



## *Pediatría Social y Derechos en Iberoamérica*

El número 18 de nuestra revista compendia los trabajos de más de 40 profesionales de la salud infantil, en su mayoría de países de **América Latina**, pero también de **Norteamérica** y **España**.

La **SEPS** invitó a tratar el tema de *la Pediatría Social y Derechos en Iberoamérica* a la comunidad de pediatras y profesionales que desarrollan su labor en la propia región. Sumados a este esfuerzo, nos ofrecen el fruto de su conocimiento y experiencias en artículos que empiezan por la reflexión y opinión, como • **Ernesto Durán** (Colombia) sobre la *Garantía de Derechos a la Salud de los Niños*, • *la visión de la Asociación Latinoamericana de Pediatría*, por **Hernando Villamizar**, • *la Entrevista a Gary Robinson* (Canadá), o • *la relación de los derechos emergentes y la pediatría social*, por **Jeffrey Goldhagen** (EEUU), y otros más.

Las experiencias de los países nos llegan desde:

- Argentina
- Brasil
- Chile
- Colombia
- España
- Paraguay
- Perú
- República Dominicana
- Uruguay

Los más de 20 artículos, que esperamos sean enriquecedores para los lectores de Iberoamérica son, además de una expresión del interés por la pediatría social en la región, un llamado para aunar esfuerzos en la promoción del derecho a la salud y el desarrollo de la niñez. A continuación se presentan los contenidos del **Índice** (pág. 2)

## - Índice - Índice - Índice - Índice - Índice - Índice - Índice -

## Reflexiones / Opiniones

- Preocupaciones sobre la Garantía del Derecho a la Salud de Niños, Niñas y Adolescentes en Latinoamérica, por Ernesto Durán Strauch (Pág. 4)
- La *Iniciativa* del Cono Sur por la Salud de los Derechos de la Niñez: Soñar por un Mundo Mejor, por Raúl Mercer (Pág. 6)
- La Asociación Latinoamericana de Pediatría, en la visión de su presidente, *Hernando Villamizar* (Pág.8)
- Pediatría Social, una Disciplina Pediátrica emergente basada en los Derechos y la Equidad, por Jeffrey Goldhagen (Pág. 10)
- La Protección Social en Salud para la Infancia: Conceptos y Proyecciones, por Paula Bedregal (Pág. 12)
- Entrevista a *GARY ROBINSON*, Asesor CRED PRO (Pág.15)
- ¿Por qué los Derechos de los Niños?, por Stuart N. Hart (Pág.17)

## Argentina

- *PROYECTO TE ESCUCHO*, por Raúl Mercer, et al (Pág. 19)
- Formación de formadores para la integración de perspectiva de derechos de niños, niñas y adolescentes en el equipo de salud de un hospital pediátrico de alta complejidad, por Andrea Schön, Erica Hammermüller, Viviana Di Tommaso y Gabriela Bagari (Pág. 23)

## Brasil

- Experiencias Municipales: la institucionalización de niños y niñas sin cuidados parentales, por Gabriela Schreiner (Pág. 26)

## Chile

- Estado actual de la implementación de derechos de infancia en el sector público de salud, por Bárbara Leyton Cárdenas y Felipe Arriet Pacheco (Pág. 30)
- ¿Llegar a escala nacional a paso de hormiga o a paso de canguro?: La implementación de *Chile Crece Contigo* y sus desafíos, por Miguel Cordero et al (Pág. 33)
- Piloto de aplicación en Chile de un modelo de evaluación del cumplimiento de la Convención de Derechos de los Niños en su comentario general número 7, por Helia Molina et al (Pág. 36)

## Colombia

- Derecho a la salud: Mujeres e Infancias en Entornos Violentos, por María Lucía Mesa Rubio (Pág. 39)
- La Sociedad Colombiana de Pediatría y los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes: Avances y Retrocesos, por Clemencia Mayorga (Pág. 42)

## España

- Derechos del Niño y Pediatría Social en España, por José A Díaz Huertas y Junta Directiva SEPS (Pág. 44 )

## Paraguay

- *¡ Pehendu ore ñê ! (¡Escuchen Nuestra Voz!)*, por Raquel Escobar y Elke Strübing (Pág. 47)
- Aprendiendo a respetar los derechos del niño en la práctica pediátrica: *Relato del seguimiento de una experiencia desde el Paraguay*, por Claudia Patricia Sanabria (Pág. 50)
- La Sociedad Paraguaya de Pediatría y los Derechos del Niño y de la Niña, por Ida Esquivel Liedtke y Luis Alberto Chamorro (Pág. 52)

## Perú

- El Derecho a la Niñez: El niño pequeño lo merece. *Una mirada al desarrollo infantil temprana no en Perú desde una perspectiva internacional*, por Pilar Fort y Alfredo L. Fort (Pág. 54)

## República Dominicana

- Salud y Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, por Mirna I Josefina Luna Rodríguez (Pág. 58)
- Pediatría Social y Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes: Consideración histórica, por Luis Alam (Pág. 61)

## Uruguay

- Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), por María Laura Michelini, Susana Mara, Alicia Gil (Pág. 63)
- La experiencia de la Iniciativa de Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud - Uruguay (IDISU), por Alicia Canetti, Perla Vivas, María Laura Michelini, Adriana Gandolfi (Pág. 67)

## Libros

- Tratado de Medicina legal y Ciencias Forenses (Pág. 70)

## Actividades SEPS (Pág. 71)

## Agenda (pág. 72)

Esta publicación cuenta con  
International Standard Serial  
Number ISSN 1989-9793

## CONSEJO EDITORIAL:

Director: Jesús García Pérez

Coordinador: Víctor Ruiz

### Equipo Editorial:

Maite de Aranzabal  
M<sup>a</sup> Teresa Benítez  
Concepción Brugera  
Joaquín Callabed  
José A. Díaz Huertas  
Gabriel Galdó  
Isabel Junco Torres  
Raúl Mercer  
Antonio Muñoz Hoyos  
Carlos Redondo Figuero  
Bárbara Rubio Gribble  
Carmen Vidal

### Edita:

Sociedad Española  
de Pediatría Social

c/ Alcalde Sáinz de Baranda, 34  
28009 Madrid

Contacto con la redacción:  
[pediatriasocial@gmail.com](mailto:pediatriasocial@gmail.com)

Cuadernos de Pediatría Social es una publicación plural, que respeta las opiniones que sus colaboradores manifiestan en los artículos publicados, aunque no necesariamente las comparte.

Patrocinado por:



## EDITORIAL

Los derechos de los niños y la salud infantil van íntimamente unidos.

En el mes en que conmemoramos la aprobación de la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (20 de noviembre de 1989) la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS), que forma parte de la Asociación Española de Pediatría (AEP), propuso a la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) elaborar conjuntamente un número de *Cuadernos de Pediatría Social* que abordara este tema desde la perspectiva de la pediatría social en Iberoamérica, como un apoyo al avance en la mejora de la atención a la salud infantil desde la promoción de los derechos de los niños.

Este número, al coincidir con la celebración del Congreso de la ALAPE, que se celebra en Cartagena de Indias (Colombia), se valoró como una aportación de la pediatría social iberoamericana a dicho congreso, así como un impulso de sus Asociaciones en los diferentes países, y desde la propuesta de que en los Congresos de Pediatría debería haber un capítulo sobre los derechos de los niños.

El trabajo no ha sido fácil. Conversaciones con Hernando Villamizar (Presidente de ALAPE) en Valladolid (2011) y Granada (2012), con Ernesto Durán en Bogotá, con Helia Molina en Santiago de Chile; llamadas telefónicas, correos electrónicos,..., se han sucedido a lo largo de los últimos 11 meses.

Sería injusto no reconocer el papel fundamental que ha tenido, para hacer posible este trabajo, Raúl Mercer, pediatra designado por ALAPE para formar parte del Consejo Editorial de *Cuadernos*, quien ha coordinado y hecho el seguimiento de este número, y de Víctor Ruiz, periodista, en los trabajos de redacción y diseño de la revista.

En otros números, hemos tratado temas como la Estrategia AIEPI, los niños atendidos por el sistema de protección, Derechos de la Infancia, Salud Infantil en Países en vías de desarrollo,..., por lo tanto, la de este número nº 18 no es sino una continuación de una línea editorial, aunque algo especial.

En tiempos de crisis y situaciones socioeconómicas delicadas para los países en vías de todo el mundo, las desigualdades sociales en salud, la equidad y el enfoque de derechos en la atención a la salud, adquieren una especial significación.

Está nuestra parte cumplida, y esperamos que los contenidos de este número contribuyan a que los niños de Iberoamérica disfruten de un mejor estado de salud, desde el respeto a sus derechos, a través del trabajo de pediatras, gestores políticos,..., y al desarrollo de la pediatría social y su red en Iberoamérica •

**José A. Díaz Huertas**

**Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Social**

### Foto de la portada:

Niños de una comunidad indígena guaraní urbana, ubicada en "Cerro Poty", en la periferia de Asunción. Tomada por Daniel Gómez Olázar.



# PREOCUPACIONES SOBRE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA

**Ernesto Durán Strauch**  
Integrante Grupo Salud y Derechos  
Sociedad Colombiana de Pediatría

El **Grupo Latinoamericano Salud y Derechos**, conformado por profesionales de la salud y áreas afines de **Argentina, Colombia, Chile, Paraguay, República Dominicana y Uruguay**, participó a principios de este año en la consulta realizada por el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, hecha como parte del proceso de redacción de un Comentario General sobre el Tema.

Se recogen en este texto algunas reflexiones que se hicieron para responder la pregunta sobre las preocupaciones principales respecto a la garantía del derecho a la salud en la región.

Las reformas en el sector salud que se han dado en gran parte de Latinoamérica, han tendido a privatizar la administración y prestación de servicios de salud, convirtiéndolos en una mercancía, limitando los derechos en salud a lo establecido en un contrato y generando una preocupante corrupción en el sector. Se tiende a segmentar el acceso a los servicios, profundizando las inequidades socio-sanitarias y nutricionales, limitando las funciones estatales en salud pública. Consecuencia de lo anterior, se ha producido una fragmentación de los servicios de salud, la salud no se ve hoy como un derecho integral, sino que está fraccionada en diferentes nichos de mercado, en torno a cada uno de los cuales hay intereses particulares.

Los capitales privados tienen hoy una gran influencia en las prioridades, políticas y acciones en salud. Los grupos financieros ven al sector salud como un negocio, han monopolizado el mercado de vacunas, medicamentos, y de apoyos diagnósticos y terapéuticos, llevando a que estos tengan altos costos y no sean accesibles a la mayoría de la población. Estos grupos privados no priorizan en la investigación de las

enfermedades más frecuentes de la infancia y la adolescencia, pues para ellos son más rentables las enfermedades crónicas de alto costo. Los trata-

dos de libre comercio han fortalecido este esquema, al defender los intereses de fabricantes de productos indispensables para la salud infantil y adolescente. Entre tanto, los Estados priorizan la inversión en aspectos como seguridad, salvamento del sector financiero o pago de la deuda externa, dejando en un segundo plano la inversión en salud y nutrición infantil.

Las grandes inequidades sociales y económicas, generan inequidades en salud y hacen que la mayor parte de muertes de personas menores de 18 años sean por problemas de salud prevenibles. La pobreza, la desnutrición, la falta de acceso a servicios básicos, las viviendas inadecuadas, los ambientes insalubres, son el contexto que explican la mayor parte de los problemas en salud de la población menor de 18 años. Los promedios nacionales esconden grandes

≡ ≡ **Las grandes inequidades sociales y económicas, generan inequidades en salud y hacen que la mayor parte de muertes de personas menores de 18 años sean por problemas de salud prevenibles** ≡ ≡ ≡



Foto: Raúl Mercer

≡≡≡ **La atención oportuna de estos desajustes e inequidades es una prioridad inaplazable si se quiere compensar la deuda histórica que tiene la región con la salud y el cuidado de su infancia** ≡≡≡

ven aumentadas por nuevas desigualdades en el acceso y la calidad de dichos servicios.

Las estrategias de atención primaria, de demostrado impacto en la salud infantil y adolescente (IAMI-IAFI, AIEPI, jardines saludables, escuelas saludables, salud sexual y reproductiva, servicios amigables para adolescentes, etc.), no reciben hoy el suficiente apoyo por parte de los Estados, su aplicación se ha focalizado y es limitada en cobertura, oportunidad y calidad.

Preocupan en la región los problemas de desnutrición, anemia, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad, bajo peso al nacer, problemas congénitos, problemas perinatales, la morbi-mortalidad por enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, los problemas odontológicos, los problemas en el desarrollo, las limitaciones y discapacidades, los problemas de salud mental, los accidentes, las muertes violentas, el maltrato, el abuso y la violencia, el embarazo adolescente, el consumo de sustancias psicoactivas, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, el VIH-SIDA y las demás enfermedades de transmisión sexual.

Preocupa igualmente la garantía efectiva de los derechos en situaciones de desastre natural o social; la atención adecuada en salud y nutrición infantil en estas situaciones deja que desear; los Estados no están adecuadamente preparados para prevenir y enfrentar estas situaciones que se repiten año a año, y la ayuda internacional es limitada en el tiempo y en la capacidad de responder ante la magnitud de los desastres.

Preocupa la persistencia de prácticas que dejan a niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección afectando gravemente su salud, su desarrollo y su bienestar tanto físico como mental, tales como: las diferentes formas de violencia, el abandono, el trabajo infantil, la esclavitud, la mendicidad, la vida en la calle, la explotación sexual, la vinculación a bandas criminales y grupos armados, el secuestro y la trata, y el uso en la producción y comercio de estupefacientes.

Es alta la frecuencia de embarazos no deseados y no planeados, así como la de embarazos adolescentes. Hay problemas en el acceso y calidad a una atención prenatal y postnatal adecuada, lo que genera elevada incidencia de bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y secuelas en el desarrollo y la salud, que van a persistir toda la vida.

inequidades en salud al interior de los países. Estas inequidades en salud en vez de ser compensadas por los servicios de salud, con frecuencia se

Los temas de desarrollo infantil y salud mental se dejan en un segundo plano y, si bien hay una preocupación en aumento en los últimos años en la atención a la primera infancia, la misma está más centrada en el cuidado físico que en el desarrollo psico-emocional y social. La salud mental de escolares y adolescentes es un tema marginal, que recibe poca atención y pocos recursos.

Las situaciones descritas son más críticas en algunos países, pero de alguna manera inciden en todos ellos, haciendo que el importante avance económico de la región en los últimos años no se vea reflejado claramente en la mejoría de la calidad de vida y las condiciones de salud y nutrición de las nuevas generaciones.

Si bien, al lado de estas situaciones preocupantes, se presentan algunos avances importantes, es necesario resaltar que la atención oportuna de estos desajustes e inequidades es una prioridad inaplazable si se quiere compensar la deuda histórica que tiene la región con la salud y el cuidado de su infancia •



**Ernesto Durán Strauch** es Profesor de Pediatría Social y Coordinador del Observatorio sobre Infancia en la Universidad Nacional de Colombia.

Como Integrante Grupo Salud y Derechos, en la Sociedad Colombiana de Pediatría ha sido el Coordinador de la elaboración del informe citado para el Comité de Derechos del Niño (ONU).

# La *Iniciativa* del Cono Sur por la Salud de los Derechos de la Niñez

## SOÑAR POR UN MUNDO MEJOR

Raúl Mercer (FLACSO, Argentina)

Desde el año 2005, un grupo de profesionales de la salud comprometidos por la salud y calidad de vida de la niñez en la Región venimos trabajando de manera solidaria e ininterrumpida. Nuestro objetivo es hacer realidad en el campo de la salud el mensaje que la Convención Internacional por los Derechos del Niño nos ha legado. Ello implica transformar sus mandatos y traducirlos en forma de políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones.

Hoy somos 5 países involucrados activamente en este proceso: Argentina, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay. Pero además, integrantes de la **Iniciativa** han participado de actividades de cooperación entre los países miembros, con otros países de la región (Nicaragua, Honduras, República Dominicana, EEUU, Canadá), y de otras regiones (capacitaciones realizadas en Turquía para 8 países de Europa del Este, y en África para Sudáfrica y Tanzania).

El modo de involucramos es voluntario, participativo y sobre todo, de carácter horizontal. Todos los países aportan sus saberes, todos aprendemos de todos.

Además de la voluntad explícita de los países participantes, tres instancias institucionales han facilitado la sostenibilidad de este proceso. Por un lado, la asociación entre CRED PRO/FLACSO Argentina (ver entrevista a Gary Robinson), la presencia permanente de Jeff Goldhagen, de EEUU, como mentor de muchas de las actividades y emprendimientos (ver su artículo) y ALAPE, como espacio de escala-



Ilustración corporativa de **la Iniciativa**, creada por Lucrecia Feller.

miento y disseminación en el mundo de la pediatría iberoamericana (ver artículo de Hernando Villamizar).

También se ha participado de eventos vinculados con la promoción de los derechos de la niñez, en el marco de actividades promovidas por la Organización Mundial de la Salud y el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (ver artículo de Ernesto Durán sobre el Comentario General del Artículo 24 de la CIDN).

El grupo se reúne periódicamente para analizar avances, evaluar acciones que se vienen desarrollando en cada uno de los países y producir recursos y sistematizaciones de experiencias innovado-

ras en la promoción del derecho a la salud.

La Iniciativa mantiene cooperación, además, con la ISSOP (*International Society of Social Pediatrics*, ex ESSOP, [www.essop.org](http://www.essop.org)), con la Sociedad Española de Pediatría Social ([www.pediatriasocial.es](http://www.pediatriasocial.es)), y con la Red Europea de Hospitales Promotores de la Salud ([www.hph-net.org](http://www.hph-net.org)).

A diferencia de otros modelos asociativos tradicionales, este grupo se sostiene por un marco ético que da sentido a su existencia: hacer realidad un mundo que reconozca y respete los derechos de la niñez •

Novedades y Recursos referentes a La Iniciativa, en la página siguiente (7)

## NOVEDADES - RECURSOS

Desde sus inicios, la *Iniciativa del Cono Sur para la Promoción de la salud y los Derechos de la Niñez* ha participado junto a los países integrantes en actividades de abogacía para difundir la importancia de la temática del derecho a la salud. Compartimos una serie de recursos y materiales que podrán ser de vuestro interés. **Raúl Mercer** (FLACSO, Argentina)

### ■ Modelos asociativos

La *Iniciativa* ha trabajado colaborativamente desde FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina ([www.flacso.org.ar](http://www.flacso.org.ar)) y CRED PRO, *Child Rights Education for Professionals* ([www.cred-pro.org](http://www.cred-pro.org)). Desde ambas instituciones se han desarrollado a lo largo de los últimos años una serie de propuestas que atienden a involucrar a los profesionales de la salud en la temática de derechos de la niñez. CRED PRO cuenta con una página en Español en la que podrán encontrar recursos variados en relación a la Iniciativa.

<http://www.cred-pro.org/page/paginas-en-espanol>

### ■ Experiencias de evaluación

La necesidad de evaluar el impacto pedagógico de la formación de profesionales de la salud en el campo de los derechos de la niñez constituye una preocupación permanente de los actores participantes. CRED PRO desarrolló un modelo de valuación de experiencias de carácter integral. La aplicación de dicho modelo en la evaluación de las experiencias de Argentina y Chile puede ser indagada a través del acceso a los respectivos informes.

<http://www.cred-pro.org/page/accountability-1>

### ■ Declaración de Puerto Rico (ALAPE)

(Ver artículo de Hernando Villamizar)

Con motivo de cumplirse 20 años de la firma de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la Asociación Latinoamericana de Pediatría-ALAPE ratifica su compromiso de trabajar para que a cada uno de los niños, niñas y adolescentes de la región les sean garantizados integralmente sus derechos, y llama a la comunidad de pediatras del continente a impulsar acciones para concretar este anhelo. Esta Declaración fue producto del trabajo realizado por profesionales de la Región comprometidos con la temática de los derechos de la niñez y adolescencia.

[http://www.alape.org/documentos\\_declaracion\\_PR2009.php](http://www.alape.org/documentos_declaracion_PR2009.php)

### ■ Redes de información y comunicación

El uso de las redes de información y comunicación constituye una importante herramienta para promover intercambio de experiencias y conocimientos entre grupos de interés de diferentes latitudes. Una de las redes más importantes a nivel global en derechos de la niñez es CRIN, *Child Rights International Network* ([www.crin.org](http://www.crin.org)). Allí podrán encontrar dos artículos publicados con relación a la experiencia de salud y derechos en América Latina y en Argentina en particular.

[http://www.crin.org/docs/FileManager/Child\\_Rights\\_in\\_Latin\\_America.pdf](http://www.crin.org/docs/FileManager/Child_Rights_in_Latin_America.pdf)

[http://www.crin.org/docs/FileManager/Promoting\\_Children\\_Rights\\_in\\_the\\_Health\\_System\\_Argentina.pdf](http://www.crin.org/docs/FileManager/Promoting_Children_Rights_in_the_Health_System_Argentina.pdf)

### ■ Declaración de compromiso con los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Revista de la Sociedad Chilena de Pediatría

Posteriormente al encuentro realizado en Puerto Rico, se desarrollaron actividades de difusión de la Declaración con el fin de promover una mayor conciencia en torno a los derechos de la niñez en los ámbitos locales de los países.

[http://www.alape.org/docs/documentos/Editorial\\_SOCHI\\_PE.pdf](http://www.alape.org/docs/documentos/Editorial_SOCHI_PE.pdf)

### ■ Comentario General sobre el derecho de la niñez a la salud (Artículo 24 de la Convención)

Periódicamente, el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, publica una serie de comentarios generales de los Artículos de la Convención. Estos comentarios conforman una revisión crítica y actualizada de la Convención de los Derechos de la Niñez, que tienen como objetivo hacer una lectura actualizada y crítica de los contenidos de la CIDN, a través de un debate y consenso internacional. El Artículo 24 de la CIDN está también en proceso de revisión. Durante el proceso de consulta global, diferentes organizaciones del mundo han contribuido con piezas de opinión para enriquecer el debate. En el siguiente enlace podrán encontrar los aportes realizados para dicho Comentario General. Uno de ellos proviene de la Iniciativa sobre Salud y Derechos del Niño de América Latina. El informe está en inglés y español.

[www2.ohchr.org/english/bodies/crc/callsubmissionsCRC\\_received.htm](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/callsubmissionsCRC_received.htm)

### ■ Otros espacios y experiencias

Durante el corriente año, Miguel Cordero (Chile), integrante de la Iniciativa, propuso un encuentro virtual y presencial titulado "De las Moléculas al Capital Humano". Dicho encuentro fue un desafío orientado a generar puentes de conocimiento entre la biología molecular y las políticas de niñez. La experiencia contó con ponentes de diversos países. Una parte del evento estuvo dedicada al derecho al desarrollo temprano.

<http://blogs.iadb.org/desarrolloinfantil/2012/09/10/de-las-moleculas-al-capital-humano/>

### ■ Una Red recién creada en España

La *Red de Promoción de la Salud y los Derechos de la Infancia* (REPSDI) es fruto del convenio de la Sociedad Española de Pediatría Social ([www.pediatriasocial.es](http://www.pediatriasocial.es)) y UNICEF España. Entre otros contenidos, cuenta con la Herramienta de auto-evaluación sobre el respeto de los Derechos de los Niños en el Hospital y otros documentos de interés.

<http://www.repsdi.es>



## La Asociación Latinoamericana de Pediatría, en la visión de su presidente, Hernando Villamizar

*La presencia de la voz y pensamiento de Hernando Villamizar en este número de Cuadernos de Pediatría Social, le confiere un significado especial a esta publicación. Colega, líder indiscutido y compañero de emprendimientos utópicos, supo conferirle a ALAPE una presencia en la Región antes inimaginable. Hoy ALAPE es reconocida dentro y fuera de América Latina como una institución responsable, expresión del sentir de las sociedades de pediatría de Iberoamérica. Más allá de las cuestiones societales, Hernando es un verdadero hacedor, un agente de cambio y promotor de los derechos de la niñez. Recorrer sus pensamientos e ideas nos ayudará a vislumbrar el horizonte de las sociedades de pediatría, su presente y futuro.*

*Raúl Mercer, Ernesto Durán Estaruch y María Lucía Mesa Rubio*

### ¿Cuál es el sentido de ALAPE en el contexto de la pediatría de la Región?

En ALAPE somos la voz amplificadora de 23 Sociedades Pediátricas y de varios miles de pediatras que las integran, lo cual no solo nos habilita para abogar por los niños, niñas y adolescentes, sino también para tender puentes entre la comunidad y los diferentes sectores de la sociedad, y para ser un aliado importante para los principales actores y organizaciones que tienen que ver con la salud regional y mundial.

Cada Pediatra y cada Sociedad, por supuesto, tienen la posibilidad de expresarse en forma individual y local, pero juntos tenemos la capacidad adicional de actuar políticamente y trabajar mancomunadamente con mayor fuerza para cambiar la realidad que vive nuestra región.

**Nos gustaría conocer el motivo por el cual durante su presidencia ha tomado como una de sus políticas prioritarias la abogacía en torno a los derechos de la niñez.**

Como bien lo decía el pediatra y humanista argentino, Profesor Florencio Escardó: "Desde muy pronto me interesó más que la medicina de los médicos, la medicina de los pacientes...". Como él, con el paso de los años, "un día descubrí que mis iguales no eran los médicos, ni los académicos, ni los profesores, sino los pacientes".

Fue definitivo en este proceso, en mis primeros años de residencia en pediatría, la experiencia personal (y de alguna forma profesional) de haber tenido mi primera hija prematura, en 1977, y haber acompañado día y noche su decisión de sobrevivir.

La situación vivida me facilitó entender la pediatría más allá de las enfermedades, y deducir que estas y su evolución, en su gran mayoría, son determinadas por factores no exclusivamente dependientes de la biología. Y, por otro lado, que los pediatras, además de curar, podemos y debemos acompañar, interactuar con nuestros pacientes, sus familias, y asegurar que sus derechos más elementales sean tenidos en cuenta.

**A los 20 años de la Convención de los Derechos del Niño, ALAPE logró el compromiso de las Sociedades de Pediatría de la Región a través de la Declaración de Puerto Rico. ¿Cuáles son sus expectativas con relación al compromiso de los países filiales en su adhesión a dicha Declaración?**

Pienso que cada día el compromiso del pediatra en este sentido es mayor.

Esta razón de nuestro quehacer que parece lógica, y debería ser la fuerza vital de nuestro ejercicio pro-





fesional y desarrollo personal, no es fácil de comprender por nosotros en los primeros años, pues además de que nuestra formación ha estado muy ligada a la incorporación de conocimientos y al entrenamiento técnico, nos tenemos que enfrentar con situaciones médicas tan difíciles, que es fácil perder la perspectiva humanista en nuestro ejercicio diario. Si a esto le añadimos la compleja condición laboral del pediatra latinoamericano, la situación se enrarece aún más.

Sin embargo, paulatinamente, el desarrollo mismo de la especialidad, el paso de los años, y la reiteración permanente en nuestros programas de educación médica en el sentido de que no solo somos curadores de enfermedades y consejeros de la familia sino agentes activos de cambio... Todo ello, con el fin de lograr que en nuestras sociedades los niños y adolescentes tengan las mejores oportunidades de acceso a la salud y educación, y que no se vulneren sus derechos... Este proceso facilita ver más allá, y convencernos de que solo de este modo mejoraremos su desarrollo y su salud presente y futura.

### ¿Considera que ALAPE debiera contar con un capítulo permanente dedicado a temas de pediatría social y los derechos de la niñez?

Como los niños, habitualmente, se encuentran en un entorno familiar, que en sí mismo ya es un ambiente social, en principio toda la Pediatría es social. En consecuencia, la Pediatría no es social cuando no reconoce los determinantes contextuales, más allá de los biológicos y genéticos, y las raíces y consecuencias sociales de la salud y la enfermedad; por lo tanto, de no ser así, no se ejerce una verdadera Pediatría.

Con el devenir del ejercicio profesional y la superespecialización, esta perspectiva trascendente, que como bien la definía Florencio Escardó hace de la pediatría, "la medicina del hombre", es impor-

tante fortalecerla. Las asociaciones y los capítulos tienen la capacidad adicional de amplificar esta visión y jugar un mayor papel político en la salvaguarda de estos temas, en el que juega un rol fundamental el reconocimiento, respeto y promoción de los derechos de niños y adolescentes.

### ¿Cuáles son sus expectativas con relación a la situación de la niñez de la Región y al rol de los profesionales de la pediatría en la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes?

Me siento muy satisfecho con que una buena parte de los 223 trabajos de investigación enviados al XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría de ALAPE, a celebrarse del 14 a 18 de Noviembre de 2012 en Cartagena de Indias (Colombia), y los que recibieron mención espe-

cial (*favor ver:* [http://www.congresosalape.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=112&Itemid=94](http://www.congresosalape.org/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=94)), entienden al niño y su situación de salud, enfermedad y bienestar en un contexto social. Esta visión holística de la Pediatría definitivamente tendrá que contribuir a fortalecer nuestras acciones en salud y la capacidad de las diversas instituciones de salud y otros sectores para mejorar la salud integral del niño en la región.

Anhelo que este espacio que supimos construir de manera solidaria, se constituya en un verdadero legado no sólo para la comunidad profesional sino para todos los niños y niñas de nuestra región en la realización de sus derechos, con equidad •

#### Para más información:

ALAPE: [www.alape.org](http://www.alape.org)

XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría: [www.congresosalape.org](http://www.congresosalape.org)

International Pediatric Association: [www.ipa-world.org](http://www.ipa-world.org)

El Dr. **Hernando A. Villamizar Gómez**, de nacionalidad colombiana, es Pediatra y Neonatólogo. Actualmente es el Presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) y ex-presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP). Forma parte del *Standing Committee* de la *International Pediatric Association* (IPA) y del Consejo de *IPA Foundation*. El Dr. Villamizar Gómez integra el Grupo Asesor Técnico de AIEPI (GATA) de OPS/OMS y participa, en representación de ALAPE, en la importante iniciativa de la Alianza para la Salud Neonatal de la América Latina y el Caribe.

También es miembro de la Asociación Colombiana de Neonatología de la que es uno de sus fundadores. Ha sido parte de su Junta Directiva y miembro principal de la regional Santanderes desde 2000 a la fecha.

Es, además, miembro de número del capítulo del Norte de Santander de la Academia Nacional de Medicina de Colombia y Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Pediatría y de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Conferencista internacional y merecedor de varios premios y reconocimientos nacionales, e internacionales, recientemente recibió el *2011 Baylor Colleague of Medicine* y el *Texas Children's Hospital International Recognition Award*, premio que "se otorga a un médico que ha realizado contribuciones significativas al campo de la pediatría durante su carrera y a un impacto significativo en el cuidado de los niños a nivel nacional y a nivel internacional".

# Pediatría Social

## Una Disciplina Pediátrica emergente basada en los Derechos y la Equidad

Jeffrey Goldhagen, M.D., MPH  
University of Florida College of Medicine  
(Jacksonville, FL)

Las disparidades en salud de los niños, y los rápidos avances en la epidemiología social<sup>1-5</sup>, la epigenética y las ciencias del curso de vida<sup>6-8</sup>, exigen cambios radicales en la práctica de la pediatría, si tenemos que dar respuesta a los determinantes sociales y ambientales de la salud infantil. Estos cambios requieren nuevos modelos de práctica profesional y de sistemas de atención. Serán necesarios: un marco basado en la igualdad y en los derechos de los niños/as para la atención clínica y protección infantil, políticas públicas, educación médica, desarrollo de capacitación e investigación. No abordarlo de esta manera, contribuirá al aumento de las brechas existentes entre el conocimiento de las causas-raíz del bienestar de los niños/as y nuestra práctica de pediatría y salud infantil.

Estos avances en epidemiología y fisiología pueden traducirse en el próximo nivel de desarrollo de la pediatría - la Pediatría Social. La Pediatría Social expande los dominios biomédicos y psico-sociales de la pediatría, para incluir el impacto de la sociedad - lo social, civil-político, económico, cultural y medioambiental - sobre el niño individualmente y sobre la población infantil. En el campo de la Pediatría Social -el impacto del racismo<sup>9</sup>, la discriminación<sup>10</sup>, la etnia, étnico, la inmigración<sup>11</sup>, lo civil-político, económico, cultural y los entornos físicos<sup>1-5</sup> el desarrollo cerebral temprano<sup>12</sup>, el acceso a la atención médica y de salud mental, y el entorno construido<sup>13</sup>, son de los determinantes más críticos para la salud y bienestar infantil y del adulto. En una escala global, la Pediatría Social considera y responde al impacto del cambio climático y la degradación del medio ambiente<sup>14</sup>, la globalización<sup>15</sup> y la guerra<sup>16</sup> sobre la salud infantil. Esta evolución de la pediatría desplaza nuestra disciplina, de un enfoque en el niño/a a nivel individual, en la familia y la comunidad, a otro en la sociedad, a escala regional, nacional y global. Esta transición va a requerir un nuevo lenguaje, un nuevo marco clínico y nuevas herramientas, que los profesionales de la salud infantil y los defensores de los niños puedan utilizar para identificar y mitigar los determinantes que afectan la salud infantil, en sus prácticas y en sus comunidades<sup>17-19</sup>.

### Equidad en Salud Infantil

Como se ha detallado en la declaración política de la Academia Americana de Pediatría, sobre derechos de los niños y equidad en salud, la disciplina y la práctica de la Equidad en Salud Infantil puede conceptualizarse como compuesta de 4 dominios - los derechos del niño, la justicia social, la inversión en capital humano y la ética de la equidad sanitaria<sup>20-21</sup>. Los principios incluidos en estos dominios aportan perspectiva y conocimiento que pueden ser integrados tanto en la práctica de la atención pediátrica tanto primaria como en las subespecialidades. Pueden usarse operativamente como herramientas, competencias, y estrategias, para promocionar la salud infantil, dan

respuesta a las disparidades sanitarias y avanzar hacia la equidad en salud infantil. Más específicamente:

**Derechos de la Niñez.** "Los artículos de la Convención definen los derechos de los niños/as en el contexto de su situación social, económica, cultural y civil-política. Es su integridad, la Convención redefine la infancia, el estatus de los niños en la sociedad, y lo que constituye la salud y el bienestar infantiles. La Convención establece un marco conceptual para la defensa de los niños/as, un enfoque holístico para satisfacer las necesidades infantiles, un inventario de resultados sanitarios óptimos, y una guía para la investigación en los sistemas sanitarios. Los derechos definidos por la Convención establecen las condiciones esenciales y holísticas necesarias para asegurar que los niños alcancen un estado óptimo de bienestar".

**Justicia Social.** "La justicia social se refiere a la distribución justa de los recursos. La distribución de los recursos es el resultado de las decisiones de las políticas del sector público -y del privado- sobre entidades e instituciones de todos los niveles de la sociedad. Los Pediatras ... pueden trabajar para asegurar el interés superior de los niños (Convención, artículo 3) donde y cuando se tomen decisiones políticas en relación a la distribución de los recursos en temas que los afecten (por ejemplo, en la práctica clínica, los hospitales, colegios y comunidades), incluso si estas decisiones parecen tener poca relevancia para los niños. También pueden asegurar que todas esas decisiones no sean discriminatorias con los niños en cuanto a raza, etnia, nivel socioeconómico, género, discapacidad y /o condición migratoria (Convención, artículo 2)."

**Inversión de Capital Humano.** La inversión de capital en los niños/as refleja el compromiso de la sociedad y comunidades a la hora de invertir recursos necesarios para mejorar la salud y bienestar de todos los niños y reducir las disparidades. La inversión de capital humano en niños/as se conceptualiza como compuesto de 5 tipos de capital:

- **Capital Social.** "El capital social refleja las relaciones humanas que afectan a los niños/as. A este respecto, una definición operativa y relevante para los pediatras, es que el capital social se refiere a las relaciones sociales en la familia, instituciones y comunidades (Es decir, colegios, clubes e instituciones religiosas) y entre los pares que influyen positivamente en la salud y bienestar de los niños/as".
- **Capital Económico.** "La inversión económica de un país o una comunidad en los niños/as, tiene un efecto directo en la salud y bienestar de estos. Los niños que viven en la pobreza tienen peores indicadores de salud, situación que está relacionada virtualmente con cada medida de bienestar<sup>22</sup>. La desigualdad de ingresos también parece tener un efecto negativo en la salud infantil y la adulta. Las políticas públicas que transfieren recursos económicos directamente a las familias, y en particular a los niños/as, en la forma de subsidios en efectivo o servicios (es decir: atención infantil, atención médica, ayuda en alimentaria, licencias por maternidad ampliadas, pensión infantil, subsidios de vivienda) tienen un efecto positivo en los niños".
- **Capital Ambiental.** "El medioambiente donde crecen y se desarrollan los niños tiene una profunda influencia en su salud y bienestar tanto para los niños/as como para la población adulta. Dado nuestro creciente conocimiento del desarrollo cerebral temprano, los efectos diferenciales del entorno físico sobre el desa-

rollo del niño/a, la epigenética, la prevalencia de injusticia ambiental, y los efectos potenciales del cambio climático en los niños/as, es incumbencia de la sociedad el considerar el entorno y la justicia ambiental, en el contexto de la equidad sanitaria infantil".

- **Capital Educativo.** "La educación es un derecho fundamental de los niños/as. Las políticas relacionadas con el acceso a una educación de calidad, en especial al aprendizaje temprano, y aquellas relacionadas con niños con necesidades especiales, reflejan la transferencia de capital (recursos) educacional a los niños. Tales políticas son importantes medidas de equidad. La tasa de retorno de la inversión en educación temprana ha sido bien establecida. Igualmente se han documentado los efectos de la educación temprana sobre los resultados de salud y en las medidas de bienestar del niño/a y del adulto".
- **Capital Personal.** "La inversión en la dignidad de los niños/as y asegurar que todos los niños/as, sin discriminación, tengan una expectativa legítima y realista de gozar una salud óptima, y de alcanzar sus sueños y aspiraciones, depende de una política pública igualitaria. La inversión en capital personal de niños/as y familias es un asunto fundamental de equidad, un reflejo de los valores de una comunidad y una medida de su grado de humanidad. También es una inversión en la salud y bienestar de un individuo para todo el curso de su vida -desde la infancia hasta la adultez- y un componente esencial del papel de los pediatras al atender y asesorar a sus pacientes".

**Ética de la Igualdad Sanitaria.** "La ética de igualdad sanitaria adapta y aplica los principios tradicionales de la ética médica (es decir: justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía) al marco de los derechos del niño. Define un amplio conjunto de principios éticos basados en los derechos, que puede usarse como herramienta para la consideración y análisis de los problemas relacionados con los componentes de equidad en la sanidad infantil".

## Conclusión

La importancia futura de la pediatría y de los pediatras en el bienestar de los niños/as dependerá en parte en la medida en que estos principios de Equidad Sanitaria y Derechos del Niño se trasladen a la práctica corriente de la Pediatría Social. Las herramientas existentes y los nuevos desarrollos metodológicos basados en los principios de equidad y derechos, darán poder a los pediatras para dar respuesta a los determinantes de la salud infantil, en los dominios de la práctica clínica, el desarrollo comunitario, la defensa de los niños/as y las políticas públicas. El fracaso en responder a los determinantes sociales y ambientales de la salud afectará a los niños/as y adultos a lo largo de su curso de vida. Serán necesarios avances en la educación médica y en los métodos de investigación para preparar a los pediatras en su práctica y generación de nuevo conocimiento relacionado a la Pediatría Social. Un paradigma interdisciplinario de sistemas y prácticas permitirá a los profesionales de la salud hacer frente a los desafíos que enfrentan los niños y las familias en todo el mundo<sup>23-24</sup>. El fracaso en responder a los determinantes sociales y ambientales de la salud afectará a los niños/as y los adultos en el curso de toda su vida" •



Jeff Goldhagen (2° por la Dcha.), en compañía de integrantes de la *Iniciativa de Salud y Derechos del Niño del Cono Sur*.

## Referencias Bibliográficas

- 1.- Zolotor A, Runyan D. Social capital, family violence, and neglect. *Pediatrics*. 2006; 117(6):e1124-e1131.
- 2.- Subramanian S.V., Kawachi I. Income inequality and health: What have we learned so far? *Epidemiol Rev*. 2004;26(1):78-91
- 3.- Marmot, M. G.; Davey Smith, G.; Stansfield, S.; et al. Health Inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337:1387-1393.
- 4.- Adverse childhood experience. Disponible en: <http://www.acestudy.org>. Consultado en 9 Diciembre, 2011
- 5.- Barker D. Maternal nutrition, fetal nutrition, and disease in later life. *Nutrition*. 1997;13(9):807-813
- 6.- Lu MC, Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: A life-course perspective. *Matern Child Health J*. 2003;7:13-30.
- 7.- Huang JS, Lee TA, Lu MC. Prenatal programming of childhood overweight and obesity. *Matern Child Health J*. 2007;11(5):461-473
- 8.- National Scientific Council on the Developing Child (2005). Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3. Disponible en: [www.developingchild.harvard.edu](http://www.developingchild.harvard.edu)
- 9.- Racism. Disponible en: <http://www.aspeninstitute.org/search/google/Racism?query=Racism&cx=010618789942109371844%3Apuahiq7sw6m&cof=FORID%3A11&site=search=#1099>. Consultado en 30 Noviembre, 2011
- 10.- Case A, Lubotsky D, Paxson C. Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *Am Econ Rev*. 2000;92(5):1308-1334
- 11.- Nazroo J. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism. *Am J Public Health*. 2003;93(2):277-284
- 12.- Webb E. Discrimination against children. *Arch Dis Child*. 2004;89(9):804-808
- 13.- Policy Link. Why Place Matters: Building a Movement for Healthy Communities. 2007.
- 14.- Waterston T. Climate change-the greatest crisis for children? *J Trop Pediatr*. 2006;52(6):383-385
- 15.- Wamala S, Karachi I. Globalization and Health. Oxford, England: Oxford University Press; 2006
- 16.- Barry S. Levy and Victor W. Sidel (eds). War and Public Health. Washington D.C.: Oxford University Press; 2007
- 17.- Human Rights Documents. Disponible en: [www1.umn.edu/humanrts/us\\_docs.html](http://www1.umn.edu/humanrts/us_docs.html). Consultado en: 9 Diciembre, 2011
- 18.- UN Convention on the rights of the child. Disponible en: [www.unicef.org/crc](http://www.unicef.org/crc). Consultado en: 9 Diciembre, 2011
- 19.- Goldhagen J and Lansdown G. Child Rights. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah, (eds). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 1. San Diego:Academic Press; 2008:605-612
- 20.- Goldhagen J. Child rights and the UN Convention on the Rights of the Child. *Pediatrics*. 2003;112(3):742-745
- 21.- Goldhagen J, Etzel R, Melinkovich P and the Council on Community Pediatrics and Committee on Native American Child Health. Policy Statement. Health equity and children's rights. *Pediatrics*. 2010;125(4):838-849
- 22.- Marmot M, Wilkinson R. *Social Determinants of Health*. Oxford, England: Oxford University Press; 1999
- 23.- Goldhagen J. Integrating pediatrics and public health. *Pediatrics*. 2005;115 (Suppl):1202-1208
- 24.- Goldhagen J, Waterston T (eds). Toward equity in child health. *Pediatrics*. 2003;112(Suppl):701-772

## La Protección Social en Salud para la Infancia: Conceptos y Proyecciones

**Paula Bedregal**, MD, PhD. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Helia Molina**, MD, MSP. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Miguel Cordero**, Psicólogo, Magíster en Neurociencias



Fotos: Raúl Mercer

La protección social es en la actualidad un enfoque central en el desarrollo de políticas sociales. Uno de los grupos objeto de ésta aproximación política son los niños y niñas. Al respecto existe un amplio debate sobre cómo y cuáles deberían ser los instrumentos de políticas para abordar el tema de la infancia, y sobre cuál es el rol que le cabe a los pediatras sociales en éste.

### ¿Qué es la protección social?

La protección social se suele definir como el conjunto de políticas y programas, diseñadas para proveer seguridad, reducir la pobreza y vulnerabilidad social, a través de la promoción de mercados de trabajo eficientes, disminución de la exposición a riesgos e incremento de la capacidad de las personas para manejar riesgos económicos y sociales como la enfermedad y discapacidad, desempleo y envejecimiento.

El concepto de protección social nace al amparo del Estado de Bienestar Europeo, cuyo propósito era mantener un estándar de vida adecuado para los trabajadores y resolver -en parte- el tema de la pobreza. Esta conceptualización tuvo su nacimiento institucionalizado a fines del s.XIX. Países como Alemania y Gran Bretaña, desarrollaron en primer lugar sistemas de bienestar para los trabajadores. En América Latina países como Chile, basándose en el modelo alemán, iniciaron el desarrollo de un Estado de Bienestar para el mismo grupo.

La protección social actualmente implica no sólo abordar a los trabajadores sino que amplía su foco hacia otros grupos de población, ya que se

está utilizando como una renovada perspectiva política en países en desarrollo para enfrentar la pobreza y sus causas estructurales. De este modo su propósito es la eliminación de la pobreza o vulnerabilidad más allá de sólo proveer protección pasiva contra las contingencias. Dado que no sólo se trata de ayudar a solucionar problemas de consumos básicos o de ingresos a través de una red, lo que interesa es reducir pobreza, vulnerabilidad y exclusiones de la provisión de protección social. En la actualidad se entiende que la protección social no sólo debe tener como objetivos los anteriores sino también reducir la dependencia del Estado, y promoviendo el que las familias pueden generar su sustento de manera independiente y resiliente.

Esta actualización del concepto ha cobrado especial importancia a partir de la crisis económica mundial vivida a fines de la década de 1990, en que países del Este de Asia mostraron un elevado crecimiento económico y reducción de la pobreza conjuntamente, pero también cómo, en situaciones de crisis, aquellos más vulnerables quedaban totalmente desprotegidos. En Europa, por su parte, la discusión nuevamente se ha puesto en el tapete, dada la actual crisis socioeconómica y los recortes importantes en el gasto público destinado a protección social en los que han debido incurrir algunos países de la región.

En la última década ha habido una discusión académica importante respecto de las ideas, definiciones y conceptos que involucra la protección social, y no es hasta hace unos 3-4 años que se ha observado una convergencia respecto de los elementos

centrales de la protección social. Suele describirse dos tipos de medidas: aquellas de carácter protectoras (o *ex-post*) y aquellas de carácter preventivo (*ex-ante*). Entre las primeras están aquellas que permiten que las personas cuenten con las herramientas necesarias para afrontar problemas socioeconómicos específicos (alimentación escolar, becas, apoyos para emergencias, etc.). Entre las segundas se encuentran todas aquellas relacionadas con mecanismos de aseguramiento social, como por ejemplo seguros de salud, pensiones por vejez e invalidez.

El tipo de intervenciones sociales que suelen incorporar este tipo de política son:

- Las intervenciones sobre el mercado laboral que promuevan el empleo, la protección de los trabajadores y la eficiencia productiva (por ejemplo a partir de capacitación).
- La seguridad social cuyo propósito es reducir los riesgos de caer en desventaja social frente a eventuales necesidades a lo largo de la vida, a través de apoyos frente al desempleo, la enfermedad, la discapacidad, las lesiones y enfermedades laborales, el envejecimiento y desempleo (*mecanismo ex-ante*).
- Y, finalmente, la asistencia social tiene como propósito la entrega de recursos en dinero o bienes a grupos vulnerables (personas u hogares) de manera condicionada o no, que requieren apoyos que no pueden conseguir de otra forma; esta última forma de asistencia se otorga tradicionalmente a través de servicios sociales a grupos vulnerables, transferencias de dineros o bienes, y subsidios temporales (*mecanismos ex-post*).

En la elaboración de políticas de protección social se discuten al menos dos aspectos respecto a su diseño: la implementación de políticas universales vs focalizadas; el uso de un enfoque basado en ingresos (mejoría ingreso neto directo a las personas) vs capacidades (que apuntarían hacia los factores causales de la pobreza). Adicionalmente el foco de las políticas puede estar puesto prioritariamente en promover el crecimiento económico (implementación con un modelo desarrollista) o bien con el propósito de reducir la pobreza exclusivamente. Una agenda a corto plazo en el área de protección social suele basar sus políticas en favorecer el acceso y la oportunidad a ciertos recursos. Sin embargo en el largo plazo, algunos autores promocionan una agenda **de transformación**, cuya aspiración es estructural y se basa en la (re) distribución (Sabates-Wheeler & Roelen, 2011).

Actualmente los países se encuentran en una tensión importante entre proveer seguridad a su población vulnerable y contar con los recursos para ello. El escenario actual de: fluctuaciones económicas importantes (ciclos económicos rápidos), población cada vez más envejecida, migraciones masivas, y con una mayoría de los niños y niñas viviendo en condiciones de pobreza, plantea desafíos importantes a la política pública mirada desde la globalidad de cada país, pero también planetariamente.

### La protección social de la infancia

Mundialmente la protección social se considera que juega un papel importante para dar respuestas a la pobreza infantil y la vulnerabilidad. La protección social de la infancia se suele entender como el conjunto de políticas y programas destinados a mejorar las condiciones de vida de este grupo, bajo la denominación de Protección Social Sensible al Niño/a. En esta línea, UNICEF (2009) ha tomado un rol importante como promotor de la incorporación de los niños en la agenda de las organizaciones internacionales, de gobierno y no gubernamentales, respecto de la protección social con énfasis en infancia (o sensibles a la infancia). En esta construcción de la política, la referencia al enfoque de derechos de la niñez es clave para comprender el papel de los garantes (Estado, comu-



nidad, familia, cuidadores) en la sustentabilidad y logros de las políticas en este campo.

Jones y Holmes (2010) señalan que esta aproximación de la protección social sensible hacia la niñez debe considerar y comprender la multiplicidad de vulnerabilidades, riesgos presentes en niños/as y cuidadores, y su estrecha vinculación. Estos investigadores proponen analizar o tener presentes tres tipos de vulnerabilidades: aquellas físicas y biológicas, aquellas relacionadas con la dependencia, y aquellas relacionadas con la institucionalización. Esta distinción tiene importancia desde la perspectiva pediátrica y médica, ya que orienta sobre aquellos aspectos que son claves de abordar desde la perspectiva de la protección social y que competen al sector salud, y al mismo tiempo revela aquellos aspectos sobre los cuales los pediatras sociales deberían estar atentos como garantes de la concreción de los derechos de la niñez a través de políticas de protección social sensibles a este grupo.

Las vulnerabilidades físicas y biológicas hacen referencia a las necesidades en esta área tanto para los niños como para sus cuidadores. Salud física, estimulación del desarrollo y cuidado, nutrición y pobreza en la niñez, son determinantes del desarrollo humano en todos sus ámbitos en etapas posteriores de la vida (Grantham-McGregor, 2007). En el caso de los cuidadores, se ha enfatizado poco este aspecto. La

información disponible es escasa, ya que se suele contar con datos sobre la madre, pero enfocado en su papel reproductivo y de crianza, y no respecto de sus necesidades en materia física y biológica. El foco no es sólo la necesidad de políticas de atención prenatal, por su importancia en términos epigenéticos para la vida del niño/a por nacer (Bedregal, 2010) sino también mirando las vulnerabilidades propias de las expectativas de un proyecto de vida ligado a la crianza de otro/a. En este campo, el rol del sector salud es crítico, y el papel de los pediatras sociales es fundamental en el ámbito técnico y como garante de derechos.

Las vulnerabilidades asociadas a la dependencia de otros, es clara con relación a los niños, ya que éstos dependen de otros adultos para su bienestar, concreción de sus derechos y para la satisfacción de sus necesidades. Esta relación de dependencia es fuente de potenciales abusos por parte de adultos (por ejemplo: maltrato físico, psicológico, sexual, explotación comercial y laboral), hace que los niños sean doblemente vulnerables. Políticas de protección social que se anticipen a los riesgos son fundamentales. En el caso de los cuidadores de los niños, en su mayoría mujeres, por su rol tradicional en la familia y en las comunidades de ser las proveedoras de cuidado, suele asociarse a dependencia económica de otro adulto, usualmente hombre. Esto suele asociarse a una distribución de recursos y poder asimétrica

en el hogar, lo que hace que las cuidadoras sean víctimas de abuso, igual que los niños. En aquellas cuidadoras que ingresan al campo laboral, y que no cuentan con responsabilidad en el cuidado del niño con la pareja sea por ausencia física o de rol, su situación de desventaja se asocia a precariedad laboral y a agotamiento por el cumplimiento de múltiples roles no compartidos. Esto hace que las políticas de protección social deberían considerar estos aspectos para promover la reducción de la dependencia en el caso de las mujeres cuidadoras (a través de una inserción laboral saludable), pero también a partir de un cambio cultural importante en que la corresponsabilidad sea el eje central de la política.

Las vulnerabilidades asociadas a la institucionalidad se refieren a la desventaja que se produce con la devaluación "cultural" (Kabeer, 2005). Esto implica que el pertenecer a ciertos grupos culturales de partida genera vulnerabilidades asociadas a la exclusión social: por género, pertenencia a pueblos originarios, ser migrante, por vivir en la calle, en campamentos, etc. Cada país tiene su propio abanico de "excluidos", que dependen fuertemente de la cultura local y de los procesos históricos en curso (por ejemplo: la guerra). En el caso de los niños, si la sociedad no valora al grupo o a subgrupos de éstos, nos encontramos con exclusión, falta de representación de su voz, desigualdades de acceso a servicios e incluso maltrato. Este componente cultural se representa en las instituciones, lo que genera nuevamente exclusión y mayor desventaja.

### Los caminos por abrir hacia Sistemas de Protección Social Integrales

Jones y Summer (2011) han constatado que la mayor parte de los países en desarrollo no cuentan con una institucionalidad pública que se dedique a los temas de infancia. En aquellos que existen, su influencia es variable según la importancia atribuida por cada gobierno de turno. Esto refleja que, si bien contamos con una Convención de los Derechos de la Niñez, existen marcos conceptuales sobre desarrollo y salud en la niñez, y existen herramientas de protección posibles de utilizar para abordar integralmente a este grupo, aun no al-

canzan un nivel de influencia tal que les de sustentabilidad en el tiempo.

Desde el punto de vista de la elaboración de políticas de protección social, sensibles a la infancia, el proyecto debe abrirse hacia políticas que consideren el papel crítico del cuidador principal, y a abordar el tema de género que suele estar a la base de la falta de logros en algunas intervenciones realizadas. El conocer en profundidad sus necesidades (niños y cuidadores) es un aspecto importante, desde la propia voz y de las experiencias concretas de vida.

Esto implica, también, considerar la participación de niños y cuidadores principales en el proceso político, y que las instituciones que son especialmente garantes de estos grupos jueguen un papel de liderazgo importante. En este sentido, las sociedades científicas, en particular la pediátrica, tiene un papel crucial en contribuir hacia la generación de conocimiento para el diseño de nuevas herramientas de políticas de protección hacia la infancia. Un aspecto central también es considerar en el diseño de las herramientas de protección social la evaluación de éstas. La experiencia acumulada al respecto muestra que aquello que puede tener buenos resultados en algunos contextos, no necesariamente los tendrá en otros lugares. Un ejemplo típico es el uso de transferencias condicionadas para promover la salud y el desarrollo infantil. Si bien la evidencia es positiva, algunos estudios, como en Brasil (Morris et al, 2004), encontraron que aquellos niños que recibían transferencias condicionadas a la asistencia a controles de salud frecuentes, tenían peores condiciones nutricionales que aquellos que recibieron beneficios no condicionados; lo que sugiere que el programa generó incentivos para mantener a los niños con un bajo peso para ser objeto de beneficios.

De este modo, los países en desarrollo debemos aspirar a contar con un Sistema de Protección Social sensible a la infancia con componentes específicos para este grupo y sus cuidadores. Debe estar sustentado en la Convención de los Derechos de los Niños, tiene que considerar una perspectiva de género, y debería considerar tanto estrategias con impacto a corto plazo (acceso y oportu-

dad) como otras estrategias que promuevan la transformación social y la reducción de las inequidades, aspectos que son de preocupación y acción permanente de la comunidad de pediatría social.

### Referencias

- Barrientos A (2010) Social Protection and Poverty. Social Policy Development. Programme Paper Number 42. United Nations Research Institute for Social Development.
- Bedregal P., Shand B, Santos M, Ventura-Juncá P (2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Rev.Med.Chile* 138: 349-355
- Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B and The International Child Development Steering Group (2007). Developmental potencial in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet* 369, 60-70.
- Jones N y Holmes R (2010) The politics of protection. ODI Briefing Paper 62, London: ODI.
- Jones N y Summer A (2011) Child poverty, evidence and policy: Mainstreaming children in international development, Bristol: The Policy Press.
- Kabeer N, (2005) Social Exclusion: Concepts, Findings and Implications for the MDGs, Background paper for the Social Exclusion Policy Paper, Department for International Development (DFID), London.
- Morris S, Olinto P, Flores R, Nilson EA y Figueiró AC (2004). Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *Journal of Nutrition* 134; 2336-41.
- Sabates Wheeler R y Roelen K (2011). Transformative social protection programming for children and their carers: a gender perspective. *Gender and Development* 19: 179-194.
- UNICEF (2009) Advancing child sensitive social protection: Joint statement. Disponible en: [www.unicef.org/socialpolicy/files/CSSP\\_joint\\_statement\\_8.20.09.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/CSSP_joint_statement_8.20.09.pdf) (Acceso: 5 octubre, 2012)
- USAID (2009 ). La protección social en salud. Análisis de Política N°8. Disponible en: [www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica\\_proteccion\\_08-pdf](http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_proteccion_08-pdf)

**ENTREVISTA**

# Gary Robinson

**Asociado del Instituto Internacional de Derechos y Desarrollo del Niño, Asesor CRED PRO (Formación en Derechos del Niño para Profesionales).**

**Universidad de Victoria (Canadá), octubre 2012**

En los procesos de conformación de alianzas entre países e instituciones existen factores que determinan el éxito de los procesos. Entre ellos, consideramos que el compromiso, la construcción de confianza y el sentido altruista de la actividad, constituyen algunos de los aspectos facilitadores.

Gary Robinson (sencillamente "Gary", como lo llamamos) es un personaje único por su sencillez y sensibilidad, que ha marcado un hito en los procesos de cooperación de CRED PRO y el *International Institute of Child Rights and Development* (Universidad de Victoria, Canadá) en la concreción de este proceso. Entrevistamos a Gary para conocer su visión y perspectiva de lo que ha significado trabajar con países de América Latina en la promoción de la salud y derechos de la niñez.



**¿Gary, por qué has decidido involucrarte en temas de derechos de la niñez?**

Mi involucramiento se produjo en dos etapas: Mi interés se generó por primera vez cuando primero fui a Colombia como voluntario del Cuerpo de Paz. Se despertó allí mi pasión por Colombia, América Latina, pero lo más importante, un interés en el desarrollo humano. Después de trabajar varios años en la mayoría de los países de América Latina con el Cuerpo de Paz y USAID decidí que necesitaba experimentar en el sector privado, y fue así que comencé a trabajar para la compañía Boeing, contando con apoyo de la compañía en el trabajo con el programa de jóvenes de la YMCA Seattle. Serví como miembro y presidente de la junta directiva y creamos programas para jóvenes, incluyendo algunos de los que estaban en la calle, viviendo en condiciones insalubres. Hemos sido capaces de conseguir con éxito que un número sorprendente de ellos pudiera reorientar sus proyectos de vida. Fue una experiencia impactante al comprobar el modo de hacer diferencias a partir de este tipo de iniciativas. Esto fue seguido por una invitación a trabajar con la Organización Mundial de la Salud, compartiendo parte de mi trabajo con el Programa de Salud del Adolescente. Mi enfoque principal fue el trabajo con los 32 países más pobres orientado a mejorar la gestión de sus sistemas de salud.

La segunda etapa fue cuando un colega, Bill Myers, me presentó a Stuart Hart, en el Instituto Internacional de Derechos del Niño y el Desarrollo de la Universidad de Victoria, Canadá. Stuart y Gerison Lansdown (experta en temas de derechos de la niñez de Reino Unido) fueron los co-directores de una nueva organización dedicada a los derechos del niño. La premisa era que

en los 14 años de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño no había cambiado mucho la situación de los niños y niñas del mundo, y nos cuestionábamos qué podríamos proponer para romper esta situación aparentemente insostenible. Nuestro análisis de situación nos llevó a creer que un área de potencial a indagar, aún sin explotar, eran los profesionales de diferentes disciplinas, en particular, los profesionales de la salud, la educación y la justicia.

Fue en aquél entonces cuando nos invitaron a unirnos a nuestros colegas en el Cono Sur (incluyendo Argentina, Uruguay, Chile y Colombia) en la adaptación de un currículo de estudios de la salud infantil desarrollado por Jeff Goldhagen (Universidad de Florida, EEUU), Gerison Lansdown y Tony Waterston (*Royal College of Paediatrics*, UK). Esto llevó a una odisea incipiente que se tradujo en siete años de experiencias en el cumplimiento de dos de mis principales intereses: trabajar con los países latinoamericanos y en el desarrollo de los derechos de la niñez para promover su salud y bienestar. El trabajo, por cierto, aún continúa y ha trascendido las fronteras de América del Sur, llegando a América Central, Tanzania, Sudáfrica y Turquía.

**¿Cuáles han sido los aprendizajes más significativos a lo largo de estos años cooperando con los países en el desarrollo de sus propuestas?**

La lección principal es que los niños son nuestro recurso más importante en la sociedad y tenemos que asegurarnos de que se les brinde la oportunidad de realizar todo su potencial. Existen muchos aprendizajes logrados, pero lamentablemente muchas veces no se practican y se necesita de formas alternativas de comprender la realidad y los modos de abordarla.

1. Se necesita un núcleo crítico de profesionales dedicados a darle vida a los programas para garantizar su sostenibilidad. Hemos aprendido que sin la colaboración permanente y con el trabajo conjunto con el equipo de Cono Sur, el equipo de Canadá, y los de otros países, no habríamos sido capaces de lograr los éxitos que hemos tenido. Todos, sin omisiones, han sido importantes, de diferentes maneras.

2. Lo que se intenta con nuestro trabajo de los derechos del niño debe ser contextualizado a la situación del país, de su cultura y ambiente. Hay matices en todas las culturas y éstas deben ser observadas si se quiere tener éxito. Se necesita una participación de asociaciones profesionales para garantizar la más amplia aceptación del trabajo en favor de los niños y sus derechos. En el caso de la salud infantil, la participación de ALAPE (Asociación Latinoamericana de Pediatría [www.alape.org](http://www.alape.org)) ha sido vital.

3. Se necesitan actividades de abogacía en los más altos niveles, así como los niveles locales de gobierno para reforzar la importancia de este proceso, tanto en el Estado como en toda la sociedad civil.

4. La educación superior en todas las disciplinas es esencial en la preparación de los profesionales para orientar correctamente sus profesiones reconociendo a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Si usted es un pediatra, un educador, un abogado, un funcionario de la policía o de otros, el tema de los derechos del niño tiene carácter universal.

5. Se necesitan recursos para sostener este trabajo y tenemos que estar siempre atentos a fuentes alternativas o renovadas de recursos para apoyar esta tarea. Sabemos que la buena voluntad es esencial, pero no es suficiente para seguir adelante.

**¿Cuál es la motivación que sostiene tu trabajo atendiendo al nivel de inequidad e injusticia que existe actualmente?**

La motivación está en los pequeños logros. Escuchar a una niña de ocho años de edad de Colombia que relataba sus duras condiciones de vida y ver como su actitud cambió al ser incluida en una escuela con orientación en derechos de la niñez, es como que literalmente floreció. Ahora tiene la intención de ser médico.

Ser testigo de los éxitos alcanzados por los gobiernos de países como el de Chile y el programa Chile Crece Contigo y su política de protección integral de la niñez, muestran cómo los compromisos políticos permiten vislumbrar un futuro diferente para nuestras sociedades.

Para ver los éxitos continuos de los profesionales y de los logros alcanzados por los niños deben traducirse en una disminución de las desigualdades y las injusticias que hoy subsisten.

Debemos reconocer que este trabajo da sus frutos en el largo plazo y por lo tanto permite transitar horizontes extendidos en el tiempo para marcar la diferencia.



Gary Robinson, acompañado a su izquierda por Jeffrey Goldhagen, profesor del Colegio de Medicina la U. de Florida.

**¿Cuál es tu mensaje para los profesionales de la salud que trabajan en los derechos de la niñez?**

Mi mensaje es que, a pesar de que es un reto, como indiqué en los comentarios precedentes, es un trabajo de amor. Sin esta perspectiva, considero que el mundo será un lugar mucho más pobre y menos esperanzador para la crianza de nuestros hijos. Como alguien de las OMS dijo: "La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás no es nada". Podríamos hacer un corolario en paralelo con los derechos del niño. Los derechos del niño no son todo, pero el mundo y la vida de los niños se ven afectados por el grado en que los derechos del niño no se observan, no se protegen, ni se respetan. Esta visión toma cuerpo cuando podemos observar el modo por el cual los profesionales de la salud proporcionan una oportunidad única para mejorar la situación de la niñez en el mundo.

**¿Algunas reflexiones finales?**

La oportunidad de trabajar en los derechos del niño es una de las oportunidades únicas y más gratificantes que he tenido. Saludo y confío en mis colegas, no sólo en América Latina, sino también en todo el mundo, por su colaboración, por su solidaridad y empeño en este camino.

**Gary,**

**En nombre de los países participantes de la Iniciativa del Cono Sur para la Promoción de la Salud y los Derechos de la Niñez, te damos nuestro sincero agradecimiento y reconocimiento permanente.**

**Equipos de Argentina, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay**

**Gary D. Robinson, Ph.D.** es miembro emérito de Negocios Generales en la Universidad de Capella (Canadá), donde ejerce como profesor y colabora en la Academia de Gerencia. Es miembro del Consejo de la Universidad de Chancellor y asociado del Instituto Internacional para los Derechos y Desarrollo del Niño, donde trabaja con la iniciativa *Child Rights Education for Professionals* (CRED PRO) en América Latina, Canadá y EEUU.



# ¿Por qué los Derechos de los Niños?

**Stuart N. Hart, Ph.D., Co-Director, CRED-PRO**  
(*Child Rights Education for Professionals*)



¿Cuál es la manera ideal de mejorar los servicios sanitarios infantiles? Entre las respuestas viables se pueden incluir: reforzar la formación, aumentar el número o la disponibilidad de médicos, hacer más investigación básica o aplicada, proveer mejores estrategias, herramientas, técnicas o instalaciones, pagar más a los profesionales, y/o dar servicios que cuesten menos. Probablemente todas estas intervenciones y otras podrían ser útiles si se diseñan y se aplican correctamente. Existe una intervención más que puede servir a todas las demás y puede ser central en la transformación de los servicios sanitarios infantiles hacia los logros deseados y necesarios:

## **¡ Incorporar el Enfoque de los Derechos del Niño/a en Cada Aspecto de los Servicios de Salud Infantiles !**

Actualmente todas las profesiones que atienden a los niños (medicina, educación, trabajo social, leyes) carecen de y necesitan de una coherente y compartida base de entendimiento, de apreciación y prontitud para respetar y promover la dignidad y los derechos del niño/a.

A principios de la última década, el liderazgo entre los profesionales de la salud infantil de EEUU, Reino Unido y Latinoamérica, han reconocido esto y han desarrollado procesos colaborativos con expertos en los derechos del niño para alcanzar este objetivo.

Las profesiones de la salud infantil tratan de servir a los mejores intereses de sus destinatarios primarios: los niños. El conocimiento del desarrollo del niño y la niña, los componentes y sistemas físicos y biológicos, las causas y las condiciones de los traumas y la patología, y las intervenciones para preservar la integridad física y mental, han servido bien a este propósito, pero no todo lo bien que se desearía. Por lo tanto, ¿cómo contribuyen los derechos del niño/a hacia los futuros adelantos?

El enfoque de los derechos del niño ofrece un marco de principios y de criterios que da múltiples y persistentes beneficios. Como ejemplos, el bienestar del niño/a se atenderá mejor a través de:

### **Una Comprensión Holística:**

Considerar los principales componentes de la condición humana, establecidos en parte en la definición de salud de la OMS y más integral en la Convención de la

Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño: "físico, mental (es decir, psicológico), social, espiritual y moral". El bienestar o salud en una de estas dimensiones, está influenciado y afecta el bienestar y la salud en otras. Se debe prestar una consideración intencionada a todos y cada uno de estos componentes, y a sus interacciones, cuando se prestan servicios sanitarios.

### **Un verdadero enfoque desde el desarrollo:**

El ser y el devenir, el estado actual y el futuro del niño, deben ser ambos considerados en cualquier intervención para conseguir salud y bienestar, tanto a corto como en el largo plazo. La aplicación de un enfoque del desarrollo combinado con una comprensión holística, requiere que las posibles soluciones a los problemas de hoy siempre tengan en cuenta las influencias que tendrán el día de mañana y el futuro devenir. Las acciones que consideran el interés superior del niño deben traducirse en sus contribuciones hacia un camino dirigido a satisfacer las aspiraciones de los derechos del niño, para el total desarrollo de sus talentos y potenciales, respeto hacia los demás, la administración del entorno social y natural, y la preparación para una vida responsable en una sociedad libre.

### **La Participación y la Agencia del Niño/a:**

La medicina preventiva ha promovido, aunque solo en parte, la importancia de incluir al adulto como socio en el apoyo a la salud personal. Aunque más desafiante en algunos aspectos, los beneficios potenciales de comprometer al niño en el cuidado de su salud son mayores y variados. Las perspectivas del niño sobre las condiciones de salud existentes, las influencias personales y extrapersonales, las implicaciones de posibles interven-



ciones, los objetivos deseados para asegurar el bienestar, y el papel que él/ella y los demás puedan tomar, tienen una importancia crítica para asegurar la eficiencia y eficacia en las prácticas sanitarias. Además, quizá sea lo más importante, la implicación respetuosa del niño/niña en los procesos de investigación, intervención, curación y promoción de su salud, fomentan la confianza del niño, la seguridad en sí mismo, y un logro de autonomía para el bienestar personal.

### **No Discriminación:**

Todo lo que sea bueno en la calidad y cantidad de los servicios sanitarios para los niños, debe estar disponible para cada uno de ellos, sean quienes sean los padres/cuidadores del niño/a, sus antecedentes, sus medios o condiciones de vida. ¿Existe algún sistema de salud que preste y alcance adecuadamente este objetivo? ¿Ayudaría en algo el hecho de institucionalizar este concepto en la cultura de los profesionales de la salud infantil?

### **Solidaridad:**

El enfoque de los derechos del niño, basado en los criterios universales de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, establece un marco de valores y de aspiraciones que pueden fortalecer significativamente el juicio, el compromiso, y el apoyo, hacia una profesión que reconozca al niño/a como sujeto de derechos. Bajo tales condiciones, aquellas profesiones incluidas en la salud infantil, y los múltiples niveles de la comunidad vinculados con dichas profesiones, reconocerán y apreciarán su base común, y que sus mejores intereses son respondidos al asegurar la integridad de estos sistemas a través del apoyo mutuo.

Estos pocos ejemplos de las contribuciones potenciales de un enfoque desde los derechos del niño hacia los servicios sanitarios infantiles, se extienden en todo el contexto de los 41 artículos sustanciales de la Convención - que han alcanzado una criterio/valor de autoridad universal. Las profesiones sanitarias relacionadas con la niñez en todo el mundo han hecho declaraciones de compromisos y propósitos, así como han declarado códigos éticos que prestan atención a algunos de los criterios de la Convención, siendo probable que todos sean compatibles entre sí. Sin embargo, en estas proclamaciones la mayoría de los derechos humanos de los niños/as no estarán incluidos y, con pocas excepciones, las que lo incluyan carecerán de suficiente detalle, de una guía operativa, y de una referencia a las inter-relaciones existentes entre los derechos y al imperativo de contar con un abordaje holístico. Bajo estas condiciones, el poder y la armonía del propósito que se orienta a integrar el enfoque de los derechos del niño/a no se puede concretar.

El respeto a los derechos del niño/a reconoce el valor inherente de cada niño, un suceso único en este universo, que se merece un apoyo total para su bienestar y devenir. El respeto y la aplicación de los derechos humanos del niño/a es coherente con las buenas -las mejores- prácticas en el campo de la salud. Debería convertirse en una forma de vida para los equipos de salud infantil, reconocidos por su liderazgo histórico. Esta transformación se encuentra al alcance y puede ser

lograda por medio de asegurar que todos los profesionales de la salud infantil sean formados para entender, apreciar y aplicar el enfoque de los derechos del niño/a como parte esencial de su práctica profesional •

### **El Dr. Stuart Hart** es co-Director de

CRED-PRO, un programa internacional de formación de profesionales en derechos de la Infancia.

Es también co-Director del Instituto Internacional de Derechos y Desarrollo de los Niños, del Centro de Estudios Globales de la Universidad de Victoria (Columbia Británica, Canadá) y director fundador de la Oficina para el Estudio de los Derechos Filosóficos del Niño (*Office for the Study of the Psychological Rights of the Child*) y Profesor Emérito de la Escuela de Educación de la Universidad de Indiana (Indianapolis, EEUU). Ha presidido varias entidades como la *International School Psychology Association*, la *National Association of School Psychologists (USA)*, y el *National Committee for the Rights of the Child (USA)*.

**Para más información:** <http://www.cred-pro.org>

**Páginas en Español:**

<http://www.cred-pro.org/page/paginas-en-espanol>

Fotografías en este artículo: [cred-pro.org](http://www.cred-pro.org)



**ARGENTINA****Proyecto *Te Escucho***

Raúl Mercer, Andrea Schön, Karina Cimmino,  
Mónica Gogna, Irene Melamed, Susana  
Fernández-Jacomé, Erica Hammermüller

**FLACSO - Argentina (Facultad Latinoamericana de  
Ciencias Sociales. [www.flacso.org.ar](http://www.flacso.org.ar))**

**UNICEF - Argentina ([ww.unicef.org.ar](http://ww.unicef.org.ar))**

**INTRODUCCION**

La Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989) es el tratado más ratificado por los Estados del mundo. Lo mismo ha ocurrido con la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW 1979) y con los múltiples tratados internacionales que consagran los derechos sexuales y reproductivos, y que sancionan la violencia de género. La sola ratificación de un tratado no es un reaseguro sobre su cumplimiento, pero confiere un marco de legitimidad, con la relevancia de lo que esto supone.

Hoy, América Latina, es la región con mayor inequidad a nivel global. Esta inequidad se expresa en forma de gradientes en los indicadores de salud (morbilidad, mortalidad) y de calidad de vida de las personas. El Estado, el sector salud y la sociedad civil son responsables en garantizar que los derechos de usuarias y usuarios puedan ser ejercidos en el ámbito de los servicios de salud. La falta de consideración de la perspectiva de derechos y género, en la provisión de servicios, impacta negativamente sobre la salud y calidad de vida. Pero además, la no incorporación de estas perspectivas afecta a los equipos de salud, toda vez que su falta de reconocimiento condiciona tensiones entre quienes proveen y demandan servicios asistenciales, incluso expresando conflictos entre esos mismos derechos.

**REFLEXIONES EN TORNO A LA NIÑEZ, LA SALUD DE LA MUJER Y EL PROCESO REPRODUCTIVO**

- Se sabe que no todos los embarazos son iguales.
- No todos los embarazos son producto de decisiones maduras y negociadas democráticamente entre las parejas.
- Se estima que alrededor del 50% de los embarazos en América Latina son producto de situaciones no planificadas, no buscadas y, en algunos casos, no deseadas.

- En Argentina, se producen alrededor de 3.000 nacimientos anuales de madres-niñas menores de 15 años <sup>1</sup>. En algunos de los casos, son el resultado de situaciones de violencia de género.

- Una proporción significativa de muertes asociadas al proceso reproductivo acontece en mujeres que no pudieron acceder a mejores opciones vinculadas con su salud sexual y reproductiva. Estas muertes acontecen en mujeres pobres, generalmente multíparas, producto de abortos ilegales, conformando un claro ejemplo de vulneración de los derechos humanos <sup>2</sup>.

- Este es un claro ejemplo de injusticia social y vulneración de derechos, toda vez que una mujer que desea interrumpir su embarazo, pese a las restricciones legales vigentes, por el sólo hecho de pertenecer a una clase social de medianos o altos ingresos, profesa o no una fe religiosa, puede hacerlo en condiciones dignas y seguras, cosa que no acontece con las mujeres de sectores pobres.

- Parte del Estado y de la sociedad civil hacen caso omiso al derecho que le caben a las personas de gozar del mejor nivel de salud posible, realizando un derecho esencial para la vida como lo es el derecho a la salud.

- La situación de las familias se encuentra en permanente evolución.



Nuevas formas de organización familiar enriquecen el espectro del mundo por el cual las personas deciden conformar sus espacios de convivencia más allá de los vínculos tradicionales.

- Las reconfiguraciones familiares, por ejemplo a través de las parejas del mismo sexo, derivan también en nuevas formas de maternidad/co-maternidad y paternidad/co-paternidad<sup>3,4</sup>.

- Además, los servicios de salud constituyen espacios de vulneración de derechos de las mujeres y los recién nacidos producto de prácticas discriminatorias por su género, condición socioeconómica, cultura, orientación sexual, edad. Además, en las instituciones de salud se generan situaciones de violencia institucional, no se ejerce la autonomía, y se vulneran otros derechos como es el caso de la falta de respeto a la privacidad, a la confidencialidad, a la información, a la identidad<sup>5</sup>.

- En este contexto, las prácticas profesionales en los servicios de tocoginecología y neonatología muestran patrones de variabilidad que van más allá de la lógica científica y que se traducen en una vulneración de los derechos de mujeres y recién nacidos/as, toda vez que se cercena el derecho a la salud<sup>6</sup>.

- Incorporar la perspectiva de derechos y género en las maternidades atiende a reconocer a la mujer y sus bebés como sujetos de derechos, y por ende, a la potestad que les cabe para exigir su ejercicio pleno.

- El sector salud, es co-responsable en asegurar que los derechos de usuarias y usuarios de los servicios puedan ser ejercidos en el ámbito de los servicios de salud, y como tal debe actuar en consecuencia y en coherencia con ese rol.

## EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS HUMANOS Y GÉNERO EN SALUD

- El enfoque de **derechos humanos** en salud permite analizar y responder a los problemas de salud pública desde una perspectiva integradora que rompe con la mirada biomédica tradicional. Además, permite pensar la salud como un derecho fundamental y exigible, en consonancia con las



*Madre adolescente. Foto de Xavier Kriscautzky (Argentina).*

reglamentaciones y legislaciones locales, regionales e internacionales vigentes. Avanza un paso más en la consideración de la salud como un derecho o deber moral por parte de los Estados, para pasar a constituir un derecho legal. La perspectiva de derechos constituye un ingrediente fundamental en las que se basan las políticas públicas destinadas al cuidado de la salud de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes (NNyA), proporciona el marco legal, institucional y social, necesario para que dichas políticas públicas garanticen el respeto y el cumplimiento de derechos.

- El **género** se refiere a las características y oportunidades económicas, sociales y culturales, atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular, en un determinado momento. El género es una construcción social. Los factores de género interactúan con las diferencias biológicas entre varones y mujeres, afectando el estado de salud y las posibilidades de prevención, tratamiento y recuperación. El género incide en la exposición, riesgo o vulnerabilidad, en la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud y las maneras en que se perciben los síntomas. También tiene relevancia en las conductas de búsqueda de atención de la salud, en cuanto al acceso a los servicios de salud y la habilidad para seguir un tratamiento indicado.

## RELACIÓN ENTRE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y LOS DE LA NIÑEZ

Los instrumentos sobre derechos de las mujeres y de la niñez, abordados en forma conjunta, permiten una lectura más rica en términos de su promoción y protección. Los tratados se refuerzan entre ellos y permiten tomar en cuenta derechos que están mencionados en uno y no en otro. Es así cómo la protección de los derechos de la mujer es relevante a la hora de proteger los derechos de la niñez y viceversa. La CEDAW y la CIDN son complementarias y se refuerzan mutuamente. La CEDAW promueve el acceso de las mujeres a diversos servicios, entre ellos la salud, y no especifica edades; por lo tanto se incluyen las mujeres a través de todo su ciclo de vida, desde la infancia hasta la vejez. Por su parte, la CIDN es el único instrumento de derechos humanos que usa ambos pronombres femeninos y masculinos. Si bien este elemento puede no ser suficiente en su contenido, explicita la aplicación de derechos de forma igualitaria a ambos sexos. Enfatiza la responsabilidad que tienen ambos padres en la crianza y desarrollo de los niños. Confiere además derechos relacionados con la maternidad: la provisión por parte de los Estados de cuidados pre y post natales, planificación familiar y educación sexual.

Las mujeres y los niños han sido históricamente sujetos de discrimi-

nación, por lo cual comparten esta experiencia. Resulta obvio que la salud de las mujeres, en conjunto con su desarrollo económico y social, está directamente relacionada con la posibilidad de que los niños y las niñas logren un desarrollo pleno. La consideración de los derechos de mujeres y niñez en su conjunto permite contar con herramientas más fortalecidas que puedan habilitar demandas más puntuales en el seno de nuestras sociedades.

Hasta aquí, hemos compartido el marco reflexivo que brinda sustento a las acciones y consideramos oportuno seguidamente describir de modo más específico una experiencia de trabajo.

### EL PROYECTO "TE ESCUCHO"

El nombre del proyecto deriva del Artículo 12 de la CIDN, que hace referencia al derecho que le cabe a todo niño o niña a ser escuchado y ser tomado en consideración seriamente. Pensamos que muchos de los problemas que derivan de la atención en los servicios de salud, particularmente en las maternidades, derivan de problemas en el reconocimiento de las personas (recién nacidos, mujeres) como sujetos de derechos. La vulneración de los derechos se expresan en los comportamientos del equipo de salud, en

el diseño de las instalaciones, en los modelos de relacionamiento de proveedores y usuarios/as, en la carencia de espacios de participación, en el uso de prácticas médicas no recomendadas o que no cuentan con el consentimiento de los pacientes, incluidos los recién nacidos. El Proyecto, se enmarca en la Iniciativa "Maternidades Seguras y Centradas en la Familia" propuesto por UNICEF - Argentina, con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales.

A partir de una concepción social de la salud, y reconociendo la importancia de los determinantes sociales de la salud como factor sensible y condicionante de los niveles de salud de una población, conformamos un equipo interdisciplinario de trabajo que tiene las siguientes características:

**Propósito:** integrar la perspectiva de derechos y género en las prácticas del equipo de salud de las maternidades.

**Objetivo general:** colaborar con la implementación de la estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en las Familias, a través de prácticas en salud más respetuosas de los derechos de mujeres, niños, niñas y adolescentes.

### Objetivos específicos:

- Capacitar a los equipos de salud de las instituciones intervinientes.
- Diseminar la propuesta al interior de las instituciones por parte del equipo capacitado.
- Implementar proyectos institucionales auto-gestionados y sustentables.
- Monitorear las capacitaciones en cada uno de los efectores.
- Evaluar el impacto de la implementación de la capacitación, a través del desarrollo de proyectos institucionales que contemplan la integración del enfoque de derechos y género.

### Marco Teórico

Se utilizan básicamente dos herramientas: el "Manual sobre Salud y Derechos de la Niñez" <sup>7</sup>, FLACSO-CRED PRO, el Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud, y "Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva de la OMS" <sup>8</sup>.

### Algunas características del proyecto

- Implica un proceso de transformación institucional.
- Requiere de la participación activa de todos los integrantes del equipo de salud.
- El componente de evaluación es formativo.
- Apela al desarrollo de aprendizajes compartidos entre las instituciones participantes.
- Reconoce las historias de los profesionales y las instituciones.
- Espacio de producción social del conocimiento.

### Metodología/implementación de las capacitaciones

El componente de derechos y género se implementa a través de talleres de capacitación dirigidos al equipo de salud de las instituciones hospitalarias. Se instituye además un programa de seguimiento y monitoreo de los proyectos surgidos de los talleres. El proyecto presenta un dispositivo de evaluación permanente que permite ponderar la tarea, los resultados y el impacto general de la implementación de la estrategia dentro de las MSCF.

La estructura con la cual se diseñan las propuestas de formación intenta favorecer los procesos de enseñanza/aprendizaje de las/os profesionales de salud, con respecto a la aplicación de los derechos de la mujer y de la niñez en los servicios y prácticas de salud. Para lograr este objetivo, las capacitaciones apuntan a fortalecer las competencias crítico-analíticas de los profesionales del equipo de salud para interpretar y transformar sus realidades cotidianas, y de este modo favorecer el cambio actitudinal que generalmente se requiere para aplicar el enfoque de derechos.



"Madre Cultura". Foto de Raúl Mercer, tomada en Oaxaca (México).

## Componente presencial de la capacitación

Dado que la incorporación de la perspectiva de derechos y género implica un cambio en la "cultura organizacional", el proceso debe estar liderado por un conjunto de profesionales sensibilizados frente a la temática y con potencial capacidad transformadora. A esos fines se conforma un "equipo facilitador" integrado por miembros del equipo de salud proveniente de diferentes áreas del hospital. Estos equipos participan del taller presencial dentro de un plan regionalizado de formación de recursos.

## Componente virtual de la capacitación

La plataforma virtual del Proyecto Te Escucho representa -en el marco de la Iniciativa MSCF- un lugar de encuentro de saberes, compromisos y voluntades, que a modo de espacio de interacción, establece y facilita acciones sinérgicas que contribuyan a generar impactos significativos en el "hacer" cotidiano. Así, el componente virtual - si bien registra actividades particulares - interactúa con el espacio presencial en forma permanente, considerando el papel relevante de los actores respectivos, con la finalidad de facilitar el diálogo entre ellos y la construcción colaborativa del conocimiento para la conformación de comunidades de práctica .

Se han previsto cuatro cursos on-line sobre diversos temas vinculados con el enfoque de género y derechos:

1. Interculturalidad y salud perinatal
2. Desarrollo inclusivo, discapacidad y salud perinatal
3. Participación y empoderamiento en los servicios de salud
4. Evaluación de servicios de salud con enfoque de derechos y género

## Evaluación

Los desafíos, para conceptualizar una estrategia de evaluación para el dispositivo Te Escucho, se pueden diferenciar en dos problemáticas. Una es, como ya fue expresado en una de las secciones más arriba, las limitaciones a la materialización efectiva de los DDHH en Salud. La segunda problemática es la de reconocer las limitaciones propias de un dispositivo de carácter educativo y concientizador, como el Te Escucho.

Esto es, aceptar que el Te Escucho ejerce un impacto en las instituciones, en este caso las maternidades, ya que provee información, promueve el pensamiento crítico y el intercambio de ideas en el equipo de salud, y da herramientas para el diseño de estrategias, llamadas proyectos, para integrar la perspectiva de derechos y género en las prácticas de los profesionales en ese ámbito. En contestación a estas dos problemáticas es que se eligió un modelo teórico de evaluación ecológico, en el cual se identifican los elementos macro y microcontextuales. El modelo teórico ecológico de evaluación ha sido adaptado del formulado por *Child Rights in Practice* de Canadá. A modo de resumen y cierre a esta sección, la evaluación del dispositivo Te Escucho, es formativa y transformativa.

## CONCHA COLOMER: UNA PERSONA, UN LEGADO, UN RECONOCIMIENTO PERMANENTE

Gran parte de lo expuesto en este trabajo tiene su razón de ser. Además de las convicciones ideológicas, políticas y profesionales que promueven este tipo de propuestas, hay un elemento que las incentiva y les da vida. En nuestro caso, la figura de **Concha Colomer** ha estado y estará siempre presente en nuestros pensamientos y acciones. Concha, además de mujer y pediatra, fue un claro modelo que marcó una coherencia entre el decir y el hacer. Siempre fiel a sus convicciones en pos de la equidad, del respeto a los derechos y a la diversidad. Su pronta partida agrandó aún más su figura, marcándonos senderos y rutas tortuosas, que reflejan el largo camino que nos resta aún por recorrer para lograr una sociedad más justa y que asegure la dignidad de las personas. ●

Para más información:  
[proyectotescucho@gmail.com](mailto:proyectotescucho@gmail.com)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales. Información básica 2010. Publ.2011. <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf>
- 2.- Ramos S, Karolinski A, Romero M & Mercer R. A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: transla-

ting multicentre collaborative research into action. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85:615-622

3.- Karina Felitti. Madre no hay una sola. Experiencias de Maternidad en Argentina. Editorial CICCUS. 2012.

4.- Ley de matrimonio igualitario. Argentina. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm>

5.-Mercer R. Sziñol D. Ramírez MC, Molina H, Del derecho a la identidad al derecho a las identidades. Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. Rev. chil. pediatr. v.79 supl.1 Santiago nov. 2008 [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000700007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000700007&script=sci_arttext)

6.- Karolinski A. Micone P, Mercer R, et al. Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2009) 118-122

7.- Manual de Derechos y Salud de la Niñez, Iniciativa sobre Salud y Derechos del Cono Sur, CRED-PRO International Institute for Child Rights and Development, Victoria University, Canada, FLAC-SO, 2008

8.- WHO. A training manual for health managers. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.29.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.29.pdf)

9.- Etienne Wenger (2001). Comunidades de Práctica. Aprendizaje, significado e identidad. Cognición y desarrollo humano. Editorial Paidós, Buenos Aires.

10.- Strategy for Assistance of Normal Childbirth in the National Health System. Healthcare 2008. Ministry of Health and Consumer's Affairs. Spain. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/strategyNormalChildbirth.pdf>

11.- WHO. Mercer R, Szulik D, Colomer C, et al. Gender Tool. European Strategy for Child and Adolescent Health. 2007. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/76511/EuroStrat\\_Gender\\_tool.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/76511/EuroStrat_Gender_tool.pdf)

12.- Gender and Health. EUROHEALTH Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies. Volume 18, Number 2, 2012. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/169531/Eurohealth-Vol-18-No-2.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/169531/Eurohealth-Vol-18-No-2.pdf)

13.- Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes a 2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2012. [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2010.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2010.pdf)

## **ARGENTINA**

# **Formación de formadores para la integración de perspectiva de derechos de niños, niñas y adolescentes en el equipo de salud de un hospital pediátrico de alta complejidad**

**Dra. Andrea Schön,  
Dra. Erica Hammermüller,  
Lic. Viviana Di Tommaso  
Enfermera Gabriela Bagari**

**Hospital Nacional de Pediatría,  
Juan P. Garrahan,  
Buenos Aires (Argentina)**



### **Introducción**

La Convención de los Derechos del Niño<sup>1</sup> funda un nuevo paradigma al considerar a los niños, niñas y adolescentes (desde ahora NNYA) como sujetos de derecho. Rompe con la antigua concepción que los consideraba sujetos pasivos y objetos de tutela e intervención por parte del Estado, la sociedad y la familia. Este cambio de paradigma funda un nuevo ordenamiento entre las relaciones de los NNYA, las instituciones, las familias y la comunidad.

Entendemos que todas las personas comprometidas en la atención sanitaria, desde los recepcionistas, los administrativos, las secretarías, el personal de servicios de apoyo, en conjunto con los profesionales, son integrantes activos del equipo de salud, trabajando cada uno en su área y articuladamente en la atención cotidiana de la población que llega a los establecimientos de salud.

La formación en derechos ha estado históricamente excluida de los programas de formación de recursos humanos en el campo de la salud. Esta situación podría ser explicada por la persistencia del viejo paradigma en donde los NNYA no eran reconocidos como sujetos de derechos.

Es por ello que es de fundamental importancia, incorporar la perspectiva de derechos en la formación de los recursos humanos que integran el equipo de salud. Se trata de una forma concreta de acercar los discursos a la praxis en la atención. Finalmente, es un modo de reconocimiento del rol que nos compete como ciudadanos/as y

profesionales en cuanto a la co-responsabilidad que nos involucra en asegurar el derecho a la salud. Es parte de nuestro contrato social desde el momento que asumimos nuestro rol como trabajadores de la salud.

### **Objetivos del presente trabajo**

- Caracterizar el Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan
- Describir las problemáticas relacionadas con los derechos en el ámbito de los servicios de salud que asisten NNYA
- Describir el proceso de implementación de la propuesta de formación de formadores en la integración de la perspectiva de derechos y salud en el equipo de salud en el Hospital
- Reflexionar sobre los alcances y efectos transformadores del presente proyecto

### **La Institución**

El **Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan** se encuentra localizado en la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) y fue fundado el 25 de agosto de 1987. Se trata de un hospital de alta complejidad, con una modalidad de gestión denominada genéricamente S.A.M.I.C. (Sistema de Atención Médica de la Comunidad), caracterizado por:

- Descentralización y gratuidad en la

atención

- Estructura departamentalizada
- Extensión vespertina del horario de atención al público
- Enfermería con formación universitaria
- Departamento de Docencia e Investigación del cual depende el programa de Residencias Médicas

Cuenta con 500 camas de internación, unidades de terapia intensiva pediátrica y neonatal, unidades de trasplante de órganos, área de atención ambulatoria (espontánea y programada) y área de emergencia. Cuenta además con todas las especialidades pediátricas y servicios complementarios de diagnóstico de alta complejidad.

El hospital, además de ser un establecimiento de referencia en el campo asistencial pediátrico, conforma un centro de formación de recursos humanos de todas las disciplinas asistenciales vinculadas con la salud infantil, tanto de grado como de postgrado (cátedra de pediatría, residencia y cursos).

### **Problemáticas relacionadas con derechos de NNYA en el ámbito de los servicios de salud**

Cuando se analiza la problemática de salud de los NNYA desde una perspectiva de derechos se observa que:

1.- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas, noviembre 1989.

- Existen dificultades en la comunicación entre el equipo de salud, el personal administrativo, los niños, niñas y adolescentes y sus familias con respecto a cuestiones de salud-enfermedad, en términos de participación (ser escuchados y tomados en cuenta), discriminación y falta de respeto de la confidencialidad y la privacidad.

- Los elementos de interculturalidad no son tenidos en consideración como aspectos esenciales dentro del proceso de salud-enfermedad-atención.

- Inexistencia de entrenamiento de las personas que atienden NNyA en el marco de derechos, y ausencia de espacios de reflexión donde poder conceptualizar acciones e ideas, que muchas veces se concretan intuitivamente.

### ¿Cómo surge la propuesta?

La propuesta se inicia con la conformación un grupo de trabajo colaborativo denominado *Iniciativa de Salud y Derechos del Niño del Cono Sur* (2006). Dicha iniciativa involucra a 4 países de la Región Latinoamericana: Chile, Argentina, Uruguay y Colombia (se suma Paraguay en 2009), liderada por FLACSO<sup>2</sup> Argentina y CREDPRO<sup>3</sup> junto con el apoyo de diferentes instituciones académicas, sociedades de pediatría, y agencias de cooperación (UNICEF, OPS/OMS, entre otras). El trabajo integrado entre los países permitió contar con una currícula de formación en Derechos de la Niñez y Servicios de Salud<sup>4</sup>.

En nuestro país la *Iniciativa* propone fuertemente comenzar las capacitaciones en derechos en diversos ámbitos de atención. La propuesta de capacitación se elevó a la Dirección Asociada de Docencia e Investigación en el año 2008 y se realizó una primera experiencia utilizando el manual mencionado, la cual permitió evaluar el material y la metodología docente.

En el año 2009 el curso de formación se incluyó dentro de una iniciativa conjunta de FLACSO Argentina - UNICEF

llamada Proyecto "Te Escucho"<sup>5</sup> cuyo objetivo fue la incorporación de la perspectiva de derechos en distintos ámbitos de la salud, en el cual, además de la actividad en el hospital, se realizó una capacitación en un centro de salud de un barrio carenciado de la Ciudad de Buenos Aires (CESAC 24) y en un Centro de Integración Comunitaria de la localidad de San Pedro, en la Provincia de Buenos Aires (ver artículo sobre la extensión del proyecto a las maternidades públicas).

### La experiencia de formación en derechos del niño en el Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan

#### Objetivo General de la formación

Mejorar la calidad de atención y la salud de los NNyA que se asisten en el Hospital a través de la integración de la perspectiva de derechos.

#### Objetivos específicos

- Adquirir conocimientos en la temática de derechos de NNyA
- Acortar la brecha existente entre la teoría y la práctica
  - o Asumir el rol de promotores y defensores de los derechos de NNyA
- Elaborar proyectos institucionales que promuevan una cultura de derechos en el ámbito de la salud

#### Enfoque pedagógico e implementación

El enfoque pedagógico de la formación se basa en la teoría constructivista<sup>6</sup> del aprendizaje y en los aportes de la teoría de educación permanente en salud (Roschke, M.A, Davini, M.C., Haddad, J 1994). El manual toma como eje transversal de cada uno de sus módulos el modelo Ecológico (Bronfenbrenner, U 1979). Se utilizan diferentes técnicas participativas: taller con discusión de casos, actividades de juego de roles, disparadores audiovisuales.

La implementación de los cursos se realiza desde la Dirección Asociada de Docencia e Investigación (D.A.D.I) del

hospital. Se realizó una primera experiencia piloto en 2008, cursos presenciales en 2009, 2010 y dos cursos durante el 2012. Como parte de las actividades en curso, se creó el Comité de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes del hospital en el 2010. A partir de este año los cursos acreditan para la carrera hospitalaria. Las actividades se realizan en modalidad presencial, semipresencial y virtual. Las capacitaciones presenciales son de estructura modular, se realizan con formato de taller con evaluación final y formulación de un proyecto hospitalario.

#### Contenidos

**Módulo 1.** Infancia. Necesidades y derechos de la niñez.

**Módulo 2.** Derechos Humanos, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CIDN)

**Módulo 3.** Respetando los Derechos de la Niñez en la práctica.

**Módulo 4.** Políticas de salud y servicios de salud.

**Módulo 5.** La protección de la niñez en las prácticas de salud.

**Módulo 6.** Los integrantes del equipo de salud como promotores y defensores de los derechos de la Niñez.

**Módulo de Interculturalidad** (no pertenece al manual de formadores).

#### Destinatarios

Integrantes del equipo de salud, personal administrativo y de servicios de apoyo pertenecientes a la Institución. Dada la temática, esta instancia pedagógica promueve la participación de todas las disciplinas que trabajan en el hospital. A partir del análisis de las tres últimas ediciones del curso (2009, 2010 y primer curso del 2012), hemos tenido un total de 112 inscriptos. De ellos, 61 finalizaron el curso y 44 entregaron proyectos. Los participantes que finalizaron el curso representan el 54% de los inscriptos inicialmente.

#### Evaluación

Consta de 3 componentes: 1) los participantes, 2) el curso y la metodología

2.- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina

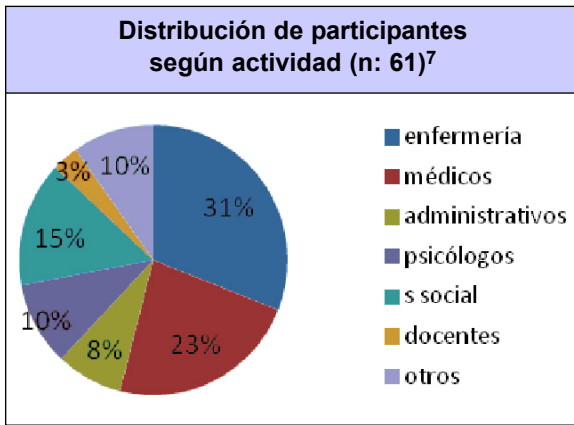
3.- NGO Child Rights Educational Programs for Professionals, International Institute for Child Rights, Victoria University, Canada.

4.- Derechos de la Niñez y los Servicios de Salud, Manual de Formación de Formadores para el equipo de salud Ver en [www.mspbs.gov.py/.../index.php?](http://www.mspbs.gov.py/.../index.php?)

5.- Este proyecto fue integrado por UNICEF Argentina (2011) como parte de la Estrategia de Maternidades Seguras Centradas en la Familia. A la fecha de la elaboración del presente artículo, el Proyecto Te Escucho fue implementado en las Provincias de Córdoba y Buenos Aires.

6.- Dentro de la corriente constructivista o también llamada teoría de aprendizaje por reestructuración, podemos citar algunos de sus principales inspiradores, entre ellos: J. Piaget, Vygostkii, Ausubel.





docente, y 3) los proyectos institucionales como medida de impacto pedagógico.

**1) Evaluación de los participantes:** 84% refirió nunca haber realizado un curso sobre la temática. 25% refirió conocer la CIDN.

**A) Expectativas:** Estas fueron: la adquisición herramientas para aplicar en la tarea cotidiana, el interés en la promoción y defensa de los derechos y la necesidad de conocer el marco legal vigente.

**B) Contenidos:** Evaluación grupal en los dos primeros cursos, buen desempeño. Individual en el último curso, no fue satisfactoria.

**2) Evaluación del curso y metodología docente:**

Se realizó a través de una encuesta de satisfacción. La satisfacción de las expectativas arrojaron un 95% de respuestas positivas. Los contenidos docentes, las competencias, la pertinencia de los materiales y el clima de trabajo arrojaron respuestas entre muy buenas (60%) y excelentes (30%). Adquisición de conocimientos: 80% refirió estar satisfecho con el aprendizaje.

**3) Evaluación de impacto a través de los proyectos institucionales:**

Consideramos que la manera más adecuada de evaluar impacto está directamente relacionada con los proyectos elaborados y su implementación en la Institución. En este sentido nos parece importante mencionar algunos de ellos con el fin de poder ejemplificar y hacer visible cómo a partir de una actividad docente y formativa se pueden lograr cambios sustantivos en los servicios. En las ediciones de los cursos analizados se presentaron 23 proyectos evaluados según fundamentación y coherencia

teórica, factibilidad y sustentabilidad.

- **Centro quirúrgico:** inducción y postquirúrgico; amplias mejoras en la distribución del espacio, respeto de la privacidad, administración del consentimiento informado, mejoras en la comunicación entre el equipo de salud, los pacientes y sus familias (Art. 24. Art 16. Art 12 )

- **Enfermedad celíaca:** Incorporación de medicamentos libres de gluten al vademecum del hospital, kiosco apto para celíacos (Art. 24 . Art. 2)
- **Espacios de difusión de derechos** en las salas de espera de consultorios de adolescentes (Art. 12. Art 17)
- **Material informativo para poblaciones migrantes,** (Art.2 y 24)
- **Transición de seguimiento y participación de los pacientes,** (Art. 12 y 24) Ver de qué manera se instrumenta la derivación de pacientes ya adultos tomando en cuenta la verdadera participación de los mismos en la transición.

**Conclusiones**

La mirada de la salud de la niñez desde la perspectiva de derechos propone una ética que se fundamenta en la consideración de la misma como un Derecho Humano fundamental, que permite interpretar las prácticas y los procesos de salud-enfermedad-atención en términos de equidad tomando en cuenta los determinantes sociales y culturales (*Policy Statatement, Health Equity and Children's Rights 2010, AAP*).

La inclusión en la formación de la perspectiva de derechos en el equipo de salud en un hospital no es una tarea sencilla, ya que se trata de transformar prácticas que permitan mejorar la calidad de la atención de la niñez y adolescencia.

La temática de derechos sigue siendo para el equipo de salud un tema poco convocante (baja matrícula, alto grado de deserción). Esto podría corresponder al vaciamiento de sentido que han tenido los discursos sobre la temática y el prejuicio sobre la falta de rigurosidad científica comparada con otros cursos que tradicionalmente se dictan

en las instituciones de salud. La mejor manera de medir el impacto de las capacitaciones es a través de los proyectos instalados y los cambios en las prácticas a partir de los mismos.

Existe una clara dificultad para pensar, elaborar y sostener proyectos sencillos y sustentables. Se necesita reflexionar, profundizar y mejorar las estrategias docentes y comunicacionales, para lograr mejores resultados en los cursos venideros •

**BIBLIOGRAFÍA**

- Derechos de la Niñez y los Servicios de Salud. Manual de Formación de Formadores para el equipo de Salud, FLACSO-CRED-PRO, 2008
- Dalbo, Luis Alberto, Reforma Hospitalaria, recuerdos de algunos proyectos. Revista del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, Volúmen 4 Pág 87 ,2001
- Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas Noviembre de 1989
- Promoción de la Salud en la Infancia y Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA) Editado por: (Asociación Europea para Niños en Hospitales-EACH\*) En colaboración con el Grupo de Trabajo HPH-CA para la Promoción de la Salud de los Niños y Adolescentes en y por los Hospitales Florencia Italia abril 2007
- Tealdi, Juan Carlos, Bioética de los Derechos Humanos ,Investigaciones biomédicas y dignidad humana, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie: Doctrina Jurídica Núm 452 Universidad Nacional Autónoma de México,2008
- Cómo evaluar las actividades de capacitación en Derechos Humanos, Manual para educadores en Derechos Humanos Serie de Capacitación Profesional N° 18 Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado, Equitas (Centre International d'education aux droites humaines) 2010
- Bronfenbrenner, Uri, The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
- Roschke, M.A, Davini, M.C., Haddad, J.: Educación permanente y trabajo en salud: un proceso de construcción. Educ. Med. Y Salud, Vol. 27 Nro.4. Organización Panamericana de la Salud.
- Health Equity and Children's Rights, Policy Statement, American Academy of Pediatrics Pediatrics 2010;125;838; 2010

7.- Es la distribución de los participantes que finalizaron el curso (N 61). En la categoría otros: participaron un abogada, un kinesiólogo, una farmacéutica, un contador, una técnica de ECG y una fonoaudióloga.

**BRASIL****Experiencias Municipales:  
la institucionalización de niños y niñas  
sin cuidados parentales en Brasil****Gabriela Schreiner <sup>1</sup>**

Brasil es un país de dimensiones continentales y de desigualdades profundas, al punto de decirse que son varios *Brasiles* dentro de un único país. La pobreza y las iniquidades vienen azotando a la población desde hace siglos y los impactos se sienten en generación tras generación<sup>2</sup>. Como muchos de los países de Latinoamérica, también en Brasil se sucedieron gobiernos democráticos y dictatoriales, con propuestas de corto plazo, con pocos efectos sostenibles sobre la pobreza económica, y todo lo que adviene de la escasa cobertura de los servicios públicos. Durante siglos, la institucionalización de niños y niñas ha sido una respuesta para las carencias y la pobreza económica de la población.

También fue una práctica que sirvió a algunos propósitos. La primera acción de institucionalización de niños de que se tiene registro en territorio brasileño fue alrededor del año 1550, poco tiempo después de la llegada de los portugueses<sup>3</sup>, cuando Jesuitas toman la decisión de separar a niños nativos de sus familias para facilitar su educación dentro de los principios de la iglesia. Estos niños, llamados de "*meninos lingua*", eran útiles ayudando en la conversión y adaptación de sus familias y comunidades al modo de vida ideado dentro del proyecto de colonización. (Villas Boas, 2009: 162)

Durante siglos, la atención a niños y niñas huérfanos, en abandono, por acción u omisión de sus responsables o por decisión de alguna autoridad, estuvieron en manos exclusivas de organizaciones de la sociedad civil, en gran parte religiosas. La mayoría de los casos tenían en la

pobreza una, si no la única, causal. Eran grandes institutos que atendían dentro de lógicas de control y corrección, situación que encontró su punto alto durante el último periodo de dictadura militar (1964-1985). Los niños y niñas ingresaban en temprana edad y salían al cumplir 18 años, con destinos definidos según conceptos de género y clase: los niños para trabajar en el ejército o en los campos, y las niñas a servir en las casas de familia. Escenario común en otros países de Latinoamérica<sup>4</sup>. (Rizzini, 2000:55-56)

Con el fin de la dictadura militar, el marco legal que se impulsa desde afuera (Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, 1989) y desde adentro con la aprobación de una nueva Constitución Federativa de Brasil (1988)<sup>5</sup>, va construyendo un terreno para cambios significativos, ampliando las discusiones de las lógicas relacionales dentro de un nuevo paradigma para toda la sociedad.

La Constitución vigente establece la Asistencia Social como política pública, derecho del ciudadano y deber del Estado. A su vez, el Código del Niño y del Adolescente (ECA), introduce un nuevo marco legal completamente anclado en la Convención, posiciona a niños y niñas como sujetos de derechos que deben ser protegidos con prioridad absoluta.

Dicha norma, en vigor desde 1990, define que el derecho principal del niño es vivir en familia<sup>6</sup> y sitúa el acogimiento institucional como penúltima medida, anterior a la adop-

- 1.- Licenciada en matemáticas por la Pontificia Universidad Católica de Brasil y en Ciencias Sociales con especialización en Género y Políticas Públicas por FLACSO Argentina, trabaja con asesoría en políticas públicas de niñez, adolescencia, familia y género en Brasil y otros países de Latinoamérica.
- 2.- De acuerdo con el Panorama Social para América Latina de 2011, en 2009, 19,3 % de los hogares brasileños vivían en pobreza, lo que representaba 24,9% de la población. 5,7 % de los hogares vivían en la indigencia, totalizando 7% de la población. CEPAL (2011). Panorama Social de América Latina.
- 3.- Pedro Álvares Cabral llega al territorio brasileño en 1500.
- 4.- Ver Schreiner, G(2009). "Infancias, pobrezas y exclusión". Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Justicia Juvenil Restaurativa. Lima, 4 a 7 de noviembre, 2009
- 5.- El artículo 227 de la Constitución de 1988 establece las bases para el Código del Niño y Adolescente que se aprobará dos años después. La inclusión de este artículo fue posible gracias a una amplia movilización de la sociedad civil. (Brasil, 1988: artículo 227)
- 6.- El artículo 19 del Código establece que niños y niñas tienen el derecho de vivir en familia, prioritariamente en la suya y en casos excepcionales, en una familia sustituta, en ambiente libre de personas dependientes de sustancias estupefacientes. (Brasil, 1990: artículo 19)

ción, que debe ser utilizada en último caso, cuando agotadas las tentativas de manutención o reinserción en su familia de origen. Para aquellos y aquellas que deben recibir la protección integral en una institución, define que la atención debe ser brindada en pequeños grupos y, en los casos de que se trate de un grupo de hermanos, no deben ser separados, debiendo aún ser acogidos en un ambiente que preserve su identidad e individualidad<sup>7</sup>.

Con la aprobación del Código del Niño, se restringe el ingreso a una institución, que solo pasa a ser permitida a partir de una autoridad competente, en el caso brasileño el Juez de Infancia y Juventud o los Consejeros Tutelares<sup>8</sup>. Esta definición buscó enmarcar la institucionalización como una medida de protección y no más como una alternativa privada de subsistencia, tomada por parte de las familias o aún por las propias instituciones.

Los primeros 20 años de vigencia de la norma fueron particularmente difíciles, donde diferentes intereses y expectativas tensionaron las fuerzas que deseaban cambios propuestos y aquellas que ansiaban por el mantenimiento del status-quo.

En la última década los gobiernos vienen diseñando políticas públicas con una perspectiva de largo plazo, en la tentativa de disminuir las desigualdades sociales y promover un nuevo modelo de desarrollo más inclusivo. En paralelo, diversos sectores de la sociedad civil se organizan para posicionar el tema de la privación de cuidados parentales en las agendas públicas, motivando al gobierno nacional a incorporarlo dentro de sus prioridades estratégicas. El día de discusión promovido por el Comité por los Derechos del Niño de Naciones Unidas en 2005, que generó un proceso de discusión mundial y la consecuente aprobación de las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños (2009), que contó con la participación activa de expertos del gobierno de Brasil, impulsó la implementación de políticas públicas específicas<sup>9</sup> y cambios en las normas.

Desde 2004, Brasil diseña e implementa una Política Nacional de Asistencia Social, construida con amplia participación popular<sup>10</sup>, en corresponsabilidad de las 3 instancias de gobierno (Federación, Estados y Municipios). Se crea un sistema de protección social llamado Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), con implementación local. Este sistema se compone por tres niveles de intervención: básico y especial de mediana y alta complejidad.



*Dormitorio de una institución de acogimiento residencial en Brasil.*

En la actualidad el acogimiento institucional y todo el cuidado alternativo de niños y niñas privados de cuidados parentales, se define como servicio de Protección Social Especial de Alta Complejidad, por significar una medida de protección y una violación de derecho a la vez: el derecho a vivir en familia.

Una serie de nuevas normas, actualizaciones de textos legales, aprobaciones de planes locales de derecho a la familia, instalación de comisiones locales para seguimiento de los planes y la producción y difusión de orientaciones técnicas, van construyendo bases más sólidas para la reorganización de las instituciones que acogen niños y niñas en todo el país.

A partir de 2010 los Tribunales de Justicia impulsados por el Consejo Nacional de Justicia, implementaron una acción nacional coordinada con el objetivo de revisar todos los procesos judiciales que establecían que niños y niñas fueran insertados en el sistema de acogimiento, asegurando reevaluaciones semestrales de todos los casos. Las nuevas leyes establecen un tiempo máximo de 2 años para la permanencia de un niño o niña en el sistema de acogimiento.

Por ley las unidades de acogimiento institucional no pueden pasar de 20 niños y niñas; deben tener profesionales en cantidad y calidad necesarias, de acuerdo con la población que atienden y sus necesidades; y deben trabajar en turnos no alternados, para asegurar un mínimo de

- 7.-El Código del Niño de 1990, establecía en su artículo 92, que las instituciones de acogimiento deberían respetar algunos principios: preservar vínculos familiares; integrar en familia sustituta; atención personalizada y en pequeños grupos; no desmembrar grupos de hermanos; evitar las transferencias para otras instituciones; participación en la vida comunitaria; preparación gradual para el egreso; participación de personas de la comunidad en el proceso educativo. (Brasil, 1990: artículo 92)
- 8.- Organismo permanente y autónomo compuesto por 5 integrantes elegidos por la sociedad local y que tiene por responsabilidad velar por el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes. (Brasil, 1990: artículo 131) Tienen atribuciones semejantes a defensorías populares.
- 9.- En 2006 Brasil aprueba el Plan Nacional de Promoción, Protección y Defensa del Derecho de Niños y Adolescentes al vivir en familia y comunidad que considera los resultados de una discusión auspiciada por el gobierno brasileño que recibió expertos de diversos países del mundo para debatir la propuesta del anteproyecto de Naciones Unidas para las directrices de cuidados alternativos.
- 10.- Se organizan conferencias municipales, estatales y nacional a cada dos años, donde representantes de la sociedad civil y del poder público, discuten y proponen los lineamientos para la política de asistencia social para los 2 años siguientes.

estabilidad. Además, cada unidad debe contar con una coordinación realizada por profesional cualificado y que cuente con un equipo técnico conformado por trabajador/a social y psicólogo/a con dedicación mínima de 30 horas semanales. Cada niño y niña debe tener su plan individual de atención (PIA) y cada familia un plan de acompañamiento familiar (PAF). Dichos planes deben ser supervisados por la autoridad judicial que aplicó esta medida.

Aunque las leyes establezcan el deber primero del Estado en las políticas sociales, una gran parte de las instituciones de acogimiento en Brasil sigue siendo de gestión privada. Históricamente las organizaciones no gubernamentales trabajaron a partir de perspectivas asistencialistas, con mano de obra esencialmente voluntaria. La lucha diaria por conseguir presupuesto ha sido muy agotadora para los cuerpos directivos y el voluntariado, favoreciendo el mantenimiento de prácticas dentro de lógicas caritativas (aquellos a los que les sobra tiempo, a los que le sobra comida, etc.). Los lugares dados a los niños, las niñas y sus familias, en estas relaciones son mucho más que "objetos de protección".

El Sistema Único de Asistencia Social, SUAS, crea mecanismos de financiación de los diferentes servicios definidos en el ámbito de la política, y los gobiernos municipales deben disponer de recursos en sus presupuestos, así como recibir apoyo desde los gobiernos estatales y el gobierno federal, destinado a los programas de acogimiento institucional y/o familiar, sean estos de gestión pública o privada. Estos mecanismos están imprimiendo cambios significativos, aunque graduales, en las relaciones entre gobierno y sociedad civil, en la oferta de servicios.

A partir de la aprobación de normas técnicas de funcionamiento, las instancias de control social, Consejos de Derechos del Niño y Consejos de Asistencia Social<sup>11</sup>, pasan a ejercer un papel fiscalizador, con instrumentos más eficaces para promover la calidad de los impactos. Cada unidad para funcionar debe tener su inscripción en ambas instancias, lo que se hace luego de analizar los planes de trabajo propuestos.

### La experiencia práctica en instancias locales

En los últimos 8 años, los cambios han sido de diferentes órdenes y están ayudando a reconfigurar todo el sistema de acogimiento de niños y niñas en el país. Se ha posicionado la institucionalización como una medida que protege pero también viola derechos, y es cada vez más claro para toda la opinión pública que el lugar más adecuado para que crezca un niño o niña es en una familia, la propia prioritariamente.

Fruto de la experiencia en asesorías para la implementación de nuevos métodos, técnicas y prácticas con gobiernos municipales y organizaciones no gubernamentales que actúan en dichas localidades, se pueden percibir esfuerzos y dificultades concretas para la reorganización de los sistemas de acogimiento institucional de niños y niñas.



Las prácticas que *cosifican* persisten y se han sofisticado, causando daños en el desarrollo de niños y niñas, en especial en su salud mental.

Si bien el ingreso de un niño o niña en una institución dependerá de una definición judicial, que requerirá análisis técnicos previos y fundamentación de la decisión, el acogimiento en diversos casos sigue siendo una alternativa para "guardar" niñas y niños sin tomar todos los debidos cuidados en dicha definición. Por otro lado, también se observan equipos técnicos que exageran en la cautela y postergan demasiado la solicitud de dicha medida de protección, lo que favorece la súper-exposición y el agravamiento de las violaciones de derechos a niños y niñas.

**Nina tiene 7 hijos de tres relaciones diferentes. Sus dos primeros viven con los abuelos. Dos varones y una nena de su segunda relación conviven con ella y su actual compañero, que es padre de sus dos hijos menores, desde hace cinco años. Su actual esposo es abusivo y maltrata física y sexualmente a sus hijos y a ella. En estos momentos su esposo tiene orden judicial para apartarse del hogar, pero ni Nina, ni su esposo están dispuestos a cumplirla. Uno de sus hijos, Damián, hoy con 9 años, se auto mutila provocándose lastimaduras serias con frecuencia. Esta familia es acompañada por los servicios sociales desde hace 8 años, cuando Nina tenía solo 4 hijos y Damián era recién nacido. Postergar la decisión de separar a estos niños de la convivencia con su madre ha provocado daños severos en sus desarrollos.**

Una vez dentro de una institución, niños y niñas siguen enfrentando violaciones de derechos. Si, por un lado, la disminución del total de niños y el aumento del número de cuidadores por turno hace el cotidiano más fácil, no siempre se encuentran profesionales capacitados para las tareas de cuidado y promoción de resiliencia.

11.- Por Constitución, las políticas públicas deben ser elaboradas con participación popular, y el control social se lleva a cabo en Consejos Sectoriales en las 3 instancias de gobierno. Estos consejos son paritarios, compuestos por 50% de los miembros indicados por el gobierno y 50% elegido por la sociedad civil. Una de sus tareas es monitorear el funcionamiento de las instituciones así como definir el uso del presupuesto y, por ende, del financiamiento de los servicios.

**Carlos tiene 9 años** y está llorando desesperadamente, retorciéndose en el sillón de la recepción de la institución donde vive hace un año. Indagándole sobre lo que le pasa, me cuenta que quiere un barrilete y que no se lo dan. Su cuidadora me mira con aire de "es siempre así" y dice, dirigiéndose a él, que tendría que haber cuidado mejor su barrilete. Carlos sigue desesperado y ensaya una protesta que no se entiende bien. Niños y niñas habían participado de un taller de barriletes y cada uno construyó el suyo. Carlos había destruido el que le pertenecía. Investigando me entero de que Carlos no llora por este barrilete que perdió sino por aquél que no le regalaron. Algunas cuidadoras habían comprado barriletes, para aquellos niños que "más quieren", para sustituir los que construyeron y destruyeron, y a él no le habían traído ninguno. Carlos estaba viviendo una crisis fruto a la reactivación del abandono frente a las diferencias y injusticias que sufría.

**Gloria tiene 13 años** y acaba de ser acogida en un centro de un municipio de poco más de 200 mil habitantes. Gloria ha sido explotada sexualmente por su abuela, así como sus hermanas. La niña tiene comportamientos que la dirección del instituto considera inapropiados para una jovencita y con frecuencia la condenan por su forma de ser; creen que la disciplina y los valores religiosos son la solución para ella. Desconocen los efectos devastadores del abuso y de la explotación sexual en el desarrollo de una niña.

Muchas otras historias de vida podrían ilustrar la situación actual donde las leyes modernas aún no consiguen incidir efectivamente en las prácticas, por lo menos no con la intensidad o eficacia necesaria. El desaliño de los profesionales demuestra un "divorcio" entre los currículos académicos y las realidades. La inexperiencia y el desconocimiento de los cuidadores es resultado de la inexistencia de formación para esta práctica. La desconexión entre cuerpo directivo de la ONG y las necesidades de niños y niñas es herencia de siglos de asistencialismo e instrumentalización de los pobres y "desamparados".

Brasil avanza, a pasos largos y en corto espacio de tiempo, pero esto aún es insuficiente para aquel niño, aquella niña, que no puede esperar años para que los adultos aprendan, entiendan y decidan hacerlo mejor.

Se estima que 37.240 niños, niñas y adolescentes viven en las 2.008 instituciones de acogimiento de Brasil<sup>12</sup>. Son niños y niñas que esperan. Esperan que nos preparemos, que nos organicemos, que nos indignemos, que nos movamos. Y mientras esperan, crecen y pierden oportunidades únicas de superar las marcas de sus historias duras de vida.

Los cuerpos directivos de las organizaciones no gubernamentales responsables de los programas de acogimiento institucionales siguen distantes del día a día, y persiste una visión caritativa de la atención, basada en que basta con tener donde dormir y con comer. Por lo general son personas de buenas intenciones, pero sin conocimiento sobre los efectos del abandono y de la institucionalización en los niños y niñas. Con facilidad tienen una mirada moralista y controladora de las conductas de los niños, niñas y adolescentes, lo que no contribuye a la superación de las situaciones vividas.

12.- Datos del Consejo Nacional de Justicia, febrero del 2012

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CEPAL (2011). *Panorama Social de América Latina*. Chile

Schreiner, G (2009). "Infancias, pobrezas y exclusión". Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Justicia Juvenil Restaurativa. Lima, 4 a 7 de noviembre, 2009

Rizzini, Irma (org) (2000). *Crianças desvalidas, indígenas e negras no Brasil: cenas da Colônia, do Império e da República*. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 2000

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*

Brasil (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*, ECA. Ley 8069 de 13 de julho e 1990.

Brasil (2004). Política Nacional de Assistência Social. CNAS: Resolução Nº 145, de 15 de Outubro de 2004

Brasil (2006). Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. CONANDA/CNAS: Resolução Conjunta Nº 1, de 13 de dezembro de 2006.

Brasil (2009). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução Nº 109, de 11 de Novembro de 2009

Brasil (2009). Ley 12.010 de 13 de agosto de 2009. Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Brasil (2009). Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. CONANDA/CNAS: Resolução Conjunta Nº 1, de 18 de Junho de 2009

Chambouleyron, R. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: PRIORE, Mary del (Org.). *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.

Villas Boas, Luciana (2009). Línguas da pregação. Os meninos da terra e as missões jesuíticas no Brasil (1549-1555). Em: REVISTA USP, São Paulo, n.81, p. 161-172, março/maio 2009

## CHILE

# Estado actual de la implementación de derechos de infancia en el sector público de salud

EU. **Bárbara Leyton Cárdenas**, Programa Nacional de Salud en la Infancia  
Ps. **Felipe Arriet Pacheco**, Unidad Chile Crece Contigo  
Ministerio de Salud de Chile

## Introducción

El éxito de las políticas de salud materno infantil implementadas en Chile, reflejado en la drástica disminución de la mortalidad infantil, han permitido que el país se oriente a hacia la puesta en práctica de planes y programas que atiendan al desarrollo integral de los niños y problemas de salud emergente.

La implementación de estrategias como el sistema de protección integral a la infancia, con base fundamental en la red pública de salud, la estrategia del 'hospital amigo', el actual rediseño al programa nacional de salud infantil, y la inclusión del objetivo de disminuir el rezago infantil en un 15% en los objetivos de salud para la presente década, reflejan los avances y compromisos del país para el cumplimiento de la convención.

El aseguramiento de una cobertura efectiva sin perder de vista los determinantes sociales que afectan la salud de los niños, la fidelidad de la implementación de intervenciones en el ámbito de salud mental de los niños y sus cuidadores y el próximo escalamiento del rediseño del programa de salud de la infancia, son los próximos desafíos que tendrá que enfrentar en el corto plazo la salud pública en Chile.

Aún con los avances en materia de salud pública y protección a la infancia, la extrema desigualdad en la distribución del ingreso autónomo, con énfasis en los hogares con presencia de niños menores de 4 años, es un determinante para el cumplimiento pleno de la Convención.

## Salud Infantil y Derechos

La salud infantil en Chile, ha sido una prioridad constante de las políticas chilenas desde los inicios del siglo XX.

La mortalidad infantil baja desde 342 en el año 1900 <sup>1</sup> a 7,4 por 1.000 nacidos vivos en el año 2010 <sup>2</sup>.

Este gran logro sanitario y económico para el país, ha favorecido la confianza en un sistema de salud que hoy brinda una enorme cantidad de programas y prestaciones dirigidas a la población infantil y en especial a la población más vulnerable.

Considerando el logro de los objetivos de la década 2000-2010, de disminuir la tasa de mortalidad infantil a un 7,5%, el Ministerio de Salud para la **Estrategia Nacional de Salud 2011-2020**, establece dentro de sus objetivos estratégicos, *Disminuir el rezago infantil en un 15%*, ya que en la última encuesta de calidad de vida <sup>3</sup>, señala que el 24% de la población infantil presenta rezago del desarrollo. Estos resultados generan un enorme desafío en el cumplimiento de los derechos de la infancia, en la formulación de políticas de salud que vigilen el estado de la calidad de vida de los niños(as) y sus familias, la detección oportuna de factores de riesgo biopsicosocial, el fortalecimiento de las habilidades parentales, en especial en aquellas familias que presentan mayor vulnerabilidad social.

## Los Derechos de la Infancia en Salud

Chile ha tenido diversos cambios en materia sanitaria. Dentro de los grandes logros en salud pública infantil, se destacan la disminución de la mortalidad infantil, el acceso universal a inmunizaciones, el acceso universal a alimentación complementaria hasta los 6 años de edad, el acceso a servicios de salud de seguimiento a la trayectoria del desarrollo, prestaciones con enfoque biopsicosocial, prestaciones de calidad y el enfoque de seguridad del paciente a través de la

gestión hospitalaria pediátrica. Sin embargo el mayor logro que ha presentado el país, que integra no sólo al sector, es el emanado por el Estado de Chile en el año 2007, a través del sistema de protección a la infancia *Chile Crece Contigo*.

El sistema se fundamenta en el principio consagrado en la Convención de Derechos del Niño, que señala que los derechos de niños y niñas son universales y es responsabilidad de la sociedad en su conjunto garantizarlos. Para responder a este principio, el sistema propuesto garantiza servicios y prestaciones a todos los niños y niñas a partir de sus necesidades, y propone relaciones de cooperación entre las familias, la comunidad organizada, la institucionalidad pública de ámbito territorial, la sociedad civil y el gobierno central, para el logro de metas universales de desarrollo infantil.

El sistema adopta el principio, también establecido en la Convención, de que el Interés Superior del Niño debe ser el criterio ordenador de todas las decisiones que los afectan. El sistema



propuesto operacionaliza este principio a través de metas objetivas de desarrollo y bienestar infantil que orientan los esfuerzos de todos los componentes del sistema, y a través de espacios diagnósticos y de derivación para orientar el apoyo a cada niño y niña hacia estas metas, a partir de sus necesidades específicas.

Coherentemente también con la Convención, el diseño del sistema acoge como eje de su organización el principio de Autonomía Progresiva del Niño y Niña. Esto se refleja en un ordenamiento de los servicios y prestaciones que el sistema les ofrece a niños y niñas, destinado a apoyar progresivamente una mayor autonomía a través del ciclo vital.

**Políticas recientes**

Chile ha avanzado en diversas políticas y estrategias en salud, que fortalecen el cuidado de niños(as) y que poseen como eje primordial el cumplimiento de los derechos de la infancia. Entre los avances más importantes están:

- **Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (Ley 20.379) 4 :** El año 2007, a partir de las recomendaciones del consejo asesor para las reformas de las políticas, se crea el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, cuyo eje es el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, con componentes que se ejecutan tanto en atención primaria como secundaria. El Subsistema se orienta hacia metas de desarrollo infantil integrales y tiene mecanismos de coordinación y control específicos en cada nivel de gestión, destinados a integrar los servicios y prestaciones de distintos ámbitos sectoriales en función de los requerimientos del niño y la niña.

De esta manera, se orienta a superar las miradas parciales acerca del desarrollo infantil que surgen de la estructura sectorial tradicional del Estado (Educación, Salud, Vivienda, Protección, entre los principales), integrando todas estas perspectivas en la categoría emergente de desarrollo infantil.

El año 2009 el Subsistema se establece como una ley, garantizado su permanencia en el tiempo.

- **Niños(as) Hospitalizados:** En 1995 el Gobierno de Chile aprobó una Norma General Administrativa sobre los Derechos del Niño Hospitalizado,



**Espacios de estimulación a nivel hospitalario.** Dos ejemplos: Sala Estimulación en Hospital (Izq.) y Ludocarro (a la Dcha.).

cuyo fin es establecer las normas generales para la atención de los menores de 18 años, considerando que la hospitalización presenta situaciones médicas, tecnológicas, materiales, profesionales, legales, sociales y económicas que interactúan en el proceso de recuperación de la salud.

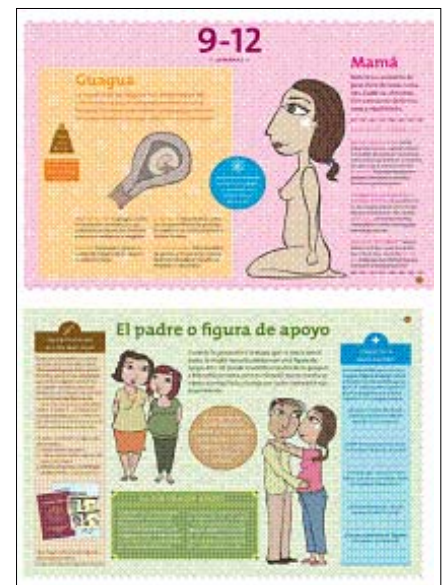
Los derechos de los Niños y Niñas Hospitalizados están orientados a velar por el cumplimiento de los mismos en la práctica Hospitalaria, y en la atención integral de niños y niñas. Su finalidad es proteger a los menores y garantizar que son respetados cuando están en esta situación. Es por ello que el rol de la institución hospitalaria y el rol de los profesionales, técnicos y administrativos que trabajan en ella, es primordial para velar por el cumplimiento de los mismos.

- **Hospital Amigo del Niño(a):** El Hospital amigo, estrategia de la OMS y UNICEF (año 1991) fue implementado en el año 2007 en Chile, pero desde ya hace mucho tiempo los servicios de pediatría y neonatología, autorizan la permanencia de los padres madres y/o cuidadores para favorecer la recuperación de sus hijos/as.

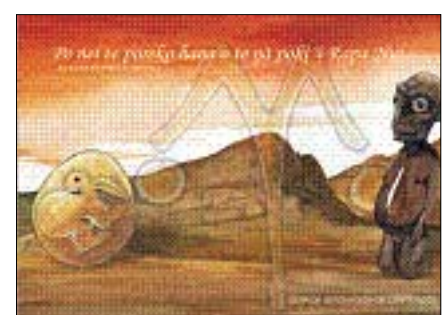
En Chile los hospitales, en sus servicios de neonatología y obstetricia, han generado espacios lúdicos para los niños(as), espacios de juego y estimulación y espacio de descanso para los padres. Esto además de entregar el derecho a la protección, facilita el derecho al juego y la educación.

El año 2012 el Ministerio de Salud emite la orientación técnica para la atención psicosocial de niños y niñas hospitalizados en servicios de neonatología y pediatría. En éstas se describe en detalle el modelo de atención que permita atenuar el impacto de la hospitalización en el desarrollo integral del niño 5.

- **Niños y niñas de diferentes culturas y etnias:** En concordancia con la ley 19.253 6 que reconoce la existencia de los pueblos originarios, Chile Crece Contigo en conjunto con UNICEF y representantes de las diversas etnias se han desarrollado materiales especialmente adaptados a su cosmovisión. Ejemplo de esto son algunos de los materiales incluidos en el set "Acompañándote a Descubrir" y las Guías anticipatorias de la Gestación:



**Guías de la Gestación,** tradicional (arriba) y con pertinencia cultural (RAPA NUI y Aymará) - (abajo)



• **Derechos y Deberes del Paciente (Ley N° 20.584)** <sup>7</sup>: Esta ley fue promulgada por el congreso nacional el día 1 de octubre del año 2012, dirigida por el Ministerio de salud, estipula que toda persona tiene derecho a recibir acciones de promoción, protección y recuperación oportunamente, independiente del prestador de salud que sea. Además tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso, a que los prestadores faciliten la compañía de los familiares amigos cercanos, sin importar las diferencias sociales, étnicas y culturales que existan. Este punto acompaña las acciones que potencia el hospital amigo, que favorece la permanencia de padres y/o cuidadores en la atención hospitalaria, para favorecer la recuperación de niños(as).

• **Rediseño del Programa Infantil:** El programa infantil desde el año 2011 comenzó su rediseño, a través de diversas instancias de participación, con actores de salud, educación y especialmente con los servicios de salud y secretarías regionales ministeriales de salud a nivel nacional. El rediseño del programa dirige su foco a determinar un diagnóstico entre la oferta programática entregada por salud, la oferta programática que se entrega en las diversas áreas que vinculan sus procesos con niños y niñas, como salud mental, promoción, salud ambiental, nutrición, desarrollo infantil y muchas otras áreas de interés. La intención radica en proveer calidad en las intervenciones que se efectúan en salud, entregando apoyo normativo tanto para los niños(as) del sector público como privado. Posee dentro de sus ejes y modelos esenciales **el enfoque de derechos de la infancia en la práctica clínica.**

Una de las estrategias que favorece la homologación de calidad de la atención para todos los niños y niñas es la nivelación de competencias de los profesionales que realizan actividades promocionales y preventivas en salud a través de modalidades de capacitación. Se han formulado capacitaciones para la atención primaria de salud, dirigidas desde el ámbito académico a través de apoyo de universidades, y capacitaciones con modalidad de autoaprendizaje para profesionales del ámbito hospitalario, de servicios de pediatría y neonatología.

En el nivel hospitalario, se ha efectuado una metodología de capacitación, a

través de modalidad e-learning, de autoaprendizaje a través de la plataforma del sector público de salud, y la Universidad Católica. La capacitación en atención integral del Niño(a) Hospitalizado(a), desde el año 2011 se efectúa a través de plataforma e-learning. Esta iniciativa contempla la participación de médicos, enfermeras, matronas, psicólogos y asistentes sociales que atienden a niños(as) en los servicios de neonatología y pediatría. Contempla dentro de sus contenidos un módulo exclusivo dedicado a *derechos en la práctica clínica hospitalaria*. Dentro de la plataforma los profesionales entregan su visión del enfoque de derechos, las dificultades que poseen en la implementación y garantía de los mismos, y cómo estos son minimizados a través de estrategias locales. Actualmente se han capacitado 498 funcionarios a nivel de todo el país.

### Conclusiones

• Chile ha avanzado considerablemente en materia sanitaria, sin embargo las desigualdades en la entrega y oferta de servicios siguen siendo un desafío de estado para el cumplimiento de la Convención.

• La promoción del desarrollo temprano puede y debe constituirse en un indicador de calidad de la atención, que incorpore el enfoque de derechos en la práctica clínica.

• Se han generado diversas leyes y normativas que incluyen y avalan la instalación y cumplimiento de la Convención, como el rediseño del programa nacional de salud de la infancia y las orientaciones de atención integral de niños(as) hospitalizados, como eje estratégico y fundamental de las políticas de infancia en salud.

• El sector salud juega un importante rol en el cumplimiento de los derechos de la infancia en la práctica clínica, otorgando acceso a prestaciones universales, monitoreando la evolución de los factores de riesgo pesquisados, y banderas rojas y acompañando a las familias en el proceso de crianza.

• El cumplimiento de los derechos en la práctica clínica, requiere complementar el accionar del sector salud, con estrategias que contribuyan al cambio cultural de la sociedad chilena en su conjunto, que apunten a la valorización social de la importancia de la primera infancia, que contemple la

opinión de los niños(as) en la toma de decisiones en salud y que incorporen a la familia como garantes de los derechos de sus hijos.

• Entre las estrategias a desarrollar destacan el marketing social y la activa participación ciudadana en temas de infancia y la capacitación activa y continua, considerando la rotación de equipos de salud, el monitoreo y evaluación de la instalación de la práctica clínica en derechos en la red asistencial pública •

### Notas Bibliográficas

1.- Kaempffer, A., & Medina, E. (Octubre de 2006). Mortalidad infantil Reciente en Chile: Éxitos y Desafíos Revista Chilena de Pediatría. Recuperado el 2011 de 09 de 06, de sitio web Revista Chilena de Pediatría:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000500007&script=sci_arttext)

2.- Departamento de Estadísticas de salud, Ministerio de Salud de Chile, 2010.

3.- Encuesta de calidad de vida, Módulo infantil, Ministerio de Salud de Chile, 2006

4.- Ley 20.379, sistema de protección a la primera infancia, Chile Crece Contigo, Biblioteca Congreso Nacional, 2009 <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/03/Ley-20.379.pdf>

5.- Orientaciones técnicas para la atención psicosocial de niños y niñas hospitalizados en servicios de pediatría y neonatología, Minsal 2011.

<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/09/OT-hospitales-final.pdf>

6.- Ley 19.253 establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Congreso Nacional, 9 Mayo 2008, <http://bcn.cl/4tj0>.

7.- Ley de derechos y deberes del paciente, Biblioteca Congreso Nacional, Octubre 2012,

<http://www.bcn.cl/guias/derechos-deberes-pacientes>



**CHILE**

# Llegar a escala nacional, ¿a paso de hormiga o a paso de canguro?

## LA IMPLEMENTACIÓN DE **CHILE CRECE CONTIGO** Y SUS DESAFÍOS

**Miguel Cordero Vega**, Psicólogo Infantil, Magister en Neurociencias. Fue coordinador del equipo que condujo la implementación de Chile Crece Contigo en el Ministerio de Salud (2006-2010)

**Paula Bedregal García**, Médico de Familia, Magister en Salud Pública, PhD en Psicología. Formó parte del "Consejo Asesor Presidencial Para la Reforma de Políticas de Infancia" (2006)

**Helia Molina Milman**, Médico Pediatra, Magister en Salud Pública. Formó parte del "Consejo Asesor Presidencial Para la Reforma de Políticas de Infancia" (2006) y fue Secretaria Ejecutiva para el componente de Salud de Chile Crece Contigo en el periodo 2008-2010

Es un hecho que las desigualdades en salud tienen sus orígenes en los primeros años de vida, y las intervenciones para promover el desarrollo en la primera infancia con base en la atención primaria continúan siendo la promesa para abordar la prevención desde la partida. Así mismo, la rentabilidad de la intervención temprana suma más argumentos para la inversión en el desarrollo del capital humano en la primera infancia.

Hoy tenemos disponible una amplia gama de intervenciones en salud materna, del recién nacido y del niño, que han probado ser eficaces en reducir la mortalidad y la discapacidad en el mundo en desarrollo. Muchas de estas intervenciones son de bajo costo, fácil implementación y escalables en distintos contextos.

En Chile, entre los años 1950 y 2000, a causa del crecimiento económico y la implementación de programas nacionales de salud pública de cobertura universal, virtualmente se eliminaron los factores de riesgo más comunes para el desarrollo infantil, como son la desnutrición, el retraso del crecimiento, la deficiencia de yodo y la anemia por deficiencia de hierro. En este periodo Chile logró derrotar la mortalidad infantil, cayendo de 138 a 8,9 por 1000 nacidos vivos.

En contraste con estos positivos logros, en el año 2006 la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCAVI 2006) objetivó por primera vez a nivel poblacional grandes brechas de inequidad socioeconómica en el desarrollo del lenguaje, habilidades motoras y cognitivas de los niños chilenos. La encuesta realizada a 4.997 hogares con niños o niñas

Tabla 1: Prevalencia de Rezago según edad. Menores de 5 años.

	N	Prevalencia %	I.C. 95%
2 - 11 meses	55.205	24,9	18,3 - 31,5
1 año - 1 año 11 meses	68.551	28,0	22,0 - 33,9
2 año - 2 año 11 meses	75.630	28,4	22,2 - 34,7
3 año - 3 año 11 meses	87.261	34,2	27,5 - 41,0
4 año - 4 año 11 meses	87.523	33,4	27,0 - 39,8
Total	374.170	29,9	27,1 - 32,8

Fuente: Informe Final II Encuesta Nacional De Calidad De Vida Y Salud 2006. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud (Chile).

menores de 5 años, representativa de 374.170 hogares a nivel nacional, mostró que cerca de un 30% de niños y niñas chilenos no alcanzaban los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad. En tanto, las prevalencias de retraso en los quintiles de ingreso extremos mostraban notables diferencias en todos los rangos etareos.

Chile es un buen ejemplo de naciones donde la desnutrición y otros riesgos susceptibles de estrategias universales de intervención han dejado de ser un problema de salud pública, pero persisten grandes disparidades en el desarrollo infantil temprano. De manera tal que nos enfrentamos al desafío de desarrollar programas y servicios integrales que permitan borrar estas inequidades desde la partida.

Al comenzar el proceso de implementación de Chile Crece Contigo, la situación de los programas y políticas para los mismos niños, niñas y sus familias se caracterizaba por:

1. La atención profesional del parto había alcanzado una cobertura muy cercana al 100% y, aunque con importantes diferencias de acuerdo al nivel

de pobreza y ruralidad comunal, se había alcanzado un descenso sostenido de la mortalidad materna e infantil.

2. El control prenatal, en el sistema público de salud, cubría cerca del 90% de las gestantes, con 6 contactos en promedio durante el período de gestación.

3. El control de salud del recién nacido, en el sistema público de salud, cubría a cerca del 100%, mientras el programa de salud infantil también exhibía altas coberturas en los dos primeros años de vida de niños y niñas.

4. Destacaban como fenómeno emergente, múltiples experiencias innovadoras en salud familiar y desarrollo integral de los niños en centros de atención primaria, que avanzaban hacia la certificación como centros de salud familiar.

5. La cobertura de educación inicial aún era muy insuficiente, y las diferencias de acceso entre niños y niñas menores de 4 años de los quintiles más vulnerables, respecto de aquellos pertenecientes a los quintiles más

altos de la población, eran preocupantes y una clara señal de inequidad. Así, un 26,5% de los niños entre 2 y 3 años asistía a Jardín Infantil, y sólo un 6% de los niños menores de 2 años accedía a Sala Cuna, siendo cuatro veces mayor la asistencia de los niños y niñas del quintil más alto de la población respecto de aquellos del quintil más vulnerable (CASEN, 2006).

En respuesta a esta realidad, en abril de 2006, la presidenta de Chile Dra. Michelle Bachelet, en reciente ejercicio, convocó a un grupo de 14 profesionales de diversas disciplinas y orientaciones políticas para proponer una nueva política de infancia: el "Consejo Asesor Presidencial Para la Reforma de Políticas de Infancia". La misión de este Consejo fue identificar y formular planes, programas y demás requerimientos tendientes a establecer un sistema de protección a la infancia, con el objetivo de igualar oportunidades para los niños y niñas Chilenos.

Este Consejo Asesor elaboró un diagnóstico de la situación presente y de las insuficiencias existentes en materia de protección a los derechos de los niños y niñas chilenos e hizo las propuestas para implementar una política pública comprehensiva, de múltiples componentes y de amplio alcance, para proteger el desarrollo integral en los primeros 8 años de vida. La elaboración de las propuestas se fundamentó en los siguientes principios:

1. Perspectiva de derechos.
2. Visión integral del desarrollo de los niños y niñas.
3. La familia como principal agente del desarrollo de niños y niñas.
4. Importancia del entorno social y comunitario en el desarrollo infantil.
5. Protección y apoyo al desarrollo personalizado a través del ciclo de vida.
6. Calidad de las prestaciones como componente fundamental de las garantías.

A partir de estas propuestas, en el año 2007 el estado de Chile comenzó la implementación del "Sistema de Protección a la Infancia: Chile Crece Contigo" (en adelante ChCC). El objetivo es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen al niño/a y su familia, comenzando en



*En 2009, en la emblemática Estación Mapocho tuvo lugar la firma de la Ley que establece el Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo y garantiza su desarrollo. Preside la Dra. Michelle Bachelet.*

la gestación y abordando los primeros 4 años de vida.

El propósito general del Sistema de Protección a la Infancia ha sido avanzar en la igualdad de derechos y oportunidades, a través de diversos programas y políticas públicas debidamente integradas, para asegurar el óptimo desarrollo de niños y niñas, desde el embarazo y durante la primera infancia, hasta el ingreso al mundo escolar (0 a 4 años aproximadamente) en el periodo 2006-2010. Las intervenciones de ChCC se producen a nivel de:

- i. Políticas Públicas: se asume como tarea del estado la protección integral de la infancia en todos los niveles y se generan mecanismos de gestión intersectorial para hacer coherente las intervenciones en todos los niveles.
- ii. Leyes: se promulga una serie de leyes que protegen a los niños, las niñas y al rol parental, tales como la ley de amamantamiento, el acortamiento del periodo en que un niño o una niña se declara susceptible de ser adoptado, y la ley que institucionaliza el Sistema ChCC.
- iii. Servicios dirigidos a los niños, las niñas y sus familias: se desarrollan servicios de salud más allá de la sobrevida, poniendo el énfasis en el desarrollo integral y se implementan servicios respetuosos de los derechos consagrados en la Convención de derechos del niño.
- iv. Promoción del desarrollo y el

respeto a los derechos en todas las comunidades, a través de mensajes masivos a la población y del trabajo intersectorial.

Luego de un intenso debate y con el mandato presidencial de una reforma profunda a las políticas de infancia, Chile comenzó la implementación de su Sistema de Protección Integral a la Infancia. Con tal fin el sector salud y educación, comenzaron sendas estrategias de aumento de cobertura de programas para la detección temprana de los rezagos en el desarrollo, la sistemática detección de factores de riesgo psicosocial y la intervención preventiva mediante múltiples modalidades de provisión de servicios tales como, educación prenatal, programas para promover habilidades parentales, estimulación temprana de habilidades cognitivas y no cognitivas en los niños y diversificación de las modalidades de educación temprana. A la par se implementaron mecanismos interinstitucionales para la gestión de los servicios en los diferentes niveles de implementación; incluyendo la figura de un coordinador del sistema a nivel del municipio, cuya función es la de monitoreo y la gestión de casos.

Con la creación de Chile Crece Contigo, se dio paso a la instalación de un programa ancla del sistema, denominado Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (de aquí en adelante PADBP). Este programa tiene como finalidad el fortalecimiento del proceso de desarrollo del niño o

1.- El primer año se produjo el ingreso de la primera cohorte de mujeres gestantes; al segundo año ya habían nacido niños y niñas bajo el sistema.

2.- Entendiendo por circuito de atención: control de gestación - atención del parto- control de salud del niño o niña; y considerando que el control sanitario de las mujeres gestantes y de los niños y niñas se realiza en centros de salud de atención primaria (consultorios) dependientes de los municipios, pero la atención del proceso de parto se realiza en la maternidad (Hospital), dependiente del servicio de salud (organización territorial de administración de las redes de prestadores públicos, a la cual confluyen varios municipios).

niña, mediante el acompañamiento integral de este y su familia, desde la gestación y hasta su ingreso al sistema escolar. Este se sustenta en el clásico enfoque materno infantil de salud pública y va más allá, para integrar a la familia y toda una red de prestadores públicos, y con su corolario es la formalización de la red comunal Chile Crece Contigo a nivel local.

La implementación de ChCC se planteó como progresiva, tomando como punto de partida las mujeres en gestación que ingresaban a su primer control prenatal en el sistema público de salud a partir de Agosto del año 2007. Aunque inicialmente se preveía una instalación de tres etapas: primer año 100 comunas, segundo año 250 y al tercer año las 345 comunas en el país. La instalación se realizó solo en dos pasos: 161 comunas ingresaron a ChCC en el año 2007 y las restantes comunas del país durante el año 2008, quedando el sistema implementado en el año 2009.

El criterio para la elección de las primeras comunas ingresadas al sistema ChCC, fue a partir de la selección de las maternidades del sistema público de salud evaluadas como con *buen desempeño* en la ejecución de sus actividades, y en pie de avanzar en la implementación de un modelo centrado en la familia y los derechos del niño, con las implicancias para diversas prácticas de atención del parto y del recién nacido.

Así, todos los territorios o comunas que referían gestantes a estos recintos hospitalarios constituyeron el primer

grupo de comunas que comenzaron la implementación en el año 2007; comenzando por aquellas acciones desarrolladas en las primeras etapas de vida (gestación), y en consideración que el ingreso de beneficiarios al sistema sería progresivo<sup>1</sup>, con el fin de completar el circuito de atención de las familias y los niños/as<sup>2</sup>, o Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.

La implementación, en marcha desde 2007, del Sistema de Protección ha significado la generación de redes de servicios locales públicamente coordinados. Este esfuerzo de articulación y de trabajo de diversos sectores en virtud de un objetivo común - el bienestar de los niños y niñas, y sus familias- ha implicado dotar a los trabajadores de salud, de educación y del área social, de herramientas para llevar a cabo esta tarea y de desarrollar complejas redes de trabajo intersectorial.

El PADBP, constituye una canasta de prestaciones o servicios comprometidas por el sector salud, con el sistema ChCC. Muchas de estas acciones se han seleccionado de programas reconocidos mundialmente como programas integrales para el desarrollo infantil (*Head Start, Healthy Start, Sure Start*). Así mismo, se tomó la experiencia de múltiples programas locales que se implementaban desde hace años en centros de salud del país.

Lo que hace ChCC es universalizar tales acciones, bajo estándares de calidad equivalentes para toda la ciudadanía; un ejemplo de esto son las visitas domiciliarias del equipo de salud

para acompañar a familias con factores de riesgo, y los talleres prenatales y talleres de habilidades parentales para apoyar el desarrollo de competencias en la crianza temprana.

El PADBP considera un conjunto de prestaciones que fortalecen y actualizan los programas de salud materno-infantil:

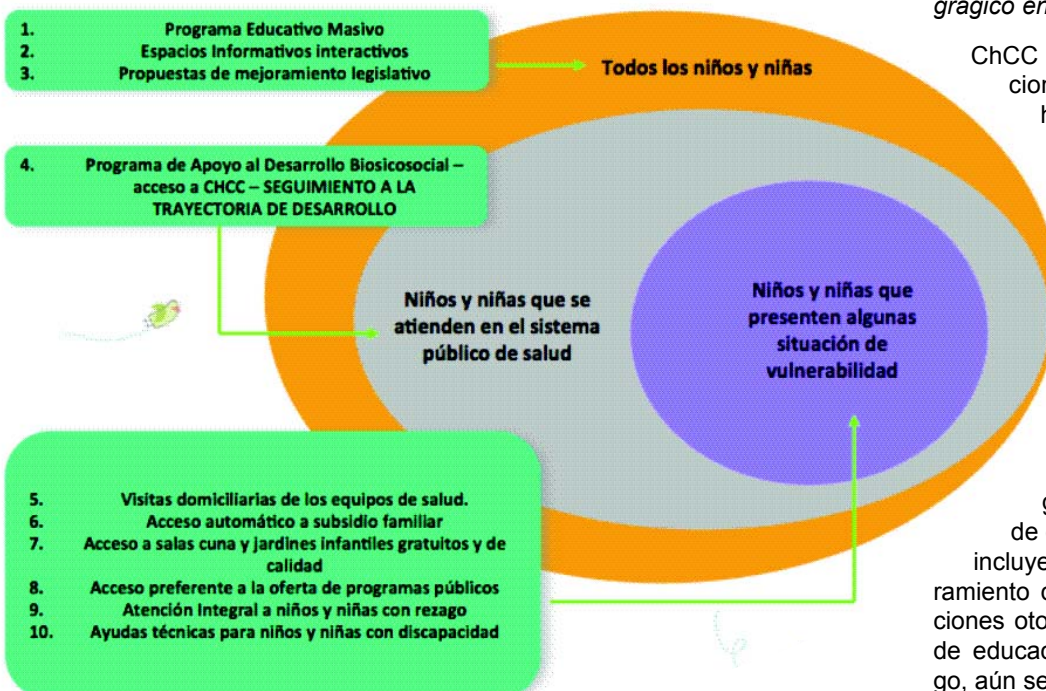
- Reforzamiento del control del embarazo: talleres y actividades de preparación al parto, crianza y cuidado de los niños y niñas; promoción de la participación activa de los padres y la familia; visitas domiciliarias en los hogares de las mujeres embarazadas que presenten algún factor de riesgo, entre otras.

- Promoción de la atención personalizada del parto: conjunto de prestaciones para el acompañamiento del proceso de nacimiento, destinadas a favorecer un espacio de intimidad y condiciones que faciliten el apego temprano.

- Reforzamiento del control de salud del niño o niña, con especial énfasis en los dos primeros años de vida: entrega de material educativo para la familia, de apoyo al desarrollo infantil temprano; talleres y actividades grupales que apoyen a los padres y madres en su tarea de crianza; detección periódica de factores de riesgo y rezagos en el proceso de desarrollo y atención oportuna de los mismos, a través de la implementación de un fondo especial para acciones de apoyo al desarrollo de los niños y niñas; y visitas domiciliarias a las familias con factores de riesgo. (Ver gráfico en esta página)

ChCC cuenta con múltiples evaluaciones de sus componentes; hay dos evaluaciones sobre la implementación del sistema (sobre aspectos de estructura y procesos); se ha evaluado la operación en red en varios momentos de la implementación; y se encuentra en marcha un estudio cuasi-experimental de cohortes no concurrentes.

Adicionalmente se están generando los dispositivos de evaluación para otras áreas, incluyendo un sistema de aseguramiento de la calidad de las prestaciones otorgadas en el sector salud y de educación preescolar. Sin embargo, aún se carece de publicaciones en



revistas científicas que muestren sus resultados.

El enfoque integral en la provisión de servicios para la infancia parece ser en el éxito de programas para mejorar el desarrollo infantil en el mundo. La integralidad que debe verse reflejada en la correcta coordinación de los servicios, sin superposición y con puntos de chequeo en los diversos niveles de la administración pública.

1. Los servicios de atención sanitaria se centran en actividades tales como el diagnóstico preventivo, la remisión a otros servicios y la realización de un seguimiento, la educación sanitaria y la promoción (incluyendo la nutrición, la salud física y mental).

2. Los servicios educativos incluyen programas para abordar los ámbitos centrales del desarrollo a través de entornos de aprendizaje basados en el grupo o en el hogar.

3. Los servicios para la familia se centran en el fortalecimiento de las relaciones entre padres e hijos, en la participación y en la toma de decisiones de la familia, en la educación parental y en los enlaces a los servicios de apoyo, entre otros.

4. Los servicios de asistencia social desarrollan tranferencias monetarias condicionadas o no, para aquellas familias que pertenecen a los grupos de menores ingresos.

5. Los niños con necesidades especiales quedan integrados en todos los programas y se desarrollan servicios para sus necesidades especiales en salud y educación.

Pese a la creciente evidencia sobre efectividad de los programas para mejorar la salud y el desarrollo infantil, también crece la preocupación por la extraordinaria brecha entre el conocimiento científico acerca de la eficacia de las intervenciones y su implementación en el mundo real.

Hoy existen docenas de intervenciones exitosas, eficaces para atacar los principales problemas de la salud materna e infantil como la desnutrición, el retraso del crecimiento, la deficiencia de yodo o la anemia, y crecen las intervenciones dirigidas a mejorar el pobre desarrollo social, cognitivo y lingüístico. Sin embargo, la evidencia sobre el impacto a gran escala continúa siendo estudiado.

Por ejemplo, la evidencia proveniente de la evaluación de cuasiexperimental del

programa *Sure Star* en UK, fue inicialmente poco alentadora y de hecho sirvió de argumento para cuestionar la gran inversión en el mismo. Datos posteriores, siguen mostrando impactos menores en múltiples indicadores de desarrollo. Recientemente, frente a las dificultades para obtener evidencia definitiva sobre el impacto y la rentabilidad de *Sure Start*, Naomi Eisenstadt, la primera Directora del programa (entre 1999 y 2005), declaró: "Si hubiéramos realizado el proceso de llevar a escala más lentamente, a estas alturas *Sure Start* podría haber fracasado".

Hay múltiple evidencia que intervenciones complejas como Chile Crece Contigo no tendrían resultados sino hasta luego de 4 años de haber comenzado la implementación. Las evaluaciones prematuras muestran impactos débiles en población objetivo. En el año 2012 Chile Crece Contigo ha alcanzado 4 años desde que comenzara a operar en todo el país. Muchos programas locales se encuentran asentados y en desarrollo.

En agosto de 2009 el Congreso Nacional de Chile aprobó la Ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección a la Infancia *Chile Crece Contigo*. Este avance en materia legislativa implica que el Sistema se mantendrá, independiente de los cambios políticos, considerando los debidos mecanismos de evaluación permanente para su mejoría. El consenso social y político en torno a esta temática, permite suponer que la implementación de ChCC continuará en marcha.

Invertir en *Head Start*, *Sure Start* o Chile Crece Contigo y en la mayoría de los demás programas de prevención hoy parece no ser suficiente. Los programas deben mostrar su eficacia relativa frente a otros programas. Así mismo es necesario avanzar en la implementación controlada de los programas, con el objeto de desarrollar a la par estudios experimentales que permitan demostrar su eficacia en la realidad

#### Bibliografía

Council on Community Pediatrics and



La Dra. Bachelet, rodeada de niños

Committee on Native American Child Health. (2010). Health Equity and Children's Rights. *Pediatrics*, 125(4), 838-849. doi:10.1542/peds.2010-0235

Engle, P. L., Fernald, L. C., Alderman, H., Behrman, J., O'Gara, C., Yousafzai, A., de Mello, M. C., et al. (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9799), 1339-1353. doi:10.1016/S0140-6736(11)60889-1

Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *The Lancet*, 370(9595), 1358-1369. doi:10.1016/S0140-6736(07)61578-5

Lawn, J. E., Rohde, J., Rifk, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (1978). Alma-Ata: Rebirth and Revision 1 Alma-Ata 30 years on : revolutionary , relevant , and time to. *The Lancet* 917-927.

Madon, T., Hofman, K. J., Kupfer, L., & Glass, R. I. (2007). Public health. Implementation science. *Science* (New York, N.Y.), 318(5857), 1728-1729. doi:10.1126/science.1150009

Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3

'If we'd scaled up more slowly, *Sure Start* might now be dead in the water'. An interview with Naomi Eisenstadt. In *Early learning: lessons from scaling up*. In *Early Childhood Matters Journal*. November 2011 | 117. Bernardvan Leer Foundation.

Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., Baker-Henningham, H., et al. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799), 1325-1338. doi:10.1016/S0140-6736(11)60555-2.

# Piloto de aplicación en Chile de un modelo de evaluación del cumplimiento de la Convención de Derechos de los Niños en su comentario general número 7

**Helia Molina** (Universidad Católica de Chile), **Francisca Morales** (UNICEF Chile), **Roxana Muñoz** (Ministerio de Desarrollo Social Chile), **Clyde Hertzman** (HELP), **Ziva Vaghri**, (HELP), **Paula Bedregal** (Universidad Católica de Chile).

La Convención de los Derechos de los Niños (CDN), ratificada por 193 Estados, consagra los derechos humanos inherentes a todos los niños menores de 18 años.

Desde que la CDN entró en vigencia, El Comité de los Derechos del Niño (UNCRC) ha identificado, en los reportes quinquenales que los países deben enviar al Comité, que la infancia temprana (0 a 8 años) es poco visible en términos de los derechos específicos de este grupo; en general se reducen a informar sobre mortalidad infantil, registro de nacimiento, salud y cuidados básicos. Los informes no atendían a consideraciones más amplias sobre el cumplimiento de los derechos del niño aplicadas a los niños pequeños como agentes sociales activos y titulares de esos derechos.

Una percepción inadecuada de los derechos de la infancia temprana por los Estados Partes tiene como consecuencia que los gobiernos sencillamente pasen por alto sus obligaciones respecto de los niños pequeños. Estos suelen ser considerados sujetos de carencia y de prestaciones y asistencia y no como sujetos de derecho.

Además de realizar un seguimiento de los progresos de casa país en la aplicación de CDN, el Comité publica periódicamente sus Comentarios Generales (CG) sobre cuestiones importantes relacionadas con la interpretación, la promoción y la protección de los derechos de la infancia; comentarios que se elaboran con participación de expertos y son una guía autorizada.

La meta específica de los CG es ayudar a los Estados Partes a analizar sus problemas, afinar la implementación respecto a temas específicos y mejorar los informes entregados a UNCRC.

Desde 2001 el Comité ha publicado 12 CG sobre una amplia gama de temas. En 2005 se publica el CG7 referido específicamente a la primera infancia.

En septiembre de 2006 UNCR invita a un grupo selecto de académicos y líderes que abogan por los derechos de la infancia, para conformar un grupo nominado Grupo de Indicadores (Grupo) para desarrollar indicadores en el ámbito de la primera infancia. El Grupo cuenta con representantes de variadas agencias e instituciones académicas, y han desarrollado un marco de indicadores que se completaron en 2008 y han sido presentados a UNCR.

El Grupo elabora un manual con detalladas orientaciones y desarrollo de los algoritmos por cada uno de los indicadores propuestos; el proyecto aplica el manual y evalúa permanentemente sus fortalezas y debilidades para el uso en los países.

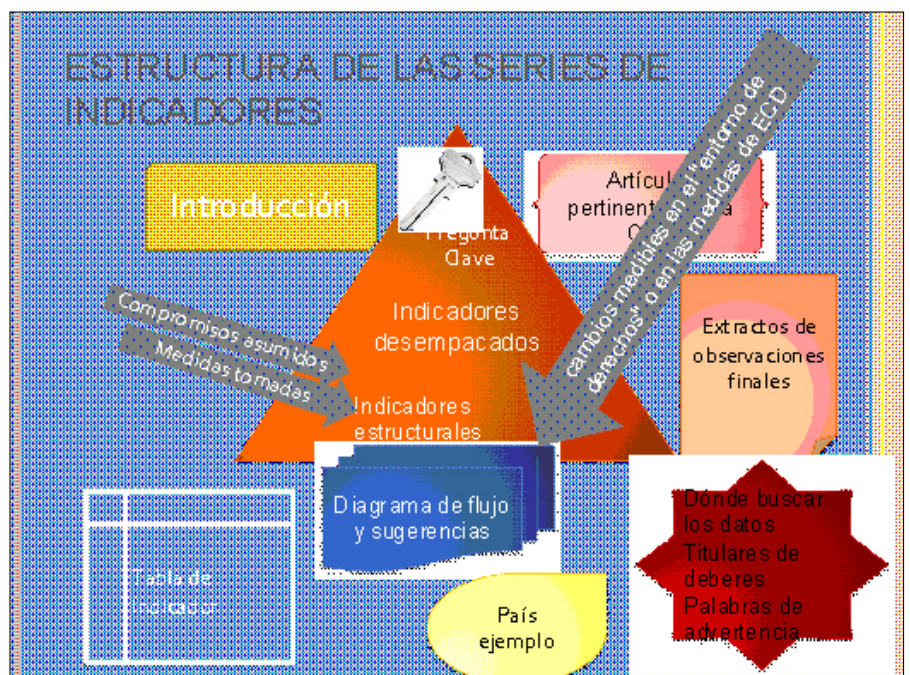
El set de 15 indicadores propuesto se organiza de acuerdo a los grupos y dimensiones de las orientaciones

UNCRC para los reportes de los países:

- Medidas Generales de implementación
- Derechos civiles y libertades,
- Ambiente familiar y cuidados alternativos,
- Salud básica y bienestar,
- Educación,
- Actividades culturales y recreativas,
- Medidas especiales de protección.

Para cada Dimensión se plantean un número variable de indicadores de estructura de procesos y de resultados, de modo que cada país pueda identificar los nudos críticos en el cumplimiento de los derechos de la primera infancia, así como los vacíos de información.

El set de indicadores está precedido por preguntas específicas, seguidas por un algoritmo si la respuesta es positiva pasa a la segunda pregunta si es negativa, va generando una visión de los déficits y entrega orientaciones de los pasos a seguir para cubrir las brechas de cumplimiento de la CDN y CG7.



En 2008 la propuesta es aceptada por el Comité y se acuerda realizar pilotos para ver cómo funcionan en países de bajos, medios y altos ingresos.

Chile fue seleccionado para el piloto como país de medianos ingresos, por algunas características relativas al contexto positivo a la promoción de Desarrollo Infantil temprano, a la voluntad política de priorizar la infancia temprana, y a la existencia de alianzas estratégicas previas del equipo de infancia del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Harvard y HELP (*Human Early Learning Partnership, British Columbia University*).

Como instituciones principales participan el Ministerio de Desarrollo Social de Chile (quien coordina para estos efectos el trabajo de todos los ministerios involucrados en políticas de infancia); UNICEF Chile, quien lidera el proyecto en Chile; HELP, quienes lideran el proyecto desde el ámbito internacional; y la Pontificia Universidad Católica, cuyos expertos conducen el proceso técnico.

#### Procesos relevantes del proyecto:

- Constitución de una fuerza de tarea con las instituciones participantes y conformación de grupos de trabajo interministeriales de acuerdo a la temática de los indicadores y las responsabilidades gubernamentales consideradas.

- Entre Cinco grupos multidisciplinarios e interministeriales se distribuyeron los 15 indicadores marco. Se hace una capacitación de los participantes a distancia y presencial, con el equipo de HELP y el equipo nacional.

- A cada grupo le correspondió recolectar la información de acuerdo a una matriz desarrollada, introducir esta información en la plataforma virtual, previa discusión y análisis interno con el equipo técnico del proyecto, con el Ministerio coordinador y con UNICEF.

- Se desarrollaron procesos de discusión del proyecto y de los aspectos técnicos, con representantes de centros académicos, organizaciones no gubernamentales que trabajan en infancia, con agencias de Naciones Unidas y con expertos nacionales.



*Reunidos el día que se firmó el convenio MIDEPLAN UNICEF (de Izq. a Dcha.) el Ministro de Sanidad, Felipe Katz (a la Izqda.), junto a representantes de UNICEF Chile y de HELP.*

- Las respuestas como país fueron producto de una exhaustiva revisión por los grupos de la información existente (en un lapso de al menos 10 años hacia atrás) y de consensos en torno a respuestas complejas.

- La recolección de información fue compleja, ya que todos los textos relativos a políticas públicas, marcos jurídicos, legislativos y normativos, así como los programas, se adjuntan en la plataforma, lo cual permite ir directamente a la fuente como medio de verificación.

#### Comentarios:

- El proyecto piloto fue un aporte relevante a Chile en la medida que generó dinámicas de trabajo entre actores y sectores gubernamentales que no trabajan juntos habitualmente. El proyecto fortaleció la constitución de redes intersectoriales en torno a la infancia y los derechos.

- La temática de derechos motiva y activa procesos cuando se visualizan sus aplicaciones en el accionar diario de las políticas, planes y programas relativos a la infancia. El proyecto aumentó la conciencia social a nivel de los distintos sectores sobre los derechos y el rol de su institución al respecto.

- Las redes conformadas de profesionales son un potencial de trabajo en torno a la elaboración de los próximos informes a enviar a UNRC.

- Si bien los resultados de la situación encontrada en relación al cumplimiento del CG7 en Chile está aún en proceso de análisis, en general se perciben falencias en los sistemas de información que no están hechos con perspectiva de derechos, así como se requiere construir instrumentos específicos para áreas, por ejemplo participación de los niños y las niñas, recreación, entre otros elementos.

- La interacción de los equipos de trabajo gubernamentales con instituciones académicas y no gubernamentales en torno a los indicadores del proyecto enriqueció la discusión y aportó criterios a los equipos.

- El equipo de HELP fue un socio activo permanente, facilitador y de ellos también se recibieron aportes en lo técnico y en lo estratégico para el buen resultado del proyecto.

#### Referencias

1.- ONU -CDN Observación general 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia (CG 7) 2005

2.- <http://www.bernardvanleer.org/publication>

3.- A Guide to General Comment 7 "Implementing Child Rights in Early Childhood. UNICEF.

4.- Estado Mundial de la Infancia .Edición especial. Conmemoración de los 20 años de la Convención de los derechos del Niño. Noviembre 2008

5.- Los comentarios Generales del UNCRC se encuentran en: <http://www2.ohchr.org>

**COLOMBIA****DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA:  
MUJERES E INFANCIAS EN ENTORNOS  
VIOLENTOS****María Lucía Mesa Rubio**

Pediatra Social.

Coordinadora del Convenio sobre Salud Sexual y Reproductiva, entre el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

*"En el año 2011 el país registró el asesinato de 1.177 niños, niñas y adolescentes.*

*Solo en los primeros cuatro meses de 2012, la cifra llegó a 342 víctimas fatales, lo que representa un promedio de tres homicidios al día."*

**Agencia Pandi, Colombia**

La mayor parte de los indicadores establecidos para medir las Metas del Milenio son objetivos de salud o de sus grandes determinantes como la pobreza, la alimentación, la educación, el ambiente y el género, con metas específicas de reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

En Colombia, la tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud que ha logrado mayor descenso y transformación en su estructura durante los últimos 25 años, por lo que se puede afirmar que la situación ha mejorado, al pasar de 41 por mil nacidos vivos en el quinquenio 1990-1995 a 16 por mil en el quinquenio 2005 - 2010, lo que muestra una reducción cercana al 58%, destacándose una tendencia sostenida a la reducción de la mortalidad por enfermedades respiratorias y diarreicas, con predominio de los trastornos del periodo perinatal y las malformaciones congénitas sobre las causas infecciosas.

A pesar de estos logros en la reducción de la mortalidad infantil promedio, persisten grandes diferencias e inequidades, tanto entre las diversas regiones del país como entre los diferentes estratos: la mortalidad infantil de los hijos de mujeres con educación superior es tres veces inferior a la de las mujeres sin educación (14 vs. 43 X

1.000); así mismo la mortalidad de los hijos de las mujeres de estrato socioeconómico más bajo es más del doble de las del estrato más rico (32 vs. 14 X 1000).

Según un estudio realizado en 2010<sup>1</sup>, 66% de la población se encuentra en el quintil más bajo de riqueza y el 33% en el segundo quintil más bajo, lo que muestra los altos índices de inequidad del país. Los hogares tienen una marcada tendencia hacia la jefatura femenina, siendo el tamaño promedio de los hogares de 3.8 (individuos)<sup>2</sup>.

**¿Con quién viven los niños y las niñas?**

En los últimos 15 años han bajado 10 puntos porcentuales los niños y niñas menores de 15 años que viven con ambos padres, el porcentaje para 2010 fue de 56%. (Solo con la mamá: 32%, solo con el papá: 3%, y con ninguno de los dos un alarmante 7%).<sup>3</sup>

Debido a la pobreza, la inequidad al acceso de servicios básicos como salud y educación, 11 de cada mil recién nacidos mueren antes de cumplir el mes de haber nacido, 16 de cada mil niños y niñas mueren antes de cumplir su primer año de vida, 19 de cada mil antes de cumplir los cinco años, y cerca del 75% de estas muertes ocurre por causas prevenibles: desnutrición, enfermedades respiratorias y mortalidad materna. En la última década, la tasa de mortalidad materna, ha continuado reduciéndose en Colombia: según los datos más recientes la razón es de 75.6 x 100.000 nacidos vivos<sup>4</sup>. A esto conviene agregar que el 16% del total de nacimientos del país se presenta en madres adolescentes.

Los estudios sobre demografía y salud indican tendencia de aumento progresivo de la fecundidad de adolescentes a partir de 1990, alcanzando en 2005 el 21% de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hija/o. La tasa de fecundidad de adolescentes de

1.- Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 PROFAMILIA, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID

2.- Ibid 1

3.- Ibid 1

4.- <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1-----&s=n&x=61735>

15 a 19 años fue de 90 por mil en el 2005.<sup>5</sup> Sin embargo, en la ENDS 2010 la proporción de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres o que están embarazadas por primera vez disminuye, alcanzando un 19.5%.<sup>6</sup> La situación de la fecundidad de adolescentes representa una condición crítica para la acción en lo socio-sanitario. Es considerada un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales. Se encuentra vinculada a problemas de pobreza, educación, inequidad de género, vulneración de los derechos y contextos familiares adversos, además de incidir negativamente en procesos tales como el desarrollo individual y, como consecuencia, sobre el desarrollo del país.

Para acelerar los progresos de la salud materna y neonatal resulta fundamental prestar una especial atención a las zonas cuyos indicadores muestran los mayores problemas para la supervivencia y la salud tanto de las madres como de los recién nacidos. El principal foco aparece en la edad adolescente ya que el embarazo y la maternidad prematuros representan un peligro considerable para la salud de las niñas-madres. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el alumbramiento son una causa importante de mortalidad para las niñas de 15 a 19 años de todo el mundo: cuanto más jóvenes se embarazan, mayores son los riesgos de enfermar o morir por causa asociada al embarazo. El inicio temprano de relaciones sexuales favorece, a lo largo del ciclo de vida fértil de la mujer: el embarazo no planeado, el VIH y el SIDA, la violencia sexual y otros abusos producto de las relaciones de género, terminando incluso con el feminicidio.<sup>7</sup>

### ¿Qué podemos hacer?

Educar a las niñas y a las mujeres jóvenes es uno de los mecanismos más poderosos para quebrar la trampa de la pobreza, romper el círculo vicioso y crear un entorno protector para la salud materna y neonatal, combinando actividades para ampliar la cobertura de los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención y fortalecer la promoción de la autonomía de las niñas y las mujeres.

La salud y la enfermedad se ganan y se pierden en la relación de la biología con el entorno y con los estilos de vida. En general un entorno físico, emocional o social deteriorado (contaminación, pobreza, falta de educación, violencia, negligencia...) tiene efectos negativos en la salud y viceversa. Las sociedades debemos dar respuesta a las necesidades de atención a la salud y a la enfermedad de la infancia y de las mujeres, prestando unos servicios sociales y sanitarios eficaces de calidad.

### Cuando los derechos son vulnerados

En Colombia, existe una importante brecha entre la normativa vigente en materia de reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y de niños, niñas y adolescentes, y el ejercicio real y efectivo de dichos derechos por parte de ellas y ellos. En materia de violencia, durante el año 2009, se realizaron 21.288 informes periciales sexológicos, en los cuales las mujeres son las más afectadas (84.25%) de los registros, cuyo principal presunto agresor es algún miembro del círculo cercano a la persona valorada.<sup>8</sup> En este grupo de mujeres las más vulneradas fueron niñas adolescentes. En el caso de niñas, niños y adolescentes la situación es también alarmante. La siguiente tabla resume datos recientes que reflejan la situación violenta a que se ven sometidos y sometidas:<sup>9</sup>

<b>Violencia Contra Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)</b>	
<b>TIPO DE VIOLENCIA</b>	<b>2011</b>
<b>NNA víctimas de homicidio</b>	<b>1.177</b>
<b>NNA por violencia intrafamiliar</b>	<b>11.495</b>
<b>NNA por violencia interpersonal</b>	<b>20.968</b>
<b>NNA por abuso sexual</b>	<b>17.628</b>

Es pues, evidente que la violencia basada en género es una causa de muerte de nuestros niños y nuestras niñas, así como entre las mujeres.

Los Derechos Humanos expresan la idea de que todas las personas, tanto hombres como mujeres tienen autonomía para disponer de las capacidades necesarias y de los mecanismos sociales adecuados que las protejan de abusos y privaciones, y que les permitan disfrutar de su dignidad como seres humanos.<sup>10</sup>

Así como la mirada hacia los niños y niñas se ha modificado de acuerdo con la historia de la humanidad, el reconocimiento y la protección a sus derechos van a pasos lentos; es así como la redacción de la CIDN se liga a la historia de la infancia y su concepción dentro de un mundo adulto. Posteriormente, con la creación de UNICEF en 1946 y la redacción de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959 en 10 principios, adquiere mayor fuerza la redacción de la CIDN. Pero solo hasta 1989, 65 años después, se dispone de un instrumento que permite el reconocimiento de niños y niñas como ciudadanos, y a él se acoge la gran mayoría de las naciones del mundo. La CIDN fue redactada con el objeto de orientar a los Estados Parte hacia el reconocimiento de los

5.- Profamilia. ICBF. USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Fecundidad. Capítulo 5. p.95-108

6.-Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010

7.- UNICEF Estado mundial de la Infancia, Salud materna y Neonatal 2009

8.- Informe de Derechos Humanos de las Mujeres y Justicia de Género Colombia 2009 - 2010 Corporación Humanas, Centro Regional de Justicia y Género, Septiembre de 2011

9.- Tomado del Boletín de la Agencia PANDI 2012 [www.agenciapandi.org](http://www.agenciapandi.org)

10.- <http://www.americalatinalgenera.org/tematica/derechos.php> Revisado el 22 de Febrero de 2010



niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos.

La Convención se convierte en un instrumento jurídico que promueve una "*filosofía de respeto hacia la niñez*"<sup>11</sup>; un documento y compromiso que modifica las formas de relación de los adultos con niños, niñas y adolescentes. Introduce el concepto según el cual, cada niño y cada niña menor de 18 años, es un ser humano que debe ser tratado no como objeto de protección sino, de acuerdo con el principio de la ciudadanía, como sujeto de derechos. Esto también implica pasar de una mirada de satisfacción de necesidades a la de exigibilidad de los derechos, bajo la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado.

Para poder garantizar estos derechos se hace necesario garantizar el respeto por la dignidad de la mujer, madre en muchos casos, que transmite patrones culturales a las nuevas generaciones. Los derechos de las mujeres fueron consignados en el CEDAW, ratificados en 1979.

Las relaciones de poder entre hombres y mujeres desde el ámbito donde crecen y se desarrollan, las barreras geográficas sociales, económicas y culturales, constituyen factores de riesgo para que exista la violencia basada en género.

Además de los avances normativos en el contexto internacional, Colombia cuenta hoy con un cuerpo de leyes y reglamentaciones que promueven la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer. Colombia tiene una historia de violencia arraigada en sus profundidades con diferentes expresiones, ya sea por los conflictos armados, la violencia social urbana, la violencia doméstica, la violencia institucional.

Nuestro país ha realizado notables avances en materia de erradicar la violencia de género, contra las mujeres y los niños y niñas. La sola existencia de estos resguardos legales no son garantía que asegure una vida en paz y libre de violencias, pero es un signo del rumbo que nuestra sociedad ha pensado para mejorar los niveles de convivencia.

Las últimas leyes expedidas en Colombia para combatir la violencia contra las mujeres son:

**1.- Ley 1236/08** que modifica algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual;

**2.-Ley 1257/08** para la sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres;

**3.- Ley 1268/08** que aprueba las "reglas de procedimiento y prueba" y los "elementos de los crímenes de la Corte Penal Internacional";

**4.- Ley 1336/09** sobre la lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes;

**5.- Ley 679/01** de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes, dirigida a fijar normas de autorregulación en servicios turísticos, café-internet, aerolíneas, servicios de transporte, y a determinar responsabilidades estatales para el seguimiento al cumplimiento de la norma.

También rigen las siguientes disposiciones reglamentarias:

**1.- Decreto 4786 de 2008** que adopta la estrategia nacional contra la trata de personas;

**2.- Resolución 3788/09** del Fiscal General de la Nación tendiente a fortalecer grupos de trabajo en la Fiscalía para el abordaje y formulación de estrategias investigativas y asistenciales para las víctimas de los delitos relacionados con la violencia de géneros;

**3.- Memorando 046/09** del director nacional de fiscalías, que crea la mesa de trabajo interinstitucional de violencia de género y ordena a los directores seccionales de fiscalías y del Cuerpo Técnico de Investigaciones (fiscales y Policía Judicial) desarrollar estrategias para fortalecer la defensa de los derechos de las mujeres frente a la violencia •



Detalle de una obra en la Exposición de arte contemporáneo sobre Sor Juana Inés de la Cruz, México, 2009

**COLOMBIA**

**La Sociedad Colombiana de Pediatría y los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes: Avances y Retrocesos**

**Clemencia Mayorga.** Grupo Salud y Derechos, Sociedad Colombiana de Pediatría

Desde hace algunos años, la Sociedad Colombiana de Pediatría ha venido fortaleciendo su trabajo en el tema de derechos del niño, en este proceso hemos logrado avances pero también hemos sido testigos de retrocesos, como suele ocurrir en los países de nuestro continente.

La Sociedad ha venido trabajando, como fundamentación necesaria para avanzar en este tema y como parte activa del grupo latinoamericano en Salud y Derechos, en el fortalecimiento en la capacitación en Derechos del Niño. Es así cómo se avanzó en la capacitación al personal de salud de algunas instituciones privadas en el curso Interfase Salud y Derechos del niño. Terminado el año 2011 se firmó una alianza con la administración de la ciudad de Bogotá para capacitar a los líderes de salud de los Hospitales y Centros de atención públicos de la población pediátrica de la ciudad. El curso se realizó en los meses de noviembre y diciembre, logrando una muy buena asistencia y motivación por parte de los asistentes, quienes realizaron además en los talleres un diagnóstico sobre el respeto a los Derechos del Niño en sus institu-

ciones, generando estrategias que fueron presentadas en la sesión final al Secretario de Salud de la ciudad. En materia de investigación se ha venido desarrollando un proyecto sobre evaluación del respeto por los derechos del niño en Instituciones de salud de la ciudad de Bogotá, el cual se encuentra actualmente en la segunda fase. Esperamos culminar esta fase el año siguiente y convertir estos resultados en un insumo más para presentar al gobierno nacional y local, buscando influir en la implementación de políticas públicas que mejoren las condiciones en las Instituciones de salud en materia de respeto y ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a la participación en políticas públicas que busquen mejorar las condiciones de vida y salud de niños, niñas y adolescentes, hemos participado activamente en generar propuestas al Ministerio de Salud de manera que se reglamente y materialice la atención preferente, especial y diferenciada a esta población, establecida en la Constitución Nacional y en las leyes que rigen la prestación de servicios de salud. Así

mismo hemos presentado propuestas para que se incluyan en los criterios de calidad reglamentados por el Ministerio de Salud, las condiciones necesarias para brindar a la población pediátrica las mejores condiciones de salud posibles.

**Afectados por la crisis**

Pero no todas las noticias son alentadoras. El Sistema de Salud en Colombia está experimentando una grave crisis financiera que afecta las instituciones y servicios de salud a todos los niveles. En esta situación y bajo un sistema de salud que hoy privilegia el resultado económico sobre cualquier otro, la SCP ha venido denunciando el cierre de camas de hospitalización de pediatría en las diferentes regiones del país por un tema de "no rentabilidad" para clínicas y hospitales. Más de 1.000 camas de pediatría han sido cerradas, según cifras recolectadas por la SCP en los últimos años. Ante este panorama la SCP se da a la tarea de denunciar y publicar estos datos, solicitando tanto al gobierno nacional como a los gobiernos locales una reglamentación que proteja estos ser-



*Bogotá, 19 de Noviembre 2.011: La Sociedad Colombiana de pediatría invita al "Sepelio de los servicios de pediatría del país"...*



*Pediatras y comunidad se dan cita frente a la sede del Ministerio de Protección Social.*



*Desplegan sus pancartas: "Hay 1.000 camas pediátricas menos en el Sistema de Salud del país".*



Los centros donde se han perdido esos servicios pediátricos tienen nombre y su correspondiente "esquela".

Van llegando los medios y los voceros de los pediatras les informan de la lamentable situación.

vicios de un cierre, por motivos económicos, que deja por completo de lado las necesidades de atención de la población pediátrica y vulnera los derechos a la vida y la salud de niños, niñas y adolescentes.

**Algunos logros que se reflejan en reglamentación**

La solidaridad de la población y de los medios de comunicación en este tema ha sido muy importante. La SCP logró llevar el problema ante el Congreso de la República y ante la Secretaría de Salud de Bogotá, consiguiendo que en el caso de Bogotá se expida una reglamentación de obligatorio cumplimiento con exigencias para clínicas y hospitales cuando se trate de decidir el cierre de un ser-

vicio de pediatría, dejando en manos del ente regulador la autorización o denegación del cierre, lo cual si bien es un logro parcial, ha logrado limitar el cierre indiscriminado de camas pediátricas en la ciudad. Sin embargo, la regulación a nivel nacional aún sigue pendiente. La Federación Médica Colombiana, a partir del trabajo realizado por la SCP, presentó una denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por la violación a los Derechos a la vida y la salud de los niños, niñas y adolescentes del país, que se encuentra en curso.

La participación en Congresos nacionales e internacionales por parte del Grupo de Derechos de la SCP ha abierto espacios para la pediatría

social que son importantes y que cuentan con el respaldo de cada vez más profesionales de la salud y, lo más importante, con el respaldo de otros grupos académicos y de la comunidad en general .



Estas movilizaciones, lideradas por los pediatras, tuvieron su reflejo en los Medios de Comunicación. Han supuesto algunos avances, aunque falta mucho camino por recorrer. (Ver el texto más arriba "Algunos logros ....")

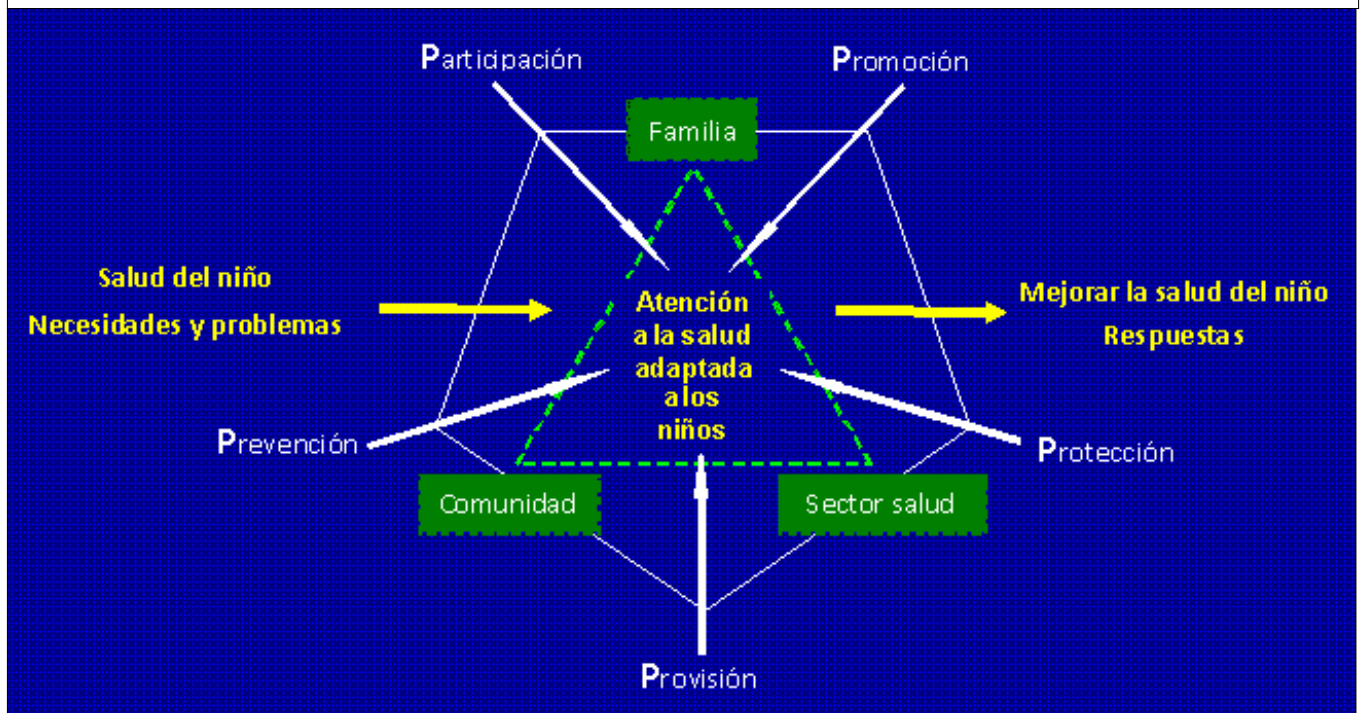
# DERECHOS DEL NIÑO Y PEDIATRÍA SOCIAL EN ESPAÑA

José A. Díaz Huertas  
Isabel Junco Torres  
Concepción Bruguera Moreno  
Antonio Muñoz Hoyos  
Carlos Redondo Figueredo  
Bárbara Rubio Gribble  
Carmen Vidal Palacios

La asistencia sanitaria en España es universal, libre y gratuita, con una cobertura de toda la población infantil independientemente de la situación laboral y otras circunstancias de los padres, lo que contribuye a unos indicadores de salud excelentes, como la tasa de mortalidad infantil, con menos de 4 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos, tasas de cobertura vacunal en el primer año de más de 97%, etc, que indican una buena salud de los niños en España.

No obstante, se presentan nuevos problemas como la obesidad infantil, las necesidades y problemas en salud mental infantil,...<sup>1</sup>, y se plantea la necesidad de orientar la atención a la salud desde la perspectiva de la calidad, género y equidad<sup>2</sup>, así como adaptada a los niños y sus derechos<sup>3</sup> (Figura 1).

**Figura 1.** Atención a la salud adaptada a la infancia (Díaz Huertas José A, Guerreiro A. 2011)<sup>4</sup>.



Los derechos de los niños es un elemento básico al considerar la pediatría social, que se define como aquella parte de la pediatría que considera los problemas de salud que tienen consecuencias sociales y los problemas sociales con repercusiones en la salud, así como las influencias en la salud infantil del medio/entorno en que se desarrolla el niño. Por lo tanto, los derechos son un determinante social de salud básico.

## • Derechos de los Niños

Un elemento fundamental, al analizar los derechos de los niños en España y en el mundo, es la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas de 1.989, que supone el pleno reconocimiento del niño como sujeto de derechos, entre ellos, en el artículo 24, el derecho a la salud y a los servicios sanitarios, al disfrute del más alto nivel de salud físico y mental y, para ello, en el apartado d), la creación de las condiciones que aseguren la asistencia sanitaria y los servicios médicos en caso de enfermedad.

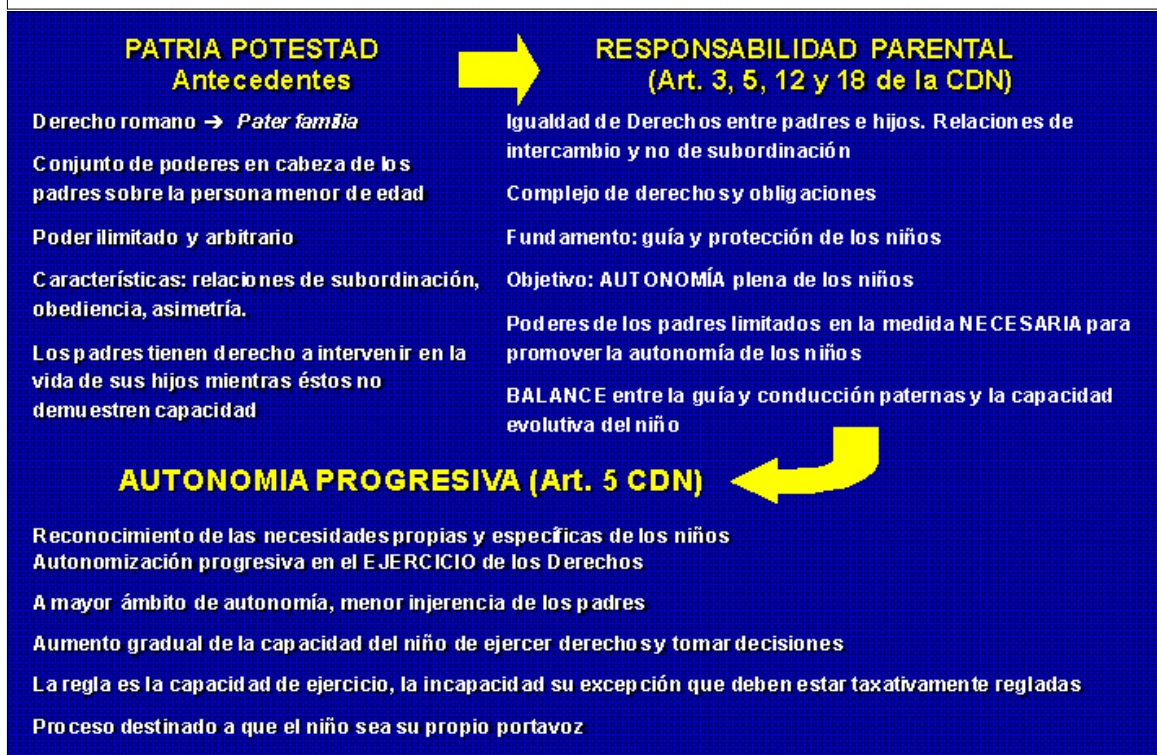
1.- Díaz Huertas JA, Benítez MT, Ruiz Díaz MA, Muñoz Hoyos A (dir). Aspectos relativos a la salud de la infancia y la adolescencia en España, SIAS 6. Sociedad de Pediatría Social. 2007. Disponible en: <http://pediatriasocial.es/Documentos/SIAS/sias6.pdf>

2.- Díaz Huertas JA, Soriano J, Ruiz Díaz MA, Aguayo J (dir). Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia, SIAS 5. Sociedad de Pediatría Social. 2007. Disponible en: <http://pediatriasocial.es/Documentos/SIAS/sias5.pdf>

3.- <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/Directrices.pdf>

4.- Disponible en inglés: [http://pediatriasocial.es/Documentos/Background\\_Huertas\\_and\\_Guerreiro.pdf](http://pediatriasocial.es/Documentos/Background_Huertas_and_Guerreiro.pdf)

**Figura 2.** Convención Derechos del Niño de Naciones Unidas (1989): el niño sujeto de derechos.



La Convención, según el artículo 44, tiene un elemento clave al obligar a los Estados que la han ratificado a realizar informes periódicos sobre su aplicación a Naciones Unidas, Informes que son analizados por el Comité de Derechos del Niño<sup>5</sup>.

España ha remitido los correspondientes Informes, siendo el último de ellos el de 2008.

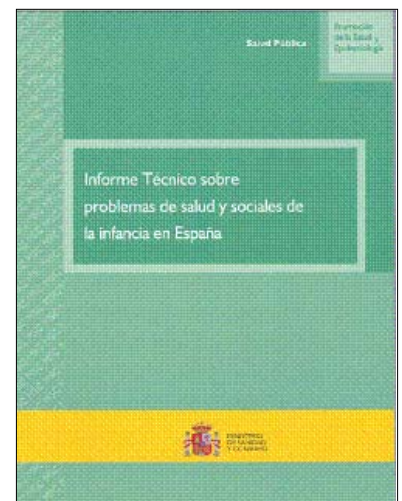
• **Plan Estratégico Nacional sobre Infancia y Adolescencia (PENIA)**

El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en su informe sobre la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño en España, consideró en el año 2002 que nuestro país no disponía de un Plan de Infancia.

En el año 2003 se procedió a elaborar el primer Plan Estratégico Nacional sobre Infancia y Adolescencia 2006-2009 (PENIA) y, para ello, se encargó a la Universidad Autónoma de Madrid un trabajo previo sobre las Bases para la Elaboración de una Estrategia Integral para la Infancia y la Adolescencia en Riesgo y Dificultad Social<sup>6</sup>; así mismo, la Sociedad de Pediatría Social elaboró por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo un *Informe sobre los problemas de salud y sociales de la infancia en España*<sup>7</sup>.

En el PENIA, considerada la salud como un tema transversal, se contemplaba de forma específica en su Objetivo 9 "Fomentar el desarrollo de intervenciones de prevención, promoción y protección de la salud dirigidas a la infancia y adolescencia, de prevención de accidentes y otras causas generadoras de discapacidad, incluyendo aspectos de educación afectivo-sexual y educación para el consumo responsable y prestando una atención especial al diagnóstico y tratamiento de las deficiencias y a la salud mental de la infancia y adolescencia".

En la actualidad, después de un largo proceso de evaluación del primer Plan, de discusión de diferentes borradores, celebración de diferentes seminarios,..., se está elaborando el II Plan Estratégico, con la participación de la Sociedad Española de Pediatría Social, que se aprobará en el presente año.



5.- [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/III\\_IV\\_Informe\\_espanol\\_CDN.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/III_IV_Informe_espanol_CDN.pdf)

6.- Ruiz Díaz MA, Díaz Huertas JA, Hernández López JM (2003). Bases para la Elaboración de de una Estrategia Integral para la Infancia y la Adolescencia en Riesgo y Dificultad Social. Disponible en: [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Estrategias\\_Infancia.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Estrategias_Infancia.pdf)

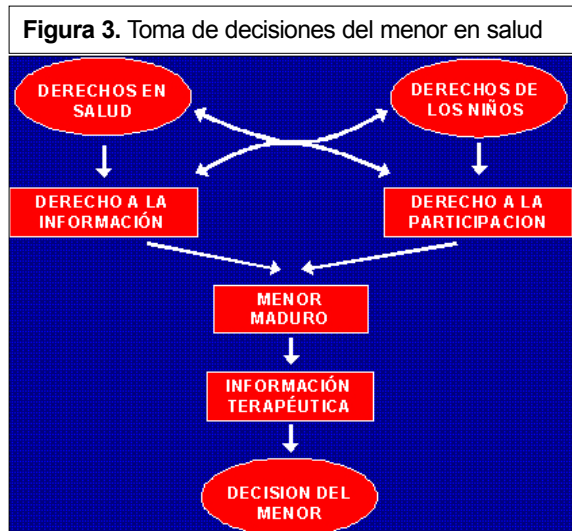
7.-Díaz Huertas JA, Vall O, Ruiz Díaz MA. Informe Técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Disponible en: <http://pediatriasocial.es/Documentos/Infteci.pdf>

• **Menor maduro, mayoría de edad sanitaria**

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>8</sup>, establece la mayoría de edad sanitaria en España en los 16 años y, junto a otras legislaciones, como el Convenio de Oviedo, Artículo 6, sobre la Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, abordan el concepto del menor maduro. Esto supone la aplicación práctica y el desarrollo a lo largo de la infancia de diferentes derechos y de recibir la adecuada información que permita al menor la toma de decisiones (Figura 3).

• **Observatorio de Infancia**

El Observatorio de la Infancia está teniendo un papel muy importante en el impulso de los derechos de los niños en España y en la propuesta y desarrollo de políticas de infancia en nuestro país.



El Observatorio de la Infancia, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>9</sup> fue creado por Acuerdo del Consejo de Ministros de 12 de marzo de 1999 como un Grupo de Trabajo en el que participan instituciones de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas, de la Federación Española de Municipios y diferentes asociaciones de infancia con dos **objetivos**:

- 1) Conocer el estado de situación de la población infantil y de su calidad de vida, así como los cambios que acontecen en ellos, y
- 2) Proponer políticas sociales tendentes a desarrollar mejoras en los diversos ámbitos que afectan a la infancia.

Para el cumplimiento de los objetivos indicados, el Observatorio de la Infancia desempeña, entre otras, las siguientes **funciones**:

- a) Actuar como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales sobre infancia.
- b) Formular recomendaciones y propuestas tendentes a mejorar los indicadores y sistemas de información relacionados con la infancia.
- e) Evaluar el impacto en la sociedad de las políticas y medidas que afectan a la infancia.
- f) Constituir un foro de intercambio y comunicación entre los organismos públicos y la sociedad.
- h) Proponer la realización de estudios e informes técnicos de diagnóstico de la situación de la infancia en España.
- i) Realizar el seguimiento informativo de las políticas sociales que afectan a la infancia.

El Observatorio de la Infancia desarrolla su actividad fundamentalmente a través de diferentes grupos de trabajo, Maltrato Infantil, el PENIA, etc.

• **Sociedad Española de Pediatría Social**

En 1972 se celebró en Madrid el I Simposio de Pediatría Social y en 1973 se eligió la primera Junta Directiva de la Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría de la que era presidente en ese momento el Prof. Ernesto Sánchez Villares.

En estos casi 40 años la Sociedad Española de Pediatría Social ha desarrollado diferentes iniciativas, entre ellas, la celebración de 20 Congresos Nacionales, elaboración de Informes sobre la salud infantil - SIAS (Salud Infancia Adolescencia y Sociedad); infancia y discapacidad; etc.,- cursos para médicos residentes en pediatría, edita la revista Cuadernos de Pediatría Social, Grupo de Trabajo sobre la salud de los niños atendidos por el sistema de protección de menores, difusión de los estándares de crecimiento de la OMS, etc.

La pagina web de la Sociedad (<http://pediatriasocial.es>) tiene una sección especial dedicada al tema de los derechos de los niños y, recientemente, se ha firmado un Convenio de colaboración con UNICEF-España sobre la promoción de la salud infantil y los derechos de los niños que, entre otros objetivos, se plantea el impulso de la implementación de la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados y el programa de Hospitales Promotores de Salud de la OMS, así como elaborar la Carta de los Derechos de los Niños en Atención Primaria (ver <http://www.repsdi.es>) .



8.- <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

9.- <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/presentacion/home.htm>

**PARAGUAY***(¡Escuchen Nuestra Voz!<sup>1</sup>)****¡Pehendu ore ñê!*****Raquel Escobar y Elke Strübing**  
Pediatras. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) de Paraguay**Introducción**

Nos gustaría compartir algunas preguntas y reflexiones sobre los derechos de los niños y de las niñas a partir de lo andado con el programa "Pehendu Ore Ñê" (Pehendu).

Pehendu es un programa vigente en Paraguay desde hace tres años<sup>2</sup> y tiene como objetivo principal hacer cumplir la Convención de los Derechos del Niño y de la Niña (CDN)<sup>3</sup> en los servicios de salud. Para ello busca que el personal de salud<sup>4</sup> cambie sus prácticas de relacionamiento con los niños, niñas y adolescentes y asuma el rol protector que le corresponde. Rol que, por otro lado, tienen todas las personas que integran la sociedad.

Arduo camino el de Pehendu, considerando el entramado donde esta historia transcurre: La historia de los derechos en América Latina, en América del Sur, en el Cono Sur, en Paraguay. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes en los servicios de salud de Paraguay.

Tomemos, sin respetar secuencia cronológica alguna, fragmentos de América Latina, de su historia, sus avances y retrocesos en el tema de los derechos, sus tensiones permanentes, su convulsionado andar entre distintas fuerzas<sup>5</sup>.

Descubrimiento. Deuda externa. Mestizaje. Genocidio. Población indígena no integrada a los sistemas políticos. Explotación económica. Independencia. Desigualdad social. Caudillismo político. Dictaduras militares. Guerras, revoluciones. Estados de excepción. Movimientos emancipadores, supresión de la esclavitud. Colonización. Estados católicos. Estados laicos. Partidos políticos predominantes. Oligarquías tradicionales. Movimientos sociales, participación. Latifundio. Sufragio femenino. Militarismo. Multinacionales. Resistencias populares. Torturas. Analfabetismo. Depredación del medioambiente y los recursos. Desaparecidos. Democracias. Consumo desenfrenado de minorías favorecidas. Globalización de la pobreza. Concentración de las riquezas.

En este galope ¿dónde están los niños y las niñas?

Consideremos otros aspectos de esta historia. En la edad moderna, cuando la sociedad europea alcanza su mayoría de edad al liberarse de la tutela de la iglesia y de la monarquía, cristaliza el concepto de hombre ciudadano, y como tal sujeto de derechos<sup>6</sup>. Desde entonces el concepto de sujeto de derecho se fue ampliando en la medida en que los colectivos a quienes se les negaba iban conquistándolo; estamos hablando de mujeres, minorías étnicas, niños, niñas, adolescentes.

Recién en el año 1989 los niños y niñas, hasta entonces menores de edad y bajo tutelaje, son considerados sujetos de derecho<sup>7</sup>.

En América Latina, atravesada por inequidades sociales históricas, existe sin embargo un abismo enorme entre los enunciados de universalidad de los derechos y la posibilidad de ejercerlos en la vida real de las personas.

1.- En idioma guaraní: Escuchen nuestra voz.

2.- El programa Pehendu es una iniciativa de la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y es ejecutado por la misma. Se inició a partir del año 2009 con el apoyo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y de la CRED - PRO (Instituto Internacional para los Derechos del Niño y el Desarrollo, Universidad de Victoria, Victoria BC, Canadá). Es un programa dirigido al personal de salud de los servicios que integran la Red Integrada de Servicios de Salud, así como a actores clave de las comunidades. Pehendu se financia con presupuesto del MSPBS y de cooperaciones externas CRED - PRO y Plan Paraguay.

3.- CDN adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de Naciones Unidas, resolución 44/25, de fecha 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de setiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Paraguay firmó y ratificó la CDN en 1990 y, en el año 2001, incorporó los principios de la convención en la Ley 1.680 Código de la Niñez y de la Adolescencia.

4.- Llamamos personal de salud, en sentido amplio, a todas aquellas personas que trabajan para instituciones de salud, es decir, profesionales de la medicina, otras profesiones universitarias en el área de salud, técnicos, auxiliares, personal de apoyo, servicios generales y otros.

5.- Sistema Interamericano y derechos humanos. La historia de los derechos en América Latina. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2030/5.pdf>

6.- McNall, Edward: *Civilizaciones de Occidente. Su historia y su cultura*. 15ª Edición. Ediciones Siglo Veinte. Argentina.

7.- Convención de los Derechos del Niño y de la Niña.

## El reconocimiento de los derechos de niños y niñas por parte del personal de salud

Por otro lado, hay que considerar la inercia moderna aún férrea de parcelar los conocimientos en departamentos estancos, cada vez más especializados. A pesar de que el diagnóstico médico es un acto interpretativo, las herramientas para leer la realidad fueron direccionadas, enfocadas fundamentalmente en lo biológico<sup>8</sup>.

En las escuelas formadoras de recursos humanos para el sector salud, la formación sigue siendo predominantemente biologicista, a pesar de la contundencia de investigaciones de los años 70 que identifican lo socioambiental como la causa responsable del 62% de las enfermedades<sup>9</sup>. En términos generales, la gran mayoría del personal de salud prácticamente no ha oído hablar de la CDN.

¿Cómo se inscribe todo esto en el imaginario del personal de salud?: pediatras, enfermeros, enfermeras, psicólogos, psicólogas. ¿Cómo se traduce en su práctica?

## Derechos de los niños y de las niñas en los servicios de salud: avances y resistencias a partir de los talleres Pehendu

Durante los talleres Pehendu, el personal de salud que participa suele sentirse increpado, desafiado. Esto hace que busque qué hacer incluso en lo inmediato, aun antes de que se implementen los planes y cronogramas institucionales que resultan de estos talleres.

Por ejemplo, cuando se enuncia "los derechos son universales, interdependientes e indivisibles", quienes



Foto tomada por Patricio Dobrée (Centro de Documentación y Estudios), en la comunidad Toba Qom de Cerrito, Chaco, Región Occidental.

participan en los talleres van extrapolando las palabras a su cotidiano: las niñas, los niños internados, tienen derecho a jugar al mismo tiempo que tienen derecho a acceder a un tratamiento oportuno y de calidad.

Progresivamente, en los hospitales se fueron replanteando espacios, montando salas de juego, pintando pasillos; dibujos, colores, en la enfermería, en las salas de internación. Se organizan señalizaciones y sistemas de orientación e información, se acondicionan espacios para garantizar la privacidad y la confidencialidad.

En ciertas ocasiones, durante el desarrollo de los talleres y al plantear un cambio de prácticas culturales, se han generado reacciones de resistencia o de negación. Podemos citar como ejemplo el derecho a la protección contra el castigo cruel. Costó esfuerzo que se reconociera que no tratar el dolor a los recién nacidos

internados es un castigo cruel. Otros participantes se resistían a reconocer que es cruel separar a los niños enfermos de sus familias para procedimientos, o durante la internación en las terapias intensivas<sup>10</sup>, pues como se sabe la separación les provoca estrés, miedo y mayor dolor<sup>11</sup>.

¿Cuánto se comunica con palabras a la población que acude a los servicios de salud? ¿Qué cosas se dicen en silencio, con los gestos, las miradas, el trato? Fermín Benítez<sup>12</sup> considera que el personal de salud muchas veces discrimina a los *mbya*<sup>13</sup> por el hecho de que llegan descalzos y con ropas rotas; cuenta él: "la pasamos mal porque tenemos vergüenza ante los doctores, tenemos vergüenza si estamos sucios, muchas cosas". El programa Pehendu tiene una modalidad intercultural que articula acciones con la Política Nacional de Salud Indígena.



Niños jugando, en una comunidad campesina de la Región Oriental del Paraguay. Foto de Daniel Gómez Olázar y Giovanna Guggiari (Visión Documenta).

8.- Foucault, Michel: *Un diálogo sobre el poder*. Alianza Editorial. Buenos Aires. Argentina. 1990.

9.- "A new perspective on the health of Canadians" (Lalonde, M. 1974) y "An epidemiological model for Health Policy Analysis" (Denver, 1976).

10.- En uno de los talleres alguien hizo circular una foto que invitaba a reflexionar. La misma mostraba un cartel pegado en la puerta de una sala de pediatría donde se establecían horarios de visita para madres y para visitantes médicos. A estos últimos se les concedía más tiempo.

11.- Castral TC, Warnock F, Leite Am et als. *The effects of skin to skin contact during acute pain in preterm newborns*. Euro J Pain. 2008. 12:464-471.

12.- "Promotor de salud indígena". En: Bogado, Marcelo: *Representaciones y prácticas de salud en dos comunidades mbya guaraní del departamento de Caazapá*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Mayo, 2012. Paraguay. En proceso de impresión.

13.- En Paraguay, la población indígena está conformada por personas pertenecientes a 20 pueblos de cinco familias lingüísticas diferentes. Los mbya pertenecen al grupo genérico guaraní de los caingú, ka'ýngua o monteses. Meliá, Bartomeu: *Mundo Guaraní*. Talleres ARTE NUEVO. 2008. Asunción. Paraguay.



La discriminación y el maltrato del personal de salud hacia la gente son aspectos que deben ser erradicados.

Otro aspecto importante que se trabaja en los talleres es el de llamar a las niñas y niños internados por sus respectivos nombres. La CDN plantea el derecho a un nombre, a una identidad. Asimismo, en la cultura *mbya*, el alma o *ñe'é*<sup>14</sup> llega al niño desde el cielo cuando el *karaia*<sup>15</sup> le concede el nombre. Un niño sin nombre puede enfermar gravemente y morir<sup>16</sup>.

La vieja costumbre tan arraigada de identificar a los recién nacidos con el nombre de sus madres poco a poco está siendo desplazada. En muchas salas de neonatología, hoy se ven las incubadoras o cunas con nombres propios que identifican y hacen reconocer a sus dueños. Trabajar lo identitario, el establecimiento de vínculos, la ternura, el cuidado. Está hartamente reconocido que una forma de disminuir la mortalidad infantil es propiciando el apego precoz en sala de partos, el contacto piel con piel entre una madre y su recién nacido<sup>17</sup>. Un niño sin amor, sin identidad, puede enfermar y morir.

¿Qué coincidencias existen entre las distintas medicinas o formas de interpretar el mundo? ¿Qué caminos comunes? Es obligación del personal de salud incorporar conceptos para satisfacer de manera integral las necesidades de salud de la población en su diversidad.

Pehendu invita a reflexionar sobre las prácticas existentes en los servicios de salud en base a lo que es fundamental: el enfoque de derechos obliga a un abordaje multidimensional, considerando al niño, a la niña, como seres históricos y culturales. El intrincado diálogo que existe entre genes y ambiente afirma esta idea<sup>18</sup>.

## ¿Hacia dónde vamos?

Existen aspectos fundamentales a considerar en el ritmo de implementación de este programa, en su tendencia. Por un lado, los programas, planes y estrategias que se desarrollan desde las instituciones públicas estatales tienen como telón de fondo una institucionalidad débil, a merced de la marea de los cambios de gobierno, democráticos o no. Esto supone una amenaza a la continuidad de los procesos que se ponen en marcha con cada programa o plan.

Por otro lado, el carácter multidimensional del enfoque de derechos exige un abordaje con todos los sectores de manera integrada. No se puede postergar la satisfacción de los derechos de los niños y niñas; no se puede parcelar arbitrariamente lo económico, lo social; no se puede hacer intentos aislados, compartimentalizados, entre sectores institucionales o civiles; no se puede planificar acciones sólo a largo plazo.

A pesar de ello se han realizado avances, pues Pehendu se desarrolla dentro de un marco normativo más amplio, intra e intersectorial, que busca con equidad la calidad de vida y salud de todas las personas que viven en Paraguay y que tiene como principios la universalidad, la integralidad, la equidad, la no discriminación y la participación social<sup>19</sup>. El programa articula, además, acciones con la Sociedad Paraguaya de

Pediatría, con las escuelas formadoras de recursos humanos, con la Política de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de tal manera que la CDN sea conocida e incorporada a la práctica profesional cotidiana.

El reto es lograr que programas como éste trasciendan gobiernos y se constituyan en políticas de Estado. Sólo con la perseverancia tenaz se conseguirá gradualmente una sociedad que en su conjunto defienda los derechos de los niños y de las niñas.

## Conclusiones

Los niños y niñas tienen necesidades específicas por su condición de desarrollo, necesidades que deben ser satisfechas de manera integral, entre todos los sectores que conforman la sociedad. Adultos de todos los géneros, personal de salud en general -pediatras en particular-, debemos asumir el rol protector de los niños y niñas, velando por que sus derechos se cumplan.

Progresivamente, la CDN se está instalando en el imaginario colectivo: acciones que llevan adelante instituciones estatales, escuelas formadoras, sociedad civil, sociedades científicas, así lo demuestran. América Latina, convulsionadamente y desde su constitución, transita un camino difícil hacia la conquista de los derechos humanos para todos y todas •



14.- *Ñe'é*: palabra, idioma, alma. *Ibidem*.

15.- El *Karaia* es un elegido por los dioses para entrar en comunicación con ellos y transmitir sus mensajes a la comunidad. Bogado, Marcelo: *Representaciones...* (ver 12.-)

16.- *Ibidem*

17.- Salud del recién nacido: una clave para la supervivencia infantil. *The Lancet*. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E. Marzo, 2005.

18.- Cavalli - Sforza: ¿Quiénes somos? Historia de la diversidad humana. Editorial Drakontos Bolsillo. 2009. España.

19.- Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, Paraguay para todos y todas, 2008 - 2013; Plan Nacional de Calidad de Vida y Salud de la Niñez y de la Adolescencia 2010 - 2015; Estrategia Nacional de Salud Neonatal 2010 - 2015; Política Nacional de Salud Indígena 2008 - 2013; Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2010 - 2020.

## APRENDIENDO A RESPETAR LOS DERECHOS DEL NIÑO EN LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA: Relato del seguimiento de una experiencia desde el Paraguay

**Claudia Patricia Sanabria Moudelle**

DIRSINA (Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia)  
Ministerio de Salud Pública - Paraguay

### Introducción

El objetivo del presente trabajo es el de compartir algunos aspectos destacados de nuestro trabajo en la integración de la perspectiva de derechos de la niñez en el campo de la salud. Esta vez, a partir de un conocimiento de la realidad local, campos de intervención e incertidumbres asociadas.

En Paraguay se lleva adelante, desde el año 2009, el Proyecto Pehendú Oré Ñeé (*Escuchen nuestra voz*, ver artículo de Raquel Escobar y Elke Strübing) que tiene como objetivo la formación de profesionales de la salud en los principios de la Convención de los Derechos del Niño. Hasta ahora se han realizado talleres en todo el país para la formación de profesionales de la red de servicios de salud, que a su vez tienen el compromiso de constituirse en formadores de otros profesionales.

La ejecución del proyecto se lleva adelante como acción gubernamental; concretamente está inserto como política en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y se ejecuta a través de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia. En el año 2010 se creó el Departamento de Promoción de los Derechos del Niño con la clara intención de velar para que los derechos del niño sean tenidos en cuenta en todas las políticas de salud que se generan.

En el marco de la implementación del citado proyecto, se celebró el Taller sobre Derechos de la Niñez y los Servicios de Salud que tuvo lugar en Asunción los días 26 y 27 de abril de 2012, con los siguientes objetivos:

- 1) Actualizar conocimientos en torno a los derechos de la niñez y la práctica pediátrica en los servicios de salud;
- 2) Compartir experiencias y buenas prácticas en la implementación del

*Proyecto Pehendú Oré Ñeé*<sup>1</sup> en los servicios de salud;

3) Validar la herramienta de autoevaluación para el seguimiento del proyecto;

4) Definir un plan de acción a corto plazo.

Teniendo en cuenta los objetivos del taller, se diseñó la agenda del encuentro considerando los siguientes espacios: Conferencias sobre experiencias regionales de implementación de acciones para el cumplimiento de los derechos del niño en el ámbito de la salud; presentación de experiencias a cargo de los referentes nacionales; y validación del instrumento de autoevaluación para servicios de salud.

El espacio sirvió para mejorar el conocimiento de nuestros referentes locales y aportar nuevas ideas para la implementación de acciones conforme a otras experiencias en países de la región. Desde la coordinación del proyecto vimos la necesidad de contar con un instrumento de autoevaluación para los servicios, de tal manera que los profesionales que forman parte del proyecto puedan ver el avance sus

acciones y fijarse metas claras a corto y mediano plazo. La intención fue generar un instrumento que pueda ser adaptado a la necesidad de cada hospital por los mismos profesionales.

Para dar inicio al taller contamos con la participación de la Viceministra de Salud, que instaló la visión del Gobierno respecto a la atención de la salud con el tema: "Políticas Públicas para la Niñez y la Adolescencia con Enfoque de Derechos". Desde el Ministerio, como institución rectora de las políticas públicas, se considera fundamental visibilizar el enfoque en todos los espacios. Este enfoque se viene instalando con el objetivo de transformar la iniciativa en una Política de Estado.

Para la organización de la actividad se contó además con el apoyo de UNICEF y Plan Internacional Paraguay.

### Los participantes

Conforme se ha venido implementando el programa, fueron convocados representantes de 4 regiones sanitarias que forman parte del proyecto (Guairá, Caaguazú, San Pedro y Paraguarí) y 3 regiones sanitarias que ingresan al proyecto (Itapúa, Alto Paraguay y Boquerón). Asistieron en calidad de participantes, un total de 60 profesionales de las citadas regiones del país con el firme compromiso de replicar en sus servicios todo lo aprendido a través de encuentros en distintas modalidades (talleres, reuniones clínicas, paneles, actividades). Además asistieron referentes de 15 hospitales del Departamento Central y Capital, que se han venido consolidando como parte del proyecto.



*Taller sobre Derechos del Niño y los Servicios de Salud, celebrado los días 26 y 27 de abril de 2012, en el Hotel del Paraguay.*

1.- En guaraní, idioma oficial del Paraguay significa: Escuchen nuestra voz.

También participaron facilitadores nacionales que han sido acreditados como tales a través de un taller intensivo de formación al que asistieron como formadores referentes internacionales de la Iniciativa del Cono Sur por la Salud y los Derechos del Niño, teniendo como coordinador al Dr. Raúl Mercer.

Los participantes que fueron convocados son profesionales de la salud de diferentes disciplinas: psicología, pediatría, trabajo social, enfermería, ginecología, entre otros. El sentido es el de promover el trabajo interdisciplinario atendiendo además a que la temática de derechos atraviesa todos los campos del ejercicio profesional.

### La agenda y metodología de trabajo

El primer día se realizó la presentación de las ponencias con la participación de miembros de la *Iniciativa*, que compartieron la implementación de las acciones en sus países. En este sentido contamos con la conferencia titulada *"El profesional de la salud como promotor y defensor de los Derechos de la Niñez"* a cargo del Dr. Raúl Mercer, y con la Conferencia *"Conversando sobre los derechos de la niñez en el contexto latinoamericano. Lecciones de Colombia"* a cargo del Dr. Ernesto Durán Strauch, Profesor de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia.

Ambos profesionales participaron del taller no solo como ponentes sino además como facilitadores en los grupos de trabajo que se llevaron adelante el segundo día.

Las ponencias se alternaron con espacios dedicados a la "Presentación de avances en la implementación del Enfoque de Derechos del Niño en el ámbito de la salud", en los que repre-

sentantes de los distintos hospitales de Paraguay tuvieron ocasión de presentar acciones concretas que están llevando a cabo en base al Plan Institucional<sup>2</sup> que elaboraron al momento de la formación.

### Algunos logros y dificultades

Entre las experiencias positivas se destacan las siguientes: Instalación del consultorio diferenciado para adolescentes; Sensibilización dirigida a todo el personal del establecimiento incluyendo administrativos; Coordinación con otros profesionales a nivel interno del hospital (Ginecología, Psicología, Nutrición, Trabajo Social, etc.); a nivel externo, coordinación con las Unidades de Salud de Familia, Colegios, CODENI<sup>3</sup>, Defensoría, Fiscalía de la Niñez y Adolescencia, entre otras; participación activa de los padres en el tratamiento; respeto a la privacidad en los procedimientos; día del atuendo divertido<sup>4</sup>.

Los profesionales en sus presentaciones señalaron como claves del éxito: perseverancia, trabajo en equipo, interés en la población objetivo, y autogestión de los directivos del hospital.

Entre las dificultades señalaron: Espacio físico insuficiente, espacios no diferenciados, escasa sensibilidad de los profesionales, presupuesto, y cambio de autoridades.

### El componente de evaluación

El segundo día se conformaron grupos para analizar la "Herramienta de autoevaluación sobre el cumplimiento de los Derechos del Niño en el servicio de Salud". El documento base que fue presentado es una adaptación de la *Herramienta Europea de Autoevaluación* que realizamos en el Departamento de Promoción de

Derechos del Niño del Ministerio de Salud, con el apoyo de los miembros de la Iniciativa del Cono Sur.

El objetivo de la herramienta de evaluación es analizar y reflexionar sobre el respeto de los derechos de los niños y adolescentes en el hospital, comprender las buenas prácticas y ser usado como base y guía para mejorar en el futuro. Cuenta con cuatro áreas de dominio: Compromiso Institucional con los Derechos del Niño; Capacitación de profesionales; Protección de los Derechos; y Participación e Información a los niños y niñas y sus familias.

### Conclusión

La Iniciativa cumple un rol articulador y facilitador fundamental en el traspaso de experiencias exitosas y el acompañamiento a las actividades de formación e implementación de acciones que estamos llevando adelante como país miembro.

Además constituye un apoyo internacional clave que trasciende los gobiernos y que por tanto acompañan un proceso de instalación de los derechos del niño en el ámbito de la salud imprimiendo continuidad a las acciones.

Encuentros de esta naturaleza fortalecen la implementación del proyecto y la instalación de los derechos del niño en los servicios de salud. Así también permiten contar con una herramienta para que los mismos profesionales que están implementando las acciones puedan ver sus avances y necesidades, permite que sean ellos mismos quienes marquen sus acciones para mejorar y caminar hacia una mejor atención a los niños, niñas y adolescentes con un enfoque de derechos •

- 2.- El Plan Institucional es la planificación de actividades que realiza el grupo de facilitadores que formamos en cada hospital con el Proyecto Pehendú Oré Ñeé.
- 3.- Consejería por los Derechos del Niño.
- 4.- Se celebra el último viernes de cada mes y consiste en que todo el personal del hospital lleva un disfraz o atuendo divertido para dar un ambiente de color, alegría y bienestar. Se implementa actualmente en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Mural realizado por jóvenes de Paraguari. Se encuentra en el Hospital Regional de la ciudad de Paraguari (Departamento de Paraguari - Paraguay)



# La Sociedad Paraguaya de Pediatría y los Derechos del Niño y de la Niña



**Dra. Ida Esquivel Liedtke**, Coordinadora, Comité de Pediatría Social de la SPP

**Dr. Luis Alberto Chamorro**, Miembro del Tribunal de Recertificación de la SPP

## Introducción

El 10 de septiembre de 1.938, se marca en la historia paraguaya como fecha de fundación de la **Sociedad de Pediatría y Puericultura del Paraguay**, primigenia de la actual **Sociedad Paraguaya de Pediatría (SPP)** "para promover el estudio de las enfermedades de la infancia y de todas las actividades que se relacionan con su patología, higiene y sociología, procurando hacer llegar sus beneficios a la infancia de la República... dentro de una estricta ética profesional favoreciendo además el intercambio científico y cultural, vinculándose con sociedades y centros análogos nacionales y extranjeros". (Fuente: *Libro de Acta de fundación de la SPP*)

Solo habían pasado 3 años de la culminación de nuestra contienda bélica internacional (1932-1935) entre Paraguay y Bolivia, que costó la vida a más de 30.000 combatientes, entre ellos muchos adolescentes, dejando al país enlutado con gran cantidad de madres viudas, madres solteras y niños huérfanos, esperando la reconstrucción del país.

Los médicos que entonces decidieron dedicarse a atender solamente niños eran muy pocos, enfocándose más que nada en los temas científicos.

## Constitución de la SPP

Durante las primeras épocas nuestra Sociedad tuvo un crecimiento lento aunque sostenido; sus miembros pertenecían en su gran mayoría a la Cátedra de Pediatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, única formadora de recursos humanos por entonces.

La preocupación por temas de repercusión social estuvo siempre presente en todos los pediatras, en forma personal o individual. De ello dan cuenta numerosas publicaciones en la revista "PEDIATRÍA", Órgano oficial de la SPP, publicación iniciada en la década de los sesenta, donde los pediatras publicaban sus trabajos de interés científico. Por citar algunos títulos: "Programa de protección materno infantil", "Influencia de la familia en la educación del niño", "Daño sociogénico producido por la miseria".

En los capítulos "Temas de Pediatría Social" son referidas aquellas patologías orgánicas que tienen repercusión social; así mismo en el capítulo "Adolescencia" podemos visualizar la publicación de patologías sociales con repercusión orgánica y psicológicas referidas a esa franja etaria.

Para la SPP su mayor interés fue siempre la capacitación y actualización de los pediatras, para revertirlo en la mejor atención de los niños y niñas del país, realizando jornadas, cursos, seminarios, talleres, etc., contando con la participación de invitados extranjeros en muchas ocasiones.

El inicio de los 80 coincide en que un destacado miembro de la SPP es nombrado Jefe de la Cátedra y Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción: El Prof. Dr. Juan Jaime Bestard (+). Marca el inicio de la formación de Pediatría como especialidad y se gesta el 1er. Congreso Paraguayo de Pediatría, que se realizó en 1983, luego de casi medio siglo de la fundación de nuestra sociedad.

Actualmente se realiza un Congreso por año, intercalando uno nacional con el siguiente regional; ya vamos por el XIII Congreso Nacional y V Congreso Regional.



*Hijos y nietos de pediatras, estudiando juntos el Art. 7 de la CDN, "Derecho a la identidad".*

## Avances en la formación integral de los pediatras

La SPP se desvela por capacitar a los pediatras y a través de ellos asegurar la buena atención de la niñez paraguaya. Así, fue pionera en nuestro país en iniciar la Certificación de la especialidad en 1999, y de allí en adelante la recertificación cada 5 años, donde cada vez participan mayor número de pediatras.

Se realizan Módulos de Educación Médica Continua, en forma presencial y a distancia, donde se incluyen temas sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes (DDNNA), interculturalidad, acoso, resiliencia, acciones de los adultos para proteger los DDNNA, con autoridades del ámbito judicial.

## La SPP y el cumplimiento pleno de la Convención de los Derechos de los Niños y Niñas (CDN)

Posterior a la ratificación por nuestro país de la CDN en 1.990, la SPP participa por medio de algunos de sus miembros designados conjuntamente con otras organizaciones no gubernamentales, en la discusión marco del Código de la Niñez y Adolescencia, aprobado por ley N° 1.680/01, sustituyendo al antiguo Código del Menor. También participó en otras leyes como la protección de la lactancia materna, seguridad nutricional para menores de 5 años; ante proyecto de Ley que modifica el impuesto selectivo al consumo del tabaco, que define un porcentaje del mismo al fortalecimiento de programas orientados a la Salud Pública, a los planes de desarrollo de la niñez y adolescencia.

Cuando cambia el ritmo, más no el rumbo, es después del taller de capacitación en noviembre de 2009, donde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con el proyecto PEHENDU ORE ÑE'É (Escuchen nuestra voz, en idioma guaraní), decide participar de la iniciativa por los DDNNA del Cono Sur, con el apoyo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y el Instituto Internacional para los Derechos del Niño y el Desarrollo, Universidad de Victoria, Victoria BC, Canadá (CRED-PRO) en la logística y cursa una invitación a la SPP. A partir de allí asumimos dar participación a los protagonistas de la historia: los niños, niñas y adolescentes.

Hace dos años nuevamente el Consejo Directivo decide la constitución del Comité de Pediatría Social "con gran aceptación y poca participación de sus miembros", sin embargo la convocatoria a hijos y nietos de los socios de la SPP fue magnífica. Agrupados por edad, con docentes del Aula Hospitalaria de la Cátedra de Pediatría y liderados por la psicóloga del mismo hospital, cada grupo fue trabajando un artículo de la CDN, y expresándolo en dibujos, y mensajes de derechos. Admirados observamos la emoción de los niños y niñas al recibir sus certificados por la importancia que le daban "el recibir su primer diploma de la SPP", por su participación en el taller de DDNNA.

Otra actividad significativa fue: "El día del Niño Activo", con la participación de los hijos y nietos de socios de la SPP. Lo celebramos con docentes de la "Secretaría Nacional de Deportes", dependiente del Ministerio de Educación y Cultura.

El comité de Pediatría social realiza cada año una jornada para padres y docentes al inicio del año escolar, evento al que asisten además pediatras interesados en temas como la evaluación del niño escolar para la práctica deportiva, acoso, prevención de enfermedades prevenibles por vacuna en edad escolar y otros.

Se incorpora además el tema de DDNNA en la Agenda Pediátrica, libreta de salud elaborada por la SPP para el seguimiento de Crecimiento, Desarrollo y Vacunación del Niño y de la Niña, que es muy bien aceptada por instituciones privadas desde hace muchos años, y que se mantiene actualizada.

El Comité de Pediatría Social logró incorporar como rutina mensajes sobre la CDN en la apertura de todos los eventos científicos organizados por la SPP y por la Cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional de Asunción, de esta manera se instala y familiariza el tema con los pediatras.



*Jornada del Niño Activo (festejo del Día del niño y la niña).*

Por otro lado se ha incorporado en la evaluación de los residentes de pediatría un ítem relacionado a si llevan a la práctica diaria los DDNNA.

## Cooperación con otras instituciones

El comité de Pediatría Social apoya la capacitación al personal de salud en los talleres organizados por el Ministerio de Salud Pública Y Bienestar Social sobre prácticas de los DDNNA en la atención de la salud. Además desarrolla clases teóricas a estudiantes de post grado de psicología de la Universidad Nacional de Asunción y a estudiantes de post grado de psicología de la Universidad Católica de Asunción.

Para el próximo XIII Congreso Paraguayo de Pediatría (31/10 al 03/11/2012), hemos organizado, el 1er Concurso Nacional de Dibujo para niños/as: "Conociendo Nuestros Derechos", donde el docente en clase trabaja un tema de derecho y los alumnos lo interpretan en un dibujo al que además agregan un mensaje. Trabajamos en articulación con el Ministerio de Educación y Cultura en la realización de este evento.

Los niños y niñas participantes del concurso recibirán un certificado de la SPP que los acredita como Socios defensores de los DDNNA y a sus instituciones como Socios Propulsores de los DDNNA. Los trabajos serán expuestos en la jornada para docentes, padres y periodistas, que se llevará a cabo en el marco de este Congreso.

El objetivo es relacionar a los y las escolares con la SPP y ser reconocidos como socios defensores de los DDNNA. De esta manera se promueve que sean sujetos activos en la formación del conocimiento a través del estudio de sus derechos, y el respeto y cumplimiento de los mismos.

Con el afán de difundir y comprometer a todos los integrantes de la sociedad, por primera vez los periodistas de nuestro medio serán invitados a participar de la Jornada de Pediatría Social, como así también del Congreso de Pediatría.

## Desafíos

El mayor desafío es romper las barreras y resistencias que tienen los pediatras con respecto al conocimiento de la CDN y su cumplimiento.

Nos queda mucho por hacer y esperamos seguir avanzando en nuestros proyectos puesto que **"el futuro de la niñez es siempre hoy"** (Gabriela Mistral) •

**PERÚ****EL DERECHO A LA NIÑEZ:  
El niño pequeño lo merece***Una mirada al desarrollo infantil temprano en Perú desde una perspectiva internacional***Pilar Fort, MA**Profesora Adjunta de la Universidad de Cincinnati-USA  
Representante ante la UN-ECOSOC de la *Association For Childhood Education International (ACEI)***Alfredo L. Fort, MD, PhD**Cientista. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación,  
Organización Mundial de la Salud (OMS)**Introducción**

Como profesionales del área de desarrollo infantil hemos podido observar, una y otra vez, que aunque los bebés y niños pequeños muestran una imagen frágil y vulnerable, ellos tienen una admirable capacidad de aprender y desarrollar sus habilidades motrices, sensoriales, cognitivas, emocionales y sociales, como en ningún otro momento de sus existencias. A los pocos minutos de su nacimiento el bebé hace sus primeros contactos sociales; apenas puede abrir sus ojos, sin embargo voltear el rostro al escuchar la voz materna y se regocija en su pecho al escuchar palpar su corazón. Como nos recuerda Gopnik "los bebés desde muy pequeños ya son capaces de reconocer gente que le es familiar"<sup>1</sup>.

Esta inigualable capacidad de aprendizaje está contrastada por una absoluta dependencia. Esta pequeña persona necesita indubitablemente de un adulto que la alimente para sobrevivir, y que le ofrezca un ambiente seguro y saludable donde poder desarrollar su potencial.

De aquí se desprende el concepto del **derecho a la niñez**. Según el

artículo 16 de la Declaración de los Derechos Humanos, "la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado." A la vez, el artículo 26 especifica que son los padres quienes por derecho preferente pueden "escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos".<sup>2</sup> En una sociedad evolucionada, no se puede dejar que las condiciones necesarias para la supervivencia y desarrollo del niño sean dadas al azar. En este artículo vamos a presentar los derechos del niño desde su propio punto de vista, desde su necesidad. Nos daremos cuenta de que la Convención de los Derechos del Niño no hace sino legitimar esas mínimas condiciones fundamentales sin las cuales se pone en peligro la vida y evolución de una criatura. La Convención parte de reconocer que el niño es parte inherente de la familia y es un ser humano, por ende "debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de una comunidad".<sup>3</sup> La Convención reconoce 54 artículos dentro de la Declaración de los Derechos del Niño.<sup>4</sup> Estos pueden parecer muchos y difíciles de

recordar. Pero la esencia de ellos se resume en unos pocos. ¿Qué diría un niño sobre cuáles son sus más fundamentales derechos? Veamos.

**"Tengo derecho a sobrevivir"**

Este es el derecho más fundamental. Una vez nacida la criatura, sus progenitores, la comunidad y el estado político tienen la obligación de asegurar que tal vida se mantenga y desarrolle dentro de estándares de normalidad. El primer derecho es fundamentalmente biológico pero también ambiental. De aquí se desprenden las primeras intervenciones para asegurar tal supervivencia. Desde el control de la gestación, que va a posibilitar ese contacto con el sistema de salud, a los primeros exámenes y análisis para detectar condiciones fisiológicas (ej., estado nutricional materno) o patológicas (ej., infecciones perinatales) que puedan incidir en el desarrollo del feto o en el resultado del parto.<sup>5</sup> Aunque aún se requiere de investigación para identificar factores asociados con algunos resultados adversos como la prematuridad y el bajo peso al nacer, se conoce suficiente sobre intervenciones simples, como la necesidad de proveer de protección

- 1.- Gopnik, A. *The Philosophical Baby: What Children's Minds Tell Us about Truth, Love & the Meaning of Life*. London: Bodley Head.
- 2.- United Nations. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Descargado Octubre, 2012: [http://www.un.org/es/documents/udhr/index\\_print.shtml](http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml)
- 3.- UNICEF-Van Leer, B. (2007). *Realización de los derechos del niño en la primera infancia*. La Haya: Fundación Bernard van Leer. Accedido Octubre, 2012: <http://www.bernardvanleer.org/Spanish/Home/Other-resources/General-Comment-7.html>
- 4.- United Nations. *Convención sobre los derechos del niño*. Descargado Octubre, 2012: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- 5.- WHO - *Package of Maternal and Newborn interventions*.

térmica al recién nacido (ej., Mamá Canguro), o el evitar infecciones potencialmente letales (higiene corporal y de cordón).<sup>6</sup> Además de garantizar el parto con personal entrenado, equipamiento y suministros para resucitación o tratamiento antibiótico o corticoides para prevenir el distress respiratorio, hoy en día se está prestando mucha atención a la atención posparto (para madres y neonatos), como "ventana de oportunidad," especialmente en las primeras 24 a 48 horas después del nacimiento, para disminuir mortalidad y morbilidad a la madre y el recién nacido, y brindar la educación y consejería necesarias para mejorar resultados a largo plazo.<sup>7</sup> Aquí debemos de mencionar al siempre relevante tema de la Lactancia Materna, como "intervención" asociada a múltiples beneficios para la supervivencia y adecuado desarrollo físico y socio-emocional.

El **Perú** ha hecho esfuerzos loables en este primer derecho, disminuyendo la mortalidad del niño a la mitad, de 42 a 21 por 1,000 nacidos vivos en los 10 años entre 1999 y 2009. Sin embargo, la mortalidad neonatal sólo ha disminuido de 15 a 8 por mil, pasando a incrementarse su peso relativo, de ser responsable del 36% al 38% de toda la mortalidad de la niñez. Esto indica que se han puesto en práctica más intervenciones para el niño mayor, como disminución de enfermedades diarreicas y respiratorias, e incluso de enfermedades inmuno-prevenibles, pero no dando la misma importancia a los primeros días y semanas de los recién nacidos.

### **"Tengo derecho a tener un nombre, a ser reconocido"** ¿Por qué el niño exige este derecho?

Para comenzar, si no está anotado en un registro civil, y no se logra el primer derecho que hemos revisado, el de la supervivencia, ese niño ni siquiera será contado entre las estadísticas de nacimiento y mortalidad de ese país. Tal omisión no permitirá que se conozca la verdadera situación demográfica y, por ende, no redundará en mayores esfuerzos por



*Niño sintiéndose seguro junto a su madre - Ayacucho (Perú). Abril, 2012.*

*Foto: Pilar Fort*

mejorarla. Como recientemente indicó UNICEF, debemos asegurar que el niño nacido pueda decir "Cuenta conmigo." Tal persona pequeña se convertirá entonces en un "ciudadano", con los derechos que le corresponden, perteneciente a una familia, una comunidad, una nación.

Según UNICEF (2010) en el Perú 200 mil niños y niñas menores de 5 años no cuentan con partida de nacimiento, lo que representa el 6% de la población en general; y 23% de los que hablan lengua amazónica en comparación con 4% de habla castellana.<sup>8</sup> En Octubre del 2012 UNICEF inició una campaña para que la población peruana done un sol (S/.1.00); los fondos recaudados se destinarán para llegar con los registros a las poblaciones alejadas del país. De hecho este tipo de campaña crea conciencia de la importancia de obtener un documento de identidad y, por consecuencia, sus derechos.

Por otra parte en el Perú las instituciones públicas y privadas exigen a todo ciudadano peruano que desee realizar algún trámite administrativo o legal el presentar un documento de identidad (DNI), obligando a los ciudadanos a tramitar su DNI. En el caso de los niños en edad escolar, se

les pide a las familias que muestren un DNI del niño o niña para matricularlo. Si las familias no han registrado a sus hijos en un acta de nacimiento, se les concede que matriculen a sus hijos con el compromiso firmado de que presentarán el DNI del niño o niña dentro del primer semestre del año escolar. De esta manera los adultos y la sociedad en general asumen la responsabilidad de los derechos de posesión de una identidad y de pertenencia a una nación que tiene todo niño o niña del Perú. Aunque no lo es todo, la identidad es un primer paso sólido hacia el reconocimiento de un nuevo ser con todos sus derechos personales y ciudadanos.

### **"Tengo derecho a la protección"**

Iniciamos el artículo diciendo que el recién nacido se encuentra absolutamente dependiente, a pesar de su gran potencial. Hay muchas zonas en el mundo donde el niño es particularmente vulnerable. Debemos asegurarnos de que tales niños y niñas en condiciones vulnerables y desfavorecidas logren satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, hogar y protección, pero también se nutran de un ambiente familiar-comunitario estable, fuera de conflictos y peligros. Varios autores nos indican:

6.- Neonatal interventions.

7.- Postnatal Care - home visits.

8.- UNICEF (2010). Estado de la Niñez en el Perú. Descargado Octubre, 2012: [http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wp-descargas/bdigital/037\\_Estado\\_Ninez\\_en\\_Peru\\_2010.pdf](http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wp-descargas/bdigital/037_Estado_Ninez_en_Peru_2010.pdf)

"...una atención insuficiente, las privaciones, la malnutrición, la falta de cuidados y la violencia afectan y dañan al niño, irreparablemente en muchos casos".<sup>9</sup>

En el mundo actual, los accidentes y sus secuelas están pasando a ser una causa importante de muerte y discapacidad, incluida en la infancia. Es imperativo que el niño nazca y crezca en un ambiente seguro, libre de riesgo de accidentes y traumatismos. Esto es primer deber de los padres, cuidadores y la comunidad, pero el Estado también debe prestar atención especial sobre infraestructura, parque automotor, etc. (ej., cruces peatonales, puentes, revisión técnica vehicular, cumplimiento de normas de seguridad). Otro aspecto de la protección es la violencia intrafamiliar. Según la ENDES 2011, en el Perú, el 24% de las madres de los niños y niñas de 0 a 5 años que fueron víctimas de algún tipo de violencia no acudió a ninguna institución a denunciar el hecho.<sup>10</sup> Tanto los conflictos parentales como el abuso infantil atentan directamente contra este derecho natal. Hoy se le está dando más atención a este tema, especialmente en un ambiente donde cuidadores paternos y no paternos puedan incrementar la experiencia de negligencia y abuso infantil.

Más generalmente, la "protección" que un niño requiere para su buen desarrollo socio-emocional tiene que ver con la atención que recibe desde el nacimiento, el apego que logra crear con su familia, y las relaciones afectivas entre ellos. Los niños pequeños necesitan de un adulto que los quieran y que respondan a tiempo a sus necesidades físicas y psicológicas para poder alcanzar un desarrollo saludable. Lamentablemente no todas las familias están listas para cumplir su rol protector por las condiciones de riesgo en la que se encuentran. Dichas familias parecen no conformar un vínculo entre su rol de padres y las consecuencias futuras que pueda acarrear sobre el desarrollo de sus hijos. A esto se suma que la falta de personal competente agudiza el problema de la calidad en los servicios que se brindan a familias con niños y niñas menores de 3 años. Con el fin de mejorar estas deficiencias, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) del Perú, a través de sus programas sociales, está trabajando para ofrecer servicios de calidad y reconocer a la población beneficiaria como ciudadanos, socios o usuarios, en vez del término frecuentemente utilizado de "poblador pobre".<sup>11</sup>

### "Tengo derecho a jugar y desarrollarme igual que los demás"

Los niños y niñas se desarrollan -desde su nacimiento hasta los 5 años- a una velocidad extraordinaria y como nunca en otra etapa de su vida. Estos primeros años son imprescindibles para fortalecer las bases del conocimiento, sobre la que se construirá una edificación fortalecida y lista para ser utilizada de manera diversa, en todo momento y a lo largo de su vida. Todos los niños y niñas nacen preparados para expresar sentimientos y listos para aprender. Sin embargo, para poder ejercer tal aprendizaje y expresión emocional, ellos necesitan de adultos que faciliten un ambiente conducente en ambas esferas. La UNESCO ha reconocido que "muchas veces los maestros dan prioridad a la adquisición de aptitudes académicas y prestan menos atención al estímulo del desarrollo social, afectivo y físico".<sup>13</sup>

En Latinoamérica, esta adecuación del ambiente para permitir el desarrollo del niño tropieza con una gran barrera: **la inequidad**. Hay enormes diferencias entre las familias educadas y las que no lo son, entre las que tienen más capacidad económica y las que no la tienen, entre las familias urbanas y las rurales. El Perú ha decidido concentrar sus esfuerzos para trabajar en mejorar las condiciones sociales de las familias y la niñez menos favorecida. El presente gobierno, a través de sus políticas públicas, ha establecido como mandato el "crecer con inclusión social" durante los años 2011 al 2016. Es así como en el Ministerio de Educación se está implementando un "Proyecto Educativo Nacional al 2021: La Educación que queremos para el Perú"<sup>14</sup>, que tiene como prioridad reducir la brecha de inequidad existente entre la educación rural, urbana, pública y privada. Para dar un ejemplo 7.6% de estudiantes del segundo grado de primaria de zonas rurales tiene un nivel de desempeño



Con el niño a todas partes. Foto: Archivo

9.- Shonkoff y Philips, 2000; Mustard, 2002; Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard, 2007

10.- Measure DHS. www.measuredhs.com, accedido el 30 de octubre de 2012.

11.- MIDIS. Programa Foncodes. Accedido Octubre 2012: www.foncodes.gob.pe

12.- National Research Council and Institute of Medicine. (2000). Shonkoff, J. y Phillips, D. (eds). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.

13.- UNESCO. (2010). Construir la riqueza de las naciones. Documento Conceptual: Conferencia Mundial sobre Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI).

14.- MINEDU. Resolución Suprema No.001-2007-ED. Descargado: [http://www2.minedu.gob.pe/educam/xtras/rm\\_0622-2011-ed.pdf](http://www2.minedu.gob.pe/educam/xtras/rm_0622-2011-ed.pdf)





Niños socializando (Diciembre, 2011)  
Centro Infantil en Lima. Foto: Pilar Fort

suficiente en comunicación. El gobierno peruano desea invertir en la niñez desde temprana edad, ampliando la cobertura de atención en centros de cuidado infantil o programas que sirvan a las familias. Al momento, 0% de los niños y niñas de 0 a 2 años acceden a servicios educativos de calidad; aunque suene muy ambicioso, se espera que para el 2016 la cobertura a un servicio con atención integral llegue al 100%.<sup>15</sup>

Por otro lado el nuevo Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social se centra en liderar programas sociales que por un tiempo estuvieron incluidos en el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y otras instituciones. Tales programas son: *Juntos*, *Cuna Más*, *Beca 18* (para otorgar becas a jóvenes de bajos recursos para iniciar estudios superiores) y otros. El programa *Cuna Más* sirve a los niños y niñas menores de 3 años y sus familias desfavorecidas, que viven en comunidades rurales o de difícil acceso. El propósito es que los padres o adultos responsables de la crianza de los niños y niñas comprendan cómo se lleva a cabo el desarrollo y aprendizaje de sus hijos e hijas. Una facilitadora (persona de la comunidad) visitará semanalmente la casa de un niño o niña, portando un equipo con materiales y libros, y compartiendo mensajes claves de 1 a 1 y 1/2 horas, de acuerdo a las necesidades de la familia. El propósito es que las familias observen a sus hijos e hijas durante el jue-

go y se establezca una relación entre los padres y sus pequeños. Cada facilitadora tendrá a su cargo de 10 a 12 familias como mínimo, dependiendo de la geografía del lugar.

Otro modelo es el caso del proyecto "la Alianza por la nutrición de Cajamarca (PREDECI)", que se inició en el 2010 como una alianza entre los

sectores público y privado, como Gobierno Regional de Cajamarca, Dirección Regional de Salud, USAID, fondo de solidaridad de varias mineras, iniciativa Clinton-Giustra, entre otros. El objetivo es servir a familias de bajos recursos mediante el modelo de visitas domiciliarias para promover la corresponsabilidad y centrarse en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 1 año y madres gestantes. La idea es promover la adopción de comportamientos saludables desde la familia y la comunidad.<sup>16</sup>

Según los estudios llevados a cabo

en referencia a visitas al hogar de las familias, los programas que han ofrecido estas modalidades por demanda de las familias han observado varios beneficios. Por así decir, un programa de visitas en Nueva York reportó la reducción en el número de abusos a niños y en el número de madres adolescentes. Otros estudios también han arrojado resultados positivos, como el mejoramiento del vínculo padre-niño, acceso a servicios de salud, capacidad y funcionamiento de la familia, y reconocimiento de atrasos en el desarrollo del niño, e intervención oportuna (Olds, D., Henderson, C., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R., 1986; Daro, D., 1993, en Cicchetti, D. & Toth, S. (eds.).<sup>17</sup>

### A modo de reflexión final

De lo abordado anteriormente se desprende que, mientras trabajemos por asegurar la supervivencia, identidad, seguridad, y ambiente favorable del niño, habremos llegado lejos en reconocer su derecho y hacer de él o ella un ser humano y ciudadano hábil y valioso. Como bien concluye Annan (2005)<sup>18</sup>, "nosotros no gozaremos de desarrollo sin seguridad, nosotros no gozaremos de seguridad sin desarrollo y nosotros no gozaremos de ninguno [de los dos] sin respeto por los derechos humanos" •



Derecho a la Supervivencia: servicios para asegurar la supervivencia infantil, Cajamarca - Perú. Foto: Alfredo L. Fort

15.- MINEDU. Evaluación censal 2010. Descargado: [http://www2.minedu.gob.pe/educam/xtras/rm\\_0622-2011-ed.pdf](http://www2.minedu.gob.pe/educam/xtras/rm_0622-2011-ed.pdf)

16.- PREDECI. Accedido: <http://www.predeci.org.pe>

17.-Fort, P. (2012). Criterios que Conducen a Una Visita Domiciliaria de Calidad. Lima: manuscrito presentado al programa Nacional Cuna Más.

18.- Annan, K. (2005) citado en Osler & Starkey (2010). Teachers and human rights Education. London: Trentham Books Limited. Descargado: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001873/187376s.pdf>

**REPÚBLICA DOMINICANA**

# Salud y Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en R. Dominicana

**Mirna I. Josefina Luna Rodríguez**, Médico Pediatra. Ex-directora del Departamento de Salud y Nutrición. CONANI. República Dominicana

El reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes como seres humanos ha tenido un largo transcurrir a través del tiempo desde la Declaración de los Derechos Humanos (1948) hasta nuestros días.

El hito en este proceso lo representa la promulgación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, en que se establece con claridad que los niños, niñas y adolescentes son titulares de derechos humanos y reconoce su personalidad jurídica diferenciada y sus capacidades en evolución.

La República Dominicana no ha sido ajena a este proceso. En 1991 ratifica la Convención sobre los derechos del Niño, e inicia un largo y tortuoso camino hasta conformar un sistema que proteja los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en el territorio nacional.

En 2004 se promulga la Ley 136-03 que crea el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes, en la cual se ofrecen directrices para la protección de la infancia y la adolescencia en el país.

En las últimas dos décadas la Rep. Dominicana ha transitado por un proceso de reforma de las instituciones estatales. En el ámbito sanitario se adopta un nuevo modelo de atención, fundamentado en el fortalecimiento de la atención primaria. Estos progresos se han reflejado considerablemente en la salud de la población, en especial en la niñez, mostrando considerable mejoría en los indicadores de salud en esta población.

La mortalidad infantil ha mostrado un descenso significativo: en 1991 se reportaba en 43 por mil nacidos vivos, disminuyendo hasta 32 por mil nacidos vivos en 2007 (ENDESA); y la Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples, ENHOGAR 2009-2010, reporta 28 por mil nacidos vivos. Sin embargo, a pesar de la mejoría del sistema sanitario en este lapso de tiempo, la mortalidad neonatal no ha mostrado grandes variaciones, manteniéndose entre 23 y 24 por mil nacidos vivos, a pesar de las intervenciones en salud y el equipamiento de los principales hospitales materno infantiles. Las causas de muerte en este grupo de edad siguen siendo: la septicemia neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, y la asfixia perinatal.

La mortalidad en menores de 5 años ha mostrado una baja significativa. En 1991 se reportaba en 59 por mil naci-

dos vivos, descendiendo a 36 por mil nacidos vivos en 2007 (ENDESA 2007). No obstante esta mejoría en el comportamiento de los indicadores de salud, las enfermedades infecciosas continúan siendo las principales causas de muerte en la infancia.

Otro indicador que ha tenido un comportamiento a la baja es la mortalidad materna, que en la actualidad se encuentra en 150 por mil nacidos vivos. Aún sigue siendo una de la más altas de la región, realidad que contrasta con que el 96% de las mujeres tienen un control prenatal y que el 92% de los partos son institucionales (ENHOGAR 2009-10). La mala calidad de los servicios de atención y la maternidad en la adolescencia temprana se han identificado como responsables de estas defunciones.

La desnutrición global es de un 4%, en tanto que la desnutrición aguda ha disminuido considerablemente y se mantiene en un 2%. De acuerdo a Endesa (2007), el 10% de todos los niños y niñas por debajo de los 5 años de edad padecen desnutrición crónica y el 2% presentan un retraso severo del crecimiento.

Profundizando en el análisis de los cambios en los índices de salud, no hay dudas que se ha experimentado en el país un gran avance en mantener la población dominicana en mejores condiciones de salud. Sin embargo, cuando se analizan los indicadores de manera particular por provincia y por quintiles de riquezas, se hace evidente una gran disparidad entre una provincia y otra, presentando peores índices sanitarios las provincias fronterizas, donde viven las personas en los quintiles más bajos, diferencias relacionadas con las condiciones socioeconómicas de la población, y que plantean la necesidad de continuar mejorando las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables.

Es importante señalar que los cambios socioeconómicos que han ocurrido en el país en las últimas décadas han traído consigo nuevos problemas de salud, modificando el perfil epidemiológico de la salud infanto-juvenil. Estos problemas emergentes de salud han incrementado la morbi-mortalidad en la población infanto-juvenil a causa de la violencia contra los NNA, el maltrato, el embarazo durante la adolescencia, el incremento de la transmisión del VIH y SIDA, entre otros. En la actualidad la mortalidad infanto-juvenil por causas externas se ha incrementado considerablemente en el país en los últimos años. Los accidentes infantiles ocupan el 3er. lugar como causa de muerte en niños y niñas menores de 4 años.



*Instalaciones recientemente remodeladas en la Maternidad "La Altagracia". en Gazcue, Santo Domingo.*

## Embarazo en Adolescentes

El país tiene una de las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años en la región de América Latina, registrando un 108 por mil mujeres (ENDESA 2007). Aunque hay que destacar que esos valores han mejorado en los últimos años, pues de un 114 por mil en 1990, pasamos a un 109 por mil en 2005. Una de cada 5 mujeres menores de 18 años ha estado embarazada.

Los porcentajes del embarazo en adolescentes están muy vinculados con la situación de pobreza en la que vive dicho grupo etareo en el país. Otras situaciones relacionadas con el embarazo en la adolescencia es la exposición a la violencia, al abuso y los conflictos familiares, así como la falta de educación sexual en la familia y en las escuelas.

## VIH en NNA

El primer caso de SIDA pediátrico reportado data de 1985, desde entonces se ha presentado un incremento progresivo de casos de niños y niñas infectados con el virus VIH. Se estima que 95% de los niños, niñas y adolescentes que viven con el VIH en la Rep. Dominicana, lo han adquirido por transmisión vertical (durante el parto o a través de la leche materna). Informes reportan que 4 de cada 10 mujeres detectadas VIH positivo durante el embarazo no se realizó intervenciones para evitar la transmisión vertical. Esto, a pesar de que en el país existe el Programa Nacional de la Reducción de Transmisión Materno Infantil de VIH. Pero la falta del seguimiento del protocolo establecido por parte de los prestadores de servicio de salud, el desconocimiento de su condición respecto a la enfermedad, el pobre seguimiento del embarazo, así como la alta tasa de mujeres parturientas provenientes del vecino país de Haití con pobre control gestacional,

condicionan a que en nuestro país aún continúen naciendo niños y niñas infectados por VIH.

## Derechos

La Constitución de la República del 26 de enero 2010 consagra de manera especial el interés superior del niño, en el artículo 56, al manifestar que se consagra especial atención a la protección de las personas menores de edad. "La familia, la sociedad y el Estado, harán primar el interés superior del niño, niña o adolescente; tendrán la obligación de asistirles y protegerles para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales". La Ley 136- 03, consagra que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia, la salud y su desarrollo integral.

La Rep. Dominicana no cuenta con estadísticas nacionales actualizadas que reflejen la magnitud de la problemática de la violencia en contra de los niños, niñas y adolescentes. Desafortunadamente los datos parciales disponibles expresan y vinculan el abuso/maltrato en contra de la población infanto-juvenil con la violencia intrafamiliar o la ejercida en contra de la mujer, realidad que invisibiliza aun más la real magnitud de la problemática.

De acuerdo al Estudio Cuantitativo de violencia, abuso y Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en República Dominicana: Casos Denunciados: Resultados Preliminares, realizado por UNICEF en 11 fiscalías de la Rep. Dominicana, donde por espacio de 6 meses se contabilizaron todos los casos de abuso que fueron notificados, se reportaron 1.683 casos. El 81% (1.363) de los casos correspondían a adolescentes entre 10 y 17 años de edad; el resto, a la población de niños y niñas entre 0 a 9 años. El sexo femenino fue el más afectado. La tipología más frecuente fue el abuso sexual seguido de la negligencia y el abuso físico. En el 89% de los casos el abuso estuvo acompañado por abuso emocional.

En la Encuesta Demográfica y de Salud (Endesa 2007) al entrevistar a mujeres entre 15 y 19 años, el 13% refirió que había sido violentada de alguna manera en algún momento de su vida. Al cuestionarse acerca de la violencia sexual, el 4% de las mujeres refirieron que habían iniciado su vida sexual activa de manera violenta y en contra de su voluntad, y el 7% de este grupo eran mujeres menores de 15 años. La encuesta ENHOGAR 2006 informa que el 90% de los niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años recibieron algún tipo de castigo físico.

Existe un escaso conocimiento y reconocimiento de los derechos de los NNA en la Republica Dominicana, a 21 años de haber ratificado la CDN en el 1991. De acuerdo al Comité de la CDN, se reconoce que los padres, los maestros, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, los trabajadores sociales y los fiscales no reciben orientación o asesoramiento adecuados, de forma que se conciencien sobre los efectos perjudiciales del maltrato y sobre las formas de prevenir el maltrato infantil y el trato negligente a niños.

## Acogimiento Residencial y Adopción

Un total de 3.030, para un 0,08 por ciento de la población menor de dieciocho años, se encuentran en acogimiento institucional, de acuerdo a los datos ofrecidos por el último censo realizado por el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), institución rectora del Sistema de Protección de la Infancia y la Adolescencia. La debilidad y la falta de orientación de las políticas públicas en apoyo a las familias han proporcionado la proliferación de **los servicios de acogida residencial**, confinando en centros a los niños cuyos padres no pueden ofrecer el cuidado que necesitan, de acuerdo al Informe Periódico del Estado sobre la Convención sobre los Derechos del Niño 2010. Muchos de estos acogimientos se encuentran en centros dirigidos por ONG y son motivados por razones económicas de los padres, manteniendo a los Niños, Niñas y Adolescentes alejados de su núcleo familiar. Esta situación conjuntamente con el reconocimiento de que el país ofrece mayor prioridad a la adopción internacional y permite que muchos niños permanezcan institucionalizados, más allá de los 2 años que establece la ley 136-03 como máximo para estar en acogimiento residencial, son de las observaciones que el Comité de los Derechos del Niño ha realizado al país en su último informe (2008).

## Trabajo Infantil

La Ley 136-03, Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes, consagra el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la protección contra la explotación económica. Junto a la Ley 137-03 sobre Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas, y la Ley 16-92, Código de Trabajo de la República Dominicana, entre otras, conforman las bases legales para la acción contra el trabajo infantil en la República.

El país, como Estado miembro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), es signataria del Convenio

No.138, OIT sobre la edad mínima, y el Convenio No. 182, OIT prohibición de las peores formas de trabajo infantil.

Un estudio reciente de la OIT, que cuenta con el aval del Ministerio de Trabajo, estableció que en el país existen 430,000 menores expuestos al trabajo infantil y que de esos las más perjudicadas son las niñas, por motivos de explotación sexual. La explotación sexual comercial de menores de edad es un problema generalizado que enfrenta el país en los distintos polos turísticos.

En tanto, ENHOGAR 2009- 2010, reporta que el 15% de la población entre 5 y 17 años tiene algún tipo de trabajo, y el 19% lo realiza por paga.

La Rep. Dominicana en la última década ha mostrado una alta tasa de crecimiento económico, baja inflación y cierta estabilidad fiscal, de acuerdo al informe de la CEPAL que reconoce que el producto interno bruto del país ha sido uno de los más altos de la región, en particular del Caribe. No obstante, este crecimiento no se ve reflejado en la población, continuando los rezagos sociales. La inversión del gasto social actual es una de las más bajas de la región de América Latina, lo que favorece a las inequidades y realidades que hemos presentado en este artículo. A pesar de los avances en materia económica y de derechos de infancia que ha presentado el país, las actuales y reales condiciones políticas, económicas, sanitarias, constituyen una amenaza y dificultan el crecimiento y desarrollo pleno e integral de los niños, niñas y adolescentes dominicanos tal como lo establece la Carta Magna y el Código para la Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes. La **Realidad** plantea provocar una nueva mirada hacia la niñez y adolescencia y promover que las voluntades políticas y de la sociedad en general se unan para ofrecer mejores condiciones de desarrollo para la población infanto-juvenil del país •

## Bibliografía

- 1.- Informe Periódico del Estado sobre la Convención sobre los Derechos Del Niño 2010.  
En línea: <http://www.conani.gov.do/pdf%20WEB/Proyectos%20pdf/FinalInformeDePaisParaGinebra.pdf>
- 2.- Perfil de Salud Infantil ODM 4. Republica Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Unicef. Sept 2011.
- 3.- Encuesta Demográfica y de Salud 2007
- 4.- Cáceres U., Morillo P., A. Situación de la Niñez en la Republica Dominicana Tendencias 1986-2006. Profamilia 2008.
- 5.- Estudio Cuantitativo de violencia, abuso y Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en República Dominicana: Casos Denunciados: Resultados Preliminares.  
[http://www.unicef.org/republicadominicana/Estudio\\_Cualitativo\\_sobre\\_ESC\\_de\\_NNA\\_Rep\\_Dominicana.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Estudio_Cualitativo_sobre_ESC_de_NNA_Rep_Dominicana.pdf)
- 6.- Comité de los Derechos del Niño. 47 periodos de sesiones. Observaciones al informe de la Republica Dominicana 2008.  
[http://www.unicef.org/republicadominicana/CRC-C-DOM\\_Observacionesfinales.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/CRC-C-DOM_Observacionesfinales.pdf)
- 7.- Economía y desarrollo social en la República Dominicana: Los retos a inicios del siglo XXI: en línea 10/oct/12  
<http://www.eclac.cl/mexico/noticias/noticias/3/10223/Articulo.pdf>
- 8.- Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples 2009-2010.  
En línea: 10 /oct/2012: [http://www.unicef.org/republicadominicana/ENHOGAR\\_2009-10.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/ENHOGAR_2009-10.pdf)

# Pediatría Social y Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes

## Consideración histórica en la República Dominicana

**Dr. Luis Alam L.**

Ex-presidente de la Sociedad Dominicana de Pediatría

La pediatría social ha existido como una fiel y oculta compañera de la pediatría dominicana, desde los inicios de esta importante área de la medicina, y probablemente junto a la obstetricia, que representan las dos especialidades médicas que más impacto social han tenido. La definimos como fiel y oculta compañera, por las múltiples disciplinas con que cuenta y a las que entendemos que no les hemos dado su verdadero espacio, aunque transitamos en el mismo sentido, estando unidos además con otras especialidades como la epidemiología, medicina preventiva y, en especial, con la vacunología, nutrición, sociología y psicología, entre otras.

Con el nacimiento de las sociedades especializadas, en especial el de la Sociedad Dominicana de Pediatría (SDP) en 1947, se ha abierto un importante espacio de difusión, vigilancia y recomendaciones de la buena práctica, dirigido hacia los pediatras y la sociedad en general, en beneficio de los niños, niñas y adolescentes.

En el 1978, declarado como "Año Internacional del Niño", inicia sus labores en República Dominicana el Consejo Nacional de la Niñez (CONANI) y su objetivo principal fue rescatar a los niños que deambulaban en las calles, utilizando como recurso publicitario el slogan: "AYÚDAME A SER NIÑO". A partir de ese momento se implementó un Modelo Ecológico Integral para detener y prevenir el abuso contra los niños. El 5 de Noviembre del 1980 fueron presentados los resultados de su primer año de ejecución, en un seminario celebrado en el auditorium del Banco Central. La Dra. Mirna Luna, ofreció asistencia desde el

2004 hasta el 2012 en la coordinación entre el ministerio de salud y los organismos internacionales, además de trabajar en adopción, protección al niños y normas de atención al maltrato infantil. En la actualidad CONANI continúa la gestión, siendo su misión y visión garantizar los derechos fundamentales, promover el desarrollo integral y liderar el Sistema Nacional de Protección a los niños, niñas y adolescentes en la R. Dominicana.

En noviembre del 1986, el Instituto de la Familia (IDEFA) convocó a todas las universidades a participar en el Primer seminario sobre el abuso y la negligencia contra los niños, donde el equipo de investigación del IDEFA, compuesto por las licenciadas Zelided Alma de Ruiz, Luisa Valdez y Loren García, presentó la primera investigación sobre **"Prevalencia del abuso físico, sexual, psicológico y la negligencia contra los niños, en una muestra representativa de los estudiantes universitarios en Santo Domingo"**

Desde su fundación en 1983 hasta el presente, el Instituto de la Familia ha desarrollado una labor de entrenamiento en la detección, tratamiento y prevención del abuso contra los niños, promoviendo ante el gobierno dominicano el decreto que declara la celebración del mes de abril de cada año, a nivel nacional, como el mes de la **Prevención del Abuso contra los niños, niñas y adolescentes.**

Es interesante notar que en 1989 se adoptaron formalmente en la ONU los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, entrando en vigor un año después. La Republica Dominicana en 1991 ratifica su compromiso ante la ONU, pero ya existían representantes de nuestro país que estaban trabajando con la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia, fundada por el Dr. Henry Kempe, destacándose la psicóloga dominicana Zelided Alma de Ruiz, quien formó parte del Comité Ejecutivo de dicha fundación por varios años.

En diciembre del 1988 se dieron cita



Febrero de 2005.- Curso Internacional Maltrato Infantil. (De Izq. a Dcha.): Lic. Ángela Caba, doctores Luis Felix, Luis Alam, Arturo Loredo, Mirna Luna y Arturo Perea.



Inauguración del Congreso de la Sociedad Dominicana de Pediatría 2005, dedicado a la Pediatría Social.

en la ciudad de Santo Domingo, los representantes de la mayoría de los países miembros de la *International Pediatric Association* (IPA) dando su aval al Seminario Internacional del Niño Abusado, donde se analizaron las experiencias y situación sobre este tema en cada país representado, siendo esta actividad organizada por el pediatra y humanista Dr. Emil Kasse Acta.

Las acciones en mantener de forma continua el buen trato a la infancia ha sido siempre de mucho impacto, pero el mismo no ha tenido consistentemente el mantenimiento para realizar los cambios en la conducta hacia el maltrato que la sociedad requiere.

Desde el espacio de la SDP se han continuado acciones en favor de la educación del pediatra y como parte de la preocupación de los temas de la familia. Con motivo del 49 aniversario de la institución la entonces presidenta Dra. Argentina Germán, durante su gestión, en julio del año 1996, celebró en Santo Domingo y la provincia de Santiago, la primera Jornada Nacional bianual, escogiendo como tema **Salud Integral de los Adolescentes**, que permitió la apertura a discusiones sobre la problemática y sus soluciones, orientadas por invitados nacionales e internacionales.

En febrero de 2005, se realizó el curso internacional sobre el maltrato infantil y, en julio de ese mismo año, con motivo del 59 aniversario, se cul-

mina una gestión administrativa de la SDP con el Congreso Nacional de Pediatría, seleccionando como tema la **Pediatría Social**. En el mismo se dieron cita invitados nacionales e internacionales de Argentina, España y México. Se abordaron los temas más impactantes sobre maltrato infantil, adopción, abuso sexual, sexología forense, hijos del divorcio, vacunas, mortalidad infantil, buen trato de los niños y niñas con VIH/SIDA, entre otras.

La gestión de la SDP 2003-2005, en la oportunidad y en razón de presidir nosotros ese periodo, realizamos las actividades descritas en el párrafo anterior y se constituyó un comité de pediatría social para la elaboración de un anteproyecto de ley donde se proponían los impactantes temas sobre la cartilla de vacunación obligatoria, tamizaje neonatal, medicina escolar, paternidad responsable, entre otros. Al momento solo ha tenido continuidad el tamizaje neonatal, el cual fue analizado por la Comisión de salud de la Cámara de Diputados, siendo aprobada. Actualmente se encuentra en el Senado de la República Dominicana, en espera de asignación de fondos presupuestal para su final aprobación.

La situación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en nuestro país, antes de su promulgación y ratificación, permite considerarlo como un país pionero en el reconocimiento y puesta en marcha de estrategias en favor del buen trato

infantil, pero la realidad actual dista mucho de nuestros inicios según lo reporta la encuesta **En Hogar 2006** - Oficina Nacional de Estadística (ONE)-, con relación a la violencia contra la niñez, que señala que esta continúa presente en hogares, escuelas y otros espacios.

El 82% de los hogares utiliza el castigo físico o psicológico para disciplinar a sus hijos, lo que nos indica que esta es una conducta arcaica y arraigada, presente aún en este siglo, en algunos estratos sociales.

Durante el 2008, el Comité de los Derechos del Niño instó al Estado a revisar las leyes, reglamentos y prácticas para prohibir claramente todo tipo de discriminación contra la niñez y velar por su pleno cumplimiento, garantizando el derecho de todos los niños y niñas a un trato igualitario. En adición, el Gobierno Dominicano ha ratificado su compromiso para avanzar en el cumplimiento de la Declaración del Milenio.

En otro orden, el segundo Estudio de Tolerancia Social, OIT/IPEC. 2009, sobre la explotación sexual comercial reveló que sólo el 3% de la población percibe a los perpetradores como culpables, mientras que el 59% responsabiliza a la víctima y a su familia, lo que evidencia una cultura que legitima el abuso y dificulta la aplicación de las leyes, situación que debe ser revertida en su justo valor para una adecuada protección a los infantes y adolescentes.

Por más convenios firmados y estrategias implementadas, el buen trato, la disminución de la mortalidad infantil, el acceso universal a la educación y salud, continúan siendo una tarea por conseguir y requiere un gran esfuerzo, voluntad política y el compromiso de todos en favor de los niños, niñas y adolescentes dominicanos, que son la verdadera tierra fértil donde se siembra el futuro de nuestro país •

URUGUAY

# Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF)

## *Una política de derechos y oportunidades para la primera infancia y sus familias*

**María Laura Michelini**, Médico Pediatra, Integrante de la Iniciativa Derechos y Salud de Uruguay. (IDISU). Asesora Coordinación Políticas de Primera Infancia Instituto de Instituto de niños y adolescentes del Uruguay ( INAU)

**Susana Mara**, Magister en Educación, Coordinadora de Políticas Primera Infancia de INAU

**Alicia Gil**, Asistente Social, Asesora Coordinación de Políticas Primera Infancia INAU

Fotos: Actividades cotidianas en Centros CAIF, Uruguay, tomadas por diversos autores del personal CAIF

La primera infancia es la etapa evolutiva más importante para los seres humanos ya que en los primeros años de vida se establecen las bases madurativas y neurológicas del desarrollo de los individuos<sup>1</sup>. La evidencia científica destaca que la estimulación oportuna es determinante para el desarrollo intelectual, emocional y social de los niños. Las interacciones en la primera infancia con los adultos cuidadores y referentes, así como la calidad del cuidado que reciben durante su primera infancia, incluidas la nutrición, la salud y la estimulación oportuna, tienen efectos a largo plazo. Un bebé nace con miles de millones de células cerebrales que representan el potencial de toda su vida. Para desarrollarse, estas células necesitan conectarse entre sí; cuanto más estimulante sea el ambiente primario, más conexiones positivas se producirán en el cerebro y mejor será el progreso del niño o niña en todos los aspectos de su vida: desarrollo físico, emocional y social, capacidad para expresarse y adquirir conocimientos<sup>2</sup>. En los últimos años múltiples investigaciones plantean que la inversión y el abordaje integral, a más



temprana edad, genera mejores resultados en términos de desarrollo humano, aprendizajes, habilidades para la vida. Así mismo, el desarrollo oportuno en la Primera infancia logra resultados, en tres áreas principales, que determinan oportunidades y resultados de larga duración: en el desarrollo cognitivo, adquisición de lenguaje y de las destrezas de la lectura y escritura; en lo socio-emocional, en el desarrollo adecuado del mismo y la capacidad para socializar con los demás; en el bienestar físico y crecimiento, adecuada estatura,

peso, estado nutricional y otros indicadores físicos<sup>3</sup>.

### **Alto retorno de la inversión en primera infancia**

De acuerdo con Heckman<sup>4</sup> las investigaciones sobre la inversión en la primera infancia han mostrado que las intervenciones de alta calidad en esta fase tienen efectos duraderos en el aprendizaje y la motivación. Esta postura ha llevado a esgrimir el argumento del alto retorno económico, ya que se calcula que, por cada dólar

1.- Lori G. Irwin Arjumand Siddiqi Clyde Hertzman, Desarrollo de la Primera Infancia : Un Potente Ecuilizador HELP Junio 2007 Dিপonible en : [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/early\\_child\\_dev\\_ecdkn\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf)

2.- Idem Nota 1.

3.- Emiliana Vegas, Lucrecia Santibáñez y colLa promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe . Banco Mundial 2010

4.- Heckman JJ. Invertir en la primera infancia. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-2. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/HeckmanESPxp.pdf>

invertido, se ahorran entre 7 y 10 dólares en etapas posteriores. De esta manera<sup>5</sup>, invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, ya que logra retribuciones en la vida mayores a la inversión inicial. Los gobiernos pueden lograr mejoras significativas y duraderas para la sociedad, a la vez que cumplen con sus obligaciones para la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

Desde la perspectiva de derechos, los Estados deben responsabilizarse de asegurar la protección de los niños desde su nacimiento, con el objetivo de que accedan a todas las condiciones necesarias para alcanzar un desarrollo pleno. Así mismo, ello puede redundar en mayor desarrollo social, en un ahorro de la inversión pública futura y en el fortalecimiento del sistema democrático.

La Observación Gral. N° 7 del 2005 del Comité de los Derechos del Niño, reconoce a niñas/os pequeños como sujeto de derechos desde el inicio de su existencia<sup>6</sup>. Plantea como sus derechos fundamentales, de acuerdo a la edad: los cuidados físicos; la atención emocional y orientación cuidadosa; el tiempo y espacio para el juego; la exploración y aprendizaje social, y el derecho a la orientación y apoyo en el ejercicio de sus derechos, en la diversidad existente que debe tenerse en cuenta al aplicar la Convención.

### Compromiso Uruguayo en su Estrategia Nacional

El Estado Uruguayo ha desarrollado un compromiso político generando oportunidades en la promoción de la Primera Infancia. La Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030 plantea una proyección de objetivos nacionales para la atención de la infancia y la adolescencia, que son la base de políticas públicas que apuntan a la equidad de oportunidades y al pleno cumplimiento de los derechos<sup>7</sup>.

La ENIA plantea en sus principios fundamentales: una reforma social, con



los principales objetivos de erradicación de la indigencia y disminución de la pobreza; políticas públicas nacionales hacia la infancia y la adolescencia, y planes integrales de inversión a favor de la Infancia a mediano y a largo plazo. Así mismo, define que las prioridades para las problemáticas de la Primera Infancia son: la protección, la equidad; una adecuada alimentación; cuidados sanitarios; estimulación temprana; educación inicial al comienzo de la vida; y la universalización del acceso a servicios de cuidado, de calidad, desde la concepción.

### Los Centros de Atención a la Infancia y la Familia

El Plan CAIF (Centros de Atención a la Infancia y la Familia) es una política pública intersectorial de alianza entre el Estado uruguayo y la sociedad civil organizada. Está implementado desde el año 1988. A lo largo de sus 24 años de vida ha logrado adecuar y aplicar teorías desde las áreas educativas, psicosociales, de salud y nutrición, adaptándolas al contexto y la realidad específica del país. A través de la aplicación de evaluaciones e investigaciones permanentes, se ha constituido en un paradigma de intervención dinámico en la atención de la primera infancia, apto de ser replicado en otros contextos.

Esta capacidad de adaptación es la que ha permitido su absoluta vigencia, con más de 340 Centros de Atención, teniendo como beneficiarios, al día de hoy, a más de 43.000 niños y sus familias en todo el país. En el Uruguay la población de niños/as entre 0 y 3 años es de 191.547, siendo atendidos por el Plan CAIF el 23% de ellos<sup>8</sup>.

El Plan CAIF está representado por múltiples instituciones del Estado. El Instituto de Niños y Adolescentes del Uruguay ( INAU) que lo preside, el Instituto Nacional de Alimentación (INDA), el Ministerio de Salud Pública/Administración de Servicios de Salud del Estado (MSP / ASSE), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), y las Intendencias Municipales, junto con la Sociedad Civil organizada (OSC). Se trabaja con 19 Comités Departamentales y un Comité Nacional, donde se reúnen los delegados de las OSC con los representantes de los diversos organismos estatales que forman parte del Plan. En dichos ámbitos se toman decisiones intersectoriales, favoreciendo el sistema de redes y la malla de protección social, como una importante alternativa de inclusión.

5.- Idem Notas 1 y 2.

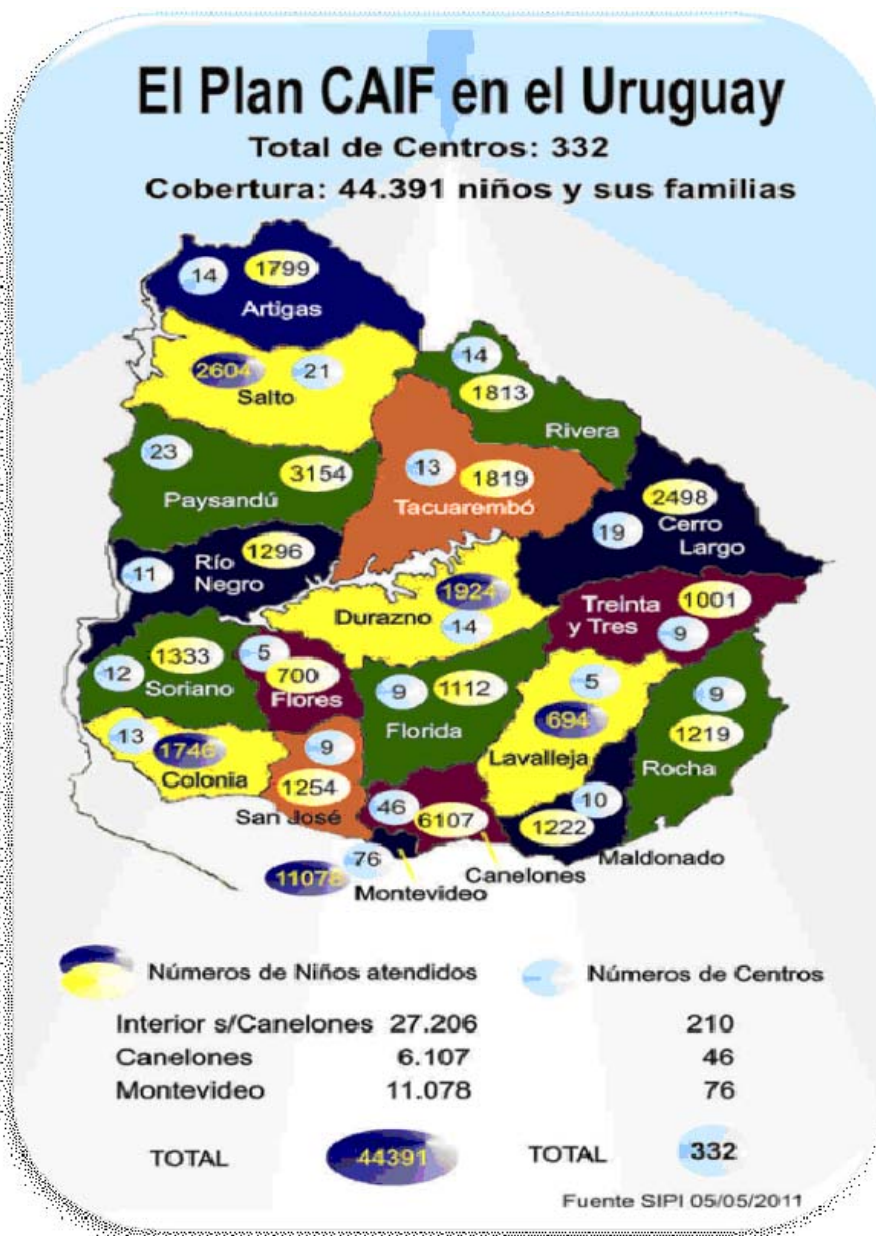
6.- Observación General n° 7 de los derechos del niño en: <http://www.comunit.com/?q=infancia/node/306509>

7.- ENIA 2010- 2030. <http://www.enia.org.uy/documentos.php>

8.- Encuesta continua de hogares 2010 en:

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Encuesta%20Continua%20de%20Hogares/Publicaci%C3%B3n%20Principales%20Resultados%202010.pdf>





El Plan CAIF es una política de carácter universal que prioriza el acceso de los niños y niñas que provienen de los sectores más vulnerables de la sociedad. Este ofrece atención integral y educación de calidad, basada en la integralidad, la interinstitucionalidad, y la interdisciplinariedad. Sus centros se orientan a brindar oportunidades de aprendizaje, promover el bienestar, crecimiento y desarrollo de los niños; fortalecer los vínculos entre el niño y sus adultos significativos; potenciar las capacidades de los adultos para la crianza, y propiciar la plena participación de los niños, sus familias y la comunidad.

### Actualización del Plan CAIF

En el año 2010 el INAU, órgano rector de políticas de infancia y adolescencia, se compromete con la ENIA 2010-2030 en busca de optimizar los resultados del Plan CAIF: revisando el modelo de supervisión, fortaleciendo los instrumentos de información, monitoreo y evaluación; ampliando y fortaleciendo los recursos técnicos, humanos y materiales, duplicando la cobertura de niños y niñas atendidos, mejorando la calidad de la gestión y la calificación de los recursos humanos. La intervención, en todos los Centros CAIF, comienza desde la gestación del niño/a, por medio de acciones con

las embarazadas junto al equipo del centro de salud de la zona correspondiente a cada Centro. A partir del nacimiento del niño/a, la atención se realiza a través del Programa de Experiencias Oportunas, el cual se dirige a niños/as de 0 y 1 año y sus familias, por medio de talleres semanales que promueven experiencias de aprendizajes para el niño/a, y potencian las capacidades parentales en cuanto a las prácticas de crianza, alimentación y salud. Para los niños/as de 2 y 3 años se implementa una propuesta pedagógica diaria, basada en las orientaciones definidas en el Diseño Básico Curricular del MEC y en el Programa de Educación Inicial de ANEP, enriquecida con actividades de aprendizaje y lúdicas junto a integrantes de las familias de los niños/as. El trabajo educativo realizado en el Centro se complementa con las intervenciones que se realizan en el hogar y en la comunidad.

Articulado con ambos programas (*Experiencias Oportunas* y *Educación Inicial*), en cada Centro CAIF se desarrolla un programa alimentario nutricional, otro de promoción y cuidado de la salud, y otro dirigido al desarrollo de las potencialidades de los adultos en el marco de sus comunidades. La Inclusión Social y los Procesos participativos contribuyen a la Construcción de ciudadanía, incluyendo los derechos a la participación.

Se presentan a continuación los resultados y objetivos fundamentales, destacados en una evaluación externa realizada en el 2010<sup>9</sup>.

### Objetivos:

- Evaluar el crecimiento y desarrollo psicomotriz de los niños/as atendidos por los Centros CAIF y de un conjunto de niños que no son atendidos por los Centros.
- Revelar información de carácter sociodemográfico perteneciente a los niños/as y sus hogares atendidos por los Centros CAIF, y de un conjunto de niños/as que no han sido atendidos.
- Relacionar los resultados obtenidos en el desarrollo infantil y el estado nutricional de los niños/as evalua-

9.- CAIF Evaluación de Resultados e Impactos del Plan CAIF en relación al Desarrollo Infantil y el Estado Nutricional de los Beneficiarios -2010 Equipos Mori. Uruguay 2012 En prensa

dos con las características socio-demográficas y culturales de los hogares a los que pertenecen, de forma de poder definir distintos perfiles de riesgo.

### Resultados:

- Las actividades que realizan los adultos de la familia con los niños/as

En la muestra CAIF, la proporción de encuestados que declara cantar canciones, dibujar y leer cuentos con el niño es mayor. Estas son actividades de estimulación, que se trabajan específicamente en los Centros CAIF.

- Impacto

En los sectores con vulnerabilidad social, cuanto antes se produzca el ingreso a la educación, mejor es el resultado en el desarrollo infantil. Para una porción importante de los niños/as "entrar" al sistema educativo a los 4 o 5 años parece ser demasiado tarde para su desarrollo.

- Focalización del Plan

Niños/as que asisten provienen mayoritariamente de hogares de menores ingresos.

- Programa de Experiencias Oportunas

Los niños/as evaluados en el Programa de Experiencias Oportunas muestran un nivel de desarrollo psicomotor muy superior al de los niños/as de su misma edad que no asisten a un centro CAIF.

- Actividad de la madre

Los niños/as cuyas madres sólo realizan tareas hogareñas presentan un mayor riesgo y retraso en el desarrollo (23%) respecto de las mujeres que trabajan (14%) o se encuentran desempleadas (17%).

- Pilares para el desarrollo

La captación temprana, el trabajo sobre el estado emocional de la madre y el acompañamiento en la crianza, son los pilares para un buen desarrollo psicomotor. No se trata sólo de expe-

riencias motrices para los niños, sino fundamentalmente de experiencias de crianza y acompañamiento del estado emocional de la madre.

- Dimensiones del mundo de la vida y las condiciones estructurales

La concurrencia a un Centro educativo proporciona el apoyo que habilita las posibilidades de trabajo de los adultos referentes, generando mayores niveles de satisfacción, sobre todo materna.

- Lenguaje

Los niños/as que asisten al Programa de Educación Inicial muestran un desarrollo positivo en sus habilidades y destrezas comunicacionales. Es en el área de Lenguaje donde se logran los mejores resultados •



## Aportes para una práctica sanitaria que promueva el ejercicio de derechos en la infancia y adolescencia

### LA EXPERIENCIA DE LA INICIATIVA DE DERECHOS DE INFANCIA, ADOLESCENCIA Y SALUD - URUGUAY (IDISU)

Dra. Alicia Canetti, Dra. Perla Vivas, Dra. María Laura Michelini, Ps. Adriana Gandolfi.  
Integrantes de IDISU

#### Introducción

Desde el momento de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño por el Estado uruguayo, en 1990<sup>1</sup>, se han producido avances, a nivel político, social e institucional, en la difusión de sus contenidos éticos y jurídicos, lográndose en el año 2004 la aprobación del nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia<sup>2</sup>. Sin embargo, a pesar de estos logros, como se señala en el Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia - Uruguay (UNICEF, 2005)<sup>3</sup>, **este enfoque no ha impregnado aún las prácticas institucionales de manera homogénea y consistente, lo que incluye también al sector salud.** Si bien ha habido un importante impulso en la última década, la incorporación de la perspectiva garantista por parte de los profesionales y de las instituciones sanitarias es aún incipiente, por lo que es necesario promover acciones que den incentivo a este proceso.

Los cambios en la atención a la salud no son procesos sencillos ni lineales. El pasaje desde el **paradigma tradicional del Estado y de instituciones tutelares que intervenían para dar protección o amparo frente a situaciones de abandono o infracción (Estado tutelar: paradigma de la situación irregular) hacia un nuevo paradigma del Estado y de instituciones garantes**, que junto con la familia y la sociedad, sean responsables de asegurar que niños/as y adolescentes ejerzan integralmente sus derechos (*Estado garante: paradigma de la protección integral*), implica transformaciones no sólo en aspectos formativos de los recursos humanos, en la gestión institucional y en las prácticas cotidianas de los equipos de salud, sino también en importantes aspectos que hacen a la participación de la población en general.

#### Origen de IDISU en 2005

En este marco contextual se constituyó la Iniciativa Derechos de Infancia - Adolescencia y Salud en Uruguay (IDISU), como parte de un emprendimiento de carácter regional, y el **"Proyecto de formación en la Convención**

**de los Derechos del Niño para equipos de Salud del Cono Sur"**, creado con el esfuerzo de profesionales de Argentina, Chile, Colombia y Uruguay, y con el apoyo de organismos internacionales como CREDPRO, UNICEF e IIN-OEA. Su inicio tuvo lugar durante el curso "Interfase entre los derechos y la salud de la niñez" desarrollado en Buenos Aires en 2005, en el marco del X Congreso Argentino de Pediatría Social, con la participación del Dr. Jeffrey Goldhagen, miembro de la *American Academy of Pediatrics*, así como con el apoyo de CRED-PRO y FLAC-SO. Esta instancia constituyó un primer paso para la incorporación de una herramienta de enseñanza, a ser aplicada en el área de la salud, con el fin de introducir y operativizar los conceptos de derechos de niños y adolescentes, de manera accesible y motivadora.

Del 2006 al 2007 se constituyó un grupo de trabajo regional que redefinió algunos aspectos de dicha herramienta didáctica, el "Manual de formación de formadores en la Convención por los Derechos del Niño para el equipo de salud", y se comenzaron a implementar los grupos y agendas locales. En 2007 se realizó en Chile el Primer Taller Regional Formador de Formadores en Derechos de Infancia - adolescencia y Salud, destinado a sistematizar el uso del citado Manual de Formación.

Para el desarrollo del Proyecto a nivel país, en Uruguay, a partir de la actuación inicial de docentes de la Universidad de la República (UDELAR), se promovió en 2006 la construcción de un equipo de amplia integración, que incorporó a otros profesionales y técnicos de instituciones referentes en las temáticas de infancia, adolescencia y salud, como el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y a la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP). En junio de 2008, estas cuatro instituciones, **con el apoyo y la participación permanente de UNICEF y el auspicio de OPS-OMS e IIN-OEA, así como de CRED-PRO**, suscribieron un Memorándum de Entendimiento ratificando el interés de profundizar en el país la mirada sobre la atención de la salud a niños y adolescentes con una perspectiva de derechos. Este memorándum permitió dar formalidad institucional a IDISU.

1.- Uruguay ratificó la Convención de los Derechos del Niño el 28 de setiembre de 1990 a través de la ley n° 16.137

2.- Código de la Niñez y Adolescencia LEY N° 17.823, aprobado el 7 de setiembre de 2004

3.- [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy\\_media\\_Observatorio1.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Observatorio1.pdf)

## Visión y Objetivos de IDISU

El compromiso asumido por IDISU busca contribuir a los esfuerzos antes señalados, a partir de actividades formativas, de difusión y abogacía en el respeto a los derechos de salud de niños/as y adolescentes. Así da cuenta el texto de Memorandum firmado entre las instituciones MSP, INAU, UDELAR y SUP en Junio 2008:

**Visión General:** promover un cambio cultural que tienda a respetar los derechos humanos de los niños y adolescentes, a través de la provisión de educación sobre derechos a los profesionales de la salud que trabajan con niños y niñas, del apoyo a la gestión de los servicios de salud para asegurar el cumplimiento efectivo de dichos derechos y de la difusión sobre esta temática a toda la ciudadanía.

### Objetivos:

- Lograr, a través de la actividad docente orientada a profesionales de la salud acercar los contenidos teóricos de la CDN a la práctica diaria, con el fin de conceptualizar el conocimiento intuitivo y reflexionar sobre el quehacer cotidiano.
- Profundizar en el rol que tienen los profesionales de la salud, como cuerpo activo y como herramienta de transformación, sobre las políticas públicas de infancia, así como también actuando como defensores de los derechos de niños y niñas.
- Encontrar estrategias tangibles que le permitan al profesional de salud ejercer prácticas en un marco de derechos.
- Replicar la experiencia en todo el país, además de compartir la experiencia con otros países del Cono Sur.
- Desarrollar instrumentos de gestión que permitan incorporar el enfoque de derechos en forma efectiva a la práctica asistencial.
- Promover acciones en pos de una ciudadanía informada en derechos y salud de niños y adolescentes.
- Promover en la agenda política la temática de derechos de la infancia y adolescencia en relación con la salud.

### Sobre la Guía "Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud"

La actividad de sensibilización de recursos humanos de la salud que se emprendió por parte de IDISU en 2008, permitió aproximarse de manera más directa a la realidad de muchos equipos de salud, que identificaban situaciones en las que estaban implicados derechos de niños/as y adolescentes, pero en las que no siempre resultaba claro cuál era la mejor práctica garantista y cuáles eran, de existir, los fundamentos jurídicos en las que aquellas podían sustentarse. También fue posible reconocer situaciones en que las prácticas profesionales e institucionales implicaban una vulneración de derechos o una debilidad en el debido rol garante de las instituciones.

Asimismo, los participantes en distintos talleres (prestadores del ámbito público y privado, docentes universitarios

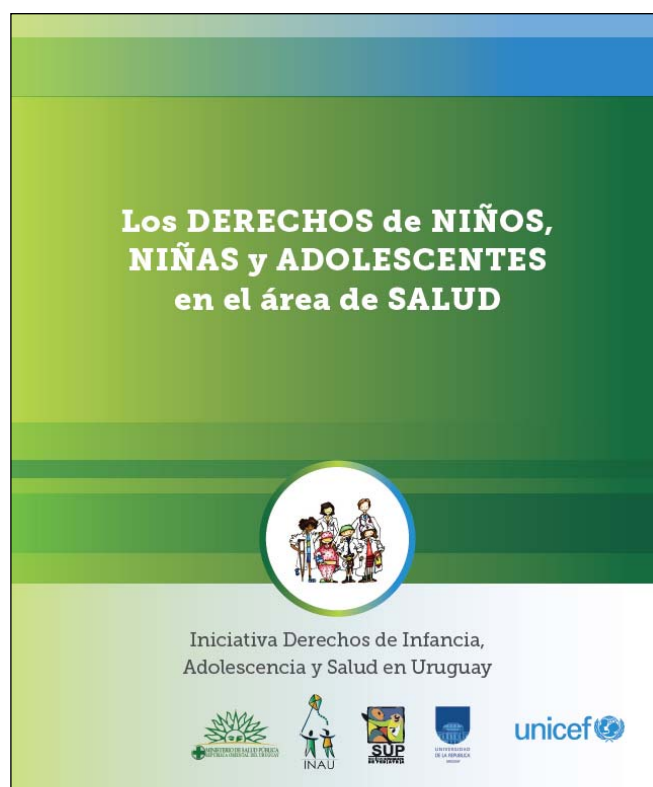
del Área Salud) señalaron su preocupación por el desconocimiento de algunas autoridades institucionales sobre el cambio de paradigma aportado por la Convención de los Derechos del Niño y por el Código de la Niñez y Adolescencia, destacando la necesidad de respaldar las propuestas de cambio de las prácticas asistenciales con un mayor desarrollo normativo<sup>4</sup>.

Como forma de dar respuesta a este conjunto de problemas y demandas, surgió la propuesta de desarrollar una Guía que contribuyera a la instalación de prácticas sustentadas en los derechos de niños/as y adolescentes.

El punto de partida para el desarrollo de la guía se basó en una modalidad participativa que ayudara a identificar los principales escenarios problemáticos: se desarrolló una encuesta en la que se solicitaba a profesionales de la salud la descripción de situaciones, vividas en instituciones de salud o en otros ámbitos, donde no estuviera garantizado el respeto a algún derecho relativo a la salud de niños, niñas y adolescentes. Igualmente se pedía a los respondientes, si así lo deseaban, que sugirieran una práctica acorde a derechos para cada una de las situaciones identificadas.

En base a un ordenamiento sistemático de los datos surgidos de las encuestas, y contando con el respaldo de UNICEF- Uruguay y su consultora en aspectos jurídicos, Dra. Falca, quien es la autora, se elaboró la guía "Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de Salud"<sup>5</sup>, la que ha sido sometida al análisis de un grupo de destacados juristas especialistas en Derechos del Niño, quienes contribuyeron al resultado final de la misma.

La Guía aspira a convertirse en un instrumento de reflexión sobre las prácticas asistenciales hacia niños/as y adoles-



4.- Derechos de la Niñez y los Servicios de Salud. Manual de Formación de Formadores para el equipo de Salud. Editorial Universitaria de la Plata, Argentina 2009

5.- Los DERECHOS de NIÑOS, NIÑAS y ADOLESCENTES en el área de SALUD. Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay. UNICEF, Uruguay. 2012. En prensa

centes, que posibilite la revisión individual e institucional, facilitando los ajustes y cambios que garanticen los derechos establecidos en las normas que el país ha aprobado.

Se estructura en tres capítulos. El primero de ellos, está dedicado a presentar algunas nociones básicas del Derecho, cuya aprehensión por parte de los lectores resulta necesaria a los efectos de alcanzar un adecuado entendimiento de los planteamientos que se formulan a lo largo del documento.

El segundo capítulo tiene por objeto analizar distintas situaciones a las que se pueden enfrentar los operadores de salud (instituciones / profesionales / técnicos) en los diferentes niveles de atención, y cuyo abordaje les genera una sensación de verdadera anomia, que se origina en la contradicción entre tradiciones burocrático-institucionales, inspiradas en el viejo paradigma tutelar, y el orden jurídico vigente, que ha reconocido a los niños su condición de titulares de derechos.

El análisis de las referidas situaciones se ha formulado con el fin de establecer los criterios que han de orientar su resolución, señalando los derechos que aparecen comprometidos en cada una de las situaciones y precisando la normativa que deberá atenderse por parte de los operadores de la salud al momento de desarrollar su praxis. (*Derecho a la salud, a la privacidad, a la libertad, al acceso a la información; compromiso de más de un derecho, vulneración de derechos en el seno familiar*)

En un tercer capítulo se identifican aquellas prácticas que deberán ser erradicadas si se pretende garantizar a los niños y adolescentes el pleno ejercicio de sus derechos, consagrados en la Constitución de la República, en la CDN y en el Código de la Niñez y de la Adolescencia en el específico ámbito de la salud, *así como reflexiones hacia una necesaria adecuación institucional de los prestadores de salud.*

En los anexos de la Guía se ha incorporado el texto de los Derechos de los Niños Hospitalizados, que aporta también la visión de sensibilizar en las prácticas que se desarrollan a nivel de las áreas de internación a nivel hospitalario.

### Otros proyectos desarrollados por IDISU

Las tareas emprendidas por la IDISU se sintetizan en 4 áreas:

#### 1.- Actividades de formación / sensibilización

Se han realizado múltiples tareas vinculadas a la sensibilización de profesionales de salud, hacia el fortalecimiento del rol garante del derecho a la salud de niños/as y adolescentes, en Congresos y Mesas Redondas. En particular señalamos las acciones de carácter formativo:

- Curso de Formación de Formadores en Derechos de Infancia/Adolescencia y Salud 2008 por Grupo IDISU - Técnicos de Programas MSP, ASSE, IMM e INAU.
- Taller de Desarrollo Profesional Médico Continuo "Derechos de infancia y adolescencia, responsabilidades del equipo de salud pediátrico" de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), acreditado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR). Se brinda anualmente desde el 2008.

- Participación en módulo de Maestría DD Infancia y Políticas Públicas - UdelaR- 2009.

- Taller de sensibilización en DD Infancia Adolescencia y Salud hacia docentes del Área Salud de UdelaR Octubre 2009 , Septiembre 2010, Agosto de 2011. Con participación de Docentes de 5 Servicios del Área de Salud.

#### 2.- Abogacía en políticas de salud y derechos de niños y adolescentes

En el marco del proceso de Reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, la IDISU sigue con atención las mejoras introducidas en el Sistema para facilitar el acceso a los servicios y fomentar la actitud preventiva. Ha tenido reuniones con la autoridad del Sistema, la Junta Nacional de Salud (JUNASA), para solicitar la difusión y respeto de los prestadores de salud al derecho establecido legalmente a controles gratuitos de salud.

También intervino en apoyo a la Junta en ocasión del estudio de Reglamentación de la Ley de Derechos de Usuarios de Salud, aportando la mirada hacia los derechos de niños y adolescentes.

Apoya también al Programa de Salud de Adolescentes del MSP y al Área de Infancia y Adolescencia del prestador público (ASSE) para el fortalecimiento de la perspectiva de derechos.

#### 3.- Apoyo al fortalecimiento del enfoque de DD en la Universidad: IDISU - UdelaR:

A partir del (2009), luego del 1er. curso de formación de formadores realizado en Uruguay, se conforma el grupo IDISU- UdelaR Área Salud integrado por las 5 disciplinas que componen el área: Medicina, Psicología, Enfermería, Odontología y Educación Física. Este grupo ha venido desarrollando talleres dirigidos a docentes del área (ver ítem 1) así como su introducción en la currícula de las carreras del área a nivel de grado y posgrado.

Además, se ha propiciado la incorporación de la temática de derechos de Infancia y Adolescencia en la Red Temática de Promoción de Salud, así como en el Centro Interdisciplinario "Infancia y Pobreza", de reciente creación, que funcionan en el marco del Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República.

#### 4.- Divulgación general

La divulgación de esta Iniciativa, aún incipiente, la hemos propiciado en las mesas de Congresos, en alguna instancia televisiva en el canal oficial y otro, a través de un marca libros para los talleres, y en intercambio inicial con el Movimiento Nacional de Usuarios de Salud pública y Privada, integrantes de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) a partir de la Reforma.

#### 5.- Intercambio regional

IDISU Ha participado activamente en las actividades anuales que se realizan en los países que integran el grupo de trabajo Latinoamericano. Así mismo en las diferentes instancias de evaluación , congresos y jornadas, permitiendo el progreso y la mejora continua, tanto en los materiales como en las herramientas que se colectivizan con el objetivo de la optimización y avance constante de la Iniciativa •

## LIBROS

Sección coordinada por Gabriel Galdó Muñoz, Catedrático de Pediatría (Universidad de Granada)

# TRATADO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

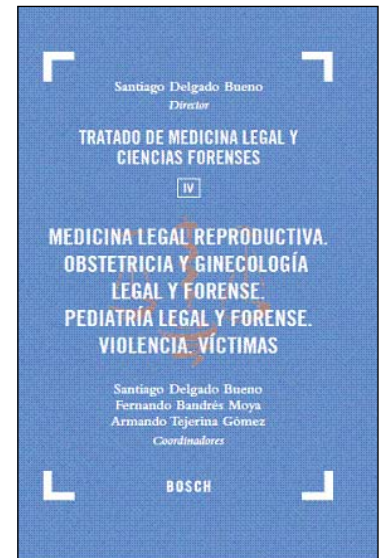
Dirigido por: **Santiago Delgado Bueno**

Editado por: **Editorial Bosch**

Reseña de: **Antonio Gancedo Baranda**

Consulta de Pediatría Social. Hospital Fundación Alcorcón (Madrid)

Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas



El Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, editado por Bosch, ha sido dirigido el Dr. Santiago Delgado Bueno -Médico forense, Director de la Unidad de Medicina Legal Abascal y con un amplio curriculum en temas de Medicina Legal y Derecho Sanitario- con el conocimiento, paciencia, y habilidad necesarias para coordinar a casi 300 autores de toda España y Latinoamérica.

Los 308 capítulos que componen esta ingente obra, se agrupan en 10 secciones, distribuidas en 5 tomos y 6 volúmenes, que van a aportar, sin ningún género de dudas, un instrumento fundamental para el estudio, conocimiento y difusión de la Medicina Legal y las Ciencias Forenses en Lengua Española.

Contando con la coordinación de los doctores F. Bandrés, T. Vicente- Herrero, J.M. Torrecilla, M. Medina, J. Lucena, A. Tejerina y J.M. Maza, juristas (magistrados, fiscales, abogados, profesores) y médicos de muy diversas especialidades (forenses, especialistas en medicina legal, especialistas en medicina del trabajo, psiquiatras, psicólogos, oncólogos, ginecólogos, ...), configuran un tratado con cerca de 12.000 referencias bibliográficas y una plataforma digital, vinculada, con más de 1.500 documentos, 400 fotografías y varios vídeos, que dan a la obra un valor especial, de consulta e investigación.

Es una obra de gran valor pluridisciplinar, para dar respuesta a todos los profesionales interesados en un área de conocimiento tan relevante. Médicos y juristas van a disponer de un instrumento muy útil para el desempeño de su profesión, y resolver de una manera eficaz y rigurosa las cuestiones médico-legales más actuales.

Queremos destacar aquí el **Tomo IV**, en el que se desarrolla la **Pediatría Legal y Forense**. En 24 capítulos (del 203 al 227 del total del Tratado) y 397 páginas (de la 361 a la 758), se desarrollan temas de gran interés para los pediatras en estos momentos, como el menor maduro, la sustracción parental de menores, medidas terapéuticas del sistema de justicia juvenil, la identificación del recién nacido, el denominado "robo de bebés", el Síndrome de Munchausen por poderes, la muerte súbita infantil, acoso entre iguales, acoso escolar, etc.

Dentro de estos capítulos de contenido médico legal, debemos destacar los capítulos 210 y 211, cuyos autores son Juan Casado Flores, José A. Díaz Huertas y Lourdes Calleja Gero, del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid), que abordan el *maltrato físico y los traumatismos craneo encefálicos provocados*, con su valoración médico legal, así como los referidos al *abuso sexual infantil*, elaborados por José Cantón Duarte, M.<sup>a</sup> Rosario Cortés Arboleda y David Cantón Cortés, del Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Granada .



## PUBLICACIÓN Y JORNADAS DE TRABAJO DIRIGIDOS A LA SALUD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

(Madrid, 3 de Octubre de 2012)

Varias actividades centradas en el apoyo al Sistema de Protección a la Infancia, que actualmente atiende a más de 38.000 niños en España, fueron programadas por la SEPS durante los días 1 y 2 de Octubre.

### PRESENTACIÓN A LA PRENSA DE LA GUÍA

En la sede madrileña de la AEP, el día 1 se convocó a los medios de comunicación para presentarles la la Guía "**Salud de los Niños Atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia: Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción**" editada por la SEPS. La Guía ha sido realizada por un Grupo de Trabajo de 29 expertos compuesto por pediatras y profesionales con experiencia en la atención a esta población infantil de diferentes provincias, coordinados por los pediatras sociales Ángel Cortés Lozano, José A. Díaz Huertas, Mercedes Rivera Cuello y Antonio Muñoz Hoyos, con el apoyo de la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia del **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**.

Por otro lado, la colaboración desinteresada de **Ferrer**, ha hecho posible la edición y difusión de esta guía, que será distribuida a cerca de 7.000 pediatras de toda España.

La Guía pretende ser una herramienta útil para los profesionales sanitarios, padres acogedores y educadores, donde encontrarán todas las claves a la hora de tratar las necesidades y problemas de salud de los niños que requieren ser atendidos fuera de su ámbito familiar biológico, y aclaraciones sobre aspectos conceptuales del Sistema de Protección Infantil de nuestro país.

El documento, de 28 páginas, está disponible en la página web de la SEPS:

<http://pediatriasocial.com/Documentos/guiaSEPSacogimiento.pdf>

### REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LAS NECESIDADES EN SALUD FÍSICA Y MENTAL

En la tarde del 1 de octubre, se celebró en también en Madrid, en la sede de la AEP, la reunión de una quincena de expertos para continuar con las actividades del **Grupo de Trabajo sobre las necesidades en salud física y mental de los niños atendidos por el**



### sistema de protección a la infancia,

con el objetivo de que orientarse el próximo curso a los aspectos relacionados con la **Salud Mental** de esta población infantil.

### JORNADA DE TRABAJO SOBRE LAS NECESIDADES EN SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR EL SISTEMA DE PROTECCIÓN

El 2 de Octubre, en el Salón de Actos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se celebró una Jornada de trabajo en la que participaron cerca de 200 profesionales.

La sesión comenzó abordando el tema de las **Necesidades en salud de los niños atendidos por el sistema de protección**, coordinado por Gonzalo Oliván Gonzalvo, pediatra (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) y con ponencias de Ángel Cortés Lozano, pediatra, R.I. Casa de los Niños (IMMF), y Mercedes Rivera Cuello, pediatra, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría (Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía).

A continuación se realizó la **presentación de la Guía**, que para el sector sanitario es la primera de atención a la salud de los niños atendidos en el sistema de protección elaborada en España desde que se iniciara la

reforma del sistema de protección en noviembre de 1987 (Ley 21/87). El acto contó con M<sup>a</sup> Salomé Adroher Biosca, Directora General de Servicios para la Familia y la Infancia (MSSSI), M<sup>a</sup> Mercedes Vinuesa Sebastián, Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación (MSSSI), Manel Vera i Vinardell, Director de Ferrer HealthCare, y José A. Díaz Huertas, Presidente SEPS.

(Continúa...)



En la foto, de Izq. a Dcha.: Manel Vera, director de Ferrer HealthCare; José A. Díaz Huertas, presidente SEPS; Ángel Cortés Lozano, pediatra y coautor de la Guía.

Finalmente se abordaron las **Necesidades en salud mental de los niños atendidos por el sistema de protección**, coordinados por Consuelo Escudero Álvaro, y con las intervenciones de Ana Sainero Rodríguez, del Grupo de Investigación en Familia e Infancia (Universidad de Oviedo), Teresa Alcázar Arroyo,

Directora R.I. Las Rosas (IMMF), M<sup>a</sup> José Ramos Rodríguez, Psicóloga, de la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (H. Gregorio Marañón), y M<sup>a</sup> Eugenia Herrero Sotillo, Psiquiatra, Directora del Proyecto Sirio (Nuevo Futuro) •



(De izq. a Dcha) José A. Díaz Huertas, Presidente SEPS, M<sup>a</sup> Salomé Adroher Biosca, Directora General de Servicios para la Familia y la Infancia, M<sup>a</sup> Mercedes Vínuesa Sebastián, Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación, y Manel Vera i Vinardell, Director. Ferrer HealthCare.

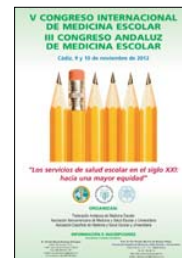
## AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA

9 a 10 de Noviembre 2012

### V Congreso Internacional de Medicina Escolar III Congreso Andaluz de Medicina Escolar, en Cádiz (España)

Organizado por la *Federación Andaluza de Medicina Escolar*, la *Asociación Iberoamericana de Medicina y Salud Escolar y Universitaria*, y la *Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria*, el lema de esta edición es "Los servicios de salud escolar en el siglo XXI: hacia una mayor equidad".

Programa del Congreso: <http://congresodesaludescolar.blogspot.com.es/>



14 a 18 de Noviembre 2012

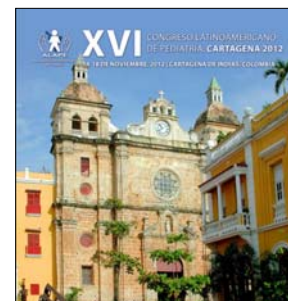
### XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría, en Cartagena de Indias (Colombia)

Convocado por ALAPE (Asociación Latinoamericana de Pediatría), este Congreso se llevará a cabo con la participación de la Sociedad Colombiana de Pediatría y está dirigido a los pediatras, enfermeras, terapeutas, nutricionistas, psicólogos y médicos familiares.

Sede: Centro de Convenciones Cartagena de Indias ([www.cccartagena.com](http://www.cccartagena.com))

Información e inscripciones: <http://www.congresosalape.com>

Programa científico: <http://www.congresosalape.com/images/stories/programa11.pdf>



24 a 29 de Agosto 2013

### ICP 2013, en Melbourne (Australia)

International Congress of Pediatrics, es el 27 Congreso de la Asociación Pediátrica Internacional (IPA)

Contactos e inscripciones:

<http://www2.kenes.com/ipa/pages/home.aspx>

