estado tiene el deber de Protección Integral y de generación de todas las condiciones, legislativas, económicas, culturales estructurales, etc. para que ellas y ellos, puedan ejercer todos sus derechos acorde al desarrollo de su autonomía progresiva. La expresión más clara de esto es que a 30 años de promulgada la CDN, Chile no tiene una Ley de Protección Integral de Derechos de la infancia y adolescencia.

¿Por qué? ¿Qué razones tienen los/as legisladores/as y el ejecutivo para no legislar sobre los derechos de la niñez? Tomando en cuenta que ha habido cinco proyectos de ley, y que la sociedad civil ha mantenido una presión permanente,

además de una colaboración irrestricta para que los proyectos de ley, cumplan con los estándares mínimos establecidos en la CDN.

Hay varias respuestas posibles, una de ellas, es que niños y niñas son vistos como propiedad de los adultos, por lo tanto, cuando la CDN establece su derecho a ser partícipes de todas las decisiones que les afectan, los adultos ven en ello una pérdida de poder y de control sobre las vidas de ellas y ellos; otra respuesta, es la idea que los derechos del niños, solo deben reconocerse y defenderse cuando son gravemente vulnerados, y por lo tanto, la universalidad de ellos, no aparece necesaria, suficiente serían las políticas focalizadas dirigidas a los niños y niñas pobres, conocidos como menores; una tercera posible respuesta, dice relación con el modelo de desarrollo el que estructuralmente no garantiza derechos a las personas entre ellas a los niños y niñas, aunque el Enfoque de Derechos es usado retóricamente por todas las autoridades.

La focalización de las políticas sociales, de las cuales las de salud, no están ajenas, responden entre otras variables, a la segregación social que tiene el país, que establece una salud para ricos y otra para pobres, así como la educación, la previsión, etc. lo que impide o limita severamente el ejercicio de los derechos humanos por parte de las niñas, niños y adolescentes.

**¿ES TAN DIFÍCIL ACEPTAR QUE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES TIENEN IGUAL DIGNIDAD Y DERECHOS QUE TODOS NOSOTROS?**

**Francis Valverde Mosquera**  
Directora Ejecutiva ACHNU  
Junio, 2019.



## Políticas de salud mental contra la violación de los derechos humanos de los niños en Chile

**E**n un reciente artículo publicado en la revista *THE LANCET Child & Adolescent Health*<sup>1</sup> abordamos el último informe del Comité de los Derechos del Niño (ONU) que condenó la violación sistemática de los derechos humanos de los niños chilenos bajo protección judicial o privados de libertad quienes presentan, casi en un 70%, al menos un trastorno mental no tratado. En su informe el Estado reconoce que SENAME cuenta solo con 17 psiquiatras a nivel nacional (uno por cada 8.560 niños), que la mitad de los niños bajo protección del Estado toman medicamentos sin la supervisión de psicólogos o psiquiatras capacitados y que el 45,3% no ha sido siquiera evaluado por un psicólogo o psiquiatra.

No es exagerado argüir que los problemas de salud mental que afectan a los niños chilenos constituyen una verdadera crisis de salud pública que va más allá de la red SENAME, pues los datos muestran que la prevalencia de problemas de salud mental en niños de 1 a 5 años se encuentra entre las más altas del mundo. La OMS ha clasificado a Chile entre los países con la mayor carga de enfermedades por trastornos psiquiátricos (23,2%). La prevalencia en niños y adolescentes es de 19,3% y es mayor en niños de 4 a 11 años (27,8%) que en la cohorte de 12 a 18 años.

A pesar de la gravedad de los datos, nuestro Sistema de Salud no garantiza el acceso a servicios de salud mental infantil, lo que ha favorecido el aumento sostenido de la tasa de suicidio. En efecto, si bien el Plan de Salud Mental 2017-2025 expresa preocupación por este problema, no les da prioridad, aun cuando se reconoce que los actuales programas apenas cubren el 20 por ciento de la cohorte diagnosticada con factores de riesgo.

Los argumentos a favor de la integración de la atención de la salud mental infantil en los servicios esenciales de salud (AUGE o GES) son morales y de eficiencia. La intervención temprana ha demostrado ser crucial para romper el ciclo

de violencia y privación tan frecuente en las historias de vida de los niños y niñas vulnerables. Numerosos estudios muestran que los problemas mentales presentes en la niñez pueden ser permanentes, por lo que la intervención temprana para tratar los síntomas antes de que se conviertan en comportamientos inadaptados crónicos es crucial. Por ello, desde el punto de vista de la eficiencia en la administración de recursos escasos, parece claro que cualquier inversión que no esté dirigida a la primera infancia y la juventud es un mal uso de recursos (según la OMS, invertir en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento de 400%). El costo social de no proporcionar prestaciones de salud mental infantil es altísimo. Mientras más experiencias adversas experimentan los niños, mayor es la tendencia a exhibir comportamientos de alto riesgo como depresión, conducta violenta o criminal, abuso de sustancias, problemas cardíacos, etc.

Es tiempo de incorporar al AUGE al menos aquellas patologías mentales que, por sus estadísticas, cronicidad e impacto, justifican ser parte del listado de garantías explícitas en salud (GES)<sup>2</sup>. Entre ellas podemos destacar el “Trastorno de estrés post traumático” (TEPT), la “depresión infantil” y la “ansiedad”. Dada su prevalencia, cronicidad y significativas consecuencias a nivel del funcionamiento académico y social, estas patologías son piezas claves dentro del abordaje en salud mental infantil desde un enfoque integral, preventivo y amplio, que garantice el bienestar y promoción del desarrollo saludable de la infancia.

**Alejandra Zúñiga-Fajuri (PhD)**

**Mónica Zúñiga Fajuri (MA).**

CIFDE-Universidad de Valparaíso.

Julio, 2019

1 Zúñiga-Fajuri, A & Zúñiga Fajuri, M. “Mental health policies tackling violation of children’s human rights in Chile”. *The Lancet Child & Adolescent Health*. Vol. 3, Issue 4, April 2019:210-211.

2 Nagle G. (2009). *The Economics of Infant Mental Health*. En: C.H. Zeanah (Ed). *The handbook of infant mental health* (3rd ed). New York: The Guilford Press.



## La deuda en salud a 30 años

Este 2019 se cumplen 30 años de la Convención por los derechos de la infancia. Hecho que cambió definitivamente la concepción que el mundo tenía sobre la infancia. Niños, niñas y adolescentes (NNA) son seres humanos y titulares de sus propios derechos. Este nuevo aniversario debe constituirse en un buen momento para reflexionar sobre lo que hemos avanzado, lo que falta y lo más importante, propuestas para avanzar en este camino con NNA en salud y en particular en la atención de salud. Cuadernos Médico Sociales lo entendió así y nos da una excelente oportunidad para que desde la salud podamos hacerlo.

Chile ha debido transitar en estos 30 años un camino con grandes desafíos en infancia. El más relevante es plasmar en sus políticas públicas y en el marco jurídico-normativo los compromisos que contrajo con la ratificación de esta convención en noviembre de 1990. En el sistema de salud y en cada una de sus organizaciones, CESFAM, Hospitales, COSAM deberíamos transitar de una lógica paternalista, asistencialista y segmentada a una en que debe situar a NNA como sujetos de derecho.

Este desafío ha tenido alguna expresión en salud, en sus políticas; ejemplo de ello han sido los 23 problemas de salud GES pediátricos en los que se garantiza a los NNA el acceso, la oportunidad, la calidad de la atención y la sustentabilidad financiera convirtiéndose en un gran instrumento de equidad. Otro buen ejemplo son los problemas de salud incorporados a la ley Ricarte Soto donde el estado garantiza sin excepción los medicamentos o dispositivos de altísimo costo que el niño requiera. Quizás el ejemplo más sólido ha sido Chile Crece Contigo (CCC), política pública integral, con un gran componente promocional, preventivo y anticipatorio, con perspectiva territorial y con foco en la atención primaria de salud, pero garantizando la continuidad de la atención en el resto de la red de salud. (Consejo de la Infancia, 2018)

Estos avances no han sido parte de un sistema que garantice y proteja de manera integral y efectiva el ejercicio de los derechos del niño, en todos

los ámbitos de la sociedad y en salud en particular. Desde la práctica en las instituciones de salud aun es altamente dificultoso poder realizar planes conjuntos entre salud, educación, justicia en relación a NNA que atendemos. Nos comportamos como estancos separados, estrategias fragmentadas y lejos aún de ser sinérgicos. En nuestras instituciones de salud este tránsito ha sido muy lento y en especial en los hospitales, en que aún se sigue pensando en “nuestros niños” de forma cariñosa pero muy paternalista.

Este cambio de perspectiva es urgente para resolver los desafíos que la sociedad requiere en salud infantil y juvenil. La señal más elocuente de los avances de un país hacia el logro de los objetivos de desarrollo radica en la medida en que satisfaga las necesidades de los niños. Si nos miramos a partir del informe “Construir Futuro” (UNICEF, 2017) que evalúa el bienestar infantil en el contexto del desarrollo sostenible en 41 países de la Unión Europea (UE) y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) aún tenemos desafíos importantes. El grupo está formado por economías de ingresos altos y medianos. En esta evaluación global de la infancia Chile se encuentra en el lugar 41 y en particular en los temas de salud medidos por indicadores como las tasas de mortalidad neonatal, suicidio en adolescentes, ebriedad y embarazos precoces, Chile tiene el peor desempeño. Esto nos muestra que el sistema de salud, ni sus redes asistenciales podemos seguir mirando los resultados sanitarios solo con indicadores como la mortalidad infantil o la mortalidad en menores de 5 años. El sistema sanitario y los hospitales no podemos seguir mirándonos con autocomplacencia, los temas emergentes requieren de mirada integral e integrada con otros sectores. Se requiere conformar una red pediátrica en el país que anticipe los riesgos y daños, que genere un nuevo modelo de relación con NNA.

Nuestra experiencia hospitalaria demuestra que es posible incorporar esta perspectiva de derecho de la infancia en el eje estratégico de un Hospital. El compromiso construido colectivamente fue que en cada acción que realizáramos esta perspectiva estuviese presente. Es un camino de largo

aliento. No ha sido fácil, reconocer la integralidad de la atención en el discurso y eso trasladarlo a la acción, cambiar las prácticas y cambiar la forma que organizamos el hospital. Pasar del “sabemos lo que necesitan los niños” a escuchar a los NNA y generar espacios de participación real. Solo es posible que experiencias como las del Exequiel, que intentan situar como eje central a NNA fructifiquen y se consoliden, si los ciudadanos y en particular aquellos que trabajamos por la infancia nos comprometemos primero en nuestro espacio

de influencia, a cambiar las prácticas, la conversación y la relación con los NNA y exigimos al estado que en cada política pública que involucre a los NNA éstas respeten, garanticen y protejan sus derechos con el objetivos de promover y proteger universalmente su desarrollo integral.

**Dra. María Begoña Yarza**  
Pediatra, Magister Salud Publica.  
Agosto, 2019.

## Abuso sexual infantil

¿Cuánto tiempo se requiere para develar experiencias sexuales abusivas en la infancia? El tiempo que sea necesario.

La promulgación en Chile, este 2019, de la ley de imprescriptibilidad del abuso sexual infantil (ASI) reconoce a las víctimas su derecho al tiempo para denunciar y acceder a justicia. Este avance histórico, en nuestro país y a nivel internacional, además de terminar con una situación de impunidad de facto –habilitada por la prescripción– ha ayudado a visibilizar el trauma en nuestra sociedad, para responder a éste desde los conocimientos aportados por las ciencias de la salud, y el propio relato de sobrevivientes: seres humanos que no tenían edad ni recursos evolutivos para reconocerse en tanto víctimas, ni a sus victimarios como tales, sino hasta muchos años después de ocurridos los delitos, cuando como adultos pueden elaborar aquello vivido en el silencio y soledad de sus infancias.

Será un desafío de la ley, estar a la altura de las necesidades de niños, niñas y adolescentes que hoy sufren abusos, y de los hombres y mujeres que conviven con las secuelas del trauma y quienes, debido a la irretroactividad, no accederán a justicia. En este contexto, más urgente se vuelve garantizar apoyo continuo y una mirada integral de la reparación, desde todo ámbito de atención en salud.

Según datos de Fiscalía Nacional, unos cincuenta niños y niñas son abusados sexualmente en Chile cada día (y así fuera uno). No sabemos a ciencia cierta cuántos adultos son sobrevivientes, pero durante el trámite de la ley observamos un notorio aumento en develaciones de personas de hasta 91 años, la mayor. El imperativo es insoslayable no sólo en salud mental –que a duras penas llega al 2% del presupuesto– y en el acceso a psicoterapia (muy limitado). Habiendo o no develado, víctimas y sobrevivientes de trauma ASI tienen una altísima probabilidad de llegar a consultas, consultorios, hospitales públicos y/o privados, en distintos momentos de sus vidas, por

distintos motivos –desde un resfrío a enfermedades crónicas, pasando por embarazos, vacunas, esguinces, problemas dentales, cirugías, etc.–, y cada interacción en el sistema puede tener un potencial reparador, o revictimizador. La elección es nuestra; cotidiana, con cada paciente.

Es una crueldad impedir la justicia, pero no tenemos calificativo, en una sociedad civilizada, frente a la negación deliberada de salud. Sin embargo, en tanto el Estado y la política pública incluyen los ajustes y actualizaciones que urgen, no queremos dejar de lado la pregunta sobre nuestra formación y responsabilidad como profesionales y centros de salud, en la inclusión de herramientas y prácticas que aseguren intervenciones cuidadosas, que eviten sufrimientos y más daños a víctimas y sobrevivientes, y que ojalá aporten a sus procesos de reparación.

Hay cambios que reforzar o iniciar sin más espera: en la interacción corporal, en espacios físicos y emocionales preparados para un abordaje que contemple la subjetividad y el traumatismo psíquico e incluya imprescindibles colaboraciones entre profesionales y disciplinas, valiéndose también de aportes de la comunidad y de lo que las/los sobrevivientes pueden informar en beneficio de su cuidado y atención médica, dental, mental. Desde el saludo de mano, la forma de explicar un examen, o en ciertas elecciones cada vez que sea posible (por ejemplo: ¿prefiere que la/lo atienda un hombre o una mujer?): hay una diversidad de actitudes y actos que además de vitales para las víctimas (todo es cuerpos y palabras, como escribió Joyce Carol Oates) pueden agenciar cambios e irradiar hacia otros espacios de relación y construcción social desde la ética del cuidado y los derechos humanos.

**Ignacio Fuentes, Constanza Quintanilla, y Vinka Jackson**

Psicólogos clínicos, Intervención de trauma ASI y cuidado ético.

Octubre, 2019.



## Visión retrospectiva de la salud de la infancia en Chile a través de Cuadernos Médico Sociales: 1960-2010.

Dr. Carlos Montoya-Aguilar

**A**l comenzar la década de 1960, el problema más evidente en la situación de salud nacional era la desnutrición infantil. Lo describía, por ejemplo, el Dr. Jorge Rosselot, quien era uno de los directivos del Departamento de Promoción del Servicio Nacional de Salud; y en el título de la publicación respectiva (1) destacaba inmediatamente dos hechos fundamentales: uno, que la situación era extensiva a toda la América Latina; y, dos, que ella se debía al subdesarrollo económico y social de la región.

Al iniciarse la década siguiente, a pesar de la política de salud infantil del Servicio Nacional Salud, que año tras año introducía y fortalecía innovaciones sustanciales como la alimentación complementaria para todos los lactantes atendidos y la hidratación tanto parenteral en los hospitalizados como la hidratación ambulatoria oral, el mismo problema persistía. El Dr. Fernando Monckeberg presentaba en Cuadernos el tema: “Latinoamérica: desnutrición y condiciones de vida” (2). En efecto, la economía mundial y especialmente la de los países pobres experimentaba los daños de la guerra fría, de la guerra de Viet Nam y de la reciente descolonización. En el Servicio de Pediatría del Hospital Arriarán, Monckeberg buscaba afanosamente pruebas de las consecuencias de la carencia de proteínas sobre el desarrollo cerebral de los pequeños.

Simultáneamente, Hugo Behm ponía las estadísticas vitales del país al servicio la teoría: demostró una clara correlación negativa entre las atenciones de salud a la población materno infantil y la mortalidad de los niños menores de un año (3).

Causalidad y política de prevención siguieron apareciendo en 1980 (4, 5). Ahora se agregó la preocupación por estudiar no sólo la morbilidad sino también las características del desarrollo somático infantil: en el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se había creado un Centro de Crecimiento y Desarrollo que funcionó en el Hospital Roberto del Río. Los doctores Alfredo Patri y Carlos Valenzuela publicaban los resultados en Cuadernos (6, 7). Varios estudios de esta época mostraron una clara asociación entre el desarrollo físico y el nivel económico de los escolares.

La lectura de los Cuadernos de alrededor de 1990 nos recuerda que hubo entonces un fuerte brote de interés por abordar los diversos aspectos del alcoholismo, incluyendo su presencia en escolares (8). También se buscó en los años 1990 y 2000 conocer y racionalizar la dinámica de la atención de salud poblacional en los consultorios de atención primaria y para ello se modelaron diversos aspectos de los registros de la atención infantil (9).

Más recientemente, en torno al 2010, las políticas de atención y fomento de la salud mental del país se han extendido al ámbito de la niñez y de la adolescencia (12). Ello se ha acompañado del examen del desarrollo, no sólo del cuerpo, sino también de las conductas en estas etapas de la vida (11), incluyendo aquellas del área de la sexualidad (13).

Las citas incluidas aquí son sólo una pequeña muestra del rico contenido disponible para todo aquél que esté interesado en la evolución de aspectos específicos de la salud y el cuidado de los niños y adolescentes chilenos a lo largo de estos sesenta años.

Antes de cerrar esta breve revisión es indispensable recordar que el Servicio Nacional de Salud fue constituido en 1952 por la fusión de varios grandes organismos preexistentes y que uno de éstos era la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (14). La fragmentación del SNS en 1979 tuvo como uno de sus resultados el que las funciones de atención de la salud de los niños y adolescentes, así como la relación entre los sectores de salud y educación, se externalizaran a diversas entidades, entre otras, el Servicio Nacional de Menores (Sename), creado el 10.01.1979. El sistema Chile Crece Contigo, iniciado en 2006, es administrado por el Ministerio de Desarrollo Social.

## REFERENCIAS:

---

- 1) Rosselot Jorge, Desnutrición infantil y subdesarrollo económico social en América Latina, Cuad med soc 1962; 3 (2): 17-22
- 2) Monckeberg Fernando, Latinoamérica: desnutrición y condiciones de vida, Cuad med soc 1970; 11 (2): 5-10
- 3) Behm Hugo et al, Mortalidad infantil en Chile; tendencias recientes, Cuad med soc 1970; 11 (3): 5-13
- 4) Dobert M T, Medina, E, Pavez E, Programa de prevención primaria del alcoholismo en la comunidad escolar, Cuad med soc, 1980; 21 (1):41-47
- 5) Campos M, González J, Margozzini J et al., Desnutrición y factores asociados en un consultorio periférico, Cuad med soc, 1980; 21 (3):29-35
- 6) Patri A, Valenzuela C et al. , Estudio de la edad de la menarquia en niñas escolares de la enseñanza fiscal del sector norte de Santiago, 1980; 21 (3) : 12-20
- 7) Patri A, Valenzuela C, Cortés O, Estudio longitudinal del crecimiento somático de niños de 0 a 3 meses de edad, Cuad med soc 1981; 22(1): 5-9
- 8) Rivera E, Consumo de alcohol en escolares de la comuna de Quintero, Cuad med soc 1990; 31 (1): 27-34
- 9) Carrasco R, González J et al, Atención primaria de salud pediátrica, Cuad med soc 1990; 31 (2): 44-53
- 10) Mora J, Análisis de bronconeumonías en menores de 6 años en un centro de salud familiar de Osorno, Cuad med soc 2000; 21 (1/2): 40-47
- 11) Florenzano R et al, Conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas, Cuad med soc 2010; 50 (2): 115-123
- 12) Mora M L et al, Prevención en salud mental pediátrica Cuad med soc 2010; 50 (3): 193-201
- 13) Cavalla A, Conclusiones del taller del Ministerio de Salud sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de la población de adolescentes y jóvenes, Cuad med soc 2009; 49 (3) : 225-226
- 14) Diario Oficial de la República de Chile. Ley 10383, 08.08.1952 Título II, del Servicio Nacional de Salud, art. 63.

## Victorino Farga, un maestro ejemplar

Manuel Zúñiga<sup>1</sup>

Poco antes de su muerte el Dr. FARGA publicó, premonitoriamente, en la revista VIDA MEDICA, un breve relato autobiográfico que título con sencillez « Crónica de un refugiado español », mediante el cual nos cuenta de manera muy escueta lo que considera los aspectos más importantes de lo que califica como « una vida bastante agitada ». En realidad lo que FARGA nos hace llegar con su admirable y conmovedor relato es mucho más, es lo esencial de una ejemplar experiencia vital, humana y profesional, que es referida con sobriedad y modestia y que recibimos con agradecimiento, emoción y respeto, como un valioso legado.

Realmente es difícil comentar o adicionar algo a lo que FARGA cuenta como « su primera vida ». Esta corresponde a una niñez violenta y cruelmente truncada por la Guerra Civil, los bombardeos y la destrucción de su ciudad y después por las humillaciones y privaciones de la emigración, el primer exilio y la vida en un campo de concentración. Todo el horror de esta etapa es descrito por Victorino sin dramatizar, manteniendo siempre la seriedad, objetividad y rigor propios de su personalidad.

La etapa siguiente, el largo viaje a Chile en el « WINNIPEG », barco fletado por Pablo Neruda, y la llegada a Valparaíso con cordial acogida, represento un auténtico cambio favorable y, por fin, la esperanza, optimismo y sensación de libertad « que no había conocido antes » como declarara en su « crónica ». También las dificultades económicas que la familia debió sufrir en el primer periodo de su vida en Chile, fueron asumidas con la misma voluntad y vitalidad demostradas por los refugiados españoles llegados al país en ese periodo.

Reitero que resulta difícil agregar comentarios sobre lo dicho por FARGA sobre la primera parte de su « vida agitada », sin embargo en lo relativo a la segunda parte de su « crónica » autobiográfica que se refiere a su actividad y carrera profesional en el campo de la Tuberculosis, Farga se expresa con sobriedad excesiva. A nuestro juicio, su brillante contribución a la Salud Pública de Chile y del mundo merece un completo y justo reconocimiento que debe ir mucho más allá de lo que Farga nos cuenta.

Por este motivo, hemos aceptado aportar una modesta colaboración a la iniciativa que « Cuadernos Médicos Sociales » propone para este propósito.

Nuestra posible participación se sostiene en que en diferentes etapas, el paralelismo cronológico de nuestras vidas estudiantiles y profesionales que nos llevó a cumplir tareas comunes. En efecto, Victorino ingreso a la escuela de Medicina de la Universidad de Chile en 1946 y yo al año siguiente. Nos graduamos de médicos también en años sucesivos, 1953 y 1954.

Para una adecuada comprensión del medio ambiente socio-cultural en el cual se debía llevar a efecto nuestra formación profesional, y también social y política, es necesario tener en cuenta que en esa época, Chile era un país profundamente sub-desarrollado en el cual una gran parte de la población vivía miserablemente: pobreza, sub-alimentación y viviendas insalubres (conventillos y poblaciones callampas). Bajísimo nivel de salud: Mortalidad infantil de 150 x mil nacidos vivos, mortalidad por tuberculosis de 250 por cien mil habitantes (una de las Tasas más altas del mundo).

Buena parte de los estudiantes sentíamos esta dramática situación, participábamos en movimientos sociales y políticos, y considerábamos que la formación que se nos daba en la Facultad de Medicina no era coherente con la dura realidad social en que deberíamos desempeñarnos. Sin duda existía una auténtica y profunda vocación social en los estudiantes de medicina de la época. Como resultado lógico, se generó un proyecto de reforma de los estudios de Medicina, elaborado fundamentalmente por Carlos Montoya, que postulaba modificaciones de fondo del Curriculum, para dar a los estudios la orientación social que considerábamos necesaria para adecuarla a la realidad que vivía el país y para los requerimientos de profesionales

---

<sup>1</sup> Ex Director Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Ex Miembro del « Comité de expertos en lepra ». Ex Miembro Comité Directivo del grupo científico OMS en Inmunología de la Lepra

que generaría la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), estructura de seguridad social que en forma inédita se pretendía organizar en un pobre país tercer-mundista, para asumir la tarea de dar atención de salud a su población.

En esta etapa inicial de lucha por la reforma me correspondió jugar un rol en mi calidad de Presidente del Centro de estudiantes de Medicina. El proyecto fue aprobado por la gran mayoría de los estudiantes participantes en las diferentes agrupaciones políticas existentes en la Escuela. Victorino FARGA no militaba en ninguna de estas agrupaciones políticas pero aportó con decisión su apoyo, muy valorado por el prestigio que gozaba entre los estudiantes, por su calidad intelectual y humana y por su posición claramente progresista en relación con los problemas sociales.

El proyecto de reforma fue apoyado por una masiva movilización estudiantil, incluso motivó una huelga, y se prolongó por varios meses. Fue aceptado por algunos profesores progresistas de la Facultad de Medicina pero finalmente no logró introducir los cambios profundos que postulaban los estudiantes.

Por otra parte, la creación del Servicio Nacional de Salud, que coincide con el inicio de nuestras carreras profesionales, nos abrió el campo de trabajo requerido para el cumplimiento de sus objetivos sociales. FARGA explica su decisión de dedicarse a la especialidad broncopulmonar como un paso para aportar lo que califica como “un desafío apremiante”: la situación de la Tuberculosis en Chile cuyas tasas eran de las más altas del mundo y se habían mantenido en esos niveles durante toda la primera mitad del siglo XX.

Esta realidad había sido puesta en evidencia en bien fundamentados estudios epidemiológicos publicados por importantes salubristas de esa época: E. PEREDA, B. JURICIC, H. BEHM, S. DIAZ, que permitían visualizar la enormidad del impacto de la TBC en la situación de Salud del país: más del 10% del total de las causas de muerte, más de 500.000 muertes en el medio siglo, en una población promedio menor de 4 millones de habitantes.

A partir de la década de los cincuenta, se pudo disponer de las primeras drogas eficaces para el tratamiento de la enfermedad. En ese mismo periodo se iniciaba el funcionamiento del SNS. Estos dos factores fueron decisivos para dar los primeros pasos para obtener resultados exitosos en la lucha anti tuberculosis y Chile demostró, en la década de los cincuenta, que la disponibilidad de medicamentos eficaces, destinados gratuitamente

para el tratamiento de los enfermos que lo requerían, a través de una estructura de Salud Pública con capacidad y cobertura suficiente para hacerlos llegar a donde se les necesitara, permitiría obtener resultados significativos para el control de la enfermedad, aun en países con deficientes condiciones económico-sociales. En efecto, en Chile en la década de los cincuenta se logró reducir la mortalidad (único indicador disponible) en una proporción similar a la que se obtenía en países desarrollados.: de más de 200 por 100 mil en la década de los cuarenta bajo a 52,9 en 1960, con una declinación anual de -10,3%. Estos resultados permitían pensar en el posible desarrollo de programas de control, con enfoque de Salud Pública, integrados en los Servicios Generales de Salud.

Para este efecto se debía contar con tratamientos eficientes y eficaces, que permitieran curar a todos los enfermos y evitar la aparición de cepas resistentes. Un tratamiento con esas características tendría no solo el propósito de curar a los enfermos sino también constituiría un elemento básico para el control de la enfermedad pues permitiría cortar la cadena de transmisión al negativizar la principal fuente de infección (Reservorio humano).

Esta estrategia requería contar con un proceso de localización de casos mejorado, basado en el diagnóstico bacteriológico, priorizando la búsqueda mediante la baciloscopia en individuos considerados más contagiosos con el fin de encontrar casos en etapas iniciales, limitando así la transmisión y mejorando los resultados del tratamiento.

Los organismos internacionales de Salud (OMS y Unión Internacional de Enfermedades Respiratorias) insistían en sus recomendaciones en documentos elaborados por los Comités de Expertos en la década de los sesenta (8º Informe), en la necesidad de contar con el tratamiento y diagnóstico oportuno y adecuado, como bases indispensables para la formulación y desarrollo de programas de control modernos y eficaces.

En ambos aspectos se orientó fundamentalmente la asesoría que el Dr. FARGA aportó a las actividades de control de la Tuberculosis que en este tiempo se efectuaban en Chile.

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, el Dr. Salvador DIAZ, responsable de TBC en la Dirección General del SNS propuso la creación de un comité de lucha antituberculosa a nivel de la entonces poderosa V Zona de Salud del SNS, cuya misión sería hacerse cargo de coordinar e intensificar los esfuerzos para el control de la enfermedad que se efectuaban en la Región

Metropolitana. En ese tiempo yo desempeñaba el cargo de Epidemiólogo Zonal y por esa razón se me encargo la tarea de constituir dicho comité, incorporando a médicos fisiólogos, encargados de TBC y epidemiólogos de las áreas de Salud Metropolitanas, para lo cual se contó con la autorización y apoyo del Dr. Víctor AYUB, Director de la V Zona. El Comité se constituyó en octubre de 1961 y mantuvo una actividad regular orientada al incremento permanente de las actividades de control de la Tuberculosis bajo la tuición de un jefe de campaña en cada Área de Salud. El Comité aun sobrevive y conto con la asesoría técnica y permanente participación del Dr. FARGA. En su etapa inicial, cumplió la tarea de Secretario Ejecutivo el Dr. BOTTESELLE.

Gradualmente el Comité fue aplicando las recomendaciones internacionales e incorporando las experiencias nacionales aportadas por los grupos técnicos de las Áreas de Salud. El Centro Broncopulmonar del Hospital San Juan de Dios dirigido por V. FARGA e integrado por los Drs. E. CARRASCO, A. YAÑEZ y G. MENA, aportó una contribución de gran importancia para el futuro “Programa Nacional de Control”. En particular, cabe señalar lo referente al origen y desarrollo del tratamiento ambulatorio asociado y directamente supervisado. Al respecto FARGA nos relata en su “Crónica”, que debido a la falta de camas, a comienzo de los sesenta, decidieron con su equipo del Hospital San Juan de Dios, organizar una central ambulatoria de lo que llamaron “tratamiento controlado”. Para este efecto, el Dr. FARGA solicitó, a través del Comité Zonal, el soporte económico necesario para alquilar un local, en un lugar cercano al Hospital, donde los enfermos pudieran recibir diariamente sus medicamentos bajo estricta supervisión del personal de enfermería y auxiliar especialmente entrenados. FARGA continua: “Pronto pudimos demostrar que nuestros pacientes ambulatorios mejoraban en mayor proporción que aquellos que lograban internarse en hospitales o sanatorios. Casi sin darnos cuenta, habíamos descubierto lo que ahora se denomina “DOT” (Directed Observed Treatment). Tenemos el orgullo de decir que Chile fue el primer país del mundo que empleó el tratamiento totalmente supervisado de la Tuberculosis a escala nacional”.

En la misma época se iniciaba el uso de la Bacteriología como método más eficiente que la Radiología para la búsqueda, diagnóstico y control de casos. El Dr. HERRERA MALSTEN creó en esa misma década y comienzos de los años

setenta, una extensa red de laboratorios bacteriológicos para sustentar las actividades de localización de casos que requería el Programa.

Por otra parte, a fines de los años setenta, se inicia el desarrollo de ensayos terapéuticos para contar en el Programa con esfuerzos adecuados de tratamiento de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (9° Informe). A los elementos principales del Programa, tratamiento gratuito, eficaz y controlado, y localización bacteriológica de casos, se debían agregar otros elementos básicos, complementarios del control: vacunación BCG y quimioprofilaxis, según las pautas establecidas en la Normas Técnicas y el Control de contactos o búsqueda activa en grupos de población de alto riesgo.

Con la disponibilidad de todos estos elementos, a mediados de 1973, el SNS aprobó un Programa Nacional de Control, cuyo texto fue elaborado por el Dr. Álvaro YAÑEZ, que contemplaba todas las características que establecían los organismos internacionales de Salud.

Con la formulación de este Programa, que consideramos un hito valioso en la historia de la Tuberculosis en Chile, se completaba una etapa importante y exitosa en el control de la enfermedad en el periodo 1960 – 1973.

A este buen resultado, habían contribuido, junto a Victorino FARGA, meritorios profesionales, médicos, enfermeras, profesionales de laboratorios, que constituyeron los equipos de salud encargados de TBC en la conducción superior e intermedia del Programa y en los equipos básicos en la red de atención primaria.

Los progresos obtenidos quedan de manifiesto en las siguientes cifras de mortalidad:

	TASA (x 100.000)
1960	53.2
1973	27.4

No se cuenta con datos de morbilidad para este período, pues solo a partir de 1972 se hace obligatoria la notificación de casos de Tuberculosis.

Además de la decisiva participación del Dr. FARGA en la estructuración del Programa de Control, su labor se extendió con éxito a la formación de personal profesional y técnico que constituirían los equipos de TBC para el nivel intermedio (Servicios de Salud), de cuya labor dependerían en alto grado los resultados de la operación del Programa en los niveles aplicativos primarios.

Para estos efectos, organizó y dirigió los Cursos

Nacionales de Epidemiología y Control de la Tuberculosis, que el Programa continuaría desarrollando hasta la actualidad.

FARGA describe esta época en su “Crónica”, en los siguientes términos; “Eran los tiempos gloriosos del Servicio Nacional de Salud, la época dorada de la Salud Pública chilena, la que permitió la creación y florecimiento de un Programa Nacional de la Tuberculosis moderno, que se anticipó muchas veces a las normativas de la OMS”.

Durante este periodo, FARGA fue designado profesor de Tisiología (1959) y en 1966 Profesor Titular de Neumotisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Posteriormente Director del Instituto Nacional de Neumotisiología en el Hospital del Tórax.

Esta etapa finaliza en Septiembre de 1973 a causa del golpe militar que instauró un gobierno dictatorial que modificó sustancialmente la estructura democrática y política de nuestro país.

FARGA, que no tenía ninguna actividad política, inicia así una nueva etapa de lo que llama su “vida agitada”. Fue detenido, transportado vengado y maniatado en un periplo que incluyó su paso por diversos y siniestros lugares establecidos por la dictadura para la humillación y tortura de los detenidos: Londres 38, Regimiento Tejas Verdes, Estadio Chile, Cárcel Pública, Cárcel calle Agustinas.

FARGA relata en detalle en su “Crónica” las vejaciones y las torturas sufridas, pero sin dramatizar, de manera simple y objetiva, sin pretender asumir actitudes de víctima ni de héroe.

Otros participantes del Programa tampoco fueron tratados bondadosamente por la Dictadura: YAÑEZ a la cárcel Pública (1 año), ZUÑIGA al exilio (17 años).

Durante la dictadura el Programa de Control (PCT) se mantuvo aunque con restricciones económicas que debilitaron sus estructuras regionales. Sin embargo algunas actividades pudieron sobrevivir. En ese periodo: continuaron hasta el final los ensayos terapéuticos que permitieron contar con un tratamiento abreviado, útil para el Programa, que fue incorporado a las normas técnicas bajo la orientación de FARGA que había retornado al país a comienzos de la década de los ochenta, después de haber cumplido tareas de docencia en Estados Unidos y en España y finalmente desempeñar con éxito el cargo de Director de la Unión Internacional contra la Tuberculosis (UICTER) con sede en París.

En ese mismo periodo, década de los ochenta, FARGA publica su libro TUBERCULOSIS

(1989 y 1992), que se convertiría en un apreciado texto para la enseñanza en diversas Facultades de Medicina de América Latina. Una última edición, actualizada y elaborada con la colaboración del Dr. J.A. CAMINERO, se publicó posteriormente (año 2011).

Si bien durante los años 1973-1990 continuó la reducción de la mortalidad y de la morbilidad por TBC (que ya pudo ser medida), el ritmo de descenso se hizo más lento.

En Enero de 1994 fui designado Director del Programa Nacional de Control de la TBC y cumplí esa función hasta Julio del 2009; quince años. Al asumir las tareas me quedaba claro que era un momento poco favorable, tanto por las debilidades de las estructuras regionales como por la situación epidemiológica. En efecto, la morbilidad por TBC todas las formas se reducía en el periodo 1981 – 1990 solo a un ritmo (coeficiente de declinación) de 3,1% anual y los equipos de TBC, intermedios, solo llegaban al 50% de los Servicios de Salud.

Esta situación difícil, pudo ser superada con éxito gracias a la importante colaboración de V. FARGA (Normas técnicas de 1996 y 2005) de los Drs. A. YAÑEZ, P. VALENZUELA y Carlos PEÑA y de las enfermeras Marta ROJAS y Zulema TORRES, constantes y eficientes colaboradores en la gestión y evaluación continua de las actividades. En el decenio 1990-99, la reducción de la incidencia llegó al 7,8% anual.

Los buenos resultados obtenidos en la década de los noventa hacían pensar con cierto optimismo en un futuro posible hacia “la eliminación”. Al respecto, FARGA nos señalaba con insistencia que para lograr este objetivo, lo más importante era la voluntad política de las autoridades superiores ministeriales, que deberían darle al Programa el respaldo y el apoyo económico necesario para que los Servicios de Salud de todo el país lo consideraran entre sus tareas prioritarias.

En realidad, los resultados obtenidos en la década de los noventa permitieron superar la preocupante situación epidemiológica hasta llegar a situar el Programa de Chile entre los mejores de América Latina. A pesar de lo anterior, durante esa misma década las autoridades ministeriales empeñadas en el proceso de reforma de la Salud auspiciada por el Banco Mundial, pensaban que el Programa de TBC debía desaparecer, o al menos, su Unidad Central.

Debido a una fuerte resistencia de parte de los técnicos responsables, apoyados en las opiniones del Dr. K. STYBLO, autoridad mundial en

Epidemiología y Control de la Tuberculosis, cuya visita fue obtenida gracias a gestiones realizadas por el Dr. FARGA, la eliminación del Programa no se pudo llevar a efecto y en cambio, si se aprobó estudiar su transformación en un Programa de Eliminación, atendiendo a las recomendaciones del Informe de STYBLO que resumió así sus conclusiones:

“Chile es uno de los pocos países que han tenido un ininterrumpido decrecimiento de las tasas registradas de Tuberculosis desde mediados de los años setenta”.

“Las tasas de detección descienden de alrededor de 80-90/100.000, a mediados de los años setenta, a alrededor de 55/100.000 en 1985, 50/100.000 en 1990 y algo menos de 30/100.000 en 1995”.

Lo más importante, la incidencia de Tuberculosis caerá en un futuro próximo a 20/100.000 casos de Tuberculosis (todas las formas), lo que representa el comienzo de la fase de eliminación. “es útil iniciar ahora la discusión sobre la eliminación de la Tuberculosis en Chile”.

Estas opiniones técnicas del Dr. STYBLO fueron posteriormente ratificadas por los organismos técnicos internacionales. Entre las conclusiones del “Informe Final” de la Reunión Regional de Directores de Programas de Control de la tuberculosis, efectuada en Rio de Janeiro en Octubre de 1998, se expresó: “Cuba, Chile y Uruguay mantienen un trabajo exitoso en el Control de la Tuberculosis y están considerando las acciones futuras a desarrollar en los Programas para eliminar la Tuberculosis como problema de Salud Pública. Estos países deben constituir un grupo especial dentro del contexto latinoamericano con miras a profundizar y coordinar un trabajo conjunto para pasar a etapas superiores del control de la TBC”.

Contando con estos elementos favorables aportados por la evaluación epidemiológica y apoyados en el documentado diagnóstico epidemiológico (“Evaluación y Perspectivas”) efectuado en el país, el Programa de Tuberculosis, a pesar de la comprometida situación administrativa en que se encontraba a fines de 1997, postuló ante las autoridades ministeriales la decisión de alcanzar la meta de eliminación de la Tuberculosis como problema de Salud Pública para el año 2020. El Ministerio de Salud aceptó esta proposición y posteriormente (una vez acordadas por el grupo de Países de Baja Prevalencia), aceptó también las metas intermedias, “umbral de eliminación” (20x100.000) para el año 2000 y “fase avanzada de eliminación” (10x100.000) para el año 2010 y finalmente 5x 100.000 en el año 2020 “Eliminación

como problema de Salud Pública”. Estas últimas metas fueron postuladas además como “objetivos sanitarios” para el año 2010 por el Ministerio de Salud.”

Ratificando estas opiniones, el Dr. Mario RAVIGLIONI, Director del Programa STOP-TB de la OMS, expreso en una comunicación dirigida a todos los países, lo siguiente:

“En países como Chile, Cuba, Jordán, Amman y Uruguay la estrategia DOTS ha posibilitado una reducción anual de las cifras alcanzando tasas que son más bajas que las que se encuentran en algunas Naciones ricas industrializadas.”

El Programa de Control, transformado en Programa de Eliminación, alcanzó la primera meta establecida internacionalmente en el año 2000 (Tasa de TBC todas las formas de menos de 20 x 100.000 habitantes), definida como “tasa umbral de eliminación”.

Sin embargo, a pesar de estos resultados, el Programa tuvo en los años 2000, problemas intermitentes de soporte económico que lo obligó en algunos años a suspender las reuniones anuales y Regionales de evaluación e incluso el Curso anual de Epidemiología y Control. Tras un periodo de bonanza administrativa (año 2003 en adelante), en el año 2006 la tasa (TBC-TF) descendió a 14.2 x 100.000 y en el 2008 a 13.6. Más del 90% de la población del país vivían ya en áreas que estaban bajo el umbral de eliminación.

Aunque había bajado el ritmo del descenso de la morbilidad, se mantenían vigentes los propósitos de alcanzar la meta de 10 x 100.000 o eliminación avanzada el año 2000.

Sin embargo, nuevamente las autoridades dieron muestra de incompreensión hacia el esfuerzo que hacíamos y en el segundo semestre del 2008 nos quitaron una parte muy considerable del presupuesto en ejecución. Los resultados no se hicieron esperar, el descenso de la endemia se detuvo y permaneció estancado en los años siguientes (del 2009 en adelante).

El Dr. FARGA comentó estos hechos diciendo “las autoridades superiores del Ministerio son incomprensibles. Dicen que quieren lograr la eliminación de la Tuberculosis y a continuación eliminan los recursos necesarios para lograr ese objetivo.

En la década siguiente, del 2010 en adelante, la situación epidemiológica no mejora, de ninguna manera se alcanzaran las metas propuestas para el año 2020 y se corre el riesgo de llegar al llamado estado “de reversión epidemiológica”, como indican resultados como el aumento de la incidencia

de casos pulmonares con baciloscopia positiva y la reaparición de casos infantiles, incluso de meningitis tuberculosa.

Nosotros nos preguntamos ante esta situación, ¿Qué nos diría FARGA si estuviera aun entre nosotros?

Seguramente nosotros compartiríamos sus comentarios y trataríamos de actuar en consecuencia.

Manuel ZUÑIGA

## REFERENCIAS

1. FARGA V. "Crónica de un refugiado español". Rev. "Vida Médica" Vol 71 N° 2 Agosto 2019
2. JURICIC B. "Mortalidad por Tuberculosis en Chile". Rev. Chilena de Higiene y Med. Preventiva. Vol XI, N°2, 1951
3. ZUÑIGA M. "Epidemiología de la Tuberculosis" Bol. Hig. Y Epidem. La Habana, CUBA. Vol I 1963
4. VIEL B. "Epidemiología de la Tuberculosis". Imprenta Universitaria 1946
5. DIAZ S., DELGADO A. y PEREDA E. "Tuberculosis en Chile" Rev. SNS VOL II N° 1, 1957
6. ROJAS L. "Condición socio económica de los enfermos de Tuberculosis" Incluido en Normas Técnicas del Programa de Control de la TBC. Edic. 1996.
7. ZUÑIGA M., ROJAS M., VALENZUELA P., YAÑEZ A. "Programa de Control de la Tuberculosis – Perspectivas en un proceso de reestructuración" Rev. Chilena, Enf. Respir., Octubre 1988
8. ROUILLON A. PERDRIZET S. y PARROT R. "La transmisión del bacilo tuberculoso. El efecto de la quimioterapia". Bol. VICTER, 1995
9. FARGA V., VALENZUELA P., VALENZUELA M.T., YAÑEZ A., GARCIA P. y SCHEEL G. "Una década de quimioterapia antituberculosa abreviada en Chile". Rev. Civil Enf. Respir. 1991
10. VALENZUELA P. y VALENZUELA M.T. "Quimioterapia abreviada de la Tuberculosis en Chile" Rev Méd. Chile 1984
11. ZUÑIGA M. "La Tuberculosis en Chile. ¿Es posible la eliminación?" Cuad. Méd. Soc. Vol 44 n°3. 2004
12. FARGA V. "Tratamiento abreviado de la Tuberculosis" Rev. Méd. Chile 1980.
13. ZUÑIGA M. "Tuberculosis en Chile: del Control a la eliminación, un camino difícil". Cuad. Méd.Soc. Vol 48 n°1. 2008
14. GRINSPUN M. y ROJAS L. "Comparación entre pesquisa Radiológica y Bacteriológica en Tuberculosis" Rev. Méd. Chile 101. 1972
15. FARGA V. "Los orígenes del DOTS" Int. J. Tuberc. Lung Dis. 1996 n°2
16. ZUÑIGA M. "Situación epidemiológica de la Tuberculosis en Chile" Evolución y perspectivas. Rev. Chile infact 1998 15, 249 – 262
17. FARGA V. "Tuberculosis" (2ª. Edición) Ed. Mediterráneo, Chile 1996.
18. STYBLO K. "Evaluación y Recomendaciones del Programa de Control de la Tuberculosis en Chile". Rev. Chil. Respir. 1998
19. FARGA V. "Hacia la erradicación de la Tuberculosis" Rev. Chil. Respir. Vol 22 n° 1
20. OPS/OMS. Informe final Reunión Regional de Directores e Programas de Control de la Tuberculosis. Río de Janeiro, Octubre 1998.
21. ZUÑIGA M. "El programa de Control y erradicación de la Tuberculosis en Chile (PRO CET). Situación en el año 2008" Rev. Respir. 2009.

# Las especialidades médicas en Chile 2019: mirando al futuro

Medical specialties in Chile 2019: looking to the future

Dr. Oscar Román A.v<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**S**e analiza la oferta de médicos especialistas en las dos últimas décadas, en cuanto a número, proporción en cuanto a médicos generales y distribución regional en el país. La frecuentemente señalada falta de especialistas parece relacionarse más con su distribución. Sin embargo, para tomar resoluciones, es necesario considerar los factores que influyen en el problema, con el objeto de esbozar soluciones mirando al futuro. Se revisan los factores principales: aumento poblacional, envejecimiento significativo, inmigración acelerada, perfil deficitario de ingreso de estudiantes, que no permite acortar la carrera, currículos de formación no modificados, con déficits en evaluación y acreditación en sus programas, avances tecnológicos acelerados, desarrollo significativo del factor cultural humano de los pacientes y la introducción de la inteligencia artificial y la tecnología digital en el ámbito de la salud.

Se sugiere estudiar tales factores con una mirada de futuro, a una década (2030) con el objetivo de planificar eficazmente los cambios necesarios en cuanto a número y calidad de los médicos especialistas a formar.

**Palabras clave:** N° de Médicos especialistas, Distribución, Factores de cambio.

## SUMMARY

---

Requirements of medical specialists in relation to future demands is analyzed. In spite it is difficult to predict future supply and demands, changes in total population growth, population aging, increase in number and budgets of medical resources and human development index change, are analyzed in relation to categories of physicians required and medical education consequences in a ten year projection.

## INTRODUCCIÓN

---

He sido invitado a participar en un Comisión del Colegio Médico para estudiar el problema de las Especialidades médicas en el país, en respuesta al clamor popular de la falta de especialistas (probablemente sobre-dimensionada) en nuestra larga y angosta faja de tierra.

Desde fines de la década de los 90, existen en nuestro medio científico varias comunicaciones sobre la cantidad y calidad de los especialistas en relación a la de los médicos generales. En ellas se comprueba que, consideradas en su totalidad, independientemente en cuanto sean consideradas como básicas o diferenciadas, los médicos especialistas representaban una proporción mayor en relación a los médicos generales (entre 40/60 y 50/70 %). Se pudo afirmar a comienzos de los 2000, que Chile era un país de especialistas. A ello se sumaban las repetidas críticas a la satisfacción de los usuarios públicos en relación a la Atención primaria, ejercida por MG., y la reconocida falta de resolutivez diagnóstica y calidad terapéutica a ese nivel.

No entraré a explicitar las causas del déficit asistencial de la APS, que han sido frecuentemente analizadas (número de MG, experiencia sólo inicial, distancia de centros de 2° y 3er nivel, municipalización, falta de carrera funcionaria, dificultades de especialización posterior, etc.) sino a mostrar la realidad de las especialidades en el país. En los estudios de nuestro grupo, como en los de representantes del MINSAL y comunicaciones

---

Recibido el 3 de septiembre de 2019. Aceptado el 19 de noviembre de 2019

1 Profesor de Medicina U. de Chile. Correspondencia a: or.alemany@gmail.com

de la Academia de Medicina y de las Facultades de Medicina, reunidas en ASOFAMECH, se ha reconocido hasta ahora que no existe un déficit global de médicos especialistas, sino que éstos están mal distribuidos en las Regiones, pero que, sin embargo, tal irregular distribución regional se acompaña de déficit de número de especialistas en el Servicio Público de ellas. Las razones son también muy conocidas: aumento financiero en las grandes ciudades, déficits tecnológicos en provincias, reducción de perspectivas de desarrollo familiar y cultural, entre las más frecuentes.

Pero lo fundamental al presente es mirar al futuro en estos aspectos. Curiosamente, ya en el año 2003, autores canadienses planteaban los problemas por venir, de la siguiente manera: “debemos trabajar en anticiparnos a las futuras demandas y cambios de la salud y de su efecto en la profesión médica, especialmente en relación a la educación secundaria, a los programas de capacitación en las escuelas de medicina, de modo de preparar por anticipado programas de salud integrales y así mirar con claridad hacia las necesidades futuras”. Entre éstas mencionaban en primer lugar al envejecimiento poblacional, el aumento de la población (nosotros hemos crecido, aunque no mucho, pero debemos mirar con atención la inmigración reciente), y de qué forma las nuevas necesidades y avances tecnológicos serán distribuidos para preparar los diferentes tipos o perfiles del médico del futuro.

Al proyectar dichos cambios, postularon que el aumento poblacional no sería muy acelerado, puesto que el aumento determinado por el envejecimiento sería contrarrestado por un menor índice de natalidad. Pero las necesidades por tipos de enfermedad y tecnología necesaria, van a variar en forma significativa (C-V, Cáncer, etc) por lo que ello debe incidir en el perfil del especialista que se necesitará.

Pero entre nosotros, y también en el mundo, un cambio a tener en cuenta es la introducción en salud de la inteligencia artificial. El inapropiado concepto de Hospital digital, que es solo una parte del problema, debe ser enfocado como Sistema general de atención de salud, en el cual, el primer nivel de atención (APS) debe ser fundamental y mayoritario, y a cargo de MG. o Médicos de familia. Este nivel debe ser apoyado y preparado científicamente por los especialistas, de modo que la resolución diagnóstica llegue a proporciones del 80 a 90 %, lo que permitirá hospitalizaciones vivenciales de sólo el 10 %.

Este cambio hacia un sistema virtual tiene una serie de ventajas, pero a la vez, desafíos en su

preparación y financiamiento, que es preciso estudiar para que las nuevas generaciones de profesionales puedan ser preparadas en forma sustancial. Tal como sucede con el cambio climático cuyo enfrentamiento debe ser “ahora”, también la preparación hacia una salud con tecnología virtual debe comenzar a ser enfrentada y capacitada en forma rápida, o quedaremos expuestos a la crítica acerba de la población, que también está cambiando. Esta puede llegar a ser la mayor amenaza a nuestra debilidad en los cambios y la nueva amenaza de “némesis del éxito<sup>2</sup> de Gyarmati, que significa que como estamos relativamente bien, nos aferramos a la situación actual y no realizamos cambios con la celeridad necesaria. Ojalá que ello no vuelva a ocurrir en nuestra profesión.

## **MIRANDO AL FUTURO**

---

Problema 1. El perfil de ingreso de los estudiantes. Éste proviene de la Educación media y tiene severas falencias en ramos científicos y humanistas, que han impedido, por un lado, aprovechar mejor la enseñanza médica en los dos primeros años, y por otro, acortar la carrera de Medicina en 1 o 2 años. Los ramos de química, física, matemáticas elementales, por el lado científico, y lenguaje, historia y ética y filosofía elementales, por el lado humanístico, son las principales deficiencias.

Desgraciadamente, la solución no depende de la Educación superior sino del Ministerio de Educación en su globalidad.

Problema 2. Perfil de egreso del médico a formar. Hay excelentes estudios al respecto y un consenso importante en todas las Universidades con carrera médica. Sin embargo, de acuerdo a su preparación como Médico general existen preocupaciones derivadas de su labor en APS (baja resolutiveidad) y más aún, acción en un sistema virtual de primer nivel, en el que ellos deberán ser los médicos que establecerán una primera pero significativa aproximación diagnóstica en forma integral. Se ha pensado en transformar al médico general en un especialista general primario, de buen nivel resolutivo, o encarar este primer nivel al actual Médico de Familia.

Muchos especialistas en Salud Pública abogan por colocar al Médico de Familia en este papel, uno por su amplia preparación social, y dos, porque ya son considerados especialistas. El problema inmediato es que hay sólo 500 MF y se necesitarían 2 a 3 mil en el corto plazo (2 a 5 años).

Problema 3.- ¿Qué hacer con los médicos generales que actualmente han cumplido sus 3 a 5 años de permanencia y exigen su especialización? En el

corto plazo, muchos de ellos van a formarse como tales y su destino final será ir a localidades y regiones en que realmente existan déficits en especialistas. Ello en 2 a 3 años, y aún 5 como sub-especialistas. Pero un número importante de ellos (en lo posible), debería ahora ser formados como especialistas básicos o primarios (medicina, pediatría, ginecología-obstetricia, neurología y psiquiatría) en forma intensiva y rápida, en equipos de todas esas especialidades, y destinados, en su formación y posterior acción, en Universidades regionales que sirvan de cabeza para la organización de salud virtual que apoye a los consultorios generales de una o más regiones vecinas.

Ello va a requerir presupuestos y fondos que deberían adscribirse al cambio virtuoso y virtual que se aproxima a pasos agigantados.

Problema 4.- ¿Cómo se acreditarán los especialistas en esta visión de cambios? No se necesitarían cambios: las Universidades formadoras deberían acreditar a sus ME en su evolución futura, y Conacem lo haría para aquellos que lo fuesen por otro sistema (formación en trabajo asistencial), y a los extranjeros.

Problema 5.- La Educación médica, ¿cómo y dónde? Gran problema. No se discute que sean las Universidades las únicas instituciones formadoras. El problema inicial es que tipo de docentes se necesitarán. Si vamos a formar Médicos de familia y M. generales, se necesitarán docentes de esas especialidades con cierta experiencia asistencial y docente. Será necesario preparar más intensamente a los docentes universitarios, y concederles mejores salarios y trato académico.

Dónde formar? Obviamente donde está el contingente humano a asistir, la APS. Pero los Consultorios no están preparados al efecto: carecen de salas de estudio, de oficinas adecuadas de atención, de acomodaciones para los docentes, etc. Es un problema a enfrentar con decisión, puesto que los resultados en experiencias iniciales han sido promisorios.

Los especialistas seguirán su formación en el nivel secundario y terciario, en base a docentes clásicos y con la ayuda de la tecnología necesaria.

Sin embargo, los académicos de alto nivel y los especialistas con experiencia serán los que, en las diversas Universidades y Regiones, establezcan las normas, protocolos y algoritmos para apoyar a los médicos del primer nivel en su diagnóstico y tratamiento. Para esa acción, se recomienda utilizar las normas de la Medicina basada en la Evidencia, pero ajustada a las necesidades ambientales, culturales y generales de las respectivas regiones del país.

Problema 6.- El factor “Desarrollo psico-social y cultural del país”. Este paradigma evolutivo ha sido determinante en las exigencias de salud de la población y por tanto, debe ser considerado también en nuestro análisis de especialidades, puesto que afecta no solo a las enfermedades en general (estar sano o enfermo), sino también a las enfermedades por stress, psicológicas y mentales. El desarrollo humano (IDH) ha sido estudiado por Naciones Unidas en base a las características educacionales, culturales y capacidad de ganar sustento (en dólares) por las poblaciones de los países del mundo, configurándose una curva mundial, contra la cual se correlaciona el número total médicos de cada país. En el año 2009, el reporte internacional mostraba que Chile tenía un índice 0.89 IDH, con una proporción de 1,8 médicos por 1,000 habitantes, lo que constituía un déficit OMS importante, pero que superaba el índice recomendado por la OPS para los países latino-americanos. Según N.U., Chile debería lograr un IDH de 0,919 en el año 2020 (y parece haberlo logrado), por lo que debería contar con 4 médicos /mil habitantes, lo que mantendría una brecha significativa, que se podría evaluar en 1,4 a 2 médicos por mil/h., siempre que las condiciones históricas de matrícula y titulación de las Universidades se mantuviese constante en dicho período. Se calculó que al año 2020, existirían 49 mil médicos en total, (se acerca a los 45mil reales del año 2018) y que por tanto la brecha era de 15 mil a 20 mil médicos para ese año.

Tal brecha, en el período 2008 a 2018, parece haberse reducido, puesto que se han incorporado 4 a 5 Universidades, y se ha sumado un número significativo de médicos extranjeros. En todo caso, si nuestro IDH al 2020 se iguala al de Portugal (según OCDE), el número total de médicos debería ser de 3,4 médicos por mil h., con lo que el déficit debería ser de 0,8 meds /mh.

Falta por dimensionar en este cambio del número global de profesionales, cuantos corresponden a los especialistas y a los MG. Pero como las condiciones generales en el decenio no han cambiado sustancialmente, podemos suponer que el déficit de MG se mantiene mucho mayor que el correspondiente a todas las especialidades.

## REFERENCIAS

1. Academia chilena de medicina (2013). Declaración sobre Acreditación de los Programas de Formación de Especialistas Médicos. Santiago. Chile.
2. Banco Mundial, Gobierno de Chile.(2008). Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Informe Subsecretaría de Redes MINSAL.

- Santiago, Chile.
3. Colegio Médico de Chile (2015). Propuesta para una Política de desarrollo profesional continuo del Recurso Médico del Sistema Público de Salud en Chile. Santiago, Chile.
  4. Corvetto M., Bravo M.P. et al. (2015). Incorporación de paciente virtual en portafolio de estudiantes de Medicina de pregrado. *Rev Med Chile*; 143:175-82.
  5. Denton F.T., Gafni A., Spencer B.G. (2003). Requirements for physicians in 2030: Why population aging matters less than you may think. *Can M Ass J*;168:1545-1547.
  6. Gonzalez P. Valdivieso V. (2000). Rol de las Universidades en la formación, certificación y acreditación de especialistas en Medicina. Cartas al Editor. *Rev Med Chile*; 128:1290-1292.
  7. Guillou M, Carabantes J., Bustos V. (2011). Disponibilidad de médicos especialistas en Chile. *Rev Med Chile*; 139:559-570.
  8. Montero J., Rojas M.P., Castel J. et al. (2009). Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Rev Med Chile*; 137:1561-68.
  9. Román O., Acuña M., Señoret M. (2006) Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Med Chile*; 134; 1057-1064.
  10. Román O. (2015) Características evolutivas del médico chileno. 2004-2014. Editorial Académica Española. Santiago, Chile.
  11. Román O., Felu M., Echavarría L. (2015). Evolución de los médicos especialistas en el Sistema Público no municipalizado. Chile Período 2004-2012. Editorial Académica Española. Pags 48-57.
  12. Román O., Felu M., Echavarría L. (2015) Formación de médicos especialistas en el Sistema de Servicios de salud de Chile. Su evolución en el período 2007-2010. En Características evolutivas del médico chileno. Ed. Académica española. Santiago, Chile.
  13. Román O., Fritis E, et al. (2019) Introducción de la inteligencia artificial en Medicina. Conferencia. Colegio Médico de Chile. Santiago, Chile.
  14. Saavedra-Díaz F. (2010). Proyección de la disponibilidad de profesionales de la Salud en Chile al año 2020. *Cuad Med Soc (Chile)*; 50:307-314.
  15. Sociedad Chilena de Medicina Interna (1997). Propositiones de Instituciones representativas de la comunidad médica nacional en relación a las especialidades médicas. Santiago, Chile.



## El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo.

Bustelo, Eduardo S. Buenos Aires, Siglo XXI, 2007.

Trascurrido más de una década de su publicación, este libro mantiene una vital y presente vigencia para quienes buscan responder al desafío de hacer realidad los vulnerados derechos de la infancia. E. Bustelo, Cientista Social argentino comprometido con esta causa, aporta en las páginas del libro, desde una mirada holística, con una creativa y provocadora propuesta de abordaje del tema, colocando a la niñez en la condición de sujeto de sus derechos y a su vez protagonista de las transformaciones globales que la sociedad requiere. Las orientaciones que en políticas de infancia se derivan de estos planteamientos se sustentan en la praxis que el autor desempeñó en su vida profesional y como ex funcionario de Unicef.

En los capítulos del libro el autor centra su análisis en la niñez y sus derechos considerándola una categoría histórico política. Utiliza el concepto de biopolítica y su expresión en lo que denomina biopoder para situar a la infancia y a su subjetividad como campo de influencia de intereses socio político culturales reflejados en comportamientos de la sociedad, la familia, la escuela, el Estado y las políticas públicas. Bustelo denuncia la utilización de la infancia como objeto de rentabilidad del mercado en áreas de inversión y consumo como la alimentación, entretención, la publicidad. Habla del capitalismo infantil, que desde el biopoder conduce a la infancia y la adolescencia a la condición de consumidor (llevándolo a grados de adicción) por

sobre su condición de ciudadano. El autor extiende su análisis al mundo de la familia y a la escuela como transmisores de valores y de cultura, al respecto señala “..los medios de comunicación y la industria cultural sobredeterminan a la familia y la escuela en la producción de un orden hegemónico ((2007: 79) Comienza por describir el comportamiento de la familia señalando “*una familia desorganizada en su lógica interna, oprimida desde la economía y colonizada por los medios de comunicación masiva y la industria cultural. Pero son estos últimos los que de forma primordial aseguran el rol biopolítico de la transmisión (2007: 82)*”.

Para enfrentar este orden Bustelo entiende a la escuela como un espacio público de socialización donde es posible desarrollar capacidades crítico-reflexivas que permitan conducir a la infancia a cultivar la cooperación y la solidaridad por sobre la competencia y a “alcanzar autonomía con potencial de quiebre de la transmisión biopolítica opresora” Para ello la escuela debe entender al niño como sujeto de aprendizaje y no como objeto de enseñanza

Respecto a la influencia de factores del medio que se transmiten vía la cultura --hoy en día mediada por los avances de la biotecnología-- advierte que los “niños/as diseño” pueden ser objeto de manipulación y subordinación al biopoder establecido (impacto de la industria de la cultura en la subjetividad de niños y adolescentes)

A continuación el autor aborda el tema de los derechos de la infancia reconociéndolos

como una conquista universal plasmada en la Convención de los Derechos del Niño (1989), historizándola críticamente al contexto en que surgen los tratados y textos internacionales sobre derechos humanos

Su visión crítica respecto a la experiencia Argentina de instalación de una legislación y una política de Infancia (Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes) se dirige a cuestionar la continuidad de prácticas del régimen tutelar de algunas instituciones y lo difícil de superar las prácticas de la doctrina de la situación irregular enarboladas a nivel del poder judicial.

Enseguida el autor se concentra en desarrollar lo esencial de su contra hegemonía propuesta. Parte por destacar el desafío frente a la insuficiencia de la familia y de la escuela como las instituciones destinadas a responder por el tránsito de la infancia a la adultez ciudadana. La centralidad de la infancia en su análisis, lo lleva a identificar las potencialidades de ésta, mediadas por el papel de la educación, para poder enfrentar el ser “modelada” por la biopolítica y el biopoder establecido. Recurre aquí a oponer conceptos como diacronía/sincronía para defender una infancia en devenir histórico (diacrónica) que se opone a la idea de una infancia que se repite en el tiempo (sincrónica). A esto suma la categoría de autonomía progresiva de la infancia para dar soporte a entender políticamente a la infancia como una categoría emancipatoria que vive el dilema no resuelto de la representación de tal condición *“el problema básico de la infancia es que no al no poder autorepresentarse, la defensa de sus derechos quedan indefectiblemente en manos de los adultos”* ...El gran problema de la niñez, en su historicidad y en la actualidad, es mantenerse en un campo donde sus derechos sean realmente representados por “adultos responsables”. En estas circunstancias, Bustelo reivindica la importancia de la interrelación Estado-Infancia y sostiene.... *“si la infancia y la adolescencia son categorías histórico-sociales, ...la primera condición para la defensa de los derechos de la infancia es la presencia de una institucionalidad estatal fuerte con competencias para lograr la igualdad,.. (entiéndase) un Estado como espacio político para luchar por un proyecto emancipatorio que comience por la infancia y la adolescencia”*; destacando que... *“nuestra infancia solo tiene una posibilidad de liberación cuando puede expresarse y manifestarse, cuando puede reír, jugar, crear*

*y llegar a ser ella misma”* Para el autor, es en la infancia y en sus potencialidades recreadoras libertarias donde descansa la posibilidad futura de un nuevo orden social.

Una síntesis de las ideas contenidas en el paradigma del “Recreo de la Infancia” se reflejan en las tesis presentadas al final del texto

- El “mundo” de la infancia no se presenta ante nosotros como una mera distribución de hechos cuya teorización consistiría en describirla y explicarla.
- La infancia es el nacimiento y el comienzo de la vida y por ello como potencialidad de impregnar todo el tejido social.
- La infancia equivale a una situación de quiebre, de desprendimiento y no de transmisión.
- En vez de definir a los niños/as como no-adultos, definir a los adultos como “no-niños”.
- La infancia se define como una temporalidad diacrónica, como ruptura y quiebre.
- La infancia es autonomía que se afirma contra la heteronomía disciplinaria y controladora.
- La infancia como categoría emancipatoria. - El recreo de la infancia es el comienzo del cambio del mundo.
- “Infantilizar” el mundo es retornar a la experiencia prelingüística del hombre (no equivalente al síndrome de Peter Pan).
- El recreo de la infancia es la metodología de lo “nuevo” como descubrimiento y, por lo tanto, una dimensión del conocer. Es salir y habitar con la infancia.
- El proceso educativo deviene central en la idea emancipatoria. La parrhesía (asegurar una comunicación liberadora entre adultos e infantes) es un buen comienzo en esa dirección.
- En una concepción biopolítica de la infancia, el espacio estatal público es el ámbito de lucha por el poder para entender sus derechos. La sociedad civil tiene allí también un papel a desempeñar que está lejos de ser simplemente un dispositivo “protector”.

El texto en comento trasciende el espacio de lo académico para alcanzar su influencia en el pensamiento y práctica de educadores, profesionales que trabajan con la infancia y la adolescencia, familia y desde luego para facilitar la participación de NNyA en la defensa de sus derechos y en la construcción de una nueva sociedad.



## Mis Momentos de Verdad como Médico en Dictadura.

### Reseña de libro

Autora: Gilda Gnecco T.  
Editorial LOM, 2018

Es un libro de 524 páginas donde la autora describe con detalle su vida como médico pediatra durante 17 años desde el golpe cívico-militar, septiembre de 1973 y el retorno a la democracia, marzo de 1990.

Tiene un prólogo de la Dra. Rubi Maldonado quien estaba terminando de estudiar Medicina en septiembre de 1973.

El libro es un documento histórico a ratos desgarrador, un relato humano de la autora donde señala y describe una infinidad de injusticias administrativas de todo tipo, incluyendo su propia exoneración arbitraria de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, sin fundamento objetivo. La Dra. Gnecco destaca actos de barbarie como secuestros masivos de personas, torturas reiteradas y posterior asesinato con desaparición de los cadáveres, lo que constituye una barbarie máxima ya que eso ha significado tortura permanente para los seres queridos que siguen viviendo. Precisa el caso de una amiga personal, asistente social Carolina Wiff, quien dejó tres hijas pequeñas en esa época pero que ahora adultas, siguen siendo amigas suyas. Son tan fuertes algunos relatos que llevan a suspender la lectura. Hay muchas cifras de atenciones médicas que la Dra. Gnecco hacía, quizás como escape a tanta maldad y barbarie, pero mostrando que esfuerzos individuales y grupales fueron capaces de sobreponerse a una situación que afectaba a tanta gente desvalida y sin recursos.

La autora divide inicialmente el libro en cinco capítulos que llama “Momentos de Verdad”, los que corresponden sucesivamente a:

1. su relación con la Embajada de Italia y el apoyo a asilados (as) en la misma, 1973-74,
2. su expulsión como docente de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile en forma arbitraria como se señaló, además de

vejatoria, el mismo año 1973,

3. sus distintas experiencias de supervivencia como pediatra, junto con apoyo solidario a muchas personas sin recursos, haciéndolo a través de diferentes instancias creativas,
4. su trabajo en el Programa de Salud del Comité para la Paz,
5. sus actividades en el Programa de Salud de la Vicaría de la Solidaridad.

Después, el libro presenta una sexta Sección que la Dra. Gnecco llama “Niños”. Allí se refiere a su atención como pediatra y su especial preocupación por los hijos (as) de torturados o incluso desaparecidos.

Hay un séptimo capítulo que la autora titula : “Mi Trabajo Político en Dictadura”, el cual termina con su renuncia a un determinado partido político.

La octava y última Sección del libro está dedicada a su relación y homenaje a muchos colegas que son parte de un Chile desgarrado porque incluye desde médicos destacados que fueron asesinados y están desaparecidos hasta salubristas, algunos fallecidos, que han marcado rumbos en la historia sanitaria chilena.

En resumen, se trata de un libro macizo que debería ser leído por todos quienes se interesen por lo que ocurrió en Chile en relación a Salud, tanto en lo asistencial como en lo académico, a consecuencia del golpe cívico-militar de septiembre de 1973. Se trata del relato de una de las tantas víctimas inocentes que no habían cometido delito alguno y ni siquiera tenían responsabilidades políticas o de otro orden en el gobierno derrocado. Sin embargo, sufrieron en carne propia de arbitrariedades y sufrimiento sólo por sus ideas.

Es un libro que quizás tiene un exceso de información estadística y de actividades de atención médica individuales y grupales pero que, sin duda,

es un inmenso aporte a la memoria de nuestro país ya que describe y analiza un período complejo y terrible que ocurrió y debe ser conocido y siempre recordado para que nunca más pueda volver a repetirse.

En el fondo, este libro es un documento histórico que debiera estar en toda biblioteca dedicada a la salud pública, a los movimientos sociales y a la violencia política en la historia de Chile. Esto posiblemente estuvo más allá de la intención de la Dra. Gnecco pero al leer su libro resulta llamativo en una mirada histórica retrospectiva y por contraste con gobiernos de izquierda, en alguna medida cuestionables, que las autoridades conservadoras de la época colonial, supuestamente más primitivas, no mostraron la crueldad e incluso la

barbarie, observadas en los grupos conservadores de nuestra época republicana actual. Son ejemplos notables la acción brutal y masiva de los triunfadores en la revolución de 1891, las matanzas masivas e indiscriminadas en las salitreras de comienzos del siglo XX y la más reciente del Seguro Obrero, junto con lo que señala la Dra. Gnecco, período de dos décadas: septiembre de 1973 a marzo de 1990 con muchos miles de detenidos, torturados, asesinados y desaparecidos, en una política de exterminio masivo y sin que se estableciera en esas personas delito alguno.

Dr. Iván Serra  
Profesor Titular de Salud Pública  
Universidad de Chile



## “Historia de la infancia en el Chile Republicano (1810 – 2010)”

Jorge Rojas Flores  
Junta Nacional de Jardines Infantiles, Ediciones de la Junji, 2016

Esta obra del historiador Jorge Rojas fue publicada el año 2010 bajo el alero de la Junta Nacional de Jardines Infantiles y en una segunda edición el año 2016. Constituye sin lugar a dudas la investigación historiográfica más completa realizada sobre la infancia en el período de estos 200 años del Chile Republicano (interrumpido en los años de dictadura).

El autor organiza su relato en torno a los cambios sociales sucedidos en la forma de pensar y en el cómo se vive la infancia en Chile en distintos períodos históricos (1800-1840; 1840-1890; 1890-1920; 1920-1950; 1950-1973 y 1973 hasta hoy)

A través de un riguroso y exhaustivo análisis documental de la literatura y textos de época (artículos científicos, estadísticas, informes oficiales, revistas, diarios, imágenes, libros, reportajes), de entrevistas a informantes claves y el apoyo de profesionales de otras disciplinas (abogados, médicos, científicos políticos, historiadores), el autor consigue componer un acabado retrato de la

evolución de la infancia y de sus circunstancias en las distintas épocas: la segregada estructura social y su expresión en la familia, los patrones de crianza, de enseñanza, las distintas orientaciones de las políticas públicas frente a problemas que afligen a la infancia en salud, educación, abandono, trabajo infantil, maltrato .

La influencia y significado de valores culturalmente compartidos, la religión, el pensamiento adultocéntrico, el tránsito al reconocimiento de derechos de la infancia, se recogen, entre otras dimensiones, en las páginas de ésta extensa obra ilustrada en forma atractiva con pinturas alusivas, textos y fotografías.

El autor en el epígrafe final del libro se pregunta ¿Qué pasa con los niños y la infancia hoy?...y señala:

*“Para el caso chileno la reflexión sobre los cambios que han operado tanto en la experiencia de “ser niño” como en los significados que esta etapa tiene para la sociedad*

*está apenas anunciada. Existen escasas investigaciones empíricas sobre lo que hacen y piensan, que poder tienen y cuáles son sus mecanismos de socialización"... "Abundan las campañas de difusión y circulan muchas percepciones sobre los cambios que han ocurrido, pero no hay una reflexión seria que explique en qué sentido todo esto ha afectado la imagen y las expectativas que la sociedad tiene respecto a los niños"*

Cabe destacar el esfuerzo editorial de publicar tan valiosa obra que contribuye a una mejor comprensión del desarrollo de la infancia a lo largo de la historia de nuestro país. Su lectura y debate sobre su contenido nos parece de absoluta vigencia en el actual escenario en que se reclama una Ley de Garantía de derechos de la Infancia y la adolescencia y el desarrollo de una Política que lo haga posible.

## World Scientist's Warning of a Climate Emergency

William J. Ripple, Christopher Wolf, Thomas M. Newsome, Phoebe Barnard, William R. Moomaw, and 11,258 scientist signatories from 153 countries  
BioScience, biz088, <https://doi.org/10.1093/biosci/biz088>

**M**uchísimas declaraciones y alertas ambientales, que a veces amenazan perdernos. El valor de ésta no reside en la masividad de suscriptores que considera. Sino en la posibilidad de un alcance amplio. A eso apunta mencionarla acá.

Fallida la posibilidad de realizar una COP25 oficial –la COP ciudadana continúa vigorosa pese a los pese- este pequeño manifiesto de menos de 2000 palabras, contiene un análisis muy sencillo de la emergencia climática:

a) No se trata sólo de un problema de temperatura terrestre media, sino de una amplia variedad de ámbitos planetarios y una serie de parámetros

afectados. El artículo incluye dos series de gráficos dramáticos.

b) Las iniciativas desarrolladas hasta hoy: Ginebra 1979, Río 1992, Kioto 1997, París 2015, han sido desatendidas y los ritmos de la crisis son más veloces que lo predicho.

c) Seis áreas de trabajo deben ser imperativamente abordadas: economía, naturaleza, alimentación, población, contaminantes de vida media corta y energía.

En suma, un texto leíble en pocos minutos, que debiéramos cargar en nuestros bolsillos y cuyos gráficos habría que ser capaces de dibujar en cualquier servilleta.

## Coal smoke and mortality in an early industrial economy

Brian Beach and W. Walker Hanlon

The Economic Journal, 128 (November 2017), 2652–2675. Doi: 10.1111/ecoj.12522

**L**a historia ambiental es un hada de los tiempos actuales. Todo lo que toca se anima y cobra nueva vida.

Este artículo intenta recrear la contaminación del aire en las ciudades inglesas durante el siglo XIX. La ausencia de mediciones no es un obstáculo absoluto y los autores realizan una reconstrucción a partir de las cifras de consumo de carbón. Gracias a los archivos y a las modelaciones es posible estimar los niveles de contaminación y estimar que alrededor de un tercio de las muertes

pueden ser atribuidas a la contaminación. En un proceso inverso, es posible inferir a partir de las variaciones en la mortalidad, que las concentraciones de material particulado en esas ciudades son equivalentes a los que hoy tienen las ciudades más contaminadas de India, China o Estados Unidos.

Este artículo señala con claridad que los problemas medio ambientales se exacerbaban durante la revolución industrial, como denunciara por ejemplo Charles Dickens o Federico Engels.

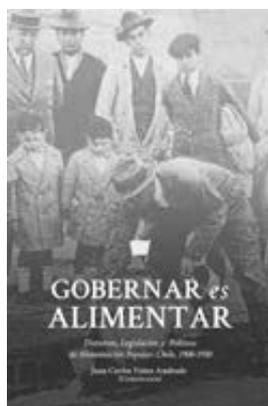
# Ethiopia's quest to champion emergency care systems

Amir Aman Hagos, Tsion Firew, Alegnta Gebreyesus, Boureima H Sambo & Teri A Reynolds  
Bull World Health Organ 2019;97:582 doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.240440>

Este editorial que termina señalando los esfuerzos de Etiopía (implementado la guía OMS Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured course el International Registry for Trauma and Emergency Care también de la OMS), es importante porque señala la importancia de los servicios de urgencia, que podrían evitar según ellos señalan un 54% de las muertes en países pobres y medios. Pero además releva la resolución WHA72.16 de la reciente

asamblea mundial de la OMS, dedicada a la atención de urgencia.

Valioso recordatorio de que también tenemos un área desatendida y que la Ley de Urgencia habrá de readecuarse, incorporando criterios de calidad y pertinencia. Pero que esencialmente debemos fortalecer las urgencias públicas y sus sistemas de apoyo, con profesionales, técnicos y auxiliares.



## GOBERNAR es ALIMENTAR. Discurso, Legislación y Políticas de Alimentación Popular. Chile, 1900-1950.

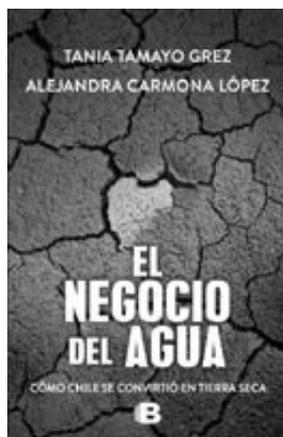
Juan Carlos Yáñez Andrade (Coordinador)  
América en Movimiento editorial. Valparaíso, 2018.

Esta antología de textos de artículos, presentaciones o tesis, nos lleva a la alimentación popular como problema del siglo XX. Desde el Primer Congreso de Alimentación popular organizado por los médicos de Valparaíso, liderados por Vicente Dagnino, hasta el centro de Demostración de Quinta Normal y los trabajos de Onofre Avendaño y Julio Santa María, pasando por la encuesta Dragoni-Burnet (citada por Allende en su Realidad Médico.Social Chilena) y la Central de Leche Chile, se revisan hitos enlazados por la búsqueda de respuesta a una cuestión

de biología y política: la alimentación masiva.

Para los investigadores sin pié en el siglo XX, es sorprendente en este mundo de comida desechada, entender cómo se vivía con menos de 2000 calorías diarias. En este libro hay un viaje textual por ese Chile.

Quizás el artículo más complejo de asimilar es el de eugenesia. Un saber oficial y seductor, que debe estremecer a cualquier biologicista fundamental, pero aquí en cuanto a alimentación no logra ser desnudado históricamente.



## El Negocio del Agua. Cómo Chile se convirtió en tierra seca.

Tania Tamayo y Alejandra Carmona

Ediciones B, Penguin Random House Grupo Editorial, Santiago, 2019

Un libro para el debate constitucional en ciernes. Entre los temas que no están en el acuerdo además de paridad de género y plurinacionalidad, quizás sean los componentes básicos de una mirada ambiental a la política los que también requieren inclusión.

Difícil tarea porque necesitamos saber mucho sobre cuestiones técnicas ambientales y además tenemos pobre idea de cómo hacer esa inclusión en la política.

Aunque el libro es una investigación del agua en Chile, sus hallazgos son una gran lección de cómo se hizo la amalgama de política con derechos de agua, una transformación en varios pasos y de qué

modo se articularon empresarios con parlamento y gobierno.

El libro se inicia con el episodio de Osorno en que una ciudad de más de cien mil habitantes estuvo sin agua por 10 días, en Julio de este año. Y cruza por Petorca, Quillagua, San Pedro Estación, Chiuchiu, Ercilla. Paltas que se beben 60 litros al día, estero tapados de relaves, humedales en extinción, premio Medioambiental Goldman a un lonko encarcelado. Pero también el libro recorre las distintas regulaciones que han privatizado el agua y desanuda los vínculos que enlazan agua, partidos, cargos electos y ministerios.



# Política y Salud Pública.

## Ideas para ahora, para la Asamblea Constituyente y un poco más

Cuadernos Médico Sociales  
26 de noviembre de 2019

Introducción	155
<i>Editores</i>	
Huevos rotos, tortilla fracasada.	157
<i>Miguel Kotton</i>	
Crisis del modelo de sociedad y desafíos para la salud pública	159
<i>Jaime Sepúlveda</i>	
Política en el antropoceno chileno.	161
<i>Yuri Carvajal</i>	
Muerte y renacimiento de la política.	165
<i>Jorge Pacheco</i>	
Una perspectiva amplia para el medicamento como elemento político en Chile.	167
<i>René Miranda y Mirtha Parada</i>	
Ha llegado el momento de utilizar nuestra inteligencia colectiva.	173
<i>Sebastián Espinoza, Nicolás Schiappacasse y Anibal Vinaceta</i>	
“No fueron los 30 pesos... son los 30 años...” Pssst son 47 años.	177
<i>Cleofe Molina</i>	
Derecho a la salud en la nueva constitución	179
<i>Jaime Sepúlveda S.</i>	
Carta al director de elmostrador.	193
<i>Pablo Cox vial</i>	



## Introducción.

Editores

**E**l ardiente jueves 7 de noviembre, tras haber suspendido una de nuestras reuniones editoriales en medio de un acción política masiva duramente reprimida, con estado de emergencia incluso, nos reunimos en Cuadernos Médico Sociales para intentar poner nuestro trabajo editorial al servicio de lo que estaba sucediendo.

Invitamos a escribir de política, sin adjetivos, poniendo la conjunción “y” como un problema para que los autores hicieran su más audaz ejercicio de conexión con salud pública.

Hoy es viernes 15 de noviembre. La constitución del 80 ha muerto. Una Asamblea Constituyente está en movimiento. Lo democrática que sea, lo no patriarcal, lo plurinacional, lo solidaria, lo ecológica que llegue a ser, depende de nosotros.

Estos textos fueron pensados en esos días enérgicos, dolorosos, dramáticos, inciertos, buscando un horizonte, una perspectiva, un ejercicio colectivo.

Cambiada la urgencia del momento, ojalá sirvan a un debate, a la organización de los argumentos y de las acciones, para más democracia, menos patriarcado, más solidaridad, más plurinacionalidad, más justicia, menos violaciones a los DDHH, menos impunidad, más ecología, menos aires irrespirables, mas biodiversidad, más salud, menos enfermedad, más pensamiento.

Apreciamos estos textos de colegas que aceptaron jugar sus ideas en palabra escrita en medio de la turbulencia política.



## Huevos rotos, tortilla fracasada.

Miguel Kottow

Lunes 28, 10 AM.

Invirtiendo la famosa frase filosófica que sugiere callar ante lo que no se puede hablar, nuestro momento actual exige hablar de lo que no se puede callar. Pero escuchar a los que han estado hablando es tedioso, por cuanto su discurso es plano, iterativo, carente de imaginación. Plataforma segura es condenar la violencia destructiva y el ensañamiento represivo violador, pero no caer en el morbo de las transmisiones televisivas que se solazan con “incidentes” que si en un momento no los hay, repiten lo más álgido de días pasados. Que se indague, juzgue, condene y sancione, pero que la palabra baje el tono condenatorio, que siempre tiene algo de maniqueísmo, de complacencia santurrón sumida en acerbas discusiones –afán de convencimiento– carentes de debate –búsqueda de claridad y certezas–.

Quienes hablaron mal, piden perdón con humildad: ¿por qué creerle al que se desdice hoy de sus maledicencias de ayer? Mal utilizada la palabra si busca refugio en altisonancias como nuevo pacto social, transformación del sistema, lección aprendida, pueblo escuchado, debate profundo. Pero decir que el “estallido social” de estos días nos abrió los ojos para reconocer que nuestra embarcación macroeconómica navega sin propulsión ni norte, bamboleando cual galera de diseño foráneo movilizadas por galeotes desposeídos que reman a compás impuesto, bamboleando en aguas enturbiadas por desigualdad y abuso.

La repentina epifanía señala que vivimos en una institucionalidad fallida, una política con la pobreza imaginativa, pero ni siquiera la honradez, de una taller de reparaciones; una intelectualidad fofa, coaptada con minucias, que ha vegetado indiferente a los discursos de Galeano, García Canclini, Sábato, Dussel, todos latinoamericanos, ninguno de ellos chileno. Nuestros gurús hablan de “catarsis”, “ira acumulada y desbordada”, “educación cívica”, confunden derechos civiles con derechos sociales, asistemáticos en su opinión sobre el sistema.

Se lanzan bombas lacrimógenas y municiones de gomas con núcleo metálico, para luego cargar el aire de gases anestésicos que anuncian cambios profundos, aunque ya hay señales sutiles pero premonitorias, que seguimos empantanados en el lema hegemónico de la globalización neoliberal: business as usual (BAU).

Al reiniciarse las “pausas” promocionales en el vendaval de “noticias (¿?) de “Última, hora” se pudo ver en un programa de una discusión televisiva que el único “spot” propagandístico del intermedio exaltaba las excitantes novedades de los nuevos motores fuera de borda. Nuestro decano periodístico llevaba un aviso de media página, alegremente coloreado, en que una galería de arte invita a invertir en cuadros de Roberto Matta y otros artistas de creciente valor comercial. Ni siquiera una insinuación de donar algunas monedas de estas transacciones para efectos de reconstrucción.

Los cuasi-debates ya se entrampan en desencuentros: financiar las mejoras económicas a toda prisa, o cautamente ver cómo se financiará lo que se promete. Parlamentar o crear disturbios en el cenáculo (¿?) parlamentario. Restarse al diálogo en base a principios, representar “a la gente” sin haberles preguntado por sus prioridades, “interpretar” las señales del pueblo sin tener noción alguna de hermenéutica. Hay que registrar mayor sensibilidad social, pero en el intertanto los precios suben. Es necesario “ponerle el hombro” mas, por de pronto, se suspende actividades hasta nuevo aviso, disfrazando la inactividad con “jornadas de reflexión”.

Transformar el modelo socio-económico por la vía de instituciones incompetentes, es cimentar más de lo mismo; recurrir a la vía rupturista sin metas claras tiene costos impagables. ¿Qué queda? Redistribución inmediata de recursos: quienes ingresan \$300.001 suben de inmediato a \$350.000, lo que ya los perciben no quedarán excluidos: asintóticamente subirán hasta \$358.000 (sic, en una entrevista de radio Bío Bío a uno de los flamantes ministros).

Lunes 28, 17:30 PM

Señales deprimentes ausencia del punto de inflexión entre un “antes y un después” como repite tediosamente el Gobierno, modificando el cuerpo ministerial con escasa creatividad y muchos enroques que ya

alimentan el rechazo y la decepción, de la humildad y profunda meditación de la gestión presidencial. Las manifestaciones en la calle no han modificado su tenor, la infiltración de saqueadores está activa, los “guardianes del orden público” practican con denuedo la dispersión forzada con chorros de agua y bombardeo con gases lacrimógenos que no producen llanto sino malestar y asfixia, la farándula informativa se solaza gastándose en enfocar la violencia diariamente recrudecida.

El diálogo sigue tan ausente, así como algún signo de confianza. La voz de quienes tienen por tarea o vocación pensar con coherencia e imaginación, ausente también. La Universidad de Chile declara que “debe adquirir un compromiso efectivo y activo ...y se debe colocar... a disposición de la resolución de los problemas que afectan a Chile”. ¿Recién ahora?

Jefes sobran, líderes no hay.

BAU BAU.

## Crisis del modelo de sociedad y desafíos para la salud pública

Jaime Sepúlveda

Chile, octubre 2019, representa un momento histórico que anuncia cambios fundamentales en el modelo político, económico, social que se instala a partir de la dictadura cívico militar y que se reproduce en sus bases fundacionales (fijadas en la Constitución de 1980) desde el retorno a la “democracia” hasta la fecha. Lo sustantivo de esa Carta fundamental es estructurar y amarrar un modelo económico y una institucionalidad jurídico política que arrebatara el poder soberano a la ciudadanía y que conduce a una menguada pseudo democracia. La lógica del modelo de acumulación capitalista, con expresión neoliberal, globalizado y eurocentrista, explica las profundas desigualdades y su expresión en la injusta distribución de la salud y la enfermedad, así como en el acceso inequitativo a una atención integral, oportuna y de calidad.

La respuesta social (ciudadana) para reaccionar y cambiar la situación enfrenta la camisa de fuerza del orden económico y político establecido y protegido en una Constitución ilegítima. El desafío de la salud pública está en recurrir a las ciencias sociales para poder comprender el momento histórico que se vive y desde allí aportar al cambio social que en lo fundamental es un cambio político (redistribución del poder para hacer posible una sociedad igualitaria que garantice los derechos de todas y todos)

La información epidemiológica disponible permite evidenciar, por una parte, el perfil diferenciado de riesgos y daños a la salud física y mental según grupo o estrato social y su asociación de causalidad a la condición laboral, el ingreso, la alimentación, el lugar de residencia, el nivel educacional, el entorno ambiental, el tiempo libre, para mencionar algunas variables determinantes. Por otra, la distribución desigual en el acceso a servicios de salud muestra el diferente impacto en los resultados de recuperación y sobrevivencia de los distintos sectores sociales, así como el panorama desolador que muestra la salud del colectivo social (obesidad, crónicas, salud laboral, salud mental, como ejemplos)

Para entender la determinación sociopolítica de esta realidad sociosanitaria resulta obligada la comprensión de lo que significa un modelo de desarrollo de mercado (de corte financiero, extractivista, rentista, transnacionalizado) que lleva a una grosera concentración de la riqueza en una élite minoritaria<sup>1</sup>, frente a la mayoría que sufre de una alta precariedad en el empleo, bajos salarios e imposición de un modelo de vida cuyos valores están dados por la competencia, el individualismo, el consumo (soportado por el endeudamiento) lo que conlleva la insolidaridad, la inseguridad, violencia y genera pobreza y marginalidad de parte importante de la población<sup>2</sup>. Este modelo de desarrollo además explota irracionalmente recursos naturales, destruye y/o contamina el medioambiente con serias consecuencias sobre la vida y salud de todos nosotros(as)

El impacto acumulado y contingente de este modelo sobre la salud física y mental de los sectores sociales más postergados es fácil de inferir<sup>3</sup>. La salud de los trabajadores(as) se invisibiliza (enorme subregistro de accidentes y enfermedades laborales) al igual que la cuenta de los daños medioambientales a la salud de generaciones.

En este escenario el Estado- al servicio del modelo- asume un rol subsidiario en lo económico (producción de bienes y servicios) y en relación a las políticas públicas se abre al mercado en la educación, la salud, seguridad social, vivienda.

En estos más de 40 años la privatización de estos bienes, con un enorme costo social, se ha constituido en una fuente privilegiada de acumulación de capital (grandes negocios) lo que se representa en las grandes

1 70 mil personas en Chile son parte del 1% más rico del mundo (Fuente: Reporte de la Riqueza Global 2019 de Credit Suisse)

2 2,5 millones en pobreza multidimensional (Fuente: Casen 2015)

3 La enfermedad mental más común es la depresión (15.8% de población adulta la refiere) (Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-2017)

utilidades de las AFP, las Isapres, la educación privada, las inmobiliarias, etc.

El sistema de salud, sujeto a las orientaciones del mercado, ha conducido a una segmentación del aseguramiento y de la prestación de los servicios. Alrededor del 80% de la población accede al servicio público financiado a través de FONASA y cerca de un 20% a través de las ISAPRES al sector privado de prestadores. Se produce así un inequitativo acceso a la atención, resultado de la desigual distribución de recursos entre ambos sistemas (financiamiento, recursos humanos, tecnología, infraestructura)

La privatización del sector se ha facilitado vía subsidio a las Isapres (cotización obligatoria del 7%), copagos, compras de libre elección Fonasa, GES, concesiones hospitalarias. Hoy en día el negocio de la enfermedad representa un importante % del PIB (especialmente en torno a seguros, control de infraestructura de servicios, recursos humanos, laboratorio, imagenología, mercado de medicamentos). El gasto de bolsillo alcanza a un 35% del gasto en salud.

El Estado ha cumplido a cabalidad su rol subsidiario (establecido en la Constitución del 80) y se prepara para universalizar el “aseguramiento” (multiseuros empezando por Isapres, Fonasa) y la compra venta en el mercado de los seguros de un paquete “Plan de Salud” ajustado por riesgos. Todo esto en medio de la crisis del sector público (incapacidad de respuesta a la demanda, crisis financiera, deslegitimidad por atención indigna, etc.) y la propia crisis del sector privado, que busca controlar con las medidas anunciadas el gasto (contención de costos) para asegurar y ampliar la rentabilidad del negocio, tratando además de lavar su imagen de irrecuperable ilegitimidad.

En este escenario se produce el estallido social que viene a ser la expresión de una mayoría de la población que se siente impotente e indignada ( fatiga emocional, angustia, frustración rabia, hastío, desesperanza) frente a las históricas e injustas condiciones de maltrato a su integridad como ciudadanos (trabajo, salario y pensiones indignas, condiciones de vivienda y transporte precarios, hacinamiento, entornos inseguros, difícil acceso a educación y salud mediada por estrechez de ingresos, alto endeudamiento, falta de descanso y recreación, exposición sostenida a abusos, discriminación, humillación, maltrato)... A esto se agrega el clima de inseguridad, violencia, consumo de sustancias, alcohol y una sensación de impotencia en medio de la frustración de haber creído en los políticos la promesa de tiempos mejores y a cambio vivir en una sociedad dividida, políticamente controlada por el poder y la riqueza de unos pocos, donde la insolidaridad, abusos, corrupción, impunidad e injusticias se naturalizan

Quizá algo de todo esto explica la rebelde respuesta ciudadana, gatillada por la emergencia de los jóvenes cuya voluntad emancipatoria y de justicia social se venía incubando hace ya rato.

La convocatoria a una consulta soberana para una nueva Constitución abre el camino a una verdadera democracia participativa y a la construcción de una sociedad solidaria donde los derechos fundamentales (incluida la salud) estén protegidos y garantizados por un Estado social de derechos.

La salud pública es y seguirá siendo un ámbito de la política. Parafraseando a R. Virchow digamos que “La medicina (entendamos hoy la salud pública) es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”.

## Política en el Antropoceno Chileno.

Yuri Carvajal

**E**n el mediodía del 12 de noviembre, en la calle Pedro Montt llegando a Uruguay la policía bloquea la marcha para proteger al Congreso: disparos de balines de goma con densidad Haunsfield de metal, humos lagrimógenos, escudos, hombreras y rodilleras plásticas: de occidente son estos homúnculos incrustados de combustibles fósiles y múltiples explosivos en motores, en armas, en la traza de sus atuendos. Del otro lado, veloces chicos que sumergen las bombas en agua, intentando clarear el aire de la nube tóxica.

A principios de octubre reciente, a pocos metros de allí, el Director del Hospital denunciaba la crisis de suministros provocada por el manejo centralizado desde Tesorería de las cuentas del Hospital. El 2 de octubre el Ministro de Salud pedía públicamente su renuncia. A día de hoy, el establecimiento es dirigido por el mismo equipo directivo y una auditoría ministerial anunciada el viernes 18, debió marcharse del Hospital un día después de su arribo, el 5 de noviembre. Quizás sea el único hospital de Chile verdaderamente EAR.

Los fractales de un Chile quebradizo en dos o tres días, hicieron que un gentío paciente, cabizbajo y apurado, se volviera un pueblo desafiante, parlanchín y entusiasta. Al gentío lo parieron con *rockets* y desparecidos, lo cabizbajearon con cesantía y precariedad, lo apuraron con tarjetas y malls. De vez en vez de entre el gentío quiso nacer un pueblo. Pero cada intento fue abortado.

En este octubre/noviembre del 2019 las cosas han sido distintas. Y ese acontecimiento político y la crisis de gubernamentalidad en la que nos encontramos, nos obligan a pensar políticamente. Es cierto que en los últimos años hemos dejado de lado el ejercicio político, la reflexión política y el estudio de lo político. De entre los ciudadanos, los salubristas quizás pagamos más caro ese abandono. Porque ay! de quien olvida la política en estos días.

Para hablar de esa durísima ausencia de política y de pueblo, inventamos un nombre horrible: políticas públicas. Usándola, renunciamos a conocer y cultivar la especificidad de lo político. Creímos en la economía o más exactamente, en la microeconomía, como un *kybernes* capaz de autogobernar la vida, un autómatas semi divino, que equilibrando el brazo oferta con el brazo demanda, daba soluciones siempre óptimas. No tuvimos igual devoción, cultivo, respeto o vocación por lo político. Al contrario, lo pusimos en las manos menos preparadas, autoritarias y pedantes. Algo parecido a como cuando entregamos la espiritualidad a las religiones.

Pero los tiempos nos devuelven con urgencia la necesidad de interesarnos en la particularidad de lo político y en su relevancia, en aquello que la economía no resuelve, y que más bien daña.

Las dos cuestiones más quemantes de este acontecimiento de octubre/noviembre, masivo, inédito, plural, sin partidos ni patológicos líderes, tienen que ver con:

a) la inmensa agencia de las personas cuando dejan su mundo privado y se afanan en lo público. Se lo ha comparado al despertar, a una súbita visibilidad, a un nuevo sentido común que irrumpe. Algo que nos devuelve una confianza en el poder como aquello que surge de la acción y no como una cosa que alguien puede o no, tener, y

b) la incapacidad en ciertos lugares e instituciones, especialmente de aquellos cuya ocupación es la política, para entender y dar una salida organizada al acontecimiento.

Respecto de a), me parece que los sucesos de octubre/noviembre demuelen toda interpretación economicista o social (incluyendo aquí teorías de clases sociales) de la política, para abrirnos a una visión de construcción de colectivos, de inmanencia, de cosmopolíticas. Para volver a dar vida a una valoración de la política como ejercicio abierto, corporal y dialógico, presencial y vivo, carente de esencialidades y con un creciente involucramiento con agentes (actantes) no humanos como las aguas, los aires, otros seres vivos. Una política en el nuevo régimen climático, cuyo origen no es este año, sino claramente el siglo XX con su gran salto adelante.

Respecto de b), esto recuerda que debemos pensar, laboriosamente pensar, con nuestros propias

capacidades (entre ellas, la de leer por supuesto a Foucault, a la Arendt, a Deleuze y a Latour) y no esperar ser conducidos por la experticia de los hoy pasmosamente inexpertos. Una dimensión crucial para entender lo que hoy sucede no es sólo usar ojos antropocénicos para mirar el presente, sino para revisar la dictadura y su pesada herencia, pero también la Unidad Popular y el desarrollismo. Si como ha señalado el Instituto Milenio de Oceanografía “No hay dos crisis, hay una sola y es socio ambiental”, también hay una misma génesis socio ambiental de esta crisis.

5 argumentos sustentan esta terrenalidad de las crisis:

1. La respuesta juvenil respondió a un alza en los transportes. Las energías abusadas como drogas, han subido de precio. Pero además han terminado por recalentar el planeta. Veníamos de la crisis de SO<sub>2</sub> de Ventanas: 2018 y 2019, además de varamientos de carbón, suelos contaminados, metales pesados, termoeléctricas y de una masiva marcha el viernes 27 de septiembre. La condición planetaria hoy es el más importante problema común que encaramos y requiere un abordaje político. Desde un punto de vista de largo plazo, es imperioso escuchar lo que nos señala la historia ambiental como análisis de una larga y prolongada crisis de occidente.
2. La gravedad de la emergencia climática durante este 2019 ha tomado un curso veloz: el rol de Greta, la COP25, las expresiones cotidianas y la voz de los investigadores. La semana pasada 11258 científicos publicaron *World Scientist's Warning of a Climate Emergency*, un pequeño manifiesto de menos de 2000 palabras, contiene un análisis muy sencillo de la emergencia climática: No se trata sólo de un problema de temperatura terrestre media, sino de una amplia variedad de ámbitos planetarios y una serie de parámetros afectados. El artículo incluye dos series de gráficos dramáticos. Las iniciativas desarrolladas hasta hoy: Ginebra 1979, Río 1992, Kioto 1997, París 2015, han sido desatendidas y los ritmos de la crisis son más veloces que lo predicho. Seis áreas de trabajo deben ser imperativamente abordadas: economía, naturaleza, alimentación, población, contaminantes de vida media corta y energía.
3. En las manifestaciones de estos días la presencia de una voz ambiental es significativa: veganos y animalistas, la voz de las zonas críticas, la inquietud por el agua privada, glaciares, mineras.
4. Los saberes oficiales --los saberes excluidos saben mucho más de esto-- recién despiertan a formas transversales de mirar esta crisis. No he escuchado a ninguna autoridad política considerar en el análisis político y en el debate acerca de las instituciones fundamentales, formas políticas de incluir agua, aire, suelo, biodiversidad como agentes. Hasta ahora hemos creído poder gestionar el medio ambiente. El fracaso está aquí frente a nuestras narices. Sabemos poco de la tierra y mucho menos acerca de cómo saber de la tierra.
5. Las categorías de análisis modernas han sido pobres para comprender el presente. La ilusoria división social/natural, que marcó la modernidad ha colapsado. La política ya no es un asunto sólo de humanos. Estamos como siempre estuvimos en una cosmopolítica.

En salud pública lo que a) debiera señalarnos, es que necesitamos incluir antropoceno como uno de nuestros objetos principales de análisis, estudio e investigación. Si bien tenemos una larga tradición de preocupaciones ambientalistas y de salud ambiental como una cuestión de salud pública, me parece que debemos reconocer que hoy la cuestión planetaria, y el antropoceno como tal, han tomado una relevancia central, volviéndose un ordenador primordial de nuestras prioridades.

Y del lado de este mismo régimen climático, reconocer que estamos en medio de una gigantesca transmutación de valores, que colisiona con aquellos que animan a las instituciones oficiales. No más secreto, no más mentiras, no más egoísmo, no más miedo. Un sentimiento igualitario que choca con la vida segregada de las agencias, pero que además sostiene que los problemas son comunes y que deben ser abordados de manera colectiva. Lo que ha fallado es el patriarcalismo, el economicismo, el excepcionalismo humano, el darwinismo social, la deslocalización.

De la veracidad de esta afirmación se desprende el porvenir. Ninguno de esos disvalores (no en vano la economía ha sido llamada una *dismal science*) puede restaurarse porque han sido erosionados. Un nuevo sentido común ha nacido, con hondas raíces biológicas, pero esencialmente político, convivial, ha despertado. Lo vivo, lo ecológico, la acción, ha sustituido a las representaciones maquínicas, termodinámicas o mecánicas de la vida y de la política.

El porvenir será más complejo, más poblado, más proliferado, más diverso. No es posible una asamblea constituyente homogénea, sino una más bien heterogénea, plurinacional, con paridad de género y que de cabida al agua, aire, suelo y biodiversidad como actividad política.

En esta sacudida de valores, la salud pública es una convocada especial. Somos el único sector productivo de Chile en manos públicas. Por lo mismo, un conjunto de instituciones con el alma fracturada entre los valores oficiales de la economía y los valores de lo viviente: competencia versus solidaridad, secretismo versus transparencia, economía versus biología, antropocentrismo versus ecología.

Algo de esto me parece que se expresa con crudeza en la cuestión del trato, pues señala tensiones valóricas que cruzan al sector público de salud. Se busca un trato digno en medio de la escasez, el autoritarismo, la impersonalidad. Hay ganas de tratar y tratarse de otro modo en medio de las decisiones autoritarias nacidas de un algoritmo.

Reconocida esa tensión, el sector público de salud podría ser un lugar de arranque de políticas apoyadas en estos nuevos valores, que ayuden a movernos en la dirección de la solidaridad, la colaboración, la dignidad. La transmutación de valores desde la economía hacia lo viviente puede encontrar en el sector público de salud un sitio de proliferación privilegiado.

Tres graves enfermedades han minado a la salud pública: fragmentación, privatización y economización. El pensamiento salubrista ha sido copado por el dogma económico, las profesiones, los equipos, los territorios han sido parcelados, segados en diálogo, desmoralizados en solidaridad. Más del 50 % del presupuesto de los hospitales públicos es compra a privados: GES, Ley de Urgencias, GRD no son nombres elegantes de una sangría cruel.

Una constitución termoindustrial ha muerto. Como un ídolo cruel lo ha hecho en medio de un ritual sacrificial de vida y órganos. La economía no es un aspecto aparte de los colectivos, sino una construcción armada desde la política. Sin la constitución del 80 el modelo chileno se revela como una frágil armazón. En esta dislocación económica causada por la crisis política, al menos volvemos a habitar América, a compartir nuestras estrecheces, a una modesta austeridad indiana.

No sólo como salubristas, sino como médicos ciudadanos podemos ayudar a salir del sino trágico. La práctica de una medicina cada vez más colectiva y deliberativa nos permite hablar en este debate político enfatizando el aspecto democrático y deliberativo del mundo. Necesitamos legos y expertos en la convención constituyente, mas ninguno de los curules actuales o recientes.

Nuestra profesión necesita realizar su propia asamblea, un congreso para ordenar una presencia en el debate constituyente. Es urgente convocar a un encuentro de los médicos y luego de las profesiones de la salud, para poder ser parte de una asamblea constituyente.

Pero sectorialmente también debemos pronunciarnos sobre la fragmentación institucional de la salud, sobre el desfinanciamiento crónico, sobre el olvido de la reflexión de salud sustituida por las reglas micro-económicas y el abandono de nuestros deberes ambientales.



## Muerte y renacimiento de la política.

Jorge Pacheco

**H**ay muchos ejemplos de una tal concentración en las instituciones, con una poderosa defensa de las visiones institucionales alternativas de una sociedad justa, que van desde la panacea de los mercados libres peligrosos al paraíso de los medios de producción socializados y a la planificación central mágica. Pero abundan las pruebas que ninguna de estas grandes fórmulas institucionales produce lo que sus visionarios abogados esperan, y que su éxito real en la generación de buenas realizaciones sociales depende por entero de varias circunstancias sociales, económicas, políticas y culturales. El fundamentalismo institucional no sólo trata con desdén la complejidad de las sociedades. Con frecuencia, la autosatisfacción que suele acompañar a la supuesta sabiduría institucional evita incluso el examen crítico de las consecuencias reales de las instituciones recomendadas.

La idea de la Justicia. Amartya Sen (2009)

### 1. INSTITUCIONALISMO TRASCENDENTAL

---

Amartya Sen, economista indio y uno de los principales filósofos políticos contemporáneos, distingue en su libro “La idea de la Justicia” dos aproximaciones a este difícil concepto. Estos derivan de la filosofía jurídica india y diferencian entre Niti y Nyaya. El Niti corresponde a la idoneidad de las instituciones y la corrección del comportamiento y el Nyaya corresponde a la realización de la justicia, es decir, las vidas que las personas realmente son capaces de vivir.

El Niti, es conceptualizado por Sen, como un institucionalismo trascendental, es decir, la búsqueda de principios universales que fundamenten un arreglo institucional perfectamente justo. La consecución de la justicia derivaría de estos arreglos institucionales. Debido a que existen diferentes aproximaciones a la justicia, se producirían diferentes arreglos institucionales alternativos, muchas veces incompatibles entre sí. El neoliberalismo, implementado en la dictadura en Chile, así como el socialismo, implementado en Cuba o Venezuela, sería ejemplos de ello. El problema identificado por Sen es que estas visiones institucionales alternativas son simplificaciones peligrosas que habitualmente fallan groseramente al ignorar la complejidad de las sociedades y “transforman las cuestiones más relevantes de la justicia a retórica vacía aunque bien intencionada” (Sen, 2009).

Las personas cuando se movilizan - incluso violentamente como ha ocurrido las últimas semanas - no lo hacen por la búsqueda de una sociedad perfectamente justa, sino porque existen “arreglos escandalosamente injustos” (Sen, 2009). El informe del Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo (PNUD) del año 2012 - recibido en sus manos por el presidente Sebastián Piñera durante su primer período - describía un creciente malestar en la sociedad chilena. Este documento informaba que un 30% de los encuestados había sufrido experiencias de maltrato el año previo y un 60% había sufrido faltas de respeto a su dignidad y sus derechos (PNUD, 2012). La Encuesta de Desarrollo Humano, realizada por esta institución el año 2013, reportaban que la mayor parte de las personas creían que se necesitaban cambios profundos en el sistema de pensiones (81%), en el sistema previsional de salud (79%) y en el financiamiento a la educación (77%) (PNUD, 2013). En el libro “Desiguales”, esta misma institución, describe que las injusticias que más molestan a la población son las desigualdades en salud (68%) y educación (66%), recibiendo un puntaje de 9 o 10 en una escala de 1 a 10. Es decir, claras fallas en la realización de la justicia.

Lo que cruje en Chile son los cimientos del neoliberalismo. Es decir, la fe en que la completa desregulación de los mercados es la forma más segura de alcanzar la prosperidad (Stiglitz, 2019). Esta ideología

promueve un arreglo social en el cual el Estado cumple un rol mínimo y supone que brindar una protección social adecuada (pensiones, salud y educación) pone en riesgo a los países por una pérdida en la competitividad. Un “modelo de la Prosperidad” que José Piñera -hermano del presidente- llamó “[...] a defender con ardiente entusiasmo” en redes sociales luego de dos semanas de haber estallado la crisis social. Un modelo, cuyos fundamentalistas institucionales, resisten en modificar mientras el país arde – literalmente - en rabia y descontrol.

El institucionalismo trascendental no sólo impide reducir las injusticias, sino que también daña a las sociedades. Las ideas – abstracciones simplificadas de la realidad – nunca reemplazarán la complejidad de la vida colectiva. La búsqueda de instituciones trascendentales perfectamente justa confunde su efectiva realización. En el peor de los casos, nos aísla en un círculo de fundamentalistas auto-satisfechos incapaces de escuchar el llamado de la tribu. Es decir, nos despolitiza.

## **2. TECNOCRACIA O CÓMO SE NEGOCIA CON UN ALGORITMO**

---

La crisis comenzó con el alza del pasaje del metro que fue definida por una fórmula matemática. El presidente del panel de expertos dijo que no descartaba una nueva alza porque “no tenían dominio de las variables”. La ministra de transporte Gloria Hutt lo confirmó en varias ocasiones diciendo que no podía hacer nada. Aparentemente solicitó a la Dirección de Presupuesto un subsidio para evitar el aumento del costo, pero esta solicitud fue negada. Es decir, estábamos gobernados por un cálculo utilitario.

Hannah Arendt, una de las filósofas políticas más importantes del siglo veinte, plantea que la esencia de los gobiernos totalitarios es la misma de la burocracia, transformar a las personas en meros engranajes de la maquinaria administrativa y de esta forma deshumanizarlos. El algoritmo había reemplazado el juicio, pero también la responsabilidad de la decisión política. Los humanos, que tienen la capacidad de escuchar, reflexionar y cambiar de decisión, se ausentaron y dejaron que un algoritmo decidiera sobre nuestra vida colectiva. Una fórmula matemática que – claramente - no incluía dentro de sus variables el malestar.

La responsabilidad política de esta crisis también recae en los expertos. Al menos, en aquellos expertos que asumen que procesos sociales - como la fijación del valor - son autónomos y no dependen de múltiples voluntades. La reflexividad - propia de la subjetividad - desplazada en una economía entendida mecánicamente lleva a olvidar que la confianza es uno de los cimientos del intercambio económico y que no podemos darla por sentado. Los cuerpos – deshumanizados por la burocracia – cuando desconfían, resisten y se manifiestan.

## **3. VIOLENCIA Y EL RETORNO DE LO POLÍTICO**

---

Una forma de entender el proceso político ocurrido es como una re-descripción masiva en la cual todas esas vulneraciones que, inicialmente eran entendidas como esporádicas e individuales, fueron vistas colectivamente como un abuso sistemático de las élites a la ciudadanía. Un movimiento social que puso en jaque la infraestructura de individualización y se transformó en una masa exigente y violenta.

Como en todas las revueltas latinoamericanas recientes, el conflicto rápidamente escaló a través de incendios, declaraciones incendiarias y una violenta represión estatal. El Estado confundió el orden público con la seguridad nacional y le declaró una guerra a un movimiento social que era legitimado por millones de personas que estaban dispuestas a poner el cuerpo en la calle para clamar en contra de las injusticias y recuperar su dignidad. Un cuerpo que hoy está más mutilado que ayer.

El orden social – que se asumía natural y dado – rápidamente se subvirtió y degradó. La paz, el resultado del pacto entre múltiples grupos antagónicos, se agotó y las personas, ahora agrupadas en colectivos, tuvieron que volver a negociar sus definiciones e intereses. El espacio público se ensanchó, se abrieron conversaciones impensadas y la deliberación pública retornó a la vida colectiva. En este difícil proceso, se hizo clara la misión de la política, volver a hacer la convivencia entre humanos posible con el objetivo de cuidar la vida en el sentido más amplio.

Actualmente, el país se encuentra dispuesto a re-elaborar sus arreglos institucionales y buscar nuevas formas de justicia. La hoja en blanco constitucional espera llenarse de múltiples conceptos de los más diversos colores. Volvemos a transformarnos en un laboratorio para imaginar – ahora libres – nuevas formas de convivencia. Tenemos una nueva oportunidad para resistir la desertificación del oasis, una metáfora que se torna literal, al recordar la responsabilidad que tenemos para evitar la catástrofe global del cambio climático.

# Una perspectiva amplia para el medicamento como elemento político en Chile.

René Miranda y Mirtha Parada<sup>1</sup>

**D**esde las entrañas de la tierra el Newen Mapu ha comenzado a brotar en esta primavera. La dignidad de Chile pisoteada por los esbirros de la ambición y el poder se cobijó en las raíces de los bosques de araucarias, y en este Pewü (tiempo de brotes) emergió como una voz de gigante que hoy se ha convertido en un grito que retumba en las montañas.

En el contexto actual de nuestro país, en el ámbito farmacéutico se presentan los más grandes desafíos. En este breve relato se ha querido mostrar al medicamento como un objeto dinámico que circula desde la memoria ancestral, la industria nacional, la institucionalidad, su rol social y una exploración superficial del impacto futuro sobre los ecosistemas, dimensiones de los medicamentos opacadas por la discusión sobre el valor económico de un bien que fue, es y será esencial en toda discusión sobre salud, en especial en los debates propios para una nueva constitución, que vuelva a dar los cimientos para que en Chile se manifieste la soberanía en materia de medicamentos en su dimensión más amplia, aproximándose a la metáfora de la colaboración simbiótica subterránea entre plantas.

## **SIMBIOSIS, BOTICAS Y BOTICARIOS**

---

La relación simbiótica de cooperación de las plantas a través de sus raíces es digna de imitar, por esto no podemos comenzar a hablar de medicamentos sin referirnos al entorno en el que el humano se ha desarrollado desde sus orígenes, donde existía un equilibrio entre seres vivos y lo abiótico. En efecto, nuestros antepasados observaron el comportamiento de los animales curando sus heridas o paliando algunas enfermedades, y distinguieron especies comestibles y tóxicas, diferenciando entre las plantas, aquellas que poseían efectos medicinales y las que no. Chile no estuvo al margen de estos acontecimientos, los hallazgos del sitio arqueológico de Monte Verde incluyen vestigios de boldo --una especie no endémica del lugar-- en forma de bolitas envueltas en algas de la zona, para ser masticadas (Tom Dillehay, 2004), lo que no sólo indica el conocimiento del valor terapéutico de las plantas, sino la capacidad de elaborar una forma tecnológica para preservar el sabor y el aroma. No es extraño entonces que en Chile antes de la llegada de los españoles, etnias originarias de Latinoamérica dentro de sus elementos terapéuticos usaran hierbas medicinales, y los mapuche conocieran más de 200 plantas con propiedades terapéuticas (Farga y Lastra, 1988). Posterior a la invasión europea, en el año 1647, se inaugura la botica de los jesuitas, referida por historiadores de la época como la mejor botica de ese entonces en Santiago, la cual fabricaba un gran número de preparados con plantas medicinales autóctonas chilenas, pero el conocimiento ancestral de las plantas medicinales y su cosmogonía de salud y enfermedad fue desplazado y relegado a un conocimiento olvidado. Tras la expulsión de los jesuitas de América, la actividad farmacéutica dominante se ve disminuida y no se observa en Chile mayor desarrollo de preparados farmacéuticos de influencia extranjera, dando paso nuevamente al encuentro de saberes ancestrales.

Durante el siglo XIX aparecen los primeros indicios de formación profesional, fundación de boticas y farmacias, acorde con la industrialización se crean algunos laboratorios farmacéuticos y la edición de la primera farmacopea chilena (Historia de la farmacia en Chile, 2008), a finales del siglo XIX comienza en Chile la producción farmacológica, destacándose la fabricación estatal en el Instituto Bacteriológico (IB) de medicamentos y vacunas, dando apoyo al abastecimiento de los centros de salud al crearse el Laboratorio Chile. En el siglo XX se consolida la producción de medicamentos por laboratorios del estado y por privados (memoria IB- ISP 2008). En el año 1969 se crea el Formulario Nacional de Medicamentos el cual fue concebido y realizado por miembros del Colegio de Químicos Farmacéuticos, lo cual significó un gran avance para Chile en lo que a medicamento social se refiere y de gran impacto en la salud pública (Guzmán & Marín, 1998)(Historia

---

<sup>1</sup> Químicos Farmacéutico invitados al equipo editorial de Cuadernos Médico Sociales desde octubre 2019.

de la farmacia en Chile, 2008, pág. 121), este listado fue concebido con el fin de estimular la producción y la comercialización de medicamentos esenciales, con denominación genérica y a precios razonables. Este hecho es tan relevante que posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) usa la experiencia de Chile, para elaborar el listado de medicamentos genéricos esenciales (Historia de la farmacia en Chile, 2008, pág. 121). Durante todo este periodo hasta el año 1973, se realizan muchas actividades de profesionales comprometidos con el ámbito del desarrollo de los medicamentos y su rol social. En el contexto de la dictadura cívico militar, a partir del año 1974 ocurre el quiebre institucional que genera disposiciones políticas que restringieron las posibilidades de un trabajo gremial enérgico y reivindicativo e impusieron reformas que atentaron contra postulados esenciales para el acceso a los medicamentos. Se deroga la “Ley del Circuito”, que no sólo puso fin al ideal de la farmacia atendida por su farmacéutico, sino que fue el inicio del incentivo a la concentración de las farmacias en un número reducido de dueños (Historia de la farmacia en Chile, 2008, pág. 124). La desregulación del mercado permitió el acceso a la propiedad de las farmacias, a cualquier persona, se decretó la libertad de precios de los medicamentos y el horario libre de atención en estos establecimientos de salud quedando los medicamentos bajo las determinaciones del mercado.

## **PRODUCCIÓN AUSENTE-CIENCIA SIN ALMA**

---

Hoy Chile es un país totalmente dependiente de lógicas neoliberales, en que las importaciones de los medicamentos son la manifestación más clara de la pérdida de soberanía sobre la salud de la población, quedando expuesto a fenómenos económicos mundiales supeditados a consecuencias de crisis económicas mundiales o intereses de grandes transnacionales a través de tratados de libre comercio, que nos obliga a replantearnos la forma en que se protege la propiedad intelectual. Chile no produce medicamentos ni vacunas, se importan la totalidad de las materias primas y los medicamentos en la forma de productos terminados o semi elaborados, lo que constituye una vergüenza para Chile, considerando que, en épocas anteriores al golpe de estado, nuestro país tuvo un destacado rol en la fabricación de medicamentos, que demostró ser pionero a nivel mundial en innovación tecnológica, como es el caso de la producción ininterrumpida de penicilina en el Instituto Bacteriológico de Chile (IB) entre 1944 y 1973, que fue reconocido a nivel mundial y destacado por la ONU, como un ejemplo para el mundo por desarrollar el medicamento con tecnología, investigación y recursos propios (Parada e Ibarra, 2016). La inexistencia de la producción estatal actual se condice con una investigación científica desperfilada del aporte al desarrollo país, aunque es financiada con recursos públicos, los mecanismos que costean la ciencia en Chile son competitivos y están centrados en investigaciones individuales, que en general no aportan al desarrollo de un bien público como es el caso de un medicamento, el aparato público no incentiva la investigación como aporte al país, sociedad o Estado. La política científica chilena también se rige por el esquema neoliberal. Los artículos publicados en el diario electrónico Ciper titulados como: Ciencia sin alma, cuestionan cómo la ciencia se ha organizado en Chile y proponen un nuevo modelo de investigación basado en el interés público. Es necesario entonces repensar y fortalecer el rol de las instituciones relacionadas con medicamentos. Es preciso fortalecer un Estado productor y que a su vez incentive al sector privado para elaborar medicamentos necesarios para el país, estableciendo reglas claras y bajo una regulación sanitaria estricta acorde al nivel de la Autoridad Sanitaria de Chile. De igual manera, incentivar y desarrollar la investigación pública y privada, pero priorizando fondos públicos a la investigación de interés general, Además, fomentando al Estado para invertir en nuevas tecnologías que permitan a Chile volver a ser pionero en la fabricación de medicamentos y vacunas, materializando el aporte de los distintos profesionales relacionados con la salud y la investigación y desarrollo. Destacando en este ámbito al químico farmacéutico cuyo potencial se ha desaprovechado. En este mismo sentido, se ha detectado que desde que se relegó al químico farmacéutico a una mera acción de dispensación de medicamentos, se ha convertido en simples administradores en el comercio de los medicamentos, así lo señala el estudio que reseña al rol que deben cumplir los químicos farmacéuticos desde el punto de vista ético-profesional, cuya autora concluye que: los saberes técnicos de los químicos farmacéuticos, están supeditados a los intereses de las farmacias en las que están contratados, y el éxito profesional está medido en términos individuales y de la consecución de metas pecuniarias por sobre sanitarias, lo que incentiva una cultura que promueve el consumo de medicamentos, todo lo cual forma parte de un proyecto socioeconómico y sociopolítico particular capaz, incluso, de modificar las bases cognitivas de una profesión (Marín Toro, A., 2017).

## **LA BÚSQUEDA DE LO SOCIAL BAJO LO ECONÓMICO**

---

El rol social de los medicamentos se ha desvanecido y transformado en un bien de consumo, siendo una manifestación más de la mercantilización de la salud y normalizada por la población general a través de la publicidad y el fomento irracional del uso por distintos actores. A pesar de que la salud y los medicamentos son bienes fundamentales para la población en su esencia, la política de libre mercado no considera que el acceso a los medicamentos sea un atributo del sistema de salud, por lo que los actores sociales han levantado reivindicaciones amplias para el bien común, en que el medicamento es el elemento tangible de la demanda popular. Es importante destacar la incapacidad del estado de regular la comercialización de los medicamentos y de asegurar el acceso de éstos a la población, pues si bien en Chile existe una Institución del estado que por ley establece que todo medicamento que se distribuye en el territorio nacional debe contar previamente con un registro sanitario que demuestre calidad, seguridad y eficacia (ISP, DS N° 3/10), esta normativa no tiene injerencia en la comercialización de los medicamentos, visualizándose una fragmentación irreconciliable entre lo sanitario y lo económico, donde es posible imaginar nueva institucionalidad que pudiera modular las discusiones entre la esfera netamente sanitaria y económica, donde las disciplinas relacionadas con la evaluación de tecnología sanitaria y economía de la salud pueden dar respuesta a los desafíos que el país presenta.

## **INEQUIDAD PRECIOS Y BIOEQUIVALENCIA**

---

La búsqueda de soluciones relacionadas con la inequidad y acceso a los medicamentos en Chile se han focalizado especialmente en el gasto de bolsillo y la cobertura financiera del sistema de salud como elemento discursivo para problematizar el contexto chileno. Al poco andar de la implementación de la última reforma en salud, se advertía sobre el amplio desafío que implican los medicamentos (Sepúlveda, 2006), de esta forma se han realizado esfuerzos de alta política para hacerse cargo del problema, dentro de ellos el fomento de la bioequivalencia como acción disruptiva en el mercado farmacéutico, con el propósito de disminuir el precio de los medicamentos. No obstante, la bioequivalencia busca asegurar la equivalencia terapéutica entre mismas formas farmacéuticas de un mismo principio activo, respondiendo más bien a una política de genéricos que a una regulación de precios. Lo anteriormente dicho, se confirma en el estudio de Balmaceda y col., que demuestra para el caso chileno, que el impacto de la política de bioequivalencia se asocia significativamente a la variación de precios en un conjunto de medicamentos, pero no es generalizable a la totalidad de ellos, ni a un grupo o clase específico. Los resultados sugieren que cada medicamento actúa como un mercado particular (Balmaceda y col., 2015). Dentro de las estrategias que se han fomentado para disminuir el precio de los medicamentos, la importación directa ha sido elegida una opción, que debe tratarse con precaución dado que podría exponer a la población a riesgos innecesarios por la falta de validación sanitaria de estos productos farmacéuticos, encontrándose nuevamente con una manifestación neoliberal al evitar los controles que las normativas vigentes en nuestro país tienen sobre ellos.

## **SALUD NO ES CONSUMISMO DE MEDICAMENTOS**

---

Ya siendo el medicamento uno de los elementos centrales de la actual coyuntura política, en el que se aspira a dar un golpe a la inequidad, inspirados en el alto gasto de bolsillo en salud y necesidad de mayor protección financiera, entre otros (Benítez, Hernando, y Velasco, 2019), se corre el riesgo de omitir el efecto iatrogénico propio de los medicamentos. La vigilancia sobre las reacciones adversas a medicamentos, y peor aún, la ineficacia terapéutica, son parte esencial de la institucionalidad, obligando al menos a todo personal sanitario de ser ente activo en su presencia (ISP, Norma técnica N°140). Existen esfuerzos permanentes que ocurren en nuestros centros de salud tanto públicos como privados, ya que tienen distintos desarrollos de actividades relacionadas con la farmacovigilancia, que van directamente en la disminución del daño de la atención sanitaria a través de los medicamentos. Estas medidas implementadas institucionalmente responden a los estándares de calidad que ha diseñado el MINSAL y que es impulsado desde la Superintendencia de Salud. Aunque existe una omisión en el sistema de salud de incorporar en su diseño los servicios farmacéuticos establecidos en las normativas antes señaladas, en las farmacias comunitarias a pesar de contravenir los principios netamente mercantilistas, el profesional mantiene acciones sanitarias relacionadas al menos con la dispensación y consulta farmacéutica. En la dimensión de seguridad de la

atención de salud, el ISP ya advertía sobre lo crítico que era considerar los errores de medicación de forma transversal (ISP 2014), dado que se sospechaba que entre una agenda netamente comercial co existía un problema sanitario oculto que la comunidad farmacéutica intentó aproximarse de forma empírica cuantificando su magnitud, detectando que al menos cien personas mueren por daños relacionados a medicamentos y que otras once mil personas ingresan a hospitales por la misma razón cada año. Se detectó además una sensibilidad especial al daño relacionado con medicamentos en lactantes, niños, niñas, adolescentes, tercera y cuarta edad. (Collao y col., 2019).

## **ECOSISTEMA, PSEUDOPERSISTENCIA Y ECOFARMACOVIGILANCIA.**

---

Otro factor que es importante tomar en cuenta es la relación de los medicamentos y los ecosistemas. Es necesario preguntarse cómo los desechos de los medicamentos y sus metabolitos secundarios afectan el entorno. El artículo *Synthetic chemicals as agents of global change*, hace referencia a la contaminación química sintética de pesticidas, productos farmacéuticos y otros productos químicos sintéticos, señalando que muchos pesticidas y productos farmacéuticos son persistentes o “pseudopersistentes”, lo que significa que su degradación es muy lenta o su uso constante conduce a una liberación continua al medio ambiente a razones que exceden las tasas de degradación. En este trabajo se determinaron parámetros relacionados con el aumento de las concentraciones atmosféricas de CO<sub>2</sub>, la contaminación de nutrientes, la destrucción del hábitat y la pérdida de biodiversidad, demostrando que los aumentos en la producción y diversificación de productos químicos sintéticos, particularmente en el mundo en desarrollo, superaron a otros agentes más reconocidos y estudiados del cambio climático. El mismo artículo señala que las revistas científicas relacionadas con ecología destinan un mínimo porcentaje a publicación de trabajos que exponen esta problemática (Bernhardt, E. S., et al, 2017). Otro estudio se refiere al efecto como disruptor ecológico de los “productos farmacéuticos y de cuidado personal” (PPCP) los cuales se han detectado en los ecosistemas de agua dulce en todo el mundo y son reconocidos como contaminantes de preocupación, aunque no se les clasifica como “contaminantes orgánicos persistentes” (COP), no obstante, algunos comparten características similares a los COP, por su efecto pseudopersistente, debido a la descarga constante al ecosistema a menudo a bajas concentraciones. Se considera que a concentraciones ambientales comúnmente reportadas estos compuestos rara vez son tóxicos, pero la capacidad de ellos para alterar los procesos y funciones ecológicas en los ecosistemas de agua dulce a menudo se pasa por alto, por lo que es importante la detección adecuada de los efectos nocivos de estos compuestos en las aguas superficiales (Richmond, E. K. et al., 2017). Debido a lo anterior, sería conveniente se revisen los protocolos del Ministerio de Salud en relación con la forma de eliminación de residuos de medicamentos (Circular N°B35/38. 2012).

## **REFERENCIAS**

---

1. Balmaceda, C., Espinoza, M. A., & Diaz, J. (2015). Impacto de una Política de Equivalencia Terapéutica en el Precio de Medicamentos en Chile. *Value in Health Regional Issues*, 8, 43-48.
2. Benítez, A., Hernando, A., & Velasco, C. (2019). Gasto de bolsillo: una mirada al gasto en medicamentos. *Centro de Estudios Públicos*, 502(sección 4).
3. Bernhardt, E. S., Rosi, E. J., & Gessner, M. O. (2017). Synthetic chemicals as agents of global change. *Frontiers in Ecology and the Environment*, 15(2), 84-90.
4. C. Farga y J. Lastra, *Plantas Medicinales de uso común en Chile* (Santiago de Chile: PAESMI, 1988).
5. Colegio Químico Farmacéutico y Bioquímico de Chile A.G., *Historia de la farmacia en Chile* (Santiago, 2008).
6. Collao, J. F., Favereau, R., Miranda, R., & Aceitón, C. (2019). Daño asociado al uso de medicamentos en hospitales chilenos: análisis de prevalencia 2010-2017. *Revista médica de Chile*, 147(4), 416-425.
7. Instituto de Salud Pública de Chile. (2008). *Historia del Instituto de Salud Pública de Chile (1892-2008): camino al Bicentenario Nacional*.
8. Instituto de Salud Pública -ISP, DS N°3/10. *Aprueba Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano*.
9. Instituto de Salud Pública -ISP, Norma N°140. *Sistema Nacional de Farmacovigilancia de Productos Farmacéuticos de Uso Humano*.
10. Marín Toro, A. (2017). Dispensación de medicamentos en las grandes farmacias de Chile: análisis ético sobre la profesión del Químico Farmacéutico. *Acta bioethica*, 23(2), 341-350.
11. Ministerio de Salud -ISP, Circular N°B35/38. *Imparte Instrucciones Para el Adecuado Proceso de Eliminación de Residuos de Medicamentos en Mal Estado y Vencidos Generados de Establecimientos de Salud, así como Los Originados de Fármacos Decomisados de Lugar no Autorizados*.
12. Mirtha Parada y Cecilia Ibarra, *Historia de la producción de penicilina en Chile (1943 a 1973)*. *Historia de los medicamentos*

- (apropiaciones e invenciones en Chile, Argentina y Perú). Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Ed. OCHOLIBROS, 2016).
13. Richmond, E. K., Grace, M. R., Kelly, J. J., Reisinger, A. J., Rosi, E. J., & Walters, D. M. (2017). Pharmaceuticals and personal care products (PPCPs) are ecological disrupting compounds (EcoDC). *Elem Sci Anth*, 5.
  14. Sepúlveda, J. (2006). La sal y el acceso a medicamentos : derechos fundamentales a demandar al Estado. *Cad Med Soc (Chile)*, 46(2), 130-143.
  15. Tom Dillehay, Monte Verde: Un asentamiento humano del pleistoceno tardío en el sur de Chile, Santiago de Chile: LOM Ediciones, 2004.



## Ha llegado el momento de utilizar nuestra inteligencia colectiva.

Sebastián Espinoza, Nicolás Schiappacasse y Aníbal Vivaceta

**L**es compartimos un texto elaborado por nuestro colectivo el 2016, a propósito de los necesarios cambios en la forma de crear las normas que rigen nuestra convivencia. En aquel momento no tuvo mucha difusión, y sonaban a ideas un poco disparatadas. Hoy, la movilización acéfala, y altamente eficaz en su organización; que ha logrado cubrir tareas tan diversas como la observación ciudadana de Derechos Humanos, la atención de víctimas de la represión, tanto en lo inmediato, como en la búsqueda de justicia, los sistemas de abastecimiento colectivo, nos enfrenta al desafío de aprender de dichas formas no jerárquicas, no congeladas, de gestionar lo colectivo.

El proceso constituyente que se inicia de manera irreversible – no aquel definido entre cuatro paredes, por quienes son causa de la propia crisis, sino aquel que arranca de la movilización amplia y diversa – es momento propicio para poner en práctica nuevas formas de organizarnos.

A continuación, el texto, que nos resulta sorprendentemente actual. Hemos cambiado los plurales a la “inclusiva”

### **¿PORQUÉ UNA PROPUESTA ASÍ?**

---

Nuestro país necesita en forma urgente un cambio en las bases de su forma de organizarse, lo que se expresa en la necesidad apremiante de un cambio constitucional de fondo.

Uno de los principales problemas en la organización general de la vida colectiva es común a la forma en que se han organizado en general los estados nación: la elección por votación de un pequeño grupo de representantes, que debe decidir sobre todos los temas en forma (que abarca todo) durante un período, y que muchas veces incluso se eterniza en el poder.

El carácter permanente de dicha “representación” anula de partida esta misma intención, al generar una especie de casta, separada del resto y con evidente riesgo de centrarse más en el juego interno de las disputas de poder de las coaliciones de origen; a las cuales representan en mucho mayor medida que a sus electores. Esto distorsiona el concepto mismo de democracia que supone un peso equivalente de todos quienes integran un espacio colectivo en la toma de decisiones.

Se suma a ello el evidente riesgo de cooptación de estas personas por grupos de interés económico, facilitado por la misma permanencia, por el aislamiento de sus representados y por la necesidad de un gran aporte de combustible-dinero en la caldera electoral.

El sistema político y dentro de éste, los partidos, se constituyen en concentradores de poder y mediadores frente al megapoder económico.

### **EL PARLAMENTO**

---

Cuando meditamos un poco respecto a la forma de legislar basada en un parlamento, resulta bastante dudosa la idea de que estas personas elegidas tendrían alguna condición especial, que les permitiría representar a los demás en cualquier situación; como parece sugerir la facilidad con que cambian de territorio representado.

Tampoco resulta lógico pensar que estas personas saben más que el resto sobre todos los temas, como para poder tomar mejores decisiones que los demás. De hecho, la complejidad y multidimensionalidad de los temas que desafían la organización de nuestra sociedad impide que alguna persona pueda constituirse en experta global en éste, como para que tuviera sentido un privilegio especial de decisión. Los estudios de Ciencia-Tecnología-Sociedad nos muestran que resulta prácticamente imposible siquiera establecer un

listado exhaustivo de todos los aspectos y experticias asociados a cualquier tema.

Vemos que no existen argumentos reales para sostener un sistema en que unas pocas personas se enclavan de manera semipermanente en estos espacios de toma de decisión sobre las reglas que nos rigen. Hasta donde visualizamos, el sistema se sostiene básicamente porque no hemos imaginado colectivamente formas nuevas y distintas de organizarnos, pasando de ser gobernados por unas cuantas personas -siempre las mismas- a goberarnos.

## **LOS ESPACIOS DE PODER EJECUTIVO**

---

Nuestro sistema de gestión se basa en la elección de autoridades unipersonales, privilegiando un principio de mando y de responsabilidad individual. Nuestro sentido común nos dice que debe haber alguien que se haga responsable de las decisiones. Operamos, además, sobre una burda metáfora organicista, en que actuamos como si quien asume el poder se pusiera un traje que mueve el aparato administrativo del territorio; y este aparato administrativo moviera dicho territorio y el colectivo que lo puebla.

Las fórmulas actuales para acoplar la operación a situaciones complejas privilegian con frecuencia, en cambio, modelos multiagente, donde ninguno realiza la decisión por completo, sino que ésta es el resultado dinámico de la interacción de integrantes diversos. Estos modelos son aplicados actualmente al funcionamiento del cerebro, del material genético, y de los ecosistemas por nombrar algunos sistemas vivos emblemáticos.

Es curioso que mantengamos sistemas así, si consideramos que el diseño general de esta forma de administrar la vida colectiva tiene más de dos siglos. En una mirada a nuestro alrededor comprobamos que hay pocas cosas que se hayan mantenido iguales desde hace doscientos años

## **NUESTRA PROPUESTA**

---

Lo antes dicho hace necesario, en primer lugar, que la formulación de una nueva Constitución no se realice siguiendo la fórmula ya conocida de legislar. Un parlamento como lo conocemos no hará más que consolidar las bases del sistema que ya los beneficia. No se trata de la bondad o maldad de cada persona; no se trata simplemente de elegir a otros mejores, intachables. Un grupo que disfruta de forma estable de un poder privilegiado no lo cede de manera graciosa.

## **LA FORMA DE LEGISLAR**

---

El parlamento, en su función legislativa, cumple dos tareas que habitualmente se visualizan como un todo, pero que se requiere distinguir:

Por una parte, define el ámbito de la discusión. Por así decirlo, decide qué temas merecen ser parte de la ley y cuáles son las disyuntivas que plantean. Por otra, zanja las discrepancias que manifiestan dichas disyuntivas.

a. Propiciamos una clara separación de ambas tareas, reservando la segunda para la decisión colectiva mediante plebiscito.

b. Para evitar el riesgo de un asambleísmo estéril, que no llegaría a concretar ninguna propuesta, al no lograr siquiera definir “¿De qué estamos hablando?”; proponemos definir la representación, no como un acto de delegación por voto, sino en su acepción estadística. Un número suficientemente grande de “personas comunes”, elegidas por simple azar resulta representativo del colectivo. El formato práctico se parece a la elección de jurados en el sistema judicial estadounidense. Cada tema a legislar sería abordado por un grupo seleccionado para la ocasión<sup>1</sup>. Este grupo, al igual que ocurre hoy en día, podría escuchar a los diferentes actores interesados. Los ingentes recursos destinados a mantener al parlamento actual podrían ser gastados en dar condiciones de funcionamiento a los grupos. Al ser un servicio al país, las personas convocadas tendrían las facilidades de sus empleadores para participar.

Esta propuesta puede generar indudablemente miedo a lo desconocido, en especial, porque “le podría tocar a cualquiera, sin las necesarias capacidades”. La experiencia de nuestro parlamento muestra que sus

---

<sup>1</sup> Esto se refiere a los procesos legislativos posteriores. El proceso constituyente actual, debiera constar de un solo grupo de personas elegidas para la tarea completa. (Nota de actualización)

integrantes tienen capacidades y éticas muy distintas, y en ambos casos, muchos integrantes no llegan a cumplir lo que consideraríamos mínimo. No hay nada que temer, pues en el sentido de las capacidades, ya vivimos bastante cerca de nuestro peor escenario; y en cuanto a la ética, el sistema de selección al azar reduce en gran medida el riesgo de la perversa retroalimentación poder político/poder económico.

Por otro lado, una experiencia similar ha sido desarrollada al menos en su primera fase, al elaborar el proyecto de constitución de Islandia. Aunque no se concretó una segunda etapa, plebiscitaria, debido a la vuelta al poder de “los de siempre”; el resultado como proyecto muestra que quienes fueron seleccionados actuaron con mucha responsabilidad y sentido común.

Por lo dicho anteriormente, consideramos imprescindible que la propuesta de constitución, sobre la que luego decidamos colectivamente en plebiscito, sea elaborada por un grupo de ciudadanos que no pertenezcan a las élites políticas tradicionales.

## **LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

---

Como ya hemos mencionado, la elección por cualquier vía de autoridades unipersonales va a contramano de la experiencia científica actual en cuanto a cómo operan los sistemas más complejos para regularse. La actual situación opera hasta cierto punto -no explícito- con la misma lógica: grupos de asesores, algunos de los cuales actúan como “poder en la sombra” no hace más que ocultar la necesidad evidente de modelar los problemas complejos con sistemas multiagente.

Debemos distinguir en este caso también una doble condición de las elecciones a cargos ejecutivos:

Por un lado elegimos las personas que dirigirá la gestión, o eso al menos intentará, pero por otro lado, elegimos una serie de promesas agrupadas en lo que se conoce como “programa de gobierno”

Si bien parece que ambas cosas sean parte de lo mismo, podríamos perfectamente separarlas, con el fin de evitar que el “qué hacer” esté sujeto a los vaivenes de las opiniones de cada grupo, en lugar de considerar la opinión general respecto de lo que colectivamente nos conviene.

Por ello, proponemos:

a. La constitución de grupos de gestión para los roles ejecutivos. Estos equipos debieran tener mecanismos de evaluación regular y de revocación del mandato en caso de ser necesario.

b. La definición de un único programa de gobierno para cada elección en un territorio, mediante una amplia participación de la población por distintos canales. Dicho programa sería válido para cualquier grupo que aspire a asumir el rol ejecutivo, y sería la base para su evaluación.

Tenemos conciencia de que estos cambios requieren que la ciudadanía desarrolle capacidades distintas de las que actualmente aprendemos en la escuela y en la vida colectiva<sup>2</sup>. Creemos, no obstante, que esto constituye una necesidad urgente, y que será el mismo proceso de definir nuevas formas de gobernarnos colectivamente lo que nos mostrará el camino.

---

<sup>2</sup> De hecho, cuando se nos enseña supuestamente a trabajar en equipo, en la educación a cualquier nivel, lo que realmente se nos estimula es que un grupo compita con otros. (Nota de actualización)



## “No son los \$ 30, son los 30 años y... 17 años más”

Dr. Cleofe Molina

### LA CRISIS QUE VIVIMOS

---

La crisis es global porque nos compromete a todos, por acción o por omisión. La mala noticia es que aún no tocamos fondo, pese a que Chile despertó en plena Primavera. Octubre abrió un espacio de esperanzas, de reencuentros y de descubrimientos hacia dónde queremos ir. Es la crisis de la Política, de las Iglesias, de los Empresarios, de las Fuerzas Armadas y Carabineros, de las colusiones de Supermercados, Farmacias y Laboratorios. También lo es por el financiamiento ilegal de la política, por el cohecho que corrompe el trabajo legislativo y por la elusión de impuestos, que es legal pero es elusión.

### ¿QUÉ DEBE CAMBIAR?

---

1. Mejoras significativas en temas urgentes a partir de las demandas sociales y económicas.
  - a) Sueldo mínimo de \$ 500.000 mensuales y con las Pensiones indexadas
  - b) Jornada Laboral de 40 horas
  - c) Sala Cuna de verdad. etc.
2. Reformas en áreas sensibles.
  - a) Recuperar las Riquezas Básicas para Chile (Cobre, Litio y Agua)
  - b) Terminar con las AFP e incorporar la solidaridad al Sistema de Pensiones
  - c) Salud como Derecho Humano garantizado y exigible, desde el acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones, y con financiamiento solidario
  - d) Urbanismo y Viviendas con integración social para que las personas, las familias y las comunidades, al vivir juntos en contextos de Bienestar Social, de Solidaridad y de Cooperación, podrán buscar el Bien Común, entre ellos, para crecer en comunidad
  - e) Es necesario recuperar la Educación Pública y enseñar Filosofía para desarrollar el Pensamiento Crítico, Educación Cívica para abrir a los jóvenes a la ciudadanía, Educación Física institucionalizada para desarrollar el cuerpo junto con la mente, etc.
3. La Constitución: Nueva, Democrática, Participativa y Moderna. Generada por la Comunidad y reevaluada en cuanto a pertinencia con la realidad y coherencia y consistencia en sus aplicaciones diarias.

### EL MODELO NEOLIBERAL

---

Impuesto por la Dictadura y causa de las inequidades. Aunque el Índice de Gini mejoró algo en 30 años, el 1% más rico de Chile recibe al menos, el 26% del Producto Interno Bruto (PIB) anual, más que Estados Unidos y Rusia, países en los cuales el 1% más rico de su población se lleva el 20% del PIB c/u. (Y estos dos países son los que siguen a Chile en la concentración de la riqueza). Países desarrollados con Economías de Bienestar Social como Finlandia, Dinamarca y otros, el 1% más rico recibe entre el 6 y el 8% del PIB. Otros con mayor concentración económica, pagan el 40% en impuestos, y sin fraude tributario ni elusiones.

### SENTIMIENTOS COMPROMETIDOS

---

Desde el comienzo de las marchas diarias hasta que se identificaron claramente las necesidades, surgió la esperanza instalada en nuestros corazones. Algo estaba ocurriendo en serio, era la Primavera de Chile organizándose, juntándose, reconociéndonos como personas, familias y comunidades. Hubo conversaciones, compartir y cuidarse.

## RE-ENCUENTRO (S).

---

El imaginario colectivo fue impactado por las expresiones de malestar y rechazo por la indignidad vivida durante la instalación y desarrollo del Modelo Neoliberal. Así fue en todo Chile.

“No son los 30 pesos, son los 47 años”

“Nos robaron todo. . .nos quitaron hasta el miedo”

“Chile despertó”

Fueron frases leídas, escuchadas y cantadas, fue lo más cercano a la realidad que encontramos. Describen la dura sobrevivencia marcada por la indignidad de un Estado servil al Neoliberalismo.

Junto con los letreros y los cantos anunciando que “Chile despertó” sentí que la comunión, entendida como la Común Unión, estaba presente y que nos acercaba los unos a los otros. Fui testigo y actor de encuentros inesperados con amigos no vistos por mucho tiempo, con conocidos del barrio, de la Universidad, con camaradas y compañeros de otras luchas. La alegría de vernos fue suficiente para un abrazo, algunos recuerdos y compartir los teléfonos. Había que seguir la marcha.

## POR LA FUERZA

---

El Estado de Emergencia sacó “Fuerzas especiales” a las calles y dejó acuartelada a la Razón. Muertos y discapacitados fueron sus frutos y trataron de contagiar temor, miedo e inseguridad, como en tiempos de la Dictadura. Ya se sabrá la información completa acerca de las Violaciones a los Derechos Humanos, aunque los datos de *Amesty Internacional* son alarmantes.

## ¿QUÉ VIENE POR DELANTE?

---

Lo dirá el Movimiento Social

Tres tareas parecen probables, vistas desde las opiniones de distinguidos analistas (Nov 2019).

Ernesto Ottone: Plantea que en paralelo con el debate constitucional, se debe trabajar en los grandes temas institucionales como Educación, Salud, Sueldos y Pensiones. Quizás tendremos que concordar en un camino de desarrollo donde se crecerá en forma más modesta pero más igualitaria.

Hugo Herrera: Hace exigible la comprensión de que la política es más fundamental que la economía ya que a partir de la primera, los problemas sociales pueden ser dirigidos institucionalmente. Se perfilaron dos derechas: Una política (Renovación Nacional) y una economicista (Unión Demócrata Independiente). Quedó patente que los sectores economicistas carecen de herramientas conceptuales para enfrentar estas situaciones.

Ernesto Aguila: El proceso constituyente durará dos años. Si la Izquierda no establece un diálogo con el movimiento social, no podrá incidir en este proceso, y al mismo tiempo no se visibilizará una agenda constituyente de izquierda

Tomás Duval: Deben darse señales políticas frente a los abusos, los que para muchos chilenos constituyen una burla. Ya no pueden darse clases de ética como castigo para controladores de empresas. La derecha debiera recomponer el sentido de coalición que pudiera dar cuenta del fin del Programa de Gobierno que quedó archivado tras las manifestaciones. El Gobierno no debe quedar como mero administrador sobretodo durante 2020 que será un año enteramente electoral.

## AL CIERRE

---

No hubo señales previas reconocibles por nosotros antes de la explosión del Movimiento Social, así como tampoco hubo confianza, al principio, respecto de la sostenibilidad del movimiento en cuanto a lo presencial y al carácter no violento.

Como dijo Castells en su vista reciente a Chile en medio del Movimiento Social:

“ . . . Esto está sucediendo en el mundo con diferencias locales pero sigue sucediendo, movimiento tras movimientos, y casi sin comunicaciones entre ellos”.

“La demanda central es DIGNIDAD, y aunque no compartan el idioma, luchan contra la INDIGNIDAD”.

# Derecho a la salud en la nueva constitución

Jaime Sepúlveda S.

## INTRODUCCIÓN

---

**A** bordar el tema del derecho a la salud en una nueva Constitución constituye sin duda una tarea compleja para quienes no poseen formación en la disciplina del derecho, sin embargo representa una responsabilidad ciudadana ineludible, toda vez que la actual Constitución no garantiza el ejercicio universal de este derecho humano fundamental como tampoco empodera a la ciudadanía para reclamar su cumplimiento.

Con el objetivo de ordenar ideas para acercarse a esta tarea, el siguiente texto revisa información sobre lo que debe entenderse y representar una Constitución en un régimen democrático, su legitimidad de origen y los valores trascendentes que deben orientar la organización del Estado, sus instituciones y su relación con la ciudadanía en el compromiso del respeto universal de los derechos humanos. En este ejercicio se alude al peso específico que en la teoría del derecho ha alcanzado la doctrina de los derechos humanos a nivel de las Naciones Unidas y de cómo hoy en día los Estados deben rendir cuenta del cumplimiento de lo establecido en sus Constituciones y en las Declaraciones, Tratados y Convenios suscritos incorporados a su mandato.

En una aproximación histórica a nuestra realidad país, lo primero que cabe destacar es que la actual Constitución fue pensada e impuesta ilegítimamente, para dar soporte a un modelo de sociedad inequitativa basada en una economía libremercadista en el cual el Estado pasa a estar al servicio del régimen de acumulación establecido por el gran capital en la esfera financiera, sector extractivo, energético, agua, agroindustria, pesca, inmobiliarias, retail y en la mercantilización de los servicios sociales básicos: educación salud, seguridad social. La ecuación es un mercado libre donde en todos los planos (incluido el de los derechos), el Estado cumple un rol subsidiario y la ciudadanía la condición de un comprador libre de tomar sus decisiones según disponibilidad de recursos (priman los contravalores del individualismo, la competencia, la insolidaridad, la inseguridad). Aparte, se altera severamente el ecosistema impactando la sustentabilidad de los recursos no renovables y contaminando el medio ambiente.

Se hace referencia y comentarios a los Artículos de la Constitución de la dictadura que tienen relación con salud y se compara con lo establecido en la Constitución de otros países.

Cabe resaltar que como consecuencia de este modelo contenido en el ADN de la Constitución, se ha alcanzado un crecimiento económico con una patológica concentración de la riqueza y desigualdades sociales extremas que impactan negativamente las condiciones de salud y el acceso a atención de la gran mayoría de la población. En otros términos, se atropella el derecho a la salud con la complicidad de la Constitución, del Estado y las leyes que son su reflejo.

Respecto al desafío y la propuesta que surge de las consideraciones anteriores ésta se resume en los puntos siguientes:

- La razón fundamental para cambiar la actual Constitución es la desigualdad social que yace en la lógica económica y política que la sustenta y que se traduce en la violación de derechos fundamentales (entre ellos la salud) y en la no participación democrática de la ciudadanía
- Se busca otorgar legitimidad a una nueva Constitución que de soporte a un distinto proyecto de desarrollo basado en un enfoque de derechos. Se trata de establecer las bases de un pacto social que permita avanzar hacia un **Estado democrático social de derechos** que conduzca a una sociedad inclusiva, justa, solidaria, participativa y sustentable.
- El **enfoque de derechos humanos** (entre los cuales están los Derechos Económico Sociales y Culturales (DESC) y **la salud** en particular) debería ser el eje ético normativo ordenador de la Nueva Constitución
- El Estado y su institucionalidad jurídico administrativa debe responder al bien común y a los intereses de la ciudadanía como soberana y sujeto de derechos y deberes

- La realización de los derechos sociales (la salud entre ellos) se hace posible a través de **políticas públicas** de responsabilidad del **Estado** y cuyo diseño, ejecución y evaluación (control) debe contar con la **participación informada y vinculante de la ciudadanía**.
- La **política de salud** es la encargada de garantizar y proteger el derecho a la salud como derecho social de cada ciudadano(a) sin discriminación alguna (acceso universal gratuito a las acciones de salud).

Los derechos sociales deben tener bien definidos sus **mecanismos de garantía y exigibilidad** frente al Estado, sin desconocer que en último término su protección depende más de la voluntad política de los gobernantes y de las capacidades de presión de la ciudadanía y de los movimientos sociales por que estos se cumplan, en correspondencia con los Tratados Internacionales y los mecanismos de judicialización disponibles para tal efecto<sup>1</sup>.

## **ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CONSTITUCIÓN**

La Constitución es la Ley fundamental que organiza al Estado y su sistema de gobierno. Establece las principales instituciones y la forma de relación de estas con los derechos y deberes de la ciudadanía. Dicho de otra manera, la Constitución se entiende como la Carta que establece las reglas de juego básicas de la relación entre los ciudadanos y el Estado: concebido este último como la representación del poder político de la nación.

La ciudadanía en ejercicio de su soberanía (poder originario), mediante el voto libre y en referendo democrático, establece el mecanismo por el cual se elabora o reforma la Constitución, siendo la Asamblea Constituyente la forma más directa y democrática para asumir este mandato y conferirle la legitimidad reconocida.

La estructura de cualquier Constitución contempla un **préambulo** que se refiere a antecedentes y razones por los cuales el poder constituyente establece la Constitución, una **parte dogmática** donde se establece los valores y principios básicos, derechos y garantías constitucionales, una **parte orgánica** donde se fija la forma jurídica del Estado, del gobierno, los poderes ejecutivo, legislativo, judicial, de seguridad y de control, competencias y responsabilidades de las autoridades, una parte referida a procedimientos **de reforma** o

**cambio** a la Constitución y disposiciones transitorias si corresponde.

La Constitución de la dictadura fue diseñada para reproducir (por vía del control político a través de formas institucionales de representatividad política no democráticas) el modelo neoliberal y sus expresiones económico sociales y valóricas. En su lógica de sociedad de mercado privilegia la protección de **derechos individuales**, entre ellos a la propiedad privada, a la libertad de emprender, competir y concentrar la riqueza, a la compra-venta de servicios básicos, por encima de **derechos colectivos o sociales**: usufructo de riquezas básicas, protección de recursos naturales, ambientes libres de contaminación, derechos sociales como el trabajo, la educación, la salud, la seguridad social. El Estado se asume **subsidiario** perdiendo su capacidad de implementar políticas de desarrollo económico y social que sirvan al país y a sus ciudadanos y por el contrario, pasa a servir los intereses del modelo de acumulación del capital (base de las desigualdades observadas)

El cambio de modelo exige un cambio de la Constitución que repositone y resignifique los **derechos humanos** y organice la institucionalidad jurídico administrativa de manera de servir a un desarrollo democrático, inclusivo, solidario, equitativo y sustentable. Hablamos de un **Estado social de derechos** y de una ciudadanía que ejerce su poder vinculante en la gestión de las políticas públicas y en la defensa activa (exigencia) de sus derechos fundamentales. En este contexto el derecho a la salud es uno más de los derechos, que junto a los demás, se constituye en la razón que inspira las bases de la nueva Constitución.

## **LOS DERECHOS HUMANOS**

Los derechos humanos (derechos de ciudadanía) son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Además de los principios de **universalidad** y **no discriminación**, los derechos humanos están **interrelacionados**, son interdependientes e indivisibles; es decir, no se pueden respetar unos sí y otros no, aleatoriamente, porque unos influyen en el disfrute de otros. (Conferencia Mundial de DDHH, Viena 1993)(22)

Se distinguen: derechos civiles, políticos, derechos económicos sociales y culturales (DESC), derecho al desarrollo, a la autodeterminación

<sup>1</sup> En el texto de Teteilbom, C. Laurell, C (2015) se hace referencia in extenso a derechos, políticas y ciudadanía

de los pueblos y derecho a un medio ambiente sostenible

Existe un orden jurídico nacional (Constitución como ley fundamental) e internacional que rige los DDHH. En este sentido, pactos a escala internacional han desarrollado los instrumentos de protección y garantía de los derechos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) recoge y regula los derechos civiles y políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) incluye los derechos económicos sociales y culturales. Ambos pactos obligan a los Estados parte a **respetar, proteger y garantizar** tanto los derechos civiles y políticos, como los derechos económicos, sociales y culturales porque todos los derechos humanos están interrelacionados y son indivisibles. Sólo el reconocimiento de todos los derechos puede asegurar la existencia real de cada uno de estos derechos.(22)

Es **responsabilidad y obligación del Estado** promover y proteger los DDHH y deber de la ciudadanía respetarlos y exigir su cumplimiento. El Estado debe respetar el orden jurídico y establecer los mecanismos institucionales y de justicia-bilidad que hagan posible a la ciudadanía (como titular de derechos) el ejercicio y la exigibilidad de los derechos contemplados en la Constitución

“Los derechos no son mercancías, no tienen precio pues valen por sí mismos y, por ende, no pueden ni comprarse ni venderse. La dignidad humana está por encima del mercado, que es apenas un medio o instrumento, por lo que no puede ni debe ser considerada de manera materialista, ni evaluada en términos de relaciones costo-beneficio”.(23)

El ejercicio de los derechos requiere de un respaldo jurídico de rango constitucional, de manera que como derechos de ciudadanía pasen a ser exigibles ante el Estado por parte de las personas.

Enfoque de derechos: marco ético-normativo que debe orientar la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas

Conviene destacar que las **desigualdades sociales** están en la base de las violaciones a los DDHH (violencia estructural)

### **Derechos económicos, sociales y culturales (DESC)**

Los derechos enunciados en el Pacto (PIDESC) incluyen:

- Derecho al trabajo (artículo 6 )
- Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias (artículo 7)

- Derecho a fundar y a afiliarse a sindicatos (artículo 8 )
- Derecho a la seguridad social y al seguro social (artículo 9 )
- Derecho a protección y asistencia a la familia (artículo 10 )
- **Derecho al más alto nivel posible de salud física y mental** (artículo 12 )
- Derecho a la educación (artículos 13 y 14 )
- Derecho a la cultura y a disfrutar del progreso científico

¿ Cómo hacer efectivos los DESC ?

Los DESC no tienen igual visibilidad que los derechos cívicos y políticos. (tensión entre libertad e igualdad: la realización de los derechos sociales requeriría redistribuir la riqueza)

Interesa destacar la relación de DESC con las desigualdades a que lleva el modelo neoliberal globalizado. El desafío es reorientar políticas y acciones del Estado (la Constitución como referencia), desde una mirada de beneficios, hacia la justicia social y la garantía de los derechos ciudadanos (desarrollo y derechos= enfoque de derechos).

Los DESC hay que concretarlos en una institucionalidad jurídica (constitución, leyes, decretos) y garantizar hacerlos exigibles por vía judicial. Deberían ser vinculantes.(18)

La Constitución y el marco jurídico no acostumbra definir de manera precisa mecanismos de garantía y procedimientos de tutela y exigibilidad que permitan actuar efectivamente frente a la violación de estos derechos. Su concreción dependen más de la voluntad política del gobierno, de la correlación de fuerzas sociales y de la capacidad de movilización ciudadana.

Las políticas públicas y su realización (con participación ciudadana) constituye un espacio estratégico para la consecución de los derechos.

La vigilancia de la aplicación del PIDESC está a cargo del Comité y en el caso de salud de un Relator especial. Chile ratifica el Pacto en 1972 y entra en vigor en 1976. Debe informar cada 5 años sobre su aplicación (23)

### **EL DERECHO A LA SALUD**

1. Salud como derecho social. Principios éticos lo sustentan como un derecho fundamental, dependiente y garante del ejercicio de otros derechos humanos

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así*

*como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”*

Como vemos en el artículo 25, son muchos los componentes necesarios para lograr el bienestar. En el derecho a la salud, como en otros derechos humanos, se observa la interdependencia entre los derechos, por lo tanto, en una sociedad en la que no se respeten los derechos fundamentales no puede haber bienestar físico, mental y social, o lo que es lo mismo, vida saludable para las personas que son las titulares del derecho.(22)

De acuerdo al Pacto de DESC: “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (Pacto Internacional de Derechos Económico Sociales y Culturales PIDESC)(22)

2) El derecho a la salud en el orden jurídico internacional

Desde 1948 a la fecha ha surgido en el campo internacional un conjunto de declaraciones, convenciones, pactos, procedimientos, instituciones y normas consuetudinarias que han otorgado a los derechos humanos un estatus jurídico relevante en el derecho internacional, la mayor de las veces de carácter vinculante con los marcos jurídicos y legislaciones nacionales. Respecto a salud cabe señalar los siguientes:

- Carta de Constitución de la OMS (1946)
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) Art.25°
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) Art.12°.
- Observación General N° 14 (2000)
- Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria (1978)
- Convención sobre eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW) (1979)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989) Art.24°
- Protocolo de San Salvador, adicional a la Convención Americana sobre DDHH, en materia de DESC (1988)
- En 2005 los Estados miembros de la OMS deciden integrar la promoción y la protección de los DDHH en sus políticas nacionales.

3) Contenido esencial mínimo del derecho a la

salud que los Estado están obligados a cumplir:

- Asegurar el derecho de acceso a las instalaciones de salud, bienes y servicios desde una perspectiva no discriminatoria e igualitaria
- Asegurar el acceso a los alimentos esenciales, nutritivos y seguros
- Asegurar acceso a refugio básico: vivienda, agua, disposición excretas
- Brindar medicamentos esenciales según lo definido en Programa de Acción de la OMS
- Asegurar distribución equitativa de los servicios médicos y productos de salud
- Implementar estrategia nacional para la salud pública y plan de acción

4) Mecanismos internacionales para la protección de los derechos sociales y del derecho a la salud (18)

- Comité de DESC de la ONU (1986): Promoción y vigilancia del cumplimiento del PIDESC
- Creación figura de Relatores Especiales (1998), Salud (2000)
- Grupo de Trabajo sobre un Protocolo Facultativo para DESC
- Comisión Interamericana de DDHH
- Corte Interamericana de DDHH (fallos vinculantes)
- La figura nacional del Ombudsman
- Reconocimiento pueblos originarios

5) Derecho internacional y sus alcances en la Constitución

- Derecho Internacional General Imperativo y/o Contractual es obligatorio para el Estado signatario
- Tratados y Convenios firmados y/o ratificados por los gobiernos pasan a ser derecho constitucional
- DESC son exigibles según lo establecen los tratados internacionales y la propia constitución
- Los mecanismos de justiciabilidad para garantizar derechos son generalmente inoperantes (Recurso de Protección garantiza derechos individuales y no derechos sociales)

6) Experiencias a considerar y su relación con salud: derechos sexuales y reproductivos, derecho a medicamentos de pacientes que viven con VIH/SIDA, derechos de pueblos indígenas, derecho a vivir en ambientes libre de contaminación, etc.

En general, el derecho a la salud no ha servido de orientación a las políticas públicas ni ha sido

una reivindicación política efectiva desde la sociedad civil

La salud como derecho a reclamar y a conseguir es un actual y urgente desafío. Un importante paso es incorporar sus principios en una Nueva Constitución, para lo cual es necesario revisar la situación que se da en el ejercicio del derecho a la salud en nuestro país y lo que la Constitución establece sobre la materia. Para este fin recurrimos al Informe que en 2012 elaboró el INDH.

**Chile: Diagnóstico sobre los principales problemas en el goce y ejercicio del derecho a la salud** (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2012)(9)

El INDH identifica 5 áreas deficitarias en cuanto al respeto, protección y garantía del derecho a la salud:

**a) Débil definición del derecho a la salud**

La Constitución chilena incluye la salud dentro de los derechos de la persona. En el art 19, numeral 9 se establece “ El derecho a la protección de la salud”

- El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.
- Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.
- Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.
- Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado

Expertos en materia de derechos han señalado que la norma presenta dificultades. Para Couso y Reyes (2009), la configuración constitucional del derecho a la protección refleja un derecho reconocido pero no definido en su alcance ni justificable. La U. Diego Portales en su informe sobre DDHH (2009) señala que “ al igual como acontece con los otros DESC, el derecho a la salud está excluido de la protección constitucional que para los derechos civiles y políticos se establece”. Para ALAMES-Chile (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) “la Constitución no garantiza a la población el derecho universal e igualitario a acceder a servicios de salud bajo responsabilidad del Estado. Todo se reduce a asegurar el derecho a reclamar el acceso a servicios públicos o privados,

lo que queda sujeto a una supuesta libre decisión por parte del usuario” (21)

A la débil definición se suma que el derecho a la protección de la salud no forma parte de los derechos sujetos de tutela judicial a través del recurso de protección..... de hecho, solo la capacidad de las personas para optar entre el sistema público o privado es lo que se encuentra protegido por el recurso de protección, lo que ha llevado a la “propietarización” del derecho, es decir, lo alegado no es la vulneración de un derecho específico, sino la propiedad sobre el mismo. Los recursos requeridos contra las Isapres por el alza de los planes, al aro del fallo del Tribunal Constitucional en el 2010, han sido mayoritariamente acogidos por los tribunales a favor de los afiliados, resolviendo la violación del derecho de propiedad que se tiene sobre el derecho a la salud.

**b) Omisión de determinantes sociales de la salud en la política pública**

Entendida la salud como un derecho asociado a la idea de un completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo a la ausencia de enfermedad, se comprende el significado que para la salud de las personas tiene la satisfacción de necesidades relacionadas con determinantes económico, político sociales, culturales y ambientales del entorno en que se desenvuelven.

Al respecto, las políticas públicas han sido débiles en incorporar este enfoque que permite intervenir desde todos los ministerios sobre variables estructurales como el trabajo, el nivel de salarios, la educación, la vivienda, la alimentación, el medio ambiente y medir los resultados de impacto que sobre la salud ello acarrea.

En otros términos la falta de políticas integrales continúan vulnerando derechos humanos que tienen su expresión en la salud de la población

**c) Las desigualdades e inequidades en salud**

Por inequidad en salud se entienden las diferencias sistemáticas que son innecesarias, evitables e injustas..... se relaciona con desigualdades en el desarrollo y en el poder de los distintos grupos sociales producto de la distribución inequitativa de condiciones de trabajo y de vida y del acceso diferenciado a servicios de salud y a la participación en las decisiones de la política pública.

Este es uno de los principales problemas en el ejercicio del derecho a la salud en Chile. En lo referente al acceso en oportunidad y calidad de servicios, la gradiente está dada según se pertenezca

al seguro público (Fonasa) o al seguro privado (Isapres). El AUGE que pretende hacer exigible el derecho a la atención de un determinado número de patologías tiene importantes problemas de implementación y de cobertura, y en la práctica reproduce discriminaciones y exclusiones en las prestaciones que ofrece.

#### **d) La falta de la calidad de atención y de capacidad resolutoria de los servicios públicos**

El sector público muestra progresiva incapacidad de responder a la demanda asistencial traducida en listas de espera por falta de camas, especialistas, insumos, medicamentos. A esto se suma crisis en la gestión producto de la fragmentación del sistema de atención con fallas en la capacidad resolutoria de la atención primaria, en las acciones de promoción y prevención y en una marcada tendencia a sobrecargar los servicios de urgencia. Frente al déficit de oferta del sector público éste se ve en la necesidad de comprar prestaciones en el sector privado ( libre elección, GES, compras directas de atenciones y exámenes, etc)

#### **e) El déficit en la salud sexual y reproductiva**

En relación con los derechos sexuales y reproductivos, persisten normas y políticas que no cumplen con los estándares con los cuales el país se ha comprometido, especialmente en lo referente a las dificultades de las mujeres para decidir autónomamente sobre su sexualidad y la reproducción, el acceso a anticonceptivos y anticoncepción de emergencia, la penalización del aborto en toda circunstancia y los altos índices de embarazo adolescente.

Cabe señalar que el Comité de DESC en su informe 2015 sobre aplicación por Chile del Pacto Internacional, recomendó que nuestro Estado...” garantice el reconocimiento integral y la protección jurídica necesaria de los DESC en el nuevo texto Constitucional

Referencia a otras Constituciones y cómo se trata el tema del derecho a la salud

Es conveniente revisar los distintos criterios que otros países tienen al abordar temas relacionados con la salud en sus respectivas Constituciones. Es pertinente notar la garantía de derecho fundamental que adquiere la salud para esos Estados como un bien público de su responsabilidad y la comprensión que se hace de lo que implica el derecho a la salud haciéndolo extensivo a la protección y garantía de otros derechos relacionados.

Con fines de información y para tener una referencia comparativa, se cita a continuación los

artículos que en las respectivas Constituciones aluden directamente a salud como derecho y a la responsabilidad del Estado en su cumplimiento (en el Anexo 1 se presenta mayor detalle de otros artículos relacionados).

### **BOLIVIA**

**Art 18.** Todas las personas tienen derecho a la salud. ....El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. ....El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

### **COLOMBIA**

**Art 49** La salud pública y la protección ambiental son servicios públicos a los que el Estado es responsable. Todas las personas tienen garantizado el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Es responsabilidad del Estado organizar, dirigir y regular la prestación de servicios de salud a los habitantes y de la protección del medio ambiente de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad

### **COSTA RICA**

**Art 73** Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución obligatoria [forzosa] del Estado, los empleadores y los trabajadores, con el fin de protegerlos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, la muerte y otras contingencias que la ley determine.....La administración y el gobierno de estos valores sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense del Seguro Social

### **CUBA**

**Art 50** Todo el mundo tiene derecho a la protección de la salud y cuidado. El Estado garantiza este derecho:

proporcionando asistencia médica y hospitalaria gratuita a través de las instalaciones de la red rural de servicios médicos, policlínicos, hospitales y centros de tratamiento preventivo y especializada mediante la promoción de las campañas publicitarias de la salud, educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y

otras medidas para prevenir el brote de la enfermedad. Toda la población coopera en estos planes y actividades a través de las organizaciones de masas y sociales.

### ECUADOR

**Art 32** La salud es un derecho garantizado por el Estado y cuyo cumplimiento está relacionado con el ejercicio de otros derechos, entre los cuales está el derecho al agua, la alimentación, la educación, el deporte, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que apoyan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno .....de programas, acciones y servicios de promoción y la prestación de asistencia sanitaria integral,..... La prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, la calidad, la eficiencia, la eficacia, la prevención y la bioética, con un enfoque de género y generacional.

### EL SALVADOR

**Art 65** La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restauración.....El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

### MEXICO

**Art 4** El Estado debe garantizar a todos los individuos el derecho a la nutrición y a la calidad suficiente de nutrientes..... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley determinará las bases y términos de acceso a servicios de salud .....Cualquier persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su propio desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho..

### FEDERACIÓN RUSA

**Art 41** Toda persona tiene derecho a la protección de la salud y la atención médica. La atención médica en las instituciones estatales y municipales de salud se prestará a los ciudadanos de forma gratuita a expensas del presupuesto apropiado, las primas de seguro y otros beneficios.

### ESPAÑA

**SECCIÓN 43** Se reconoce el derecho a la protección de la salud..... Corresponde a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública

a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte...Asimismo, deberá promover el uso del tiempo libre.

### URUGUAY

**Art 44** El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando alcanzar el mejoramiento físico, moral y social de todos los habitantes del país..... Es el deber de todos los habitantes cuidar de su salud, así como recibir tratamiento en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratis los medios de prevención y tratamiento a los indigentes y carentes de recursos suficiente

### VENEZUELA

**Art 84** Con el fin de garantizar el derecho a la salud, el Estado, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud que atraviesa los límites del sector, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema de salud pública da prioridad a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones relativas a la planificación de políticas, ejecución y control de las instituciones de salud pública.

## EL DERECHO A LA SALUD: ROL DEL ESTADO Y DE LA CIUDADANÍA

---

### Estado y efectivización de derechos

De acuerdo a la actual Constitución, en salud el Estado garantiza derechos individuales y no derechos sociales. Al respecto conviene insistir en los alcances de la declaración constitucional sobre “protección del derecho a la salud” (protección al libre acceso a servicios públicos o privados)

La dictación de una nueva Constitución debe plantearse el establecer un Estado Social de Derechos cuyo eje ordenador sean los derechos humanos y la participación ciudadana sea la expresión de su legitimidad.

Se trata de la dictación de leyes y actos

administrativos que busquen igualar derechos: Ej: ley de filiación, derecho pueblos indígenas, judicialización del derecho a la salud, garantía a estudiantes embarazadas, ley de violencia intrafamiliar, ley de acoso sexual, etc

En este nuevo Estado, el proceso electoral, los planes de desarrollo, las políticas públicas deben plantearse desde un enfoque de derechos con plena participación vinculante de la ciudadanía.

Se deben promover: referéndum nacional y comunal, iniciativa popular de ley, rendición de cuentas, revocatoria de cargos, Ombudsman, etc

### **Participación ciudadana y exigibilidad de derechos**

La ausencia de una ciudadanía efectiva a causa de la falta de espacios de participación (cerrojos políticos de la Constitución del 80), ha llevado a una ciudadanía no informada, no consciente de sus derechos y de su deber de hacerlos exigibles. Este déficit democrático no permite la expresión de los diversos grupos de la sociedad y con ello el asumir iniciativas como la participación vinculante en políticas públicas (que concurren a determinar una mejor salud), el exigir la rendición de cuentas, la iniciativa popular de ley, el referéndum ante materias de interés trascendente, la consagración del Ombudsman, entre otras expresiones democráticas de ejercicio ciudadano.(2)

En resumen, existe subordinación acrítica de la ciudadanía frente al Estado. La falta de espacios de participación, la desmovilización social, la no expresión del ciudadano como titular de derechos exigibles, explica en último término el escaso reconocimiento y la vulneración de derechos colectivos (no bien definidos en la actual constitución)

La ciudadanía no conoce ni consigue hacer efectivo sus derechos (acceso oportuno a la atención médica, a terapias efectivas, a no exponerse a riesgos ambientales : no hay normas o se establecen estándares más altos). El sistema judicial es inaccesible para la mayoría de la población. La ambigüedad en el significado de términos como: garantizar, asegurar, proteger, acceso igualitario, violación de derechos, permite diluir la responsabilidad del Estado y conducir a mecanismos de exigibilidad inoperantes: recurso de protección, tutelas, etc,

En general, el derecho a la salud no ha servido de orientación a las políticas públicas ni ha significado una reivindicación política efectiva desde la sociedad civil

La salud como derecho a reclamar y a conseguir es un actual y urgente desafío. El primer paso en

esa dirección es incorporar a la salud como un derecho en la Nueva Constitución, ampliando el orden jurídico e implementando mecanismos de justiciabilidad y exigibilidad del derecho a la salud al alcance de su ejercicio efectivo por parte de la ciudadanía.

En este difícil escenario debe reconocerse además que existen debilidades y limitaciones del orden jurídico internacional para hacer cumplir los derechos vulnerados por cada Estado. Cabe recordar que los DESC, su progresividad e irreversibilidad, es responsabilidad de cada Estado que ha ratificado la firma del Tratado (la Observación N° 3 señala como obligación del Estado...”la provisión de recursos efectivos” para la exigibilidad de los derechos sociales. Sin embargo, no existe mecanismos efectivos de judicialización en los Comités de DESC frente a las violaciones a derechos colectivos. Las recomendaciones del Comité no tienen efecto vinculante

En el 59° período de sesiones de la Comisión de DDHH se acordó redactar un Protocolo Facultativo destinado a consagrar el derecho de petición para los derechos consagrados en el PIDESC.

### **A manera de conclusión**

La Constitución actual (ilegítima en su origen) le da sustentabilidad económica y jurídico política al injusto modelo de desarrollo vigente. La situación de salud y el acceso a la atención están determinadas por causas estructurales propias de este modelo de desarrollo imperante. La desigualdad y la desprotección social son su más clara expresión. En este contexto, el Estado ve sometidas las políticas sociales a la lógica del mercado. Salud tiende a privatizarse, sin dar respuesta a las necesidades (derechos) de la población. La ciudadanía, no tiene cabal conocimiento de sus derechos, ni capacidad ni organización para defenderlos.

El orden jurídico internacional y nacional en derechos humanos ha ido avanzando hacia mecanismos que permitan concretar la obligación de los Estados de cumplir con la promoción y protección de los mismos.(integrarlos al proceso de desarrollo)

En el diseño y formulación de una nueva Constitución democráticamente elegida con el voto constituyente, es necesario avanzar a un Estado democrático social de derecho que permita garantizar los derechos sociales, entre los cuales la salud representa uno de los fundamentales.

Jaime Sepúlveda S.

Santiago, junio 2016

## ANEXO 1

El abordaje de la salud como derecho en distintas Constituciones (se subraya algunas de las ideas que merecen especial atención)

### BOLIVIA

**Art 13.** Los derechos reconocidos por esta Constitución son inviolables, universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. El Estado tiene el deber de promoverlos, protegerlos y respetarlos

**Art 14** El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de derechos humanos.

**Art 15.** Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y espiritual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte. ....Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.

**Art 16.** Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación. ...El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población.

**Art 18.** Todas las personas tienen derecho a la salud. ....El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. ....El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

**Art 19.** Toda persona tiene derecho a un hábitat y vivienda adecuada, que dignifiquen la vida familiar y comunitaria.

**Art 20.** Toda persona tiene derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones. .... Es responsabilidad del Estado... la provisión de los servicios básicos a través de entidades públicas, mixtas, cooperativas o comunitarias..... La provisión de servicios debe responder a los criterios de universalidad, responsabilidad, accesibilidad, continuidad, calidad, eficiencia, eficacia, tarifas equitativas y cobertura necesaria; con participación y

control social. ....El acceso al agua y alcantarillado constituyen derechos humanos, no son objeto de concesión ni privatización y están sujetos a régimen de licencias y registros, conforme a ley

### COLOMBIA

**Art 44** Los siguientes son los derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y el amor, la instrucción y la cultura, la recreación y la libre expresión de sus opiniones. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos peligrosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, las leyes y los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger a los niños con el fin de garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. ....Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

**Art 45** El adolescente tiene derecho a la protección y el desarrollo integral. ....El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los adolescentes en los órganos públicos y privados que son responsables de la protección, educación y progreso de la juventud.

**Art 49** La salud pública y la protección ambiental son servicios públicos a los que el Estado es responsable. Todas las personas tienen garantizado el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Es responsabilidad del Estado organizar, dirigir y regular la prestación de servicios de salud a los habitantes y de la protección del medio ambiente de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; además, para establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer la supervisión y el control sobre ellos; y establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales, y los individuos, y para determinar los subsidios a sus tareas en los términos y condiciones establecidos por la ley.....Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, de acuerdo con los niveles de atención y con la participación de la comunidad.....Una ley definirá los términos bajo los cuales la atención básica para todos los habitantes será de forma gratuita y obligatoria..... Toda persona tiene la obligación de obtener la

atención integral de salud para sí mismos y para su comunidad.

### **COSTA RICA**

**Art 73** Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución obligatoria [forzosa] del Estado, los empleadores y los trabajadores, con el fin de protegerlos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, la muerte y otras contingencias que la ley determine.....La administración y el gobierno de estos valores sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense del Seguro Social .....Los fondos y las reservas de los seguros sociales no podrán ser transferidos o utilizados con fines distintos [otros] que las que motivaron su creación.

**Art 74** Los derechos y las prestaciones a las que se refiere este capítulo son irrenunciables. Su enumeración no excluye otros que se derivan del principio cristiano de justicia social y que la ley señala; que será aplicable por igual a todos los factores concurrentes del proceso de producción, y [son] regulados en la legislación social y laboral [legislación], con el fin de procurar una política permanente de solidaridad nacional.

### **CUBA**

**Art 50** Todo el mundo tiene derecho a la protección de la salud y cuidado. El Estado garantiza este derecho:

proporcionando asistencia médica y hospitalaria gratuita a través de las instalaciones de la red rural de servicios médicos, policlínicos, hospitales y centros de tratamiento preventivo y especializada mediante la promoción de las campañas publicitarias de la salud, educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas para prevenir el brote de la enfermedad. Toda la población coopera en estos planes y actividades a través de las organizaciones de masas y sociales.

### **ECUADOR**

**Art 12** El derecho humano al agua es esencial y no se puede renunciar. El agua constituye un activo estratégico nacional para el uso del público y es inalienable...

**Art 13** Las personas y grupos de la comunidad tienen el derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos, preferentemente producidos localmente y de acuerdo con sus diversas identidades y tradiciones

culturales.....El Estado ecuatoriano debe promover la soberanía alimentaria.

**Art 14** El derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir (sumak kawsay). Se reconoce la conservación del medio ambiente, la protección de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país, la prevención del daño ambiental y la recuperación de espacios naturales degradados....

**Art 15** El Estado promoverá, en los sectores público y privado, el uso de tecnologías ambientalmente limpias y no contaminantes y ... fuentes alternativas de energía. La soberanía energética no se alcanzará en detrimento de la soberanía alimentaria ni afectará el derecho al agua.....Se prohíbe el desarrollo, la producción, la propiedad, la comercialización, importación, transporte, almacenamiento y uso de armas químicas, biológicas y nucleares, los contaminantes orgánicos persistentes altamente tóxicos, ..... y tecnologías biológicas experimentales y agentes y organismos modificados genéticamente que sean perjudiciales para la salud humana o ponga en peligro la soberanía alimentaria o los ecosistemas, así como se prohíbe la introducción de residuos nucleares y desechos tóxicos en el territorio del país.

**Art 32** La salud es un derecho garantizado por el Estado y cuyo cumplimiento está relacionado con el ejercicio de otros derechos, entre los cuales está el derecho al agua, la alimentación, la educación, el deporte, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que apoyan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno .....de programas, acciones y servicios de promoción y la prestación de asistencia sanitaria integral,..... La prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, la calidad, la eficiencia, la eficacia, la prevención y la bioética, con un enfoque de género y generacional.

### **EL SALVADOR**

**Art 65** La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restauración.....El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

**Art 66** El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carecen de recursos, y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituye un

medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad contagiosa. En este caso, cada persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.

**Art 67** Los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos. Se establecen las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y de administración hospitalaria

**Art 68** Un Consejo Superior de Salud Pública supervisará la salud pública del país.....

El ejercicio de las profesiones que están directamente relacionados con la salud pública del país será supervisada por instituciones jurídicas creadas por expertos que pertenecen a cada una de estas profesiones. Estas entidades deberán tener la autoridad para expulsar del ejercicio profesional a quienes ejerzan su profesión con inmoralidad manifiesta o ineptitud. La inhabilitación de los profesionales se determinará por las instituciones competentes de conformidad con el debido proceso.

**Art 69** El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia. ..Asimismo el Estado controlará la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar.

## MEXICO

**Art 4** El hombre y la mujer son iguales ante la ley. La ley protegerá la organización y el desarrollo de la familia..... Toda persona tiene el derecho de decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número de hijos deseados y el tiempo entre cada uno de ellos.

El Estado debe garantizar a todos los individuos el derecho a la nutrición y a la calidad suficiente de nutrientes

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley determinará las bases y términos de acceso a servicios de salud ..... Cualquier persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su / su propio desarrollo y el bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho..

Toda persona tiene el derecho de acceso, suministro y drenaje de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, saludable, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho ..... se establece la participación de la Federación, los gobiernos locales y municipios, así como la participación de los ciudadanos para el logro de tales fines.....Cualquier familia tiene derecho a disfrutar de una vivienda digna y respetable. La

ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios para lograr dicho objetivo.

El Estado, en todas las decisiones que tome y todas las acciones que lleva a cabo, va a salvaguardar y respetar el principio de hacer lo que es en el mejor interés de los niños, garantizando de este modo por completo sus derechos. Los niños y niñas tienen derecho a tener sus necesidades de alimentación, salud, necesidades educativas y recreativas satisfechas para su desarrollo adecuado. Este principio debe guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la infancia. Ascendientes y tutores tienen la obligación de mantener y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

Todas las personas tienen derecho a la educación física y la práctica de deportes. El Estado promoverá y estimulará este derecho mediante la emisión de leyes en la materia.

## FEDERACIÓN RUSA

**Art 41** Toda persona tiene derecho a la protección de la salud y la atención médica. La atención médica en las instituciones estatales y municipales de salud se prestará a los ciudadanos de forma gratuita a expensas del presupuesto apropiado, las primas de seguro y otros beneficios.

Los programas federales de protección y mejora de la salud de la población, deberán tomar medidas para financiar el desarrollo estatal, municipal y de los sistemas de salud privados, y se fomentarán las actividades que contribuyen a la mejora de la salud humana, el desarrollo de la educación física y el deporte, y el bienestar ecológico, sanitario y epidemiológica..... El ocultamiento por parte de funcionarios de hechos y circunstancias, que suponen una amenaza para la vida y la salud de las personas, dará lugar a la responsabilidad de conformidad con la ley federal.

## ESPAÑA

**SECCIÓN 43** Se reconoce el derecho a la protección de la salud..... Corresponde a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte... Asimismo, deberá promover el uso del tiempo libre.

## URUGUAY

**Art 44** El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas,

procurando alcanzar el mejoramiento físico, moral y social de todos los habitantes del país..... Es el deber de todos los habitantes cuidar de su salud, así como recibir tratamiento en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratis los medios de prevención y tratamiento a los indigentes y carentes de recursos suficientes.

## VENEZUELA

**Art 23** Los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio de tales derechos que son más favorables a las establecidas por esta Constitución y las leyes de la República, y son de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del Poder público.

**ART 78** Los niños y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por los tribunales especializados, los órganos y la legislación, que respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la ley, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que pueden haber sido ejecutados y ratificado por la República en este campo. El Estado, las familias y la sociedad asegurarán la plena protección como una prioridad absoluta, teniendo en cuenta su interés superior en las acciones y decisiones que les afecten. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa, y creará un sistema rector nacional para la protección integral de los niños y adolescentes.

**Art 83** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a la mejora de la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y protección de la misma, y para cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, y de acuerdo con las convenciones internacionales y tratados firmados y ratificados por la República.

**Art 84** Con el fin de garantizar el derecho a la salud, el Estado, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud que atraviesa los límites del sector, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y

solidaridad. El sistema de salud pública da prioridad a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones relativas a la planificación de políticas, ejecución y control de las instituciones de salud pública.

**Art 85** La financiación del sistema de salud pública es responsabilidad del Estado, que integrará los recursos fiscales y obligatorios de la Seguridad Social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud, para hacer posible la consecución de los objetivos de política sanitaria. En coordinación con las universidades y centros de investigación, se debe establecer una política de formación profesional y técnica nacional y se debe promover y desarrollar una industria nacional de producción de productos para el cuidado de la salud. El Estado regulará las instituciones de salud públicas y privadas.

**Art 86** Todas las personas tienen derecho a la seguridad social como un servicio público sin fines de lucro para garantizar la salud y la protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, pérdida de los padres, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación y la responsabilidad de garantizar la eficacia de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo de las contribuciones directas e indirectas. La falta de capacidad para contribuir no será motivo para excluir a las personas de la protección por el sistema. Los recursos financieros de la Seguridad Social no podrán ser utilizados para otros fines. Las cotizaciones obligatorias pagadas por los empleados para cubrir los servicios médicos y de salud y otras prestaciones de seguridad social, podrán ser administrados sólo con fines sociales, bajo la dirección del Estado. Todos los remanentes netos del capital destinado a la salud, educación y seguridad social se acumularán para su distribución y contribución a esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

## REFERENCIAS

---

1. Urrea Germán "Chile: por un nuevo modelo económico". Ed. Ceibo Colección Ensayo 2014
2. Atria F, Larraín G, Benavente J, M, Couso J, Joignant A. "El otro modelo" Debate 2013.
3. Rosas Carrasco F. "No es igual el ejercicio del derecho a la salud en los estados de bienestar o subsidiario: una breve mirada al caso chileno" **Medwave 2013**
4. Rosas Carrasco F. "El derecho a la salud: su concepto en Chile y lo proclamado por la ONU" **Medwave.2013**
5. Tejeda Pardo D. Derechos humanos y derecho a la salud: Construyendo ciudadanía en salud. OPS, Lima 2005.
6. Barraza Gómez M. "La Nueva Constitución y los Derechos Sociales" *Le Monde Diplomatique*/ Octubre 2015.
7. Constitute Project: [www.constituteproject.org](http://www.constituteproject.org)
8. Bachelet V, Atria F. "Salud y nueva Constitución" *El Mercurio* Dic, 19, 2015
9. INDH: "Indicadores de derechos económicos, sociales y culturales: derecho a la Salud y derecho al Trabajo" Informe Dic. 2012.
10. Bustelo E, Isuani E: "Estado, Política Social y crisis de legitimidad". OPS, Serie Desarrollo de Servicios de Salud N° 2, 1982
11. Inostroza M, Sánchez H, Lenz R, Nancuante U. "Nuestro sistema de salud y la nueva Constitución" *El Mercurio*, 13 abril 2016.
12. Borrero R, Yadira "Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente" *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 29 (3): 299-307
13. Alames-Chile "Chile: El derecho a la salud" Dcto. 2014
14. Cáceres Valdivia, E. "Participación ciudadana desde un enfoque de derechos" Perú.
15. Naciones Unidas: Declaración Universal de Derechos Humanos. 10 dic 1948.
16. De Negri Filho, A "El enfoque de los derechos humanos en calidad de vida y salud y su aplicación en la reestructuración programática y la reorganización de los servicios: reflexiones alrededor de una estrategia de aplicación" *Health and Human Rights*. <http://hhrjournal.org>
17. Propuesta de Articulado sobre el Derecho a la Salud- Red de Acción Ecuador 2012
18. Echeverri, M.E. Derecho a la salud, Estado y Globalización (Universidad de Antioquia) [esperanzaecheverry@yahoo.com.mx](mailto:esperanzaecheverry@yahoo.com.mx)
19. Schuftan C. "Un enfoque puntual de los principios y los temas clave de los derechos humanos aplicados a la salud" *Medicina Social* ([www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)) Vol 2 N° 2/2007
20. Teteilbom C, Laurell, C "Por el derecho universal a la salud" UAM/ México CLACSO 2015
21. Torres M y Paredes N. "Derecho a la salud. Situación en países de América Latina/ Chile el derecho a la salud (Plataforma Interamericana de DDHH/ALAMES. Bogotá 2005)
22. Prosalus y Cruz Roja Española 2014 "Comprendiendo el derecho humano a la salud"
23. Francisco Quiero, Jaime Gajardo (compiladores) "Por una Asamblea Constituyente: mecanismos, procesos y contenidos para una nueva Constitución" 1ra Edición, enero de 201



## Carta al Director de El Mostrador.

Pablo Cox Vial

**E**l día lunes 21 de Octubre estaba en la Unidad de Imagenología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso donde trabajo y se me acerca el Tecnólogo Médico de turno y me dice sorprendido ¿“Dr. vió esto? Descargo las imágenes al computador donde informo y veo un scanner de cerebro de una persona con un proyectil redondo hiperdenso en una órbita. Tras ese primer caso, un verdadero conglomerado de pacientes continuaron en los días siguientes con munición hiperdensa redonda y otras fragmentadas en distintas partes del cuerpo. Me contacté con el jefe de Oftalmología de mi hospital, compañero de curso de la escuela de medicina de la U. de Chile, y le pregunté por pacientes con lesiones oculares. Me dice que llevan 3 pacientes operados y que en Santiago en la Unidad de Trauma Ocular (UTO) del Hospital Salvador, centro de referencia, está la escoba, con más de 100 pacientes tratados. Desde ese momento nos ponemos a investigar esta situación, para nosotros nunca antes vista.

El gobierno decreta estado de excepción constitucional de emergencia el 19 de Octubre de 2019 para las provincias de Santiago y Chacabuco, y las comunas de Puente Alto y San Bernardo de la región metropolitana, decreto N 472 publicado en el Diario Oficial (1). Posteriormente este se extenderá a otras provincias y comunas del país, levantándose dicho estado de excepción el 28 de Octubre del mismo año (2). En estas circunstancias asume como Jefe de la Defensa Nacional un determinado oficial de las Fuerzas Armadas en los respectivos territorios según los decretos, estando a cargo del mando de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública en la zona declarada. En este período las funciones de velar por el orden público continúan principalmente en manos de Carabineros con respaldo, según lo determine el encargado de la zona de emergencia, de las Fuerzas Armadas. En este contexto empiezan a consultar en el Servicio de Urgencia del Hospital Carlos Van Buren, pacientes con heridas secundarias a proyectiles, llamando la atención la cantidad de personas con lesiones oculares.

Frente a manifestaciones públicas las fuerzas de seguridad cuentan con protocolos para resguardar el orden (3) En estos se establecen distintos niveles de interacción con los manifestantes, dependiendo de las características de la demostración y su legalidad. En estas circunstancias se considera el uso de armas de control de masas (*Crowd Control Weapons CCW*) dentro de estas se cuenta con el uso de proyectiles de impacto cinético o conocidos en la literatura internacional como *Kinetic Impact Projectiles (KIP)* (4). Los primeros proyectiles de estas características se utilizaron en Singapur en 1880, disparando pedazos cortados de mangos de escoba (4). Posteriormente se utilizaron balas de goma, en realidad pellets de goma, por primera vez en Irlanda del Norte, en Julio de 1970 por Fuerzas Armadas Británicas. Este proyectil era el L2A2 hecho de goma dura de 15 cm de largo por 3,5cm de diámetro y pesaba 140 gr. (5). El 22 de Abril de 1972 se produjo la primera víctima fatal por balas de goma en Irlanda del Norte, Francis Rowntree de 11 años (6). Posteriormente en el mundo son múltiples los casos de fallecidos, lesionados y secuestrados por KIPs, donde la muerte o la secuela permanente se debió en un 49,1% y 82,6% respectivamente, por impactos a cabeza y cuello. El 84,2% de los casos con lesión ocular resultaron con ceguera permanente (7).

La casuística local de lesiones oculares por KIPs en poco más de tres semanas de movilización social es devastadora, según lo informado por la Sociedad Chilena de Oftalmología al 9 de Noviembre del presente año van 168 pacientes con trauma ocular severo atendidos en la UTO, y no están contabilizados los atendidos en provincia.

Hasta la fecha no existe otro conflicto en el mundo con tal cantidad de lesiones oculares. En la revisión sistemática de lesiones, muerte y discapacidad secundarias a KIPs de Haar RJ. (7) de la literatura disponible en el mundo, entre enero de 1990 hasta junio de 2017, contabilizaron un total de 300 personas con discapacidad permanente, de estas 261 eran por lesiones oculares. En Chile hemos alcanzado el 64% de esta cifra en tres semanas en un solo conflicto. En el estudio realizado por Mahajna A. et al. (8) durante la segunda Intifada en Octubre del año 2000, hubo 27 impactos en la cara y 34 en cabeza y cuello, hubo 3 muertos, 2 de ellos por heridas penetrantes oculares. Lo más chocante es que La Fuerza Policial Israelí ha sido

instruida para disparar a más de 40 mts y deben apuntar exclusivamente a las extremidades inferiores (8) En cambio en el manual del año 2014, “Protocolos Para el Mantenimiento del Orden Público” de Carabineros de Chile ( procedimiento 2, protocolo 2.16) en los aspectos generales, punto 3 dice “Se debe considerar en todo momento aspectos como la distancia entre el tirador y la muchedumbre, las características del lugar ( abiertos, cerrados, pasajes, calles ,etc), o si en la muchedumbre se encuentran participando menores, mujeres o ancianos. Esto es refrendado por el Ministerio del Interior que publica en el Diario Oficial del Lunes 4 de Marzo de 2019, Sección I Num.42.295, Circular Num. 1832, Uso de la Fuerza: Actualiza Instrucciones al Respeto, en que nuevamente no precisa la distancia mínima a disparar o a donde se debe apuntar.

Por todo lo anterior es que propongo que solicitemos que se prohíba el uso de proyectiles de impacto cinético o KIPs para el control de masas ahora.

## REFERENCIAS

---

1. Diario Oficial de la República de Chile, Num. 42481-B Sección I, Sábado 19 de Octubre de 2019.
2. Diario Oficial de la República de Chile, Num. 42489-B, Lunes 28 de Octubre de 2019.
3. Protocolos para el Mantenimiento del Orden Público, Carabineros de Chile, Santiago 25 de julio de 2014.
4. Lethal in Disguise , The Health Consequences of Crowd- Control Weapons, Physicians for Human Rights (PHR) and International Network of Civil Liberties Organizations (INCLEO), March 2016.
5. Davison, N (2006) Bradford Non-Lethal Weapons Research Project (BNLWRP). Ocasional paper N 1. The Early History of Non Lethal? Weapons. Bradford : University of Bradford, Department of Peace Studies, U.K. (<http://hdl.handle.net/10454/3994>)
6. CAIN ( Conflict Archive on the Internet) Web Service – Conflict and Politics in Northern Ireland, Ulster University. (<https://cain.ulster.ac.uk/index.html>)
7. Haar RJ, Lacopino V, Ranadive N, et al. Death, injury and disability from kinetic impact projectiles in crowd-control settings: a systematic review. *BMJ Open* 2017; 7 : e018154. Doi : 10.1136/bmjopen-2017-018154.
8. Mahajna A, Aboud N, Harbaji I, et al. Blunt and penetrating injuries caused by rubber bullets during the Israelia-Arab conflict in October 2000: a retrospective study. *Lancet* 2002; 359: 1795-1800.



# INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

## ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

---

Cuadernos Médico Sociales publica trabajos originales sobre **Salud Pública y Medicina Social**, en español, inglés o portugués, en cuatro números al año (marzo, junio, septiembre, diciembre).

Dentro de los objetivos de **Cuadernos Médico Sociales** se encuentra estimular la reflexión y la investigación científica en el ámbito de la Salud Pública y de la Medicina Social, difundir temas relevantes a estas áreas del conocimiento, donde se integren quienes estudian o trabajan en las distintas disciplinas (ciencias naturales, biológicas, sociales y/o de la conducta, humanidades médicas y otras) e instituciones relacionadas con la salud colectiva. Hacer llegar a las autoridades, dirigentes, profesionales y estudiantes de postgrado aquellas experiencias, análisis y resultados de investigaciones que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la atención de salud.

Se preferirá resultados de investigaciones y/o experiencias en torno a ámbitos específicos de la Salud Pública y de la Medicina Social, tanto de metodología cuantitativa como cualitativa, que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la Atención de Salud. Se publican también Notas, Comentarios, Reseñas y Cartas al editor.

Los trabajos que cumplan con los requisitos formales, serán sometidos a revisión por expertos. La nómina de revisores consultados se publica una vez al año. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

## FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

---

Un Manuscrito en proceso de revisión en Cuadernos Médico Sociales no podrá ser enviado a otro medio de publicación para los mismos fines. Se sugiere que los trabajos enviados se ajusten a las siguientes instrucciones:

1. 1. La extensión máxima será de 20 páginas a espacio sencillo<sup>1</sup>, tipo Arial 11 con un margen de 3 cm., incluyendo tablas y gráficos. Las ilustraciones y tablas deben enviarse en páginas separadas, indicando claramente el título, Tabla xx o Figura xx. En el caso de los cuadros en su parte superior y de las figuras en su parte inferior, numeración, fuentes y el sitio en que serán intercaladas; deben venir en el archivo original y no ser insertados como “objetos”. No se usarán colores. Las notas al texto deben venir al final de cada página con números correlativos. Las tablas no deben contener grises en su interior, ni líneas verticales. Una línea horizontal sobre los títulos de las columnas y otra debajo. La tabla termina con una línea horizontal. No incorpore más líneas en su interior.
2. Los artículos de investigación deben dividirse en las siguientes secciones:
  - a. **Título y autores.** El título puede tener hasta 84 caracteres, incluyendo los espacios entre las palabras y además debe estar traducido al inglés. Los autores figurarán con el nombre y apellido; en nota al pie se consignará la profesión, cargo y principal grado académico. Se colocará la dirección electrónica del autor a cual deberá dirigirse la correspondencia.
  - b. **Resumen.** No debe tener más de 250 palabras, con los objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales. Agregar una versión en inglés. Colocar entre dos y seis palabras clave (descriptores), según la nomenclatura consignada en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
  - c. **Introducción.** Describa brevemente el objetivo de la investigación y explique su importancia.
  - d. **Material y Métodos.** Describa los procedimientos y materiales utilizados, incluyendo los detalles necesarios que permitan repetir la experiencia en futuras investigaciones.
  - e. **Resultados.** Presente sus resultados en secuencia lógica. No repita en el texto todos los datos presentados en tablas o ilustraciones. Enfatique o resuma solamente las observaciones importantes.
  - f. **Discusión.** Enfatique los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas de ellos. Incluya en esta sección las implicancias de sus hallazgos, tanto como sus limitaciones. Evite detalles ya presentados en las secciones Introducción y Resultados.
  - g. **Conclusiones y perspectivas**

---

<sup>1</sup> Los autores que deseen enviar trabajos más extensos, serán recibidos por el comité, para una evaluación especial.

h. **Referencias.** Limite las referencias (citas bibliográficas) idealmente a 30. Incluya las referencias aparecidas en revistas chilenas, incluyendo las **publicaciones pertinentes aparecidas Cuadernos Médico Sociales.** Las referencias deben seguir formato APA. Inclúyrlas en el texto con el apellido del primer autor entre paréntesis.

#### **Autoría**

### **RESPONSABILIDAD DE AUTORIA**

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos.

#### **TITULO DEL MANUSCRITO:**

---

---

**DECLARACION:** Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo que estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

**Conflicto de intereses:**      **NO:**      **SI:**      **(Explique):**

---

---

**NOMBRE Y FIRMA DE CADA AUTOR**

**CODIGOS DE PARTICIPACION**

---

---

---

---

**Mail para correspondencia:**

---

Además cada autor deberá especificar Institución de afiliación, si trabaja en más de una, especificar la principal o la que el autor desea que aparezca. Indicar además ciudad y país.

#### **ENVÍO DE MANUSCRITOS**

Los artículos deben enviarse al correo electrónico de la secretaría de Cuadernos Médico Sociales al correo-e: [jnovo@colegiomedico.cl](mailto:jnovo@colegiomedico.cl)

Cada autor tendrá derecho a un ejemplar del número en que aparece su artículo, sin costo. Los apartados deberán solicitarse al momento de enviar el trabajo; su costo será de cargo del autor.







Cuadernos Médico Sociales, revista de salud pública del Colegio Médico de Chile.  
Fundada en el año 1959.  
Publicación trimestral.  
Cuadernos Médico Sociales  
2019; Vol. 59, N° 3 y 4

Esmeralda 678, Santiago de Chile.