Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile

Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones

Báltica Cabieses

Margarita Bernales

Alexandra Obach

Víctor Pedrero

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Ministerio de Educación
Gobierno de Chile

Universidad del Desarrollo
Universidad de Excelencia

Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Plan de Mejoramiento Institucional
Innovación en Salud
Universidad del Desarrollo

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

América Solidaria

Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile

Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones

Báltica Cabieses
Margarita Bernales
Alexandra Obach
Víctor Pedrero

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile
Ministerio de Educación
Gobierno de Chile
Universidad del Desarrollo
Universidad de Excelencia
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Plan de Mejoramiento Institucional
Innovación en Salud
Universidad del Desarrollo
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas
América Solidaria

Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile
Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones
Primera edición: enero del 2016

Universidad del Desarrollo
Equipo de Estudios Sociales en Salud

Editores:
Báltica Cabieses
Margarita Bernales
Alexandra Obach
Víctor Pedrero

Derechos Reservados

Se autoriza la reproducción de la información aquí contenida siempre que se cite esta publicación como fuente. El uso de las imágenes requiere autorización de sus propietarios.

© 2016. Universidad del Desarrollo, Proyecto PMI UDD-1204

Protegido por derechos de autor
Impreso en Chile / Printed in Chile

ISBN versión impresa : 978-956-7961-80-1
ISBN versión digital : 978-956-7961-81-8

Indice

Prólogo internacional 1
Foreword 3
Prólogo nacional 5

SECCION I Introducción

Capítulo 1
Introducción

1. La oportunidad de dialogar sobre la vulnerabilidad social en salud para Chile 13
2. Principios, valores e interrogantes que guían este libro 14
3. Conceptos fundamentales 15
4. Cómo se redactó este reporte 16
5. Foco y estructura del libro 19

Capítulo 2
Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud

1. Lo esencial: fundamentando la dimensión social de la salud 25
2. Hacia una definición interdisciplinaria del concepto de vulnerabilidad social 26
3. La pandemia de la desigualdad social en salud: un problema asociado a la vulnerabilidad humana 28
4. Lo global impacta en lo local:
   la vulnerabilidad social como fenómeno global con consecuencias locales en salud 31
5. ¿Cómo impactar en la desigualdad en salud en grupos vulnerables?
   La oportunidad del enfoque de determinantes sociales 32
6. El desafío de la vulnerabilidad social en salud en Chile 33

Capítulo 3
Sobre el concepto de vulnerabilidad social: Marco filosófico, ético y jurídico

1. Introducción 43
2. Marco filosófico 44
3. Marco ético 47
4. Marco jurídico 48
5. Conclusiones 55

SECCION II Curso de Vida

Capítulo 1
Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento

1. La estabilización de la mortalidad materna y visibilización de la medicalización del nacimiento 63
2. El sistema de salud como determinante social de la salud 66
3. Cuando el sistema de salud hace daño o protege en la atención del nacimiento fisiológico 67
4. Conclusiones 69
5. Ideas fuerza 70

Recomendaciones para políticas y programas de salud en la atención del nacimiento 75

Capítulo 2
Infancia Temprana en riesgo y vulnerabilidad

1. Introducción: El olvido de la Infancia Temprana en Riesgo 81
2. ¿Cómo está la Salud Mental y Adaptación Temprana en Chile? Una primera pregunta esencial 82
3. ¿Trauma en la Infancia Temprana? Hacia el extremo de las dificultades de salud mental y adaptación… 84
4. Proyecciones para el presente (y futuro): "Trasladar y diseminar para ayudar" 85
5. Conclusión 87
6. Ideas fuerza 87

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre infancia temprana en riesgo en Chile 91

Capítulo 3
Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud durante la infancia preescolar y escolar

1. Marco Conceptual 97
2. El panorama actual en Chile 99
3. Las consecuencias de la vulnerabilidad social de este grupo en Chile 100
4. Innovaciones existentes para prevenir y controlar la vulnerabilidad social durante la etapa Pre Escolar y Escolar 102
5. Innovaciones existentes para prevenir y controlar los problemas de salud de este grupo vulnerable en Chile y el mundo 104
6. Conclusiones 106
7. Ideas fuerza 107

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre la infancia pre escolar y escolar en Chile 113

Capítulo 4
Vulnerabilidad social en salud en adolescentes y jóvenes en Chile

1. Aproximaciones conceptuales a la adolescencia y juventud 119
2. La salud de adolescentes y jóvenes: historia de vulnerabilidades y exclusiones 120
3. Adolescencia y juventud: consecuencias en salud 121
4. Acceso y atención de salud a adolescentes y jóvenes en Chile: una mirada histórica 122
5. La salud de adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de género 124
6. Vulnerabilidad social en salud: aproximación desde la salud sexual y reproductiva, y el embarazo en la adolescencia 125
7. Desafíos pendientes 128
8. Ideas fuerza 129

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre adolescentes y jóvenes en Chile 135

Capítulo 5
Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud en hombres chilenos: la fragilidad de los "invulnerables"

1. Introducción 141
2. Perspectiva de género y salud 142
3. Roles Masculinos 143
4. Hombres y Salud 144
5. Sistemas de salud y estrategias con enfoque de género 146
6. Conclusiones y reflexiones finales 149
7. Ideas fuerza 150

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre hombres adultos en Chile 155

Capítulo 6
Reflexiones en torno a la salud de las mujeres: exclusiones históricas y caminos futuros

1. Introducción 159
2. Género como categoría de análisis para la visibilización del sujeto femenino 160
3. Vulnerabilidad social de las mujeres en Chile 163
4. Conceptualización de las mujeres desde el sistema biomédico 167
5. Indice de salud en las mujeres en Chile 168
6. Conclusiones 169
7. Ideas fuerza 170

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre mujeres en Chile 175

Capítulo 7
Una mirada a la vulnerabilidad social y sus consecuencias en la salud de las personas mayores en Chile

1. Definiciones conceptuales acerca de la vulnerabilidad social en las personas mayores....181
2. Medición de la vulnerabilidad social en las personas mayores 182
3. Descripción de la situación de la vulnerabilidad social en las personas mayores en Chile 183
4. Consecuencias de la vulnerabilidad social en la salud de las personas mayores....187
5. Intervenciones para abordar la vulnerabilidad social en los adultos mayores. Una mirada en Chile y el mundo 189
6. Conclusiones 194
7. Ideas fuerza 195

Recomendaciones para adultos mayores que enfrentan vulnerabilidades sociales en Chile 203

Capítulo 8
Vulnerabilidad social y sus efectos en salud al final de la vida en Chile

1. Introducción 209
2. El caso 210
3. Bioética y vulnerabilidad social al final de la vida....211
4. ¿Qué es la ética del sistema de salud? 219
5. Conclusiones 220
6. Ideas fuerza 221

Recomendaciones para políticas y programas de salud al final de la vida en Chile 225

SECCION III Situaciones y Grupos Específicos

Capítulo 1
Vulnerabilidad social ante Desastres Naturales

1. Introducción 233
2. Desastres naturales en Chile durante el último siglo y su relación con la vulnerabilidad social 234
3. Desastres naturales en Chile y consecuencias en la población: algunas estadísticas disponibles 236
4. Vulnerabilidad social en desastres naturales: desarrollo del concepto, unidades de análisis para su estudio e indicadores de medición 237
5. La medición de la vulnerabilidad social y la creación de indicadores.... 243
6. Indicadores de vulnerabilidad social en contexto de desastres naturales y estudios de caso 244
7. Conclusiones 246
8. Ideas fuerza 248

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre desastres naturales en Chile 255

Capítulo 2
Salud y Pobreza en Chile

1. Introducción 261
2. Relevancia del tema 262
3. Definiciones y mediciones de pobreza en el mundo 262
4. Definiciones y mediciones de pobreza en Chile 264
5. Consecuencias en salud más frecuentes de la pobreza en el mundo 266
6. Salud y pobreza en Chile 269
7. Innovaciones existentes para prevenir o controlar la pobreza 277
8. Innovaciones existentes para prevenir o controlar problemas de salud de personas en situación de pobreza 278
9. Conclusiones 281
10. Ideas fuerza 282

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre Salud y Pobreza 289

Capítulo 3
Violencia contra la mujer y sus consecuencias en salud en Chile

1. Vulnerabilidad, definición y estructura 295
2. Violencia contra la mujer y sus efectos en salud en el mundo 297
3. Algunos alcances de la violencia contra la mujer a nivel nacional 303
4. Consideraciones Finales 307
5. Ideas fuerza 308

Recomendaciones para mujeres que sufren de violencia en Chile 313

Capítulo 4
Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile

1. La migración internacional como fenómeno global determinante de vulnerabilidad social 319
2. ¿Qué se sabe sobre los migrantes internacionales y su posible vulnerabilidad social en Chile? 324
3. Consecuencias en salud de la vulnerabilidad social de migrantes internacionales 328
4. ¿Qué se ha desarrollado para proteger las condiciones sociales de migrantes internacionales vulnerables en Chile? 333
5. ¿Qué se ha desarrollado para proteger la salud de migrantes internacionales en Chile? 334
6. Discusión: desafíos pendientes en este tema en Chile 336
7. Ideas fuerza 336

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre migrantes internacionales en Chile 343

Capítulo 5
Vulnerabilidad social y Salud en Pueblos Indígenas

1. Cultura y salud en los pueblos indígenas de la región 351
2. Salud y Pueblos Indígenas en Chile 353
3. Salud Mental, Tuberculosis y Salud de las Mujeres en pueblos indígenas: tres problemáticas para la reflexión 354
4. Salud Intercultural: antecedentes y alcances de una política de salud indígena 357
5. Los desafíos actuales de la interculturalidad en salud 360
6. Conclusiones 361
7. Ideas fuerza 362

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre pueblos indígenas en chile 367

Capítulo 6
Diversidad sexual y salud en Chile

1. Introducción 371
2. La dominación heteronormativa y sus consecuencias en salud 372
3. Diversidad Sexual: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales y Heterosexuales 375
4. Personas LGBTI en Chile: ¿Qué se sabe? 378
5. Discriminación: Efectos en la Salud en personas LGBTI 381
6. Conclusiones 384
7. Ideas fuerza 385

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre diversidad sexual y salud en Chile 389

Capítulo 7
Situación de discapacidad y su efecto en la salud de las personas

1. Discapacidad: definiciones y prevalencia 393
2. Discapacidad y vulnerabilidad social 396
3. Discapacidad y salud: descripción general 398
4. Estrategias para abordar las problemáticas de salud en la población de PsD 400
5. Estrategias para abordar la vulnerabilidad en la población de PsD 402
6. Conclusiones 404
7. Ideas fuerza 405

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre discapacidad en Chile 411

Capítulo 8
Población carcelaria o usuarios del sistema de salud

1. Introducción 417
2. El sentido de la cárcel: sancionar, inhabilitar y rehabilitar 418
3. Vulnerabilidad social en cárceles 419
4. La salud en cárceles 420
5. La salud en cárceles en Chile 422
6. Discusión: ¿Reo o usuario del sistema sanitario? 428
7. Conclusiones 429
8. Ideas fuerza 429

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre población carcelaria en Chile 433

Capítulo 9
Vulnerabilidades sociales y su efecto en sujetos de investigación en Chile

1. Vulnerabilidades sociales 439
2. Vulnerabilidad en investigación 440
3. Control de la investigación en salud en poblaciones vulnerables 442
4. Vulnerabilidad e investigación en Chile 444
5. Recomendaciones 445
6. Conclusiones 445
7. Ideas Fuerza 446

Recomendaciones para sujetos de investigación que enfrentan vulnerabilidades sociales en Chile 449

Capítulo de discusión y conclusiones
Vulnerabilidad Social y Salud en Todas las Políticas en Chile

1. Introducción 455
2. Concepto de Vulnerabilidad: dinámica e interacción de riesgos 456
3. Políticas Públicas para abordar la vulnerabilidad en Chile 462
4. Abordaje de la vulnerabilidad con el enfoque Salud en Todas las Políticas 466
5. Conclusiones 470
6. Ideas Fuerza 470

Síntesis de recomendaciones de este libro 475

Lista alfabética de autores y expertos participantes 481

Lista alfabética de Instituciones participantes 484

Prólogo internacional

Vivimos en un mundo impredecible. Ya sea que seamos ricos o pobres, jóvenes o viejos, todos somos vulnerables a las amenazas y los factores estresantes externos. Desastres naturales, la enfermedad, el desempleo, el duelo y los accidentes por ejemplo, nos pueden sacudir inesperadamente con el dolor y la desesperación. Este riesgo compartido proporciona un vínculo emocional común a través de las sociedades y acciona el cuidado, la compasión y la caridad que hace a los seres humanos una especie tan notable.

A nivel individual, todos tenemos nuestros mecanismos para hacer frente a estas amenazas y factores de estrés. Nuestra capacidad de recuperación frente a daños o pérdidas puede ser extraordinario: llegar a un acuerdo con un diagnóstico de cáncer, sobrevivir de la guerra y el hambre, o hacer frente al divorcio y la separación. A nivel de la sociedad, construimos redes de seguridad en nuestros sistemas de salud y bienestar para la captura de nosotros mismos cuando caemos de la cuerda floja que llamamos vida. Reaccionamos a los desastres naturales en nuestras pantallas de televisión con elevada generosidad y simpatía, lo que renueva nuestra fe en la humanidad.

Aunque todos somos vulnerables a retrocesos, la vida no se llevará a cabo en un campo de juego nivelado y algunas personas tienen un mejor acceso a todo lo que promueve la salud y el bienestar de los demás. Nuestro riesgo y vulnerabilidad, así como nuestra capacidad de recuperación, se distribuye de manera desigual. Nuestra vulnerabilidad a un nuevo diagnóstico de cáncer, el divorcio o la pérdida del empleo varían con la edad, el género, el origen étnico y la posición socioeconómica. Nuestra resistencia personal varía con el medio ambiente, la salud mental y las redes de apoyo.

Un factor que proporciona enorme protección contra la vulnerabilidad y un gran acceso a la capacidad de recuperación es el dinero, nuestro capital financiero. El golpe de un nuevo diagnóstico de cáncer puede ser suavizado por el acceso a los mejores programas de diagnóstico y tratamiento. Nuestra sensibilidad al estrés financiero puede ser amortiguada por el ahorro y la riqueza heredada.

A menudo tan importantes son el capital humano, social y natural. La amistad resulta ser tan protectora de nuestra salud como el fumar es perjudicial. Nuestras relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, así como la confianza que tenemos en la gente que no conocemos, todas afectan a nuestro bienestar. Una primera infancia nutrida y protegida tiene efectos de por vida en la salud de las personas.

Este libro ofrece la primera revisión exhaustiva de la vulnerabilidad social y sus efectos sobre la salud en Chile. Editado por epidemiólogos sociales importantes del país y con un tesoro de las contribuciones inéditas de múltiples expertos nacionales, el libro ofrece una profunda comprensión de por qué la vulnerabilidad social es tan

importante en una sociedad que cambia rápidamente como la de Chile. Más importante es que también ofrece claras recomendaciones sobre lo que se puede hacer en las áreas de salud, educación y bienestar para aumentar la capacidad de recuperación del país.

Los autores nos llevan en un viaje a lo largo de la vida, por el camino lleno de baches de la vulnerabilidad social y teniendo como guías personales a expertos que ayudan al lector a entender los matices de la vulnerabilidad social, física y psicológica. Con visión, pasión y compasión, este libro describe cómo nuestra salud y bienestar están formadas por múltiples factores y muchas etapas variadas en la carrera de nuestra vida. Desde la ventana crítica del embarazo y los primeros años de vida, cuando nuestra salud y trayectorias educativas se establecen, y a través de los crecientes desafíos del envejecimiento de la población que enfrenta la fragilidad y soledad, con paradas en el camino para reflexionar sobre los grupos tradicionalmente desatendidos, como los presos y migrantes.

La conclusión común de todos los capítulos es la urgencia de la acción si Chile quiere evitar convertirse en un país más desigual, oprimido y dividido. Este no es un libro espectador que señala los problemas y no se identifican las soluciones. Más bien, los autores ofrecen una orientación clara y práctica sobre qué se puede hacer para mejorar la capacidad de recuperación a nivel individual, comunitario y político.

Chile se enfrenta a cambios sin precedentes en su contexto social con el aumento de la migración, el envejecimiento y la disparidad socioeconómica. Este libro hace una importante contribución a este campo tan importante y debe ser una lectura esencial para los responsables políticos, profesionales y académicos que quieren construir una sociedad más justa, más sana y mejor en Chile.

John Wright, MD,MSc

Professor of Epidemiology

Director of Bradford Institute for Health Research

United Kingdom

Kate E Pickett, PhD FRSA FFPH

Professor of Epidemiology

University of York

United Kingdom

Foreword

We live in an unpredictable world. Whether we are rich or poor, young or old, we are all vulnerable to external threats and stressors. Natural disasters, illness, unemployment, bereavement and accidents can jolt us unexpectedly from complacent contentedness to pain and despair. This shared risk provides a common emotional bond across societies and drives the caring, compassion and charity that makes human beings so remarkable.

At an individual level we all have our mechanisms to cope with these threats and stressors. Our resilience in the face of harm or loss can be extraordinary: coming to terms with a diagnosis of cancer, surviving war and famine, coping with divorce and separation. At a society level we build safety nets in our health and welfare systems to catch us should we fall from our high-wire walk through life. We react to natural disasters on our television screens with an out-pouring of generosity and sympathy that renews our faith in humanity.

While we are all vulnerable to set backs, life doesn't take place on a level playing field and some people have better access to everything that promotes our health and wellbeing than others. Our risk and vulnerability, as well as our resilience, is unequally distributed. Our vulnerability to a new diagnosis of cancer or divorce or job loss varies with age, gender, ethnicity and socio-economic position. Our personal resilience varies with our environment, mental health, and support networks.

One factor that provides enormous protection against vulnerability and great access to resilience is money – our financial capital. The blow of a new diagnosis of cancer can be softened by access to the best diagnostic and treatment programmes. Our sensitivity to financial stress can be cushioned by savings and inherited wealth.

Often just as important are human, social and natural capital. Friendship turns out to be as protective of our health as smoking is damaging. Our relationships with family, friends, neighbours and colleagues, as well as the trust we have in people we don't know – all affect our wellbeing. A nurturing early childhood has lifelong effects on health.

This book provides the first comprehensive review of social vulnerability and its effect on health in Chile. Edited by the country's leading social epidemiologists and with a treasure-trove of contributions from national experts the book offers a deep understanding of why social vulnerability is so important in Chile's rapidly changing society. More importantly it also provides clear recommendations about what can be done in the fields of health, education and welfare to increase resilience.

The authors take us on a life course journey along the bumpy path of social vulnerability and like expert personal guides they help the reader to understand the nuances of social, physical and psychological vulnerability. With insight, passion and compassion, they describe how our health and well-being is shaped by multiple factors and many varied stages in our life's career: from the critical window of pregnancy and early life when our health and educational trajectories are established, through to the increasing challenges of an ageing population facing frailty and loneliness, with stops on the journey to reflect on traditionally neglected groups, such as prisoners and migrants.

The common conclusion from all the chapters is the urgency for action if Chile is avoid becoming a more unequal, oppressed and divided country. This is not a spectator book that points out the problems and fails to identify the solutions. Rather the authors offer clear and practical guidance about what can be done to enhance resilience at an individual, community and political level.

Chile is facing unprecedented changes in its social context with increasing migration, ageing and socio-economic disparity. This book makes a major contribution to this important field and should be essential reading for policy makers, practitioners and academics who want to build a fairer, healthier and better society in Chile.

John Wright, MD,MSc

Professor of Epidemiology

Director of Bradford Institute for Health Research

United Kingdom

Kate E Pickett, PhD FRSA FFPH

Professor of Epidemiology

University of York

United Kingdom

Prólogo nacional

Todos nacemos iguales y todos nacemos vulnerables. Nuestra madre, la familia y la sociedad cubren nuestras necesidades hasta enfrentar una vida independiente, pero nunca dejamos de ser vulnerables. Nos desafía la naturaleza, la geología, el clima, todos factores externos que no podemos controlar. Es parte de nuestra esencia, ser vulnerables.

Pero la vulnerabilidad que trata este libro es de otro origen, no se trata de aquello ajeno a nuestras posibilidades, se trata de condiciones creadas por otros seres humanos en nuestra sociedad. Me refiero a situaciones que son innecesarias, injustas y que está en nuestras manos mejorar. Aquí importa cómo organizamos nuestra sociedad para cuidar a todos sus miembros, especialmente cuando hay contextos menos favorables o alguna circunstancia que los lleva a situaciones de fragilidad. De eso nos habla este libro, de la vulnerabilidad social.

Cada capítulo aborda los efectos que la vida en nuestra sociedad tiene sobre los individuos a lo largo del ciclo vital o al agruparse por alguna condición o estado en particular. En cada uno de ellos, además, se encuentran propuestas de acciones para mejorar las condiciones en que desarrollamos nuestras actividades cotidianas, cuya implementación cambiaría para bien la sociedad en la que vivimos y nos haría mejores personas.

Creo que sus editores han buscado a los mejores exponentes de la materia que aborda cada capítulo y ellos han realizado un trabajo magnífico, desde sus vivencias, sus experiencias y sus conocimientos. Sorprende y agrada encontrar capítulos elaborados por personas de vasta experiencia junto a profesionales jóvenes, logrando resultados que destacan por la profundidad de su análisis, pero expresados en una forma sencilla para todos los lectores.

El libro abrirá los ojos a profesionales y estudiantes que se preocupan por estos temas, mostrando una realidad que queda oculta ante los ojos de la mayoría, porque es más fácil no mirar.

Pero esta publicación tiene otro mérito que es notable y es reunir en un solo documento la situación de tantos grupos que no tienen voz. Permite a los creadores de políticas públicas y a los tomadores de decisiones realizar el ejercicio de cruzar estrategias que ayuden a mejorar la condición de los grupos vulnerables de manera transversal, integrada, con todos los actores sociales, públicos y privados, idealmente trabajando de manera coordinada y colaborativa.

Nuestro país, cuyo desarrollo social y económico ha sido importante en las últimas décadas, no puede quedarse atrás en las materias sociales. La sociedad chilena debe abrir sus círculos para incorporar a nuevos actores,

más bien, a los actores que siempre han existido pero cuya existencia ha sido ocultada o negada. Podemos ser mejores anfitriones con los inmigrantes que llegan a buscar un mejor destino en nuestras tierras, podemos ser acogedores y dar un espacio a las personas con capacidades diferentes, a las personas con una sexualidad diferente de la mía, con los adultos mayores, más solidarios y defensores de las personas que sufren violencia. En fin, hay tanto que hacer y tanto que cada uno de nosotros puede contribuir para reducir esta vulnerabilidad social, que crece porque damos vuelta la cara y es más fácil no ver.

Liliana Jadue, MD, MSc

Vicedecana Carreras de la Salud

Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

"Lo justo y la equidad son lo mismo, y aunque ambos son buenos, es mejor lo equitativo. Lo que ocasiona la dificultad es que lo equitativo, si bien es justo, no lo es de acuerdo con la ley, sino como una corrección de la justicia legal. La causa de ello es que toda ley es universal y que hay casos en los que no es posible tratar las cosas rectamente de un modo universal... Cuando la ley presenta un caso universal y sobrevienen circunstancias que quedan fuera de la fórmula universal, entonces está bien, en la medida en que el legislador omite y yerra al simplificar, el que se corrija esta omisión, pues el mismo legislador habría hecho esta corrección si hubiera estado presente y habría legislado así si lo hubiera conocido. Por eso lo equitativo es justo y mejor…"

Aristóteles. Ética a Nicómaco. 1137b 12-25.

Traducido al español por Julio Pallí.

SECCION I

Introducción

Capítulo 1

Introducción

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
Visiting Research Fellow, Department of Health Sciences, University of York
Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research

Margarita Bernales, PhD

Profesora Asistente Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Alexandra Obach, PhD

Profesora Asociada Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Víctor Pedrero, MSc

Profesor Asistente Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

*Miembros del Equipo de Estudios Sociales en Salud
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo, Chile
**Editores del reporte

Resumen

Chile ha mejorado sus indicadores de salud, presentando cifras epidemiológicas que lo destacan en comparación a los otros países de la región. Sin embargo, actualmente muchos grupos presentan características que los sitúan en un contexto de vulnerabilidad social que potencialmente afectan su salud en diversas áreas, entre ellas física, mental y emocional. Este capítulo da cuenta del propósito de este reporte, orientado a iniciar un diálogo y debate acerca de la vulnerabilidad social y sus implicancias en el bienestar individual y social de nuestro país. Se presenta un contexto epidemiológico en torno a los logros en salud en Chile, se explicitan las líneas editoriales, se definen los conceptos claves y se especifica la metodología utilizada para la realización de este reporte. En suma, los editores de este libro proponen que todos los individuos pasamos por momentos de vulnerabilidad en nuestras vidas. Dialogar a partir de nuestras propias vulnerabilidades nos permitiría distinguir entre aquellas inherentes a nuestra condición humana versus aquellas que nos separan, nos ponen en situación de riesgo y son potencialmente prevenibles y controlables. Este diálogo podría acercarnos en tanto sujetos pertenecientes a una misma sociedad, sabiéndonos acogidos y comprendidos desde nuestras necesidades específicas, aspirando así a un bienestar social como meta común.

Palabras clave: Vulnerabilidad Social, Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, Chile, Desigualdad en Salud.

1. La oportunidad de dialogar sobre la vulnerabilidad social en salud para Chile

Chile es hoy un país de alto ingreso, miembro del grupo elite mundial de la OCDE (1). Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile tiene una población de 18.006.407 habitantes, de los cuales 8.911.940 son hombres y 9.094.467, mujeres (INE, 2014). De acuerdo al censo de 2002, esta cifra era de 15.116.435 habitantes, de los cuales 7.447.695 eran hombres y 7.668.740, mujeres (INE, 2003). El crecimiento de la población se ha reducido últimamente. Aunque la población de Chile se quintuplicó durante el siglo XX —el país alcanzó los 2.695.625 habitantes en 1895, los 5.023.539 en 1940 y los 13.348.401 en 1992—, la tasa de crecimiento intercensal 1992-2002 fue del 1,24 % anual, mientras que entre 2002-2012 fue de 0,99 % (2).

Debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida de los chilenos fue la más alta de Sudamérica en 2013 (3). En 2009 esta era de 78,4 años: 75,74 para los hombres y 81,19 para las mujeres (4). Ese mismo año, la tasa bruta de natalidad alcanzó el 15,0‰ y la tasa bruta de mortalidad, el 5,4‰ —con una tasa de crecimiento natural del 9,6‰ (0,96 %)—, mientras que la tasa de mortalidad infantil fue del 7,9‰ (5). Estas cifras permiten establecer un proceso de envejecimiento de la sociedad chilena en la que la mayor parte de la población tendrá sobre 35 años en 2020 (6), superando al grupo etario joven, dominante en este momento. Así, en 2025, la pirámide de población se convertirá en un perfil campaniforme producto del proceso de transición demográfica que vive Chile (7).

Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe (8-10). Hay múltiples razones para el estado de salud relativamente bueno de la población chilena en comparación con otros países de similar desarrollo económico. Desde

principios del siglo XX Chile ha desarrollado importantes iniciativas de salud pública para el mejoramiento de la salud de su población, en primer lugar se centró en la mortalidad materno-infantil y las epidemias infecciosas y, más recientemente, en las enfermedades crónicas y el cáncer. Estos esfuerzos sistemáticos en materia de salud pública y protección social han dado importantes frutos en salud. Sin embargo, no todos los grupos sociales se han beneficiado de estos avances en la misma medida (11). Existen profundas diferencias en el estado de salud de la población chilena al comparar por ejemplo según nivel socioeconómico, previsión, región, sexo, edad y otros factores (12, 13).

En conocimiento de los avances que nuestro país ha logrado en materia de condiciones generales de vida, estabilidad política y económica, relaciones internacionales, entre otros, surge la inquietud de problematizar y reformular qué es, cómo se refleja y qué consecuencias tiene en salud la vulnerabilidad social hoy en Chile. Este es sin duda un desafío mayor, que requiere de la reflexión informada y basada en la evidencia que dispone actualmente nuestro país para afrontar esta temática, así como también exige de un diálogo intersectorial abierto, maduro y transparente, que permita la construcción legítima de propuesta de mejora para políticas y programas en salud. Lejos de pretender dar respuestas absolutas a qué define la vulnerabilidad social en Chile en la actualidad y cómo se debe abordar, este reporte nace del anhelo de iniciar un debate amplio que dé cuenta de la complejidad inherente al acercamiento a grupos vulnerables que de manera clásica o emergente se definen como vulnerables. Para ello, hemos convocado a expertos de distintas áreas del país, académicas y estatales, así como también a miembros de la sociedad civil y profesionales que, desde la práctica de su quehacer cotidiano, puedan dar una mirada fresca acerca de ciertas temáticas.

2. Principios, valores e interrogantes que guían este libro

La vulnerabilidad puede ser entendida como una situación concreta en la que un individuo no posee, o cree no poseer, las herramientas necesarias para enfrentar una amenaza. La vulnerabilidad social, relacionada con la salud, tiene que ver con cómo la situación social en la que me encuentro como individuo influye e impacta en la gestión y acceso a las herramientas necesarias para afrontar diversas amenazas a mi propia salud. La idea de este libro surge como una necesidad percibida por el equipo editorial en términos de dar cuenta de la manera en que distintos grupos pertenecientes a nuestra sociedad pueden encontrarse vulnerables a los procesos de salud y enfermedad, más allá de las características individuales de cada sujeto, dando así relevancia a conceptos tales cómo pertenencia social y bienestar comunitario.

Un principio regidor en la elaboración de este libro es nuestro convencimiento acerca de que todos los individuos pertenecientes a una sociedad poseen elementos que los hacen vulnerables en determinados momentos del curso de vida, y que el reconocimiento de dichas vulnerabilidades es importante para proporcionarnos apoyo mutuo y oportuno en momentos de mayor amenaza. Dicha creencia pone de manifiesto el hecho de que la figura de individuos “necesitados” que deben ser auxiliados por la sociedad nos parece del todo incorrecta. La visión asistencialista pretende ser reemplazada en este libro por una perspectiva de diálogo entre diversos actores, desde una mirada intersectorial y participativa frente al fenómeno de la vulnerabilidad social, entendiendo que es una temática que afecta a la sociedad en su conjunto y, como tal, todos debemos ser parte de las soluciones. Junto con lo anterior, el libro adhiere a la visión de que no existen grupos específicos que representen la vulnerabilidad social, sino que todos podemos identificarnos con algunos de los grupos que se abordan en este libro, de manera permanente o bien en alguna etapa específica de nuestro curso de vida.

Las pretensiones de este libro están orientadas hacia la instalación de una reflexión sobre esta materia, la cual busca abrir el diálogo entre diversos actores sociales y, a la vez, hacernos cargo como sociedad respecto a la manera en que los procesos de salud y enfermedad están afectando a distintos grupos sociales en nuestro país dada la posición social que ocupan. Pretendemos desafiar algunos de los ordenamientos sociales que pudieran ser nocivos para toda la sociedad en su conjunto, entre ellos, roles de género rígidos y dicotomizados, estrictas divisiones de clase, influenciadas por variables como etnia o status migratorio que contribuyen al empeoramiento de la calidad de vida de todos los sujetos que componen la sociedad, o roles severos asignados a los individuos dado el periodo de ciclo vital en el que se encuentran.

Todos pasamos por momentos de vulnerabilidad en nuestras vidas, todos vemos afectadas nuestra salud física, mental y emocional debido a aquellos momentos de vulnerabilidad. Creemos firmemente que dialogar a partir de nuestras propias vulnerabilidades nos acercará en tanto sujetos pertenecientes a una misma sociedad, sabiéndonos acogidos y comprendidos desde nuestras necesidades específicas, aspirando así a un bienestar social como meta común. Teniendo clara la meta que se pretende alcanzar, este reporte intenta comenzar un diálogo en Chile en torno a las siguientes preguntas regidoras: ¿Cómo entendemos la vulnerabilidad social en salud en Chile? ¿De qué forma se ha atendido este tema en nuestro país a lo largo del curso de vida y para grupos específicos? ¿Qué desafíos siguen pendientes en esta temática en Chile?

3. Conceptos fundamentales

Este libro busca integrar de manera coherente y fundamentada en la evidencia científica los conceptos de vulnerabilidad, determinantes sociales de la salud y desigualdad social en salud. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos, a la luz de la línea editorial que este libro propuso en su inicio, pero que sin duda es revisada, cuestionada y redefinida en los capítulos de las secciones siguientes.

El *concepto de vulnerabilidad social* es complejo y multidimensional. Expertos internacionales han desarrollado diferentes modelos conceptuales en torno a este fenómeno. Uno de ellos, el más utilizado en las disciplinas de medioambiente, economía y trabajo social, indican que la vulnerabilidad humana contiene al menos las siguientes dimensiones: peligros internos del grupo (ej: pobreza), peligros externos al grupo (ej: terremotos), y capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, que pueden ser a su vez tanto internos (ej: organización comunitaria ante desastres) como externos (ej: políticas de Estado). La interacción entre estos componentes, según diversos autores, debería explicar en gran medida el riesgo de estos grupos de enfermar o de alterar su percepción de bienestar. Este concepto está íntimamente relacionado además con aspectos éticos, legales y económico-políticos de las sociedades en las cuales dichos grupos vulnerables se insertan. Por esta razón, la línea editorial de este libro se adscribe al concepto de vulnerabilidad social desde el enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS).

El *Modelo de Determinantes Sociales de la Salud* fue creado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) y reúne los siguientes objetivos: (i) aclarar los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en la salud; (ii) establecer las formas en que diferentes factores determinantes se relacionan; (iii) establecer un marco para evaluar la importancia de cada una de ellas; y (iv) generar un mapa identificando claramente los lugares y niveles de acción e intervención en una población (CDSS, 2005). El modelo de DSS destaca la distribución desigual de la salud, el bienestar y la vulnerabilidad en las poblaciones.

La CDSS ha desarrollado un marco conceptual, el cual identifica y categoriza los diversos determinantes sociales de la salud, identificando de qué forma interactúan y generan las inequidades en salud (14, 15). Se distinguen dos categorías: DSS estructurales y DSS intermedios. El DSS intermedio por su parte, se refiere a la interacción entre salud y factores psicosociales, biológicos y de condiciones materiales de vida. También incluye los efectos del sistema de salud. Los DSS estructurales incluyen el nivel macro/contextual (político y cultural) y la posición socioeconómica (PSE), mediada por dimensiones como clase social, género y etnia, ocupación, nivel educacional e ingreso.

Reducir las inequidades en salud ha sido un eje prioritario en el trabajo desarrollado por la OMS y en múltiples países, incluido Chile (16). Nuestro país ha liderado la inclusión explicita de este objetivo en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población (17). Otros ejemplos han sido los dos últimos documentos de Objetivos Sanitarios, de las décadas 2001-2010 y 2011-2020, junto a otros reportes ministeriales y académicos que dan cuenta del amplio cuerpo de evidencia que existe a nivel mundial y el creciente conocimiento que se ha desarrollado en Chile en esta temática (18).

El término de *desigualdad en salud* (también conocido como las disparidades en salud en los EE.UU.) se ha definido como la diferencia sistemática y estructural en el estado de salud entre y dentro de los grupos sociales. Se refiere a las múltiples influencias sobre el estado de salud, incluyendo el estatus socioeconómico, el estilo de vida, la educación, el empleo, la vivienda, entre otros. Comprender qué grupos sociales perciben menor bienestar y salud es una definición política y social, así como un deber moral y un derecho humano a proteger en nuestro país. Desde este valor surge la idea de elaborar un libro que informase a Chile sobre la vulnerabilidad que distintos grupos sociales perciben hoy y la forma en la cual dicha vulnerabilidad impacta en su salud.

4. Cómo se redactó este reporte

Para la elaboración de este libro, el equipo de Estudios Sociales de la Salud de Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, coordinó el proceso de redacción de este libro. Su anhelo es ser un *aporte legítimo* a la discusión sobre la vulnerabilidad social en Chile y sus efectos en salud, y para ello consideró un exhaustivo y dinámico proceso de redacción. La legitimidad ha sido abordada clásicamente desde las ciencias sociales como un proceso colectivo de construcción de realidad, en el cual los elementos considerados son consonantes con un conjunto de normas valores y creencias amplios y compartidos (19). Así, en la literatura se han delineado cuatro dimensiones orientadas a lograr la legitimidad social de los procesos: innovación social, validez local, difusión y validez general (19), cada una de estas ha sido considerada en el desarrollo de este libro. En nuestra opinión, estas dimensiones buscan demostrar un trabajo sistemático y riguroso, transparente y participativo, fundamentado en la evidencia, y, como consecuencia, relevante y pertinente para la sociedad a la cual se pretende representar.

La primera dimensión es la de *innovación*. Este libro se posiciona como iniciativa novedosa en cuanto aborda ampliamente el problema de la vulnerabilidad social en Chile de manera intersectorial. Su línea editorial se enmarca en el modelo de determinantes sociales de la salud, lo cual aporta un marco conocido y válido para la discusión. Contribuye además a la legitimidad de la iniciativa el que considera diversas perspectivas de análisis de la temática: un enfoque de curso de vida y otro de grupos específicos en donde incorpora a grupos clásicamente identificados y otros de más reciente atención en el país. Además, el libro no solo presenta capítulos redactados por autores de

diversos sectores del país, sino que además incorpora en forma activa un enfoque de traslación del conocimiento, por medio de la realización de mesas de trabajo que se dedicaron a la elaboración de recomendaciones para cada uno de los capítulos.

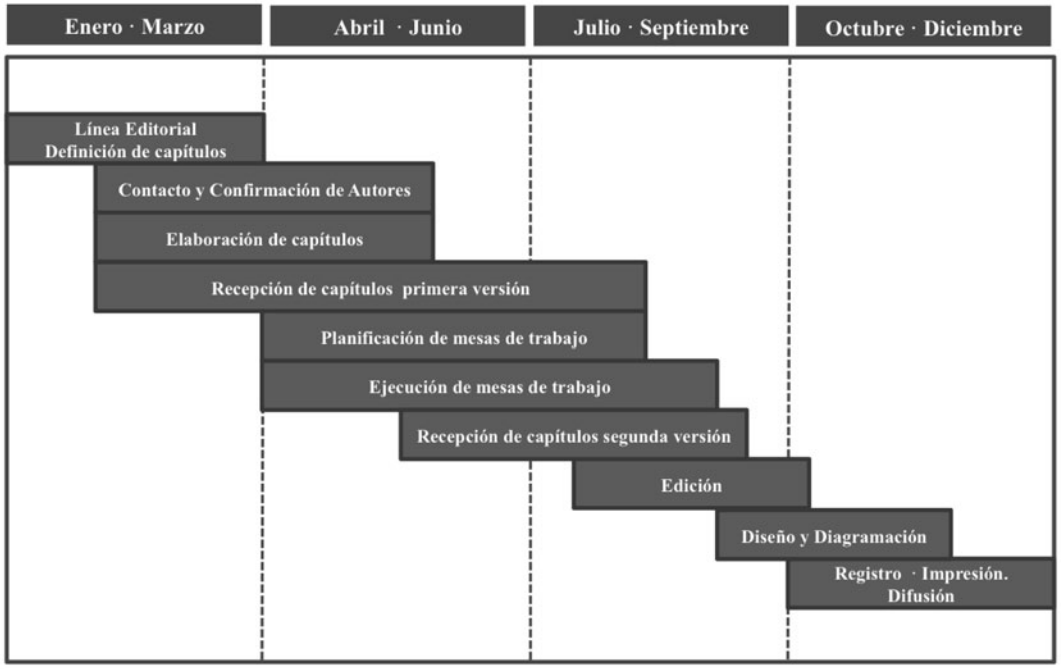
La segunda dimensión corresponde a la *validez local.* Atendiendo a esta dimensión de legitimidad se plantearon tres objetivos clave durante el proceso de elaboración de este libro. Dichos objetivos responden al enfoque interdisciplinario que es uno de los aspectos esenciales del equipo de Estudios Sociales de la Salud que lideró esta iniciativa. Los objetivos clave de validez local planteados para este libro fueron: (i) Motivar a expertos de diversas áreas y sectores preocupados por grupos en situación de vulnerabilidad social en Chile a redactar capítulos de estado del arte acerca de grupos sociales vulnerables en Chile y sus principales desafíos o problemas de salud; (ii) Discutir con otros expertos nacionales en torno a la situación actual de estos individuos y familias, y las consecuencias de su vulnerabilidad social en salud; mediante la creación de mesas de trabajo para comentario instantáneo a los autores; (iii) Identificar posibles soluciones (recomendaciones a políticas o programas sociales o de salud) por medio de la transferencia de conocimiento o de prácticas concretas de la evidencia científica, la opinión de expertos o los mismos sujetos que experimentan dicho estado de riesgo social y de salud. Este último objetivo responde también a la dimensión de innovación que fue señalada previamente.

Para cumplir estos objetivos clave de validez social se plantearon una serie de actividades que comenzaron en el mes de enero de 2015 y finalizaron en diciembre del mismo año, tal como se muestra en la Figura 1. Durante este proceso de 12 meses de duración, se invitó a más de 30 expertos a participar como autores principales de alguno de los capítulos. La primera fase de invitación a expertos se realizó en el mes de enero. Se realizaron dos momentos posteriores de invitación a redactar capítulos, uno en marzo y otro en julio, para aquellos capítulos que habían sido comprometidos en enero pero por diversas razones no fueron entregados. Luego de todas estas etapas, se logró comprometer finalmente la redacción de 21 capítulos, 18 de los cuales incluyeron mesas de recomendaciones (se dejaron sin mesa de recomendaciones los 3 capítulos conceptuales de la sección introductoria). El libro en su conjunto incluye a un total de 100 expertos nacionales e internacionales, en funciones tanto de autores de capítulos como de participantes en las mesas elaboración de recomendaciones. Dichos expertos representan a su vez en total a 40 instituciones de diversos sectores del país y de la esfera internacional.

La tercera dimensión de legitimidad corresponde a la *difusión*. Este libro espera ser revisado y discutido en muchos escenarios del país y de la región. El libro es, en esencia, un proceso de construcción colectiva desde y para nuestro país, y será difundido a la sociedad en su conjunto. Para ello, se han considerado dos estrategias fundamentales: por un lado, el acceso libre y gratuito a este texto y a sus recomendaciones en formato electrónico; por otro lado, su difusión activa en diversos medios académicos, técnicos, políticos y civiles en Chile.

Por último queda la dimensión de *validez general.* El logro de esta dimensión es inevitablemente una consecuencia directa del cumplimiento de las dimensiones anteriores. De esta forma, trabajar en forma consciente y rigurosa en torno a objetivos de innovación, validez local y difusión contribuyen al anhelo de los editores de que este se reconozca como legítimo para Chile hoy. Este libro aspira a contribuir al entendimiento actual de la vulnerabilidad social y sus consecuencias en salud en nuestro país, entendiendo que es un esfuerzo inicial para avanzar en estas temáticas, desde un enfoque interdisciplinario, intersectorial, de participación y de derecho.

Figura 1 Diagrama de la actividades y plazos considerados para la elaboración de este libro



5. Foco y estructura del libro

El foco de este libro está principalmente, pero no exclusivamente, en la vulnerabilidad de origen social (incluyendo lo demográfico, geográfico, económico, político-legal, entre otros). El libro se centra en las personas o comunidades que comparten dicha vulnerabilidad en nuestro país. Salud es entonces entendida como un reflejo o una consecuencia de los alcances de dicha vulnerabilidad social en la población, que exige de estrategias amplias e intersectoriales para su adecuado abordaje.

Este libro se divide en cuatro secciones. La primera sección es introductoria y describe los *conceptos fundamentales* sobre los cuales se trabajan las secciones siguientes, tales como vulnerabilidad, desigualdad, marco ético y marco político-legal. La segunda está referida a vulnerabilidades sociales que las poblaciones experimentan a lo largo del *curso de la vida,* relevando la importancia de analizar durante todo el trayecto de vida las potenciales vulnerabilidades a las que se enfrentan los sujetos. La tercera sección está organizada en torno a *grupos vulnerables sociales específicos,* los cuales se ven enfrentados a diversas necesidades en salud dada la posición social que ocupan. La última sección sintetiza las ideas fuerza de las secciones anteriores y entrega las *principales conclusiones* del entendimiento colectivo de los autores acerca de qué es la vulnerabilidad social en salud en Chile y qué se recomienda hacer para atenderla.

Esperamos que este importante esfuerzo sea un aporte significativo y valioso al país, en tanto impacte en las formas que hoy existen para conceptualizar, visibilizar, proteger y atender a grupos sociales vulnerables en Chile. Si bien el libro no es exhaustivo en la revisión de todos los posibles grupos vulnerables que existen en nuestro país, abarca tanto a los grupos vulnerables tradicionales como a grupos emergentes, incorporando nuevas lecturas y visiones sobre fenómenos de vulnerabilidad tanto históricos como recientes en nuestro país. Este libro entrega una mirada seria y reflexiva, basada en la evidencia científica internacional y nacional, que pretende apoyar la abogacía, promoción y toma de decisiones en la reducción de la desprotección de grupos que hoy se dibujan desde el lente de la vulnerabilidad social.

Referencias

1. OECD. Chile - Economic forecast summary (June 2015). OECD; 2015 [cited 2015 24th July]; Available from: http://www.oecd.org/economy/chile-economic-forecast-summary.htm.
2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados finales - Censo de 2012. Santiago Chile: INE, 2013.
3. Agencia Central de Inteligencia. Life expectancy at birth (Years). 2012.
4. Instituto Nacional de Estadísticas. Demografía - 80-¿Cuál es la esperanza de vida al nacer? Santiago Chile: 2014.
5. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de demografía y estadísticas vitales. Santiago Chile: INE; Available from: www.ine.cl.
6. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. País urbano-rural: 1990-2020. Santiago Chile: 2012.
7. Morales ME. Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario - El cambio demográfico en Chile Universidad de Chile. Santiago Chile2009.
8. Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org. ; 1991.
9. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008;179(12):1289-92. Epub 2008/12/03.
10. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. Health Aff (Millwood). 2010;29(12):2161-70. Epub 2010/12/08.
11. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? J Med Ethics. 2008;34(9):e13. Epub 2008/09/02.
12. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. Cadernos de saude publica. 2002;18(4):1053-66. Epub 2002/07/16. Desigualdades en la provision de asistencia medica en el sector publico de salud en Chile.
13. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. [Information for health equity in Chile]. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2002;11(5-6):374-85. Epub 2002/08/07. Informacion para la equidad en salud en Chile .
14. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS medicine. 2006;3(6):e106. Epub 2006/05/10.
15. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promot J Austr. 2006;17(3):180-5. Epub 2006/12/21.
16. Sutherland WJ, Bellingan L, Bellingham JR, Blackstock JJ, Bloomfield RM, Bravo M, et al. A collaboratively-derived science-policy research agenda. Plos One. 2012;7(3):e31824. Epub 2012/03/20.
17. Jadue L, Marin F. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Available. First ed. Santiago: Universidad del Desarrollo, MINSAL; 2005.
18. Ministry of Health in Chile. Elige vivir sano: objetivos sanitarios de la decada 2011-2020. Santiago: Ministry of Health; 2011.
19. Johnson C, Dowd TJ, Ridgeway CL. Legitimacy as a social process. Annu Rev Sociol. 2006;53–78.

Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Enfermera-Matrona y Magister en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Doctora en Epidemiología Social de la University of York. Profesor titular de la Universidad del Desarrollo; Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Trabaja desde el año 2008 en migración y salud; otras líneas de investigación son desigualdad social en salud y salud global. Ha participado en múltiples proyectos de investigación desde el 2000 en Chile, Reino Unido y España. En equidad en salud ha asesorado a la Organización Panamericana de Salud y a diversos servicios de salud de Chile. Email bcabieses@udd.cl

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud. Email: margaritabernales@udd.cl

Alexandra Obach, PhD

Antropóloga Social de la Universidad de Chile; Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile; Diploma en Estudios Avanzados, Universidad de Barcelona; PhD Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Docente Investigador Universidad del Desarrollo Chile. Email: aobach@udd.cl

Victor Pedrero, MSc

Enfermero, Especialista en Cardiología y Magister en Medición y Evaluación de Programas Educacionales de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: competencia cultural en trabajadores de la salud, aplicación los modelos de variables latentes en investigación salud, y estudio de propiedades psicométricas. Email: vpedrero@udd.cl

Capítulo 2

Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
Visiting Research Fellow, Department of Health Sciences, University of York
Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research

Resumen

Existe hoy una preocupación mundial por la existencia de grupos vulnerables que no están experimentando su mejor calidad de vida o nivel de salud. Avances socioeconómicos y tecnológicos sin precedentes en el nivel de vida, bienestar y riqueza para un mayor número de personas que en cualquier otro momento de la historia, irónicamente, han ido acompañados de una mayor conciencia de la amplia gama de vulnerabilidades que las sociedades humanas enfrentan. Se reconoce la vulnerabilidad como una característica intrínseca del ser humano, que le ha acompañado desde su inicio y que ha sido imposible de erradicar o controlar. La vulnerabilidad de origen social, no obstante, es una característica de sociedades que tienden a experimentar grandes diferencias entre grupos humanos en sus condiciones de vida y resultados de salud. Dichas diferencias habitualmente son innecesarias y tienen el potencial de ser un factor modificable en las sociedades, en especial en aquellas con elevado desarrollo económico. Chile, como país emergente de alto ingreso y miembro de la OECD, enfrenta hoy la necesidad de repensar la vulnerabilidad social en su realidad local. Es fundamental reconocer que una visión de país que posicione y priorice la reducción de la vulnerabilidad de origen social es esencial para modificar la salud e incrementar el bienestar social a lo largo del tiempo. La incorporación de estas políticas debe movilizar no solo a la autoridad central, sino también al mundo académico y al intersector en general, a través de un ejercicio transparente, participativo y con verdadera visión de largo plazo.

Palabras claves: Vulnerabilidad, desigualdad social, salud, Chile

1. Lo esencial: fundamentando la dimensión social de la salud

Como es bien aceptado a nivel mundial, el concepto de "salud" ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) como el bienestar físico, psicológico y social completo y no sólo la ausencia de enfermedad. Este libro, dedicado a describir la vulnerabilidad social en Chile y su efecto en salud y bienestar de su población, reconoce un interés especial en la dimensión social de esta definición.

A lo largo de la historia humana, el concepto científico de salud ha evolucionado hasta reconocer, en su forma más reciente, la importancia de las diferencias de salud entre grupos sociales para la salud individual y poblacional (4). No obstante la formalización de lo "social" como componente esencial de la salud es reciente, la idea de que la distribución de la salud y la enfermedad no son aleatorios, sino afectados por otras dimensiones de la vida, ha existido desde los tiempos de Hipócrates. Este filósofo griego reconoció que la salud (o la posibilidad de enfermarse) difería entre diferentes grupos sociales (5, 6). A pesar de este conocimiento antiguo, las sociedades han evolucionado a distintos ritmos en la comprensión de la salud y su dimensión social. Reino Unido y otros países de Europa han liderado en el último siglo la generación de evidencia internacional en este tema, seguido por Norte América. Como consecuencia, la mayor parte de la literatura internacional sobre la corriente de "medicina social" (7-9) proviene de países de altos ingresos, con menor producción científica en la materia en países de ingresos bajos y medianos ingresos, como los de América Latina. El movimiento de medicina social se formalizó a mediados del siglo XXI en el cono sur y logró impactar de manera variable en la toma de decisiones de políticas sociales y de salud en los países de la región.

Pese a las oscilaciones históricas del desarrollo de la dimensión social de la salud en la humanidad, esta se reconoce hoy como un componente central para el mejoramiento continuo de la salud y el bienestar de cualquier población. Existe abundante evidencia internacional que da cuenta del serio deterioro en resultados de salud poblacional cuando lo social no se considera, al mismo tiempo de proponerse nuevas miradas acerca de lo que entendemos como social, desde la relación íntima familiar, al vecindario, la comunidad extendida, la población en su conjunto, el medioambiente, e incluso lo global o de relación internacional entre países. Lo social así entonces adquiere un cariz inevitablemente complejo y multidimensional, que requiere de mayor entendimiento en su relación con resultados de salud del individuo y la sociedad a la que pertenece. Este capítulo discute los conceptos esenciales de vulnerabilidad social, así como su relación con lo global y lo local de la salud poblacional.

2. Hacia una definición interdisciplinaria del concepto de vulnerabilidad social

Existe hoy una preocupación mundial por la existencia de grupos vulnerables que no están experimentando su mejor calidad de vida o nivel de salud (10, 11). Avances socioeconómicos y tecnológicos sin precedentes en el nivel de vida, bienestar y riqueza para un mayor número de personas que en cualquier otro momento de la historia, irónicamente, han ido acompañados de una mayor conciencia de la amplia gama de vulnerabilidades que las sociedades humanas enfrentan (1). La vulnerabilidad es una característica intrínseca del ser humano, que le ha acompañado desde su inicio y que ha sido imposible de erradicar o controlar (2).

El concepto de vulnerabilidad es multidimensional y se ha utilizado en muchas disciplinas (12). Más que una definición estática se ve hoy como un concepto dinámico que es parte de la existencia humana en cualquier país del mundo. Incluso entre los países desarrollados, que han encontrado una manera de erradicar la pobreza absoluta y el hambre, existe una potencial vulnerabilidad a las crisis económicas, los desastres naturales, o enfermedad. Estos son los mismos peligros que enfrentan, por su parte, los países en vías de desarrollo, pero estos últimos están mucho menos preparados para las consecuencias de esas potenciales catástrofes humanas y naturales. En países de bajos y medianos ingresos muchas personas carecen de los activos, la infraestructura y las instituciones que los ciudadanos de las economías avanzadas poseen, aunque sea de manera imperfecta, como medida de protección contra la vulnerabilidad (13). Más aún, debido a complejos procesos de la economía global, la vulnerabilidad social experimentada en los países en desarrollo afecta a su vez el grado de vulnerabilidad de las economías avanzadas (2). Por lo tanto, la vulnerabilidad no es solo tema de los individuos o las sociedades de manera aislada, sino que la vulnerabilidad es hoy un reconocido tema global (14, 15).

Existen diversas propuestas sobre el concepto de vulnerabilidad en el mundo, dependiendo del enfoque de los diferentes componentes del riesgo asociado y al grupo humano que afectan (16, 17). En este capítulo reconocemos dos grandes tipos: los que hacen referencia a la vulnerabilidad individual o de un grupo familiar (que podríamos llamar "micro-vulnerabilidades" de grupos específicos, por ejemplo las propuestas microeconómicas y psicológicas) y las que hacen referencias a la vulnerabilidad de grandes colectivos humanos como cuando ocurren crisis económicas mundiales o desastres naturales (que podríamos llamar "macro-vulnerabilidades" compartidas por poblaciones en su conjunto, por ejemplo las propuestas sociológicas, políticas, éticas y medioambientales). Respecto al enfoque de las

"micro-vulnerabilidades", Purdy (18) llevó a cabo una amplia revisión de la literatura internacional el año 2004 y llegó a la conclusión de que la vulnerabilidad se podría definir como un proceso dinámico altamente individualizado de estar abierto a las circunstancias que influyen positiva o negativamente en los resultados.

La vulnerabilidad también se ha definido como un aumento del riesgo de incurrir en un error. Como bien señaló Hurst el 2013 (19), la protección de los individuos vulnerables requiere un enfoque de diagnóstico que incluye identificar el mal que los afecta, la fuente de vulnerabilidad y las protecciones existentes, así como identificar a las personas que participan en el deber de protección de los vulnerables. Desde una perspectiva micro-económica, la vulnerabilidad se ha definido como el riesgo de un hogar de caer o permanecer en la pobreza, debido a sus riesgos idiosincráticos internos (características del hogar) o a los peligros externos (factores como crisis económica, desastres, guerra, etc.) (20). Este nivel micro-económico de la vulnerabilidad puede a su vez escalar a la población y afectarla en su conjunto (macro-vulnerabilidad económica) como ocurre en países de bajos ingresos con limitado desarrollo de capital humano productivo y escasas medidas sociales de protección ante las amenazas externas (21).

Desde una perspectiva "macro" de las vulnerabilidades, este concepto se ha utilizado por ejemplo en ética como medida de protección del principio de autonomía de un individuo en su sociedad. En este sentido, la definición de quién es vulnerable correspondería a todos los individuos de una sociedad, pues todos pueden verse vulnerados en su autonomía por ejemplo, para votar o para ser sujetos de investigación (22). Los enfoques clásicos de vulnerabilidad social han investigado los efectos negativos de la distribución desigual del bienestar y la salud en grupos étnicos (23, 24), grupos desaventajados socioeconómicos (25), grupos de edades extremas (26, 27) o diferencias con enfoque de género (28). Además de investigarse la vulnerabilidad social de grupos, también se han estudiado procesos sociales de relevancia, como son la vulnerabilidad social por violencia (29, 30), la migración (31), el desempleo (32), las crisis económicas (33) y problemas por inseguridad alimentaria (34) o desastres naturales (35). Desde la mirada de desastres naturales, la vulnerabilidad se define como un riesgo de daño que altere la estabilidad y las condiciones de vida en un ecosistema, ante la presencia de una energía o fuerza peligrosa, cuando dicho ecosistema no están en capacidad de protegerse o recuperarse (36). Cuando el desastre tiene lugar, entonces aparece una perturbación social que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada, alterando el bienestar y la salud.

El enfoque social de la vulnerabilidad también se ha referido a grupos postergados, grupos minoritarios y grupos vulnerados. Todos ellos comparten, al igual que las definiciones "micro" antes mencionadas, la idea de que la vulnerabilidad conduce a algún riesgo para la vida o la salud (37). En este sentido, el "riesgo de daño" (38), sea de un grupo o un individuo, se traduce en la suma de los siguientes componentes: la vulnerabilidad intrínseca del individuo / grupo, los peligros externos y la capacidad para hacer frente a dichos peligros (resiliencia) (21). A partir de esta descripción conceptual amplia de la vulnerabilidad, las siguientes secciones de este capítulo darán cuenta de la relación entre este concepto y procesos sociales de enorme impacto en salud global.

3. La pandemia de la desigualdad social en salud: un problema asociado a la vulnerabilidad humana

El término "desigualdad social en salud" se ha definido como la diferencia sistemática, estructural en el estado de salud entre y dentro de los grupos sociales. Se refiere a las múltiples influencias sobre el estado de salud, incluyendo el estatus socioeconómico, la dieta, la educación, el empleo, la vivienda y los ingresos, entre otros (39, 40). Las desigualdades sociales en salud tienen su origen en los procesos de estratificación social de una sociedad (41). A pesar de su complejidad conceptual, la desigualdad en salud es un concepto crucial para el desarrollo del bienestar y la capacidad productiva humana (42).

Hoy es ampliamente aceptado lo que el documento "*Black Report*" ya concluía a finales de la década de los ´70s: las desigualdades sociales repercuten en la salud de la población y es urgente atenderlas (43). Este reporte, que marcó un antes y un después en la forma de enfrentar las desigualdades sociales en salud a nivel mundial, también subrayó la importancia de una vinculación efectiva entre diversos agentes políticos y sociales (44). Para el cumplimiento de estos objetivos, indicaba, es necesaria la acción conjunta del gobierno, el sistema de salud, el sector privado y grupos comunitarios de cualquier país. Existen relevantes argumentos que explican este fenómeno (44, 45):

a. Gran proporción de los problemas de salud actuales son gatillados por condiciones sociales, y en menor medida por otros factores como el sistema de salud;

b. Personas con mejor nivel socioeconómico dentro de una sociedad tienen una mayor gama de oportunidades durante su vida para llevar una vida próspera, tienen una mejor salud y viven más;

c. Existe una clara gradiente fina en salud, esto significa que no sólo los más desfavorecidos se enferman más, sino que todos los integrantes de una sociedad se ven afectados, en alguna medida, por estas diferencias;

d. A mayor escala de desigualdad en una sociedad (mayor diferencia entre pobres y ricos por ejemplo) peores resultados en salud que una sociedad menos jerárquica;

e. Los efectos en salud de dichas desigualdades sociales comienzan en la infancia temprana y pueden permanecer durante toda la vida.

Además, este reporte desarrolló una interesante discusión sobre cómo reducir desigualdades sociales y en salud permite mejorar la economía nacional. Por ejemplo, si toda la población en Inglaterra tuviera la misma tasa de mortalidad que el grupo más favorecido, las personas que están muriendo hoy prematuramente como consecuencia de las desigualdades en salud podrían haber disfrutado de 1,3-2,5 millones de años adicionales de vida y podrían haber tenido > 2,8 millones de años libres de enfermedad. Según el más reciente reporte de Sir Michael Marmot de desigualdad social en salud del 2010 (46), el exceso de enfermedades debido a las desigualdades sociales podría explicar pérdidas de productividad económica de hasta 33 billones de libras esterlinas por año en Reino Unido. Esta argumentación se mantiene hoy en día, a la luz de las profundas diferencias en calidad de vida, resultados de salud y bienestar que existe entre países y entre grupos sociales al interior de dichos países. Múltiples ejemplos de evidencia en esta materia son los datos de desigualdad en esperanza de vida, mortalidad y morbilidad por distintas causas en

el mundo disponibles y de libre uso en la página Web worldmapper (http://www.worldmapper.org/). La Organización Mundial de la Salud ha organizado esta evidencia en 10 hechos ineludibles (47), que se describen en la Tabla 1.

Tabla 1 Los 10 hechos de la desigualdad social en salud en el mundo según Organización Mundial de la Salud (47)

Hechos	Descripción
Las inequidades sanitarias son diferencias sistemáticas en los resultados sanitarios	Las diferencias sanitarias son diferencias en el estado de salud o en la distribución de los recursos para salud entre los distintos grupos de población, que se derivan de las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Las inequidades sanitarias son injustas y se podrían reducir con una correcta combinación de políticas gubernamentales.
Todos los días mueren 21000 niños antes de cumplir los 5 años	Mueren de neumonía, malaria, diarrea y otras enfermedades. Los hijos de las familias rurales y más pobres siguen viéndose afectados de manera desproporcionada. Los hijos del 20% más pobre de todas las familias tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que los del 20% más rico.
La mortalidad materna es un indicador clave de inequidad sanitaria	La mortalidad materna es un indicador sanitario que muestra las enormes diferencias existentes entre ricos y pobres, tanto entre los países como dentro de ellos. El 99% de las muertes maternas que se registran todos los años a nivel mundial tienen lugar en países en desarrollo. El riesgo de muerte materna de las mujeres del Afganistán a lo largo de su vida es de 1 por 11, mientras que para las mujeres de Irlanda ese riesgo es de 1 por 17 800.
La tuberculosis es una enfermedad de la pobreza	Cerca del 95% de las defunciones por tuberculosis se producen en el mundo en desarrollo. Esas muertes afectan sobre todo a los jóvenes adultos durante sus años más productivos. Para los adultos que contraen la enfermedad resulta todavía más difícil mejorar su situación económica y la de sus familias.
Cerca del 80% de las enfermedades no transmisibles se registra en los países de ingresos bajos y medios	En los medios desfavorecidos, el costo de la atención sanitaria relacionada con las enfermedades no transmisibles puede hacer que se agoten rápidamente los recursos de las familias y que estas caigan en la pobreza. Los exorbitantes gastos de las enfermedades no transmisibles llevan a 100 millones de personas a la pobreza todos los años, lo que supone un obstáculo para el desarrollo.
La diferencia en la esperanza de vida entre los países es de hasta 36 años	Los niños que nacen en Malawi pueden esperar vivir 47 años, mientras que los nacidos en el Japón pueden esperar vivir 83. En los países de ingresos bajos, la esperanza media de vida es de 57 años y en los de ingresos altos es de 80.

Hechos	Descripción
En las ciudades las desigualdades sanitarias son enormes	En Londres, la esperanza de vida de los varones oscila entre los 71 años en el barrio de Tottenham Green (Haringey) y los 88 en Queen's Gate (Kensington y Chelsea), lo que supone una diferencia de 17 años. Según las conclusiones del London Health Observatory, cuando se viaja en metro en dirección este desde Westminster, cada parada representa casi un año de esperanza de vida menos.
Las inequidades sociales tienen un importante costo financiero para las sociedades	El Parlamento Europeo ha calculado que las pérdidas relacionadas con las inequidades sanitarias equivalen a cerca del 1,4% del producto interno bruto (PIB) de la Unión Europea, cifra casi tan alta como la correspondiente al gasto de la Unión Europea en defensa (1,6% del PIB). Esto se debe a las pérdidas de productividad e ingresos fiscales, y al aumento de los gastos sociales y de atención sanitaria.
La persistencia de las inequidades frena el desarrollo	Más de 800 millones de personas en el mundo viven en barrios marginales, lo que representa cerca de una tercera parte de la población urbana mundial. Las probabilidades de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud se ven reducidas debido a los escasos servicios de salud prestados a esas poblaciones a las que resulta difícil llegar.

Existe hoy un enorme cuerpo de evidencia acerca de la relación entre condiciones sociales y la salud de una población. Estos factores se pueden agrupar en gran parte en tres categorías (48): factores individuales (factores proximales), factores intermedios (factores relacionados con la clase social), y factores estructurales (factores distantes vinculados a valores sociales, políticas y creencias culturales compartidas). Los factores determinantes a nivel individual se consideran factores "proximales" que afectan más directamente la salud, por ejemplo, a través de condiciones materiales de la vida y estilos de vida (49). Después de varios siglos de prestar atención a factores de riesgo individuales "biomédicos" de la salud, los investigadores de todo el mundo han reconocido la importancia de otros factores más estructurales. Esto ha sido señalado por investigadores y profesionales de la salud pública desde el siglo XIX (50, 51) y reiterado en declaraciones internacionales sobre derechos humanos desde el final de la Segunda Guerra Mundial (9).

Del mismo modo que los patrones de distribución de las enfermedades están influenciadas por fuerzas sociales, también lo están las teorías que se han utilizado para entender estas enfermedades. A finales del siglo XIX, por ejemplo, las dos explicaciones principales de la enfermedad - la teoría de contagio y teoría del miasma - se asociaron con diferentes intereses sociales, políticos y económicos. La teoría del contagio fue favorecida por aquellos que buscaban preservar los sistemas económicos y sociales tradicionales, mientras que la teoría de los miasmas se vio favorecida por los que abogaban por la industrialización y el comercio (52). Otro ejemplo interesante de los efectos de los factores sociales en las teorías de la enfermedad es el aumento durante el último siglo de la biomedicina como el árbitro final de la verdad en materia de salud y enfermedad (53). La biomedicina ha sido útil en el diseño

de innovaciones tecnológicas científicas que han mejorado nuestra capacidad para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en todo el mundo. No obstante, esta ha proporcionado una explicación parcial a las actuales desigualdades en resultados de salud entre grupos y países, para las cuales se requiere del foco en los factores sociales en procesos de salud y enfermedad. Hoy la dimensión social de la salud es una realidad urgente y necesaria, que puede llegar a transformar la realidad de desigualdad en salud de un país.

4. Lo global impacta en lo local: la vulnerabilidad social como fenómeno global con consecuencias locales en salud

La globalización es un fenómeno complejo y multifacético a menudo referido como la integración económica, política, social y cultural del mundo (54, 55). Tendencias de décadas pasadas demuestran que las personas, los bienes, los activos y la información se han movido dentro y fuera de las fronteras nacionales a un ritmo creciente. La globalización incluye la liberalización del comercio internacional, así como el aumento de las corrientes de tecnología, información y capital a través de las fronteras del país, y el aumento de la migración laboral internacional (56). Otras visiones consideran que la esencia de la globalización ha sido el cambio y las grandes transformaciones que se manifiesta en la intensificación de los nexos económicos, políticos y sociales de un modo tal que han alterado la naturaleza de las interacciones humanas. También se entiende como el conjunto de interacciones económicas, políticas, culturales y valorativas a nivel planetario. La globalización está dada por la creciente gravitación de los procesos financieros, económicos, ambientales, políticos, sociales y culturales de alcance mundial sobre aquellos de carácter nacional, regional y local.

Para reducir las conocidas desigualdades que existen hoy en salud global, se requiere establecer estrategias que logren trascender las fronteras nacionales. Se necesita de la cooperación mundial para el desarrollo e implementación de soluciones efectivas; que abarca tanto la prevención de enfermedades en la población como la atención directa en salud a las personas. Los conocidos ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (57) se han planteado como objetivo fundamental en salud global, pero en muchos países y para muchos problemas de salud, esto no se ha logrado aún. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son: (i) erradicar la pobreza extrema y el hambre; (ii) lograr la enseñanza primaria universal; (iii) promover la igualdad de género y autonomía de la mujer; (iv) reducir la mortalidad infantil; (v) mejorar la salud materna; (vi) combatir el VIH y el SIDA, el paludismo y otras enfermedades; (vii) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; (viii) fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

A pesar de la importancia de reconocer el potencial positivo de la globalización en el bienestar y salud de la población mundial, hoy también se discuten los efectos de la globalización en la desigualdad en salud. Si bien se reconocen los beneficios de la globalización en el crecimiento económico y, supuestamente, en la reducción directa de la pobreza (58), también se acepta hoy que la globalización ha tenido un efecto perjudicial sobre la salud en la mayoría de países (59, 60). En este sentido, Schrecker, Labonte y De Vogli (61) el año 2008 describieron cuatro "dinámicas de aumento de la desigualdad" por las cuales la globalización contemporánea provoca divergencia en los resultados locales de salud en un país: (i) la reorganización global de la producción y el surgimiento de un mercado laboral internacional con pobre regulación local; (ii) la creciente dificultad de alcanzar acuerdos para resolver disputas

comerciales entre y al interior de países; (iii) la aceleración de la movilidad del capital financiero, que no siempre retorna a países de menores recursos de donde se obtiene la materia prima; y (iv) la persistencia de la crisis de deuda de países en vías de desarrollo hacia los países desarrollados.

El debate presentado en esta sección pone de relieve la urgencia de comprender mejor la compleja relación entre globalización y desigualdad social de la salud. Al mismo tiempo, deja manifiesta la estrecha relación entre procesos globales y la distribución de resultados locales de salud en cualquier país del mundo.

5. ¿Cómo impactar en la desigualdad en salud en grupos vulnerables? La oportunidad del enfoque de determinantes sociales

Los "determinantes sociales de la salud (DSS)" se han definido como las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas y que afectan a su salud; en otras palabras, las características sociales en las cuales la vida sucede (42). Este concepto ha sido ampliamente utilizado en políticas sociales y de salud pública en los últimos 20 años. Hace hincapié en que la condición humana es un reflejo íntimo de cómo vivimos en la sociedad y la salud se considera una expresión constante de la justicia social, ya que es un motor esencial e indispensable para el progreso de las naciones y las sociedades (62). Como parte del movimiento mundial de medicina social, el concepto de DSS se originó en la década de los ´70, a partir de una serie de publicaciones que demostraron las limitaciones de las intervenciones basadas solo en reducir los riesgos de salud de base individual. Varios autores argumentaron que para comprender y mejorar la salud, era necesario centrarse en el desarrollo de políticas que se centrasen en modelos sociales de las enfermedades y no solo en el foco de riesgo individual tradicional (63, 64).

El concepto de "equidad en salud" es fundamental para el modelo de DSS (65). La equidad en salud tiene sus raíces en el conjunto particular de ideas y visiones de características filosóficas, éticas, políticas y prácticas del debate contemporáneo sobre la justicia social. La equidad social es, por muchos, un factor que aumenta la estabilidad social y la productividad económica. Por el contrario, las desigualdades entre grupos sociales desencadenan tensión y conflicto, las que a su vez socavan los esfuerzos y recursos constructivos organizados en cada país para el desarrollo económico y humano (66, 67). La equidad en salud ha sido definida como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos, las poblaciones o grupos que tienen diferentes características socioeconómicas, demográficas o geográficas (40). El concepto de inequidad en salud es diferente de la desigualdad en salud: las inequidades son desigualdades que se valoran como injustas o evitables, por lo que se pueden prevenir y remediar.

Tal y como se mencionó en una sección anterior, el modelo de DSS organiza todos los factores que afectan de manera directa o indirecta la salud en tres categorías (48): factores individuales (factores proximales), factores intermedios (factores blandos relacionados con la clase social), y factores estructurales (factores distantes vinculados a valores sociales, políticas y creencias culturales compartidas). A la base de este modelo están los principales mecanismos explicativos de cómo la desigualdad social impacta en la salud y que se resumen en los siguientes cuatro (68):

a. *Vulnerabilidad asociada a pobreza material absoluta:* por ejemplo en la elección de alimentos de menor costo y peor calidad, el acceso a alimentos de mejor calidad según comuna o zona urbana/rural, o manipulación inadecuada en su preparación (modelo materialista de la desigualdad en salud).

b. *Vulnerabilidad asociada a conductas de vida familiar y cultura local:* hábitos de consumo de tabaco y alcohol, ejercicio o dieta; conductas habituales en eventos familiares y sociales como celebraciones; y la estrecha relación entre PS (nivel educacional en particular), el valor percibido del autocuidado en salud y las creencias del grupo de pares en torno a conductas individuales (modelos conductual/cultural, eco-social, de creencias en salud).

c. *Vulnerabilidad asociada al estrés crónico producido por auto-percepción de inferioridad social:* efecto de estrés crónico que produce el sentirse inferior a otro miembro de la sociedad, muy frecuente en sociedades jerárquicas con poca movilidad social. Dicho estrés se asociaría a la realización de conductas individuales de riesgo que generen sensación de bienestar pasajero (modelo psico-social, en menor medida modelo neo-material).

d. *Vulnerabilidad desde una perspectiva de ciclo vital:* no es accidental que la población adulta en desventaja en todo el mundo sea la más propensa a enfermar, ni tampoco lo es que sus hijos lo serán en 20 años más. La probabilidad de enfermar de cualquier adulto está, al menos parcialmente, pre-determinada por la posición social de su familia de origen. La perspectiva de curso de vida, desarrollada por medio del estudio de grandes cohortes poblacionales en países más desarrollados, propone que la prevención de factores de riesgo en la adultez exige modificar sus desencadenantes desde la vida temprana.

Reducir las inequidades en salud desde el enfoque de DSS es un eje prioritario en el trabajo desarrollado por organismos internacionales y múltiples países, incluido Chile (69). Este país ha liderado la inclusión explicita de este objetivo en la Reforma de Salud del 2005 y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población (70). Otros ejemplos nacionales han sido los dos últimos documentos de Objetivos Sanitarios, de las décadas 2001-2010 y 2011-2020, junto con diversos reportes ministeriales y académicos que dan cuenta del amplio cuerpo de evidencia que existe a nivel mundial y el creciente conocimiento que se ha desarrollado en Chile en esta temática (71). No obstante estos avances, nuestro país aún destaca a nivel internacional por sus elevados índices de desigualdad social en salud, y requiere con urgencia avanzar desde un enfoque de diagnóstico hacia la implementación y evaluación de políticas y estrategias efectivas y competentes culturalmente a la realidad local.

6. El desafío de la vulnerabilidad social en salud en Chile

Nuestro país, preocupado de monitorizar y mejorar continuamente los resultados de salud de su población, ha realizado hasta la fecha dos encuestas poblacionales de salud (Encuestas Nacionales de Salud 2003 y 2009). Los principales resultados de esta encuesta revela la importante prevalencia de diversas conductas individuales de riesgo para la salud, tales como consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada y sedentarismo (72). Estas conductas individuales son conocidos factores de riesgo para múltiples enfermedades crónicas, que también han aumentado

en nuestra población a lo largo del tiempo. Obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, consumo abusivo de alcohol y consumo de tabaco por ejemplo, son potentes mediadores de la relación entre estilos de vida poco saludables y condiciones crónicas de salud de alto costo para el sistema, como diabetes mellitus, daño hepático, cardiopatía coronaria y cáncer pulmonar (73).

A partir de estos hallazgos, el país ha iniciado un interesante debate sobre cómo detener el aumento de factores de riesgo en Chile, para reducir su impacto en la incidencia de múltiples enfermedades de creciente prevalencia en Chile, en especial aquellas de carácter crónico. Pese a que la evidencia en Chile acerca de la significativa y estrecha relación entre desigualdad social y salud, la mayoría de las intervenciones en el sistema de salud se orientan principalmente a los factores de riesgo individuales. En este sentido, la ENS-2009-2010 indica una clara gradiente en la prevalencia de conductas individuales de riesgo. Esto es, a menor nivel socioeconómico mayor presencia de obesidad, sedentarismo y dieta inadecuada. Una excepción es tabaquismo, más prevalente en aquellos grupos sociales de mayor nivel socioeconómico, situación que podría invertirse en los próximos años, similar a otros países (73). Aun cuando las mediciones realizadas en la ENS 2003 y ENS 2009 pudieran no ser directamente comparables, su comparación cruda indica que la brecha en la prevalencia de estas conductas entre personas de grupos socioeconómico extremos ha aumentado, desfavoreciendo a los estratos más bajos del país (Figura 2). Más aún, existe evidencia en Chile del peso relativo de aspectos sociales, en particular socioeconómicos, en resultados de salud por encima de las conductas individuales, como por ejemplo con respecto a la auto-percepción general de salud en la población adulta (74, 75) y otros resultados de acceso y uso de servicios (76, 77) y condiciones de salud (78). Esta evidencia, consistente con la disponible a nivel internacional, provee al país con la oportunidad de redefinir la vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile.

Chile enfrenta hoy la necesidad de modificar los desencadenantes de conductas individuales de riesgo, no solo en la población adulta actual sino en la futura. Es fundamental reconocer que, de acuerdo a la evidencia actual, la implementación de intervenciones basadas *sólo* en cambio de estilos de vida individuales responde a una mirada parcial del problema. En contraste, una política que posicione y priorice la reducción de desigualdades sociales en grupos vulnerables es esencial para modificar la salud a lo largo del tiempo, incluyendo a través de las generaciones. Tal y como lo proponía el *Black Report* hace tres décadas atrás, la incorporación de estas políticas debe movilizar no solo a la autoridad sanitaria, sino también al mundo académico, al sector privado y al intersector, a través de un ejercicio transparente, participativo y con verdadera visión sanitaria de largo plazo.

Figura 2 Incremento de la brecha en la prevalencia de diversos problemas de salud y conductas individuales de riesgo según nivel educacional en Chile entre 2003 y 2010 (nivel educacional básico versus nivel universitario) ENS 2003 y ENS 2009-2010

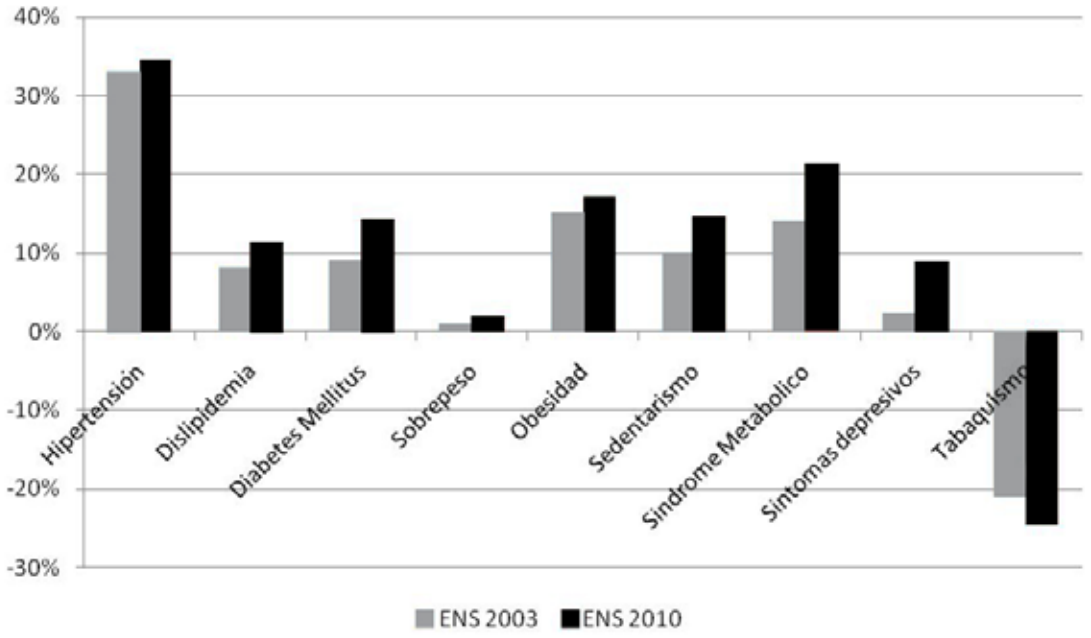


Gráfico: Publicado en Revista Médica de Chile, Cabieses et al 2011 (73)

*La figura presenta el resultado de la diferencia en la prevalencia de problemas de salud entre chilenos con educación básica versus universitaria en dos análisis de corte transversal y de base poblacional. Un resultado positivo representa una mayor prevalencia de dichos problemas en aquellos de menor educación. En todos los casos, exceptuando consumo de tabaco, la brecha ha aumentado a lo largo del tiempo. El gráfico no considera cambios metodológicos en la medición de los factores de riesgo o enfermedades, ni tampoco hizo correcciones por población objetivo.

Referencias

1. Stuart K, Soulsby EJ. Reducing global health inequalities. Part 1. Journal of the Royal Society of Medicine. 2011;104(8):321-6. Epub 2011/08/06.

2. Brown T. 'Vulnerability is universal': considering the place of 'security' and 'vulnerability' within contemporary global health discourse. Soc Sci Med. 2011;72(3):319-26. Epub 2010/10/16.

3. Organization WH. Definition of Health. Washington: WHO; 1948; Available from: www.who.org.

4. World Health Organization, editor. Declaration of Alma-Ata. . Paper presented at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata; 1978 September 6-12 1978; USSR.

5. Lancaster JB. An interdisciplinary, biosocial perspective on human nature. Hum Nat. 1990;1(1):1-2. Epub 1990/03/01.

6. Prioreschi P. A history of medicine: Greek medicine. Mellen history of medicine. 1994;2:9-743. Epub 1994/01/01.

7. Tajer D. Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. American journal of public health. 2003;93(12):2023-7. Epub 2003/12/04.

8. Yamada S. Latin American social medicine and global social medicine. American journal of public health. 2003;93(12):1994-6. Epub 2003/12/04.

9. Krieger N. Latin American social medicine: the quest for social justice and public health. American journal of public health. 2003;93(12):1989-91. Epub 2003/12/04.

10. Sainsbury P, Harris E. Understanding the causes of health inequalities: incorporating personal, local, national, and global perspectives. New South Wales public health bulletin. 2002;13(6):121-3. Epub 2002/09/05.

11. McKee M. Global health inequalities: The challenge to epidemiology. New South Wales public health bulletin. 2001;12(5):130-3. Epub 2002/07/10.

12. Munoz Sanchez AI, Bertolozzi MR. [Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care?]. Ciencia & saude coletiva. 2007;12(2):319-24. Epub 2007/08/08. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construcao do conhecimento em Saude Coletiva?

13. Vorosmarty CJ, Green P, Salisbury J, Lammers RB. Global water resources: vulnerability from climate change and population growth. Science. 2000;289(5477):284-8. Epub 2000/07/15.

14. Schroter D, Cramer W, Leemans R, Prentice IC, Araujo MB, Arnell NW, et al. Ecosystem service supply and vulnerability to global change in Europe. Science. 2005;310(5752):1333-7. Epub 2005/10/29.

15. Jotkowitz AB. Vulnerability from a global medicine perspective. The American journal of bioethics : AJOB. 2004;4(3):62-3; discussion W32. Epub 2005/09/30.

16. Lange MM. Vulnerability as a concept for health systems research. The American journal of bioethics : AJOB. 2014;14(2):41-3. Epub 2014/02/14.

17. Allotey P, Verghis S, Alvarez-Castillo F, Reidpath DD. Vulnerability, equity and universal coverage--a concept note. BMC public health. 2012;12 Suppl 1:S2. Epub 2012/09/21.

18. Purdy IB. Vulnerable: a concept analysis. Nursing forum. 2004;39(4):25-33. Epub 2005/02/11.

19. Hurst S. [Protecting vulnerable persons: an ethical requirement in need of clarification]. Revue medicale suisse. 2013;9(386):1054-7. Epub 2013/06/12. Proteger les personnes vulnerables: une exigence ethique a clarifier.

20. Naudé W, Santos-Paulino A, McGillivray M. Measuring Vulnerability: An Overview and Introduction. Oxford Development Studies. 2009;37(3):183-91.

21. Briguglio L, Cordina G, Farrugiaa N, Vellaa S. Economic Vulnerability and Resilience: Concepts and Measurements. Oxford Development Studies. 2009;37(3):229-47.

22. Beattie ER, VandenBosch TM. The concept of vulnerability and the protection of human subjects of research. Research and theory for nursing practice. 2007;21(3):156-73. Epub 2007/09/14.

23. Savage AR, Van der Wal DM, Tjallinks JE. Child vulnerability in the Iraqw and Datoga ethnic groups of a village in northern Tanzania. Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society. 2013;24(1):14-24. Epub 2012/07/18.

24. Wong SS, Sugimoto-Matsuda JJ, Chang JY, Hishinuma ES. Ethnic differences in risk factors for suicide among American high school students, 2009: the vulnerability of multiracial and Pacific Islander adolescents. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research. 2012;16(2):159-73. Epub 2012/05/04.

25. Dorsen C. Vulnerability in homeless adolescents: concept analysis. Journal of advanced nursing. 2010;66(12):2819-27. Epub 2010/11/16.

26. Mattheus DJ. Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept analysis. Journal of advanced nursing. 2010;66(9):2116-25. Epub 2010/07/16.

27. Brocklehurst H, Laurenson M. A concept analysis examining the vulnerability of older people. Br J Nurs. 2008;17(21):1354-7. Epub 2008/12/09.

28. Stevens PE, Hall JM, Meleis AI. Examining vulnerability of women clerical workers from five ethnic/racial groups. Western journal of nursing research. 1992;14(6):754-74. Epub 1992/12/01.

29. Cocco M, Lopes MJ. [Violence among youngsters: social dynamics and situations of vulnerability]. Revista gaucha de enfermagem / EENFUFRGS. 2010;31(1):151-9. Epub 2010/09/16. Violencia entre jovens: dinanicas sociais e situacoes de vulnerabilidade.

30. Sass C, Belin S, Chatain C, Moulin JJ, Debout M, Duband S. [Social vulnerability is more frequent in victims of interpersonal violence: value of the EPICES score]. La Presse medicale. 2009;38(6):881-92. Epub 2009/02/03. La precarite est plus frequente chez les victimes de violences volontaires : interet du score EPICES.

31. Dunkas N. On the concept of vulnerability, identity and nostalgia affecting the immigrational experience. Psychiatrike = Psychiatriki. 2007;18(4):337-42. Epub 2008/10/01.

32. Broman CL, Hamilton VL, Hoffman WS, Mavaddat R. Race, gender, and the response to stress: autoworkers' vulnerability to long-term unemployment. American journal of community psychology. 1995;23(6):813-42. Epub 1995/12/01.

33. Kim H, Song YJ, Yi JJ, Chung WJ, Nam CM. Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea. Annals of epidemiology. 2004;14(6):442-6. Epub 2004/07/13.

34. Moszynski P. Reducing people's vulnerability is key to combating hunger caused by global warming. BMJ. 2009;339:b5436. Epub 2009/12/17.

35. Zhou Y, Li N, Wu W, Wu J, Shi P. Local spatial and temporal factors influencing population and societal vulnerability to natural disasters. Risk analysis : an official publication of the Society for Risk Analysis. 2014;34(4):614-39. Epub 2014/03/29.

36. Levine C. The concept of vulnerability in disaster research. Journal of traumatic stress. 2004;17(5):395-402. Epub 2005/01/07.

37. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. Soc Sci Med. 2000;50(11):1557-70. Epub 2000/05/05.

38. Vulnerability and the distribution of exposures. Concept paper. Annals of the New York Academy of Sciences. 1994;740:334-5. Epub 1994/12/15.

39. Marmot M. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. Glob Health Promot. 2009;Suppl 1:23-7. Epub 2009/06/13.

40. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS medicine. 2006;3(6):e106.

41. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. The Milbank quarterly. 2004;82(1):101-24. Epub 2004/03/16.

42. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. London: The Marmot Review; 2010.

43. Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. International journal of health services : planning, administration, evaluation. 1982;12(3):349-80. Epub 1982/01/01.

44. Reynolds F. The Black Report: health inequalities 25 years on. Public health. 2006;120(3):189-92. Epub 2006/04/06.

45. Pickett KE, Dorling D. Against the organization of misery? The Marmot Review of health inequalities. Soc Sci Med. 2010;71(7):1231-3; discussion 54-8. Epub 2010/08/17.

46. Nathanson C, Hopper K. The Marmot Review - social revolution by stealth. Soc Sci Med. 2010;71(7):1237-9; discussion 54-8. Epub 2010/08/10.

47. World Health Organization. 10 facts on health inequities and their causes. World Health Organization; 2011; Available from: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/.

48. Krieger N. Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequities. Journal of epidemiology and community health. 2008;62(12):1098-104. Epub 2008/11/15.

49. Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? American journal of public health. 2008;98(2):221-30. Epub 2008/01/04.

50. Hamlin C. Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the "social" in public health. American journal of public health. 1995;85(6):856-66. Epub 1995/06/01.

51. Hamlin C. Finding a function for public health: disease theory or political philosophy? Journal of health politics, policy and law. 1995;20(4):1025-31. Epub 1995/01/01.

52. Tesh S. Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1988.

53. Lupton D. The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.

54. Van Meerhaeghe MAG. Globalisation: concept, outcome, future-a continental view. European Journal of Law Economics. 2012;33(2):239-306.

55. Kaluderovic Z. The Concept of Globalization. Filoz Istraz. 2009;29(1):15-29.

56. Kirby P. Theorising globalisation's social impact: proposing the concept of vulnerability. . Review of International Political Economy. 2006;13(4):632-55.

57. United Nations. The Millennium Development Goals Report. Washington, DC: 2006.

58. Dollar D, Kraay A. Trade, growth, and poverty. Economic Journal. 2004;114:F22–F49.

59. De Vogli R, Gimeno D. The G20 and the three global crises: what prospects for global health? Journal of epidemiology and community health. 2010;64(2):99-100. Epub 2010/01/09.

60. De Vogli R, Gimeno D, Mistry R. The policies-inequality feedback and health: the case of globalisation. Journal of epidemiology and community health. 2009;63(9):688-91. Epub 2009/05/06.

61. Schrecker T, Labonte R, De Vogli R. Globalisation and health: the need for a global vision. Lancet. 2008;372(9650):1670-6. Epub 2008/11/11.

62. Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. Daedalus. 1999;128(4):215-51. Epub 2001/10/20.

63. Krieger N, Northridge M, Gruskin S, Quinn M, Kriebel D, Davey Smith G, et al. Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives. Journal of epidemiology and community health. 2003;57(9):659-62. Epub 2003/08/23.

64. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International journal of epidemiology. 2001;30(4):668-77. Epub 2001/08/21.

65. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. Advocacy for health equity: a synthesis review. The Milbank quarterly. 2015;93(2):392-437. Epub 2015/06/06.

66. Alleyne GA. Equity and health. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2000;7(1):1-7. Epub 2000/03/15.

67. Alleyne GA, Casas JA, Castillo-Salgado C. Equality, equity: why bother? Bulletin of the World Health Organization. 2000;78(1):76-7. Epub 2000/02/25.

68. Bartley M, editor. Health inequalities. An introduction to theories, concepts and methods. First ed: Polite Press, Cambridge; 2007.

69. Sutherland WJ, Bellingan L, Bellingham JR, Blackstock JJ, Bloomfield RM, Bravo M, et al. A collaboratively-derived science-policy

research agenda. Plos One. 2012;7(3):e31824. Epub 2012/03/20.

70. Jadue L, Marin F. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Available. First ed. Santiago: Universidad del Desarrollo, MINSAL; 2005.

71. Ministry of Health in Chile. Elige vivir sano: objetivos sanitarios de la decada 2011-2020. Santiago: Ministry of Health; 2011.

72. Chilean Ministry of Health. National Health Survey 2009-2010. Executive Summary. Santiago2010. Available from: www.minsal.cl.

73. Cabieses B, Espinoza M, Zitko P. [How to face the increased prevalence of individual health-risk behaviours in Chile?]. Revista medica de Chile. 2011;139(5):685-7. Epub 2011/11/05. ¿Como enfrentar el aumento de conductas individuales de riesgo para la salud en Chile?

74. Espinoza M, Cabieses B. Income-related health inequality in Chile: a decomposition analysis of the concentration index for hypertension, diabetes and depression. Value in Health. 2013;16(7):A708-A.

75. Cabieses B, Cookson R, Espinoza M, Santorelli G, Delgado I. Did socioeconomic inequality in self-reported health in Chile fall after the equity-based healthcare reform of 2005? A concentration index decomposition analysis. PloS one. 2015;in press.

76. Paraje G, Vasquez F. Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. International journal for equity in health. 2012;11:81. Epub 2012/12/20.

77. Vasquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2013;33(2):98-106, 2 p preceding 98. Epub 2013/03/26.

78. Cornejo-Ovalle M, Paraje G, Vasquez-Lavin F, Perez G, Palencia L, Borrell C. Changes in socioeconomic inequalities in the use of dental care following major healthcare reform in Chile, 2004-2009. International journal of environmental research and public health. 2015;12(3):2823-36. Epub 2015/03/10.

Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Es epidemióloga social. Es profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Ha participado en múltiples proyectos de investigación desde el 2000 en Chile, Reino Unido y España. Sus líneas de investigación son desigualdad social en salud, migración y salud, y salud global. Ha redactado múltiples capítulos de libros y más de 80 publicaciones científicas. En equidad en salud ha asesorado a la Organización Panamericana de Salud, los servicios de salud de Chile de Chiloé y Metropolitano Central y Metropolitano Occidente; SEREMI región metropolitana, MINSAL, entre otros. Email: bcabieses@udd.cl

Capítulo 3

Sobre el concepto de vulnerabilidad social: Marco filosófico, ético y jurídico

Erick Valdés, BSc, MA (Bio), PhD

Director Cátedra Internacional de Bioderecho, Observatorio de Bioética y Derecho, UDD
Profesor Titular Centro de Bioética Universidad del Desarrollo, Chile
Adjunct Research Professor, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, DC., USA

Juan Alberto Lecaros, JD, PhD

Director Observatorio de Bioética y Derecho, UDD
Profesor Asociado Centro de Bioética, Universidad del Desarrollo, Chile

Resumen

El ser humano, concebido como individuo biológico, psicológico y social es, por naturaleza, vulnerable y, como tal, está expuesto siempre a daños, riesgos y amenazas. El ser vulnerable es una condición inherente al ser humano y lo que hace la contingencia social es disminuir o exacerbar dicha condición, y de ahí, precisamente, su importancia. De este modo, somos intrínsecamente vulnerables, y somos más o menos vulnerables por razones exógenas, esto es, por causa de las condiciones y circunstancias (beneficios y cargas) que despliega e impone el medio social. En este capítulo, asumimos que el alcance procedimental de la vulnerabilidad es de mayor rango que el de la integridad (y también, que el de la autonomía y dignidad) ya que, en términos materiales, aquellos tres rasgos ontológicos quedan supeditados a la condición finita, feble y falible del ser humano. Por tanto, la vulnerabilidad asume una precedencia metodológica y epistemológica respecto de la integridad, la autonomía e, incluso, la dignidad. Considerando lo anterior, en nuestro análisis abordamos la noción de vulnerabilidad refiriéndonos no solamente a un plano descriptivo sino que también, y por sobre todo, normativo, ya que, como demostraremos, la vulnerabilidad no es exclusivamente un concepto ontológico y ético, sino que también, jurídico.

Palabras clave: Vulnerabilidad social, integridad, dignidad, marco ético-jurídico.

1. Introducción

Contextualizar el concepto de vulnerabilidad social desde un enfoque filosófico, ético y jurídico requiere de una aclaración metodológica que, en virtud de sus implicaciones, tendrá también consecuencias epistemológicas. Ordinariamente, y esto es común principalmente en la literatura académica anglosajona y estadounidense, el reconocimiento de la condición feble, falible y mortal del ser humano se asocia con el concepto de integridad y, éste, a su vez, al de salud, de modo tal que cuando un sistema biológico o social tiene su propia coherencia interna, se dice que posee integridad. Así, se limitan diversas intervenciones por considerarlas atentados contra la integridad humana, como por ejemplo, la clonación, lo que a su vez, garantizaría la integridad (coherencia) de la investigación en sujetos humanos. Por lo tanto, desde un punto de vista filosófico, ético y jurídico, la integridad de los seres humanos – entendida ahora como un principio de respeto por la integridad – refiere inexorablemente a su condición de vulnerables.

Todo estudio sobre la vulnerabilidad, entonces, se considera, en último término, un análisis de la integridad. El ser humano, sujeto a un cuerpo, es visto e interpretado por la hermenéutica contemporánea como vulnerable, en el sentido de que puede ser dañado, a saber, vivir supeditado a riesgos y amenazas contra su integridad. De este modo, cualquier estudio sobre la vulnerabilidad humana supondría una exégesis primera de la integridad. Esto es metodológicamente incorrecto.

La mayoría de los modelos deliberativos contemporáneos en salud, por ejemplo, descansan en el principio de respeto por la autonomía, lo cual ha preterido la necesidad de considerar la vulnerabilidad como una condición predominante en cualquier esquema de razonamiento sobre política pública y mecanismos de cohesión social. El abundante elenco de casos que se presentan en el espacio público de violación de garantías fundamentales de las personas, se entienden principalmente, como atentatorios a su autonomía, a saber, a su integridad. Sin embargo,

cualquier diagnóstico resultante de tal enfoque metodológico es equívoco porque desconoce un elemento fundamental: no es posible supeditar ni jurídica, ética u ontológicamente la vulnerabilidad a la integridad personal o autonomía individual. El ser humano, concebido como individuo biológico, psicológico y social es, por naturaleza, vulnerable y, como tal, está expuesto siempre a daños, riesgos y amenazas. El ser vulnerable es una condición necesaria del ser humano y lo que hace la contingencia social es disminuir o exacerbar dicha condición, y de ahí, precisamente, su importancia. De este modo, somos intrínsecamente vulnerables, y somos más o menos vulnerables por razones exógenas, esto es, por causa de las condiciones y circunstancias (beneficios y cargas) que despliega e impone el medio social.

Entonces, cualquier estudio sobre la vulnerabilidad debe asumir que su alcance procedimental es de mayor rango que el de la integridad (y también, que los de autonomía y dignidad) ya que, en términos materiales, los tres quedan supeditados a la condición finita, feble y falible del ser humano. Por tanto, la vulnerabilidad asume una precedencia ontológica, metodológica y epistemológica respecto de la integridad, la autonomía e, incluso, la dignidad.

El presente capítulo asume, por cierto, la premisa anterior. Por consiguiente, no abordamos la noción de vulnerabilidad refiriéndonos solamente a un plano descriptivo sino que también, y por sobre todo, normativo, ya que la vulnerabilidad es, esencialmente, un concepto ético y jurídico. De esta manera, la extensión metodológica y epistemológica del concepto para ser aplicado en todo el mundo vivo y los sistemas que lo componen, es una tarea compleja que requiere una cuidadosa distinción entre distintos plexos teóricos que señalan una constelación de dimensiones que interactúan entre sí, dotando, a la vez, de mayor contenido y significado el concepto de vulnerabilidad: (i) La dimensión ontológica, que refiere a la finitud de la condición humana; (ii) La dimensión fenomenológica, que señala la receptividad y afectación personal desde los hechos del mundo; (iii) La dimensión natural, que apunta a la fragilidad e irremplazabilidad de nuestra naturaleza; (iv) La dimensión médica que implica la fragilidad presente en la vida del paciente; (v) La dimensión cultural, que devela la fragilidad de las costumbres y tradiciones, y (vi) La dimensión social que señala la vulnerabilidad de ciertos grupos o comunidades en el espacio público, y de los menos aventajados (postergados) de la sociedad. A continuación, desplegamos nuestro análisis, teniendo presentes las premisas anteriores.

2. Marco filosófico

En los países desarrollados, el estado de bienestar social es, a menudo, concebido como aquel que implemente vías y mecanismos eficientes para superar las dificultades que plantean los medios natural y social. Por lo tanto, la tarea fundamental es remontar los riesgos y amenazas de la vida, entendidos como riesgos y amenazas a la vulnerabilidad humana. Así, los países desarrollados, que son los más tecnologizados, han centrado principalmente sus esfuerzos no en la reducción de esos riesgos y amenazas, sino en la reducción de la vulnerabilidad del ser humano.[i] Así, la vulnerabilidad adquiere un estatuto eminentemente contingente más que inherente, lo que implica un entendimiento unidimensional de dicha condición que no da cuenta suficiente del verdadero sentido que tiene ser particularmente vulnerable en una sociedad. Para entender bien la importancia de lo anterior, es necesario enriquecer nuestra recepción de lo que la vulnerabilidad pueda significar en definitiva, a saber, hay que complejizar su dimensión epistemológica.

i Una expresión de esto es el creciente desarrollo y despliegue de la manipulación genética terapéutica y no terapéutica.

Un buen ejemplo de la complejidad que implica un estudio sobre la vulnerabilidad es la definición de la normalidad. Este último concepto obedece a una convención, a un constructo social que indica que, bajo ciertos límites, nada autoriza a la sociedad a obligar a alguien a vivir de acuerdo a estándares instituidos arbitrariamente.[ii] Así, muchas comunidades de discapacitados cuestionan la agenda política que promueve la investigación biomédica para lograr un bienestar total a través del *enhancement*, por ejemplo. A la vez, algunos grupos argumentan que la excesiva búsqueda de la normalidad (¿o perfección?) minimiza el valor de la discapacidad. De este modo, padres sordos quieren hijos sordos porque piensan que dicha condición le otorga a sus vidas un valor y no un disvalor.[iii] Esto, ha llevado, incluso, a modificar el entendimiento de qué pueda ser la enfermedad. En algunos círculos científicos, ésta no se entiende necesariamente como una pura condición fisiológica, sino que críticamente atravesada por una dimensión subjetiva, a saber, el estatuto de la enfermedad depende, también, de cómo la enfrentemos en nuestra vivencia personal (1).

El eclecticismo y heterogeneidad presentes en el entendimiento de la vulnerabilidad, hace visible la importancia de abordarla desde una perspectiva epistemológicamente más rica, a saber, lejos del discurso oficial o de la agenda contingente, y otorgarle un contenido desde la mirada filosófica.

Habermas afirma que la ética debe fundarse en el reconocimiento mutuo y la comunicación. Señala que la validez de las normas morales se funda en un procedimiento argumentativo-comunicativo que posibilita la aceptación universal de los valores morales que son relevantes para una sociedad. De este modo, su ética discursiva señala que valores fundamentales de una sociedad, como la justicia y el bien, son *prima facie*, a saber, autoevidentes para todos aquellos comprometidos con la moral y las leyes, porque existe siempre una necesidad fundamental de cuidar y hacerse cargo de la vulnerabilidad humana. Por lo tanto, su argumento respecto del entendimiento argumentativo de los valores morales, sitúa la vulnerabilidad en el centro de la ética.

Ese entendimiento discursivo de la vulnerabilidad representa una apertura hacia aquel otro que participa en el diálogo, primero como un interlocutor vulnerable, y en segundo término, como un ser físicamente vulnerable en virtud de su fragilidad. Por lo tanto, en el ámbito público, la vulnerabilidad del otro es radical, ya que impone un llamado a la protección de la persona como forma de garantizar la justicia social.

ii Así lo señala, por ejemplo, la doctrina de los Derechos Humanos.

iii Un caso paradigmático es el siguiente: En la primavera estadounidense de 2002, Sharon Duchesneau y Candy McCullough, una pareja de lesbianas sordas, casadas entre sí, comenzaron la búsqueda de un donante de espermas que portara el gen de la sordera. Siendo ambas sordas de nacimiento, la pareja quería concebir un hijo con el cuál pudieran comunicarse a través de su propio lenguaje de señas. Ya que en Estados Unidos el cribado de espermas con enfermedades genéticas y discapacidades como la sordera es un procedimiento común en los bancos de espermas, la pareja buscó la ayuda de uno de sus amigos no oyentes, quien más tarde ofició como donante para ayudar a la pareja a crear (fabricar) un bebé perfectamente sordo. Fue entonces, y ya habiendo encontrado el esperma con el gen de la sordera, cuando Duchesneau y McCullough solicitaron el procedimiento de Diagnóstico Genético Pre-Implantacional (DGP) en el embrión, para asegurarse de que éste se transformara, en el futuro, en un bebé sin la capacidad de oír. Alrededor de un año después, un niño vino al mundo. Para dicha de sus madres, Gauvin – como lo bautizaron – nació sordo. Sin embargo, algunos meses después, los doctores descubrieron cierta capacidad auditiva residual en el oído derecho del bebé. Con el uso de un dispositivo de ayuda auditiva, en el futuro, el niño sería capaz de aprender, con cierta dificultad, algo de inglés hablado, y quizás, a leer los labios. Los doctores le dijeron a la pareja que era crucial aprovechar esa ventaja lo antes posible. Sin embargo, ellas se negaron a cualquier tipo de soporte auditivo, señalando que era el niño el que debía decidir aquello cuando fuera mayor. Al respecto ver, Valdés, Erick, "Bioderecho y sujeto de derechos. Recategorización jurídica de la manipulación genética no terapéutica y del concepto de existencia legal de la persona", en Valdés, Erick (Ed.), Justicia social y justicia política en Iberoamérica, México-Colombia, Sello editorial Asociación Iberoamericana de Filosofía Práctica-Ediciones Universidad del Cauca, 2015 (En proceso de edición).

Por su parte, Ricoeur desarrolló una antropología de la falibilidad humana, en la cual caracteriza nuestra existencia como una frágil síntesis entre la finitud corporal y la infinitud del deseo de la mente (2). Así, la fragilidad se manifiesta en la finitud de la corporalidad humana, en su carácter temporal, y en nuestra activa relación con el mundo, donde debemos lidiar con la permanente posibilidad de hacer el mal y, a la vez, estar expuestos a la desdicha, la destrucción y la muerte.

Desde una perspectiva filosófica, entonces, la vulnerabilidad, y como ésta se despliega en el ámbito social, con sus estructuras e instituciones, se relaciona con la dignidad, en el sentido de que ésta se funda principalmente en el derecho natural, y de ese modo, la dignidad moral de la persona es también dignidad legal. Implica, además, la obligación categórica de tratar a las personas como fines en sí mismos y no solamente como medios para fines, precisamente para proteger al vulnerable. En este sentido, la dignidad exige el respeto por el valor inalienable de todo ser humano e implica una indicación legal surgida del estatuto ontológico de humanidad común a todos nosotros. El respeto del cuerpo humano, por ejemplo, precisamente implica reconocernos como personas dotadas de algo más que un cuerpo, por lo que la vulnerabilidad señala el deber de proteger precisamente eso que define lo que es ser humano en el contexto social. La dignidad, por lo tanto, encierra un mandato categórico que sanciona la protección de la persona vulnerable de las posibles consecuencias nocivas de la estructura y superestructura social (3).

Por su parte, el concepto de integridad ha devenido muy importante en la actualidad. En un sentido legal, el principio de integridad surge en el derecho romano que entendía *integritas* como aquello relacionado con el concepto de "intacto" así como con la noción de *noli me tangere* que significa aquello que es "intocable" o "imperturbable". Sin embargo, la integridad también juega un rol muy importante en las declaraciones y códigos médicos sobre la protección de los pacientes y sujetos humanos de experimentación y aquí su relación de supeditación respecto de la vulnerabilidad se hace evidente. La definición legal de la integridad de la persona determina los límites para las intervenciones del estado sobre el cuerpo humano (4).

La protección de la integridad física y psicológica de la persona, a saber, de sus dimensiones de vulnerabilidad, ha devenido más y más importante para la formulación de normas legales para regular la manipulación genética en general y la intervención de la estructura genética humana en específico, por ejemplo. Así, la integridad se encuentra conectada con la noción de vulnerabilidad, la cual posiblemente constituye el fundamento de todo sistema de vida convencional, ya que la vulnerabilidad del ser humano es quizás el real sustrato ontológico para el despliegue de sus actividades y la configuración y regulación de las instituciones sociales.

La organización jurídica y social de las instituciones, los principios legales y las reglas legales concretas de cualquier sistema tienen como objetivo la protección de la persona en virtud de su vulnerabilidad intrínseca, la cual es confrontada con la posibilidad de destrucción o intervención externa. Es tarea de la regulación legal, por ejemplo, y también constituye materia constitucional, el proteger al más débil, al más pobre y al más falible contra la discriminación y destrucción operada por otros grupos sociales. Así, una sociedad democrática y pluralista considera en su marco jurídico, el castigo para aquellos que haciendo uso de su eventual posición, poder, categoría o posibilidades, abusen de otros de manera arbitraria y desproporcionada. El principio de vulnerabilidad, entonces, contribuye a otorgar a los conceptos de integridad y dignidad un contenido más concreto, y de ese modo se manifiesta como fundamentalmente presente en la regulación de las instituciones y posiblemente como fundamento de todo el orden social (3).

3. Marco ético

La preocupación sobre el estatuto moral de las prácticas sociales a menudo se relaciona con la preocupación acerca de las poblaciones vulnerables. La normatividad moral ha comenzado a crear reglas que otorgan una protección adicional a las personas que se juzgan más vulnerables que otras. Lo anterior, por cuanto la preocupación señalada se relaciona con la explotación, discriminación, abuso, y la incapacidad de algunos grupos para entender información y tomar decisiones sobre ellos mismos.

Toda la doctrina de la bioética mundial, por ejemplo, coincide en que un aspecto relevante que hace vulnerables a las personas es la incapacidad de tomar decisiones autónomas y consentir voluntaria e intencionalmente tanto la aplicación de procedimientos clínicos como las acciones del Estado y la sociedad que, de algún modo comprometan sus derechos civiles y políticos (5). Esos grupos, ciertamente, requieren de especial protección, ya que las personas vulnerables son incapaces de proteger sus propios intereses, tanto en el contexto clínico y biomédico como en el social. En este sentido, y desde la perspectiva bioética, la vulnerabilidad se relaciona no solo con la incapacidad descrita sino que también con la enfermedad, la debilidad, la discapacidad mental, la inmadurez, y los problemas cognitivos, entre otros. Las personas que poseen alguna de las condiciones descritas, a menudo proviene de un estrato socioeconómico bajo, lo cual contribuye a la presencia de otros factores de riesgo y daño que agudizan su vulnerabilidad.

De acuerdo a lo precedentemente señalado, poblaciones tales como familias vagabundas o en situación de calle, refugiados políticos, y extranjeros ilegales –quienes a menudo no poseen ninguna cobertura en salud ni pueden optar a ningún tipo de beneficios sociales– son considerados, desde el punto de la bioética, muy vulnerables. Sin embargo, el elenco de condiciones que señalan vulnerabilidad es más amplio, y se puede extender desde el inicio hasta el final de la vida, y no está solo delimitado por las condiciones descritas hasta ahora, sino que también alcanza categorías como minorías raciales, sexuales, religiosas, políticas y de género, entre otras, así como aquellas personas víctimas de desastres naturales aquellas, privadas de libertad, y los sujetos de experimentación.

Por lo anterior, se hace necesario reforzar el marco filosófico y ético (bioético) de la vulnerabilidad con la mirada jurídica. Un buen comienzo es analizar el tema desde la perspectiva del bioderecho que ha definido la vulnerabilidad como "*aquella condición que demanda el respeto y protección de la condición intrínsecamente feble del ser humano*" (6). De este modo, el ser humano, concebido como individuo biológico y psicológico, es vulnerable y, como tal, está expuesto a daños, riesgos y amenazas. La extensión procedimental de esta condición es, por cierto, mayor que otras que ya han sido reconocidas y consagradas a nivel constitucional, como por ejemplo, la autonomía y la dignidad, ya que, en términos materiales, supedita a éstas a la condición finita y mortal de los seres humanos. Por tanto, el principio de vulnerabilidad asume una precedencia ontológica respecto de sus pares (6). De este modo, como ya ha sido definido y juridificado (7), el principio de respeto por la vulnerabilidad señala la condición feble, débil y finita del ser humano, a saber, incluye la capacidad de fallar, de enfermar y de morir.

La juridificación del principio de respeto por la vulnerabilidad exige, entonces, considerar ciertas reglas de justicia distributiva: distribución equitativa y justa de beneficios y cargas; trato igualitario, independientemente de la condición social, económica e intelectual; distribución equitativa de privilegios y oportunidades; y administración justa de los niveles de coacción estatal (5, 7). Esto evitaría la discriminación en el acceso a bienes y servicios

sociales (como educación y salud) una vez conocida la condición de vulnerabilidad de cada individuo. Al mismo tiempo, evitaría el uso malicioso de dicha información. Así, las instituciones de salud no podrían vetar, *a priori*, a las personas vulnerables; las compañías de seguros no podrían negar cobertura o aumentar los costos de los planes a los individuos más propensos a enfermedades biológica y genéticamente relevantes; los colegios no podrían negar el ingreso a los niños menos capaces física o intelectualmente; y, las empresas estarían impedidas de contratar solo a trabajadores mejor dotados física y genéticamente (6, 8).

Por lo tanto, todas las controversias morales que emergen como resultado de los avances de la biomedicina y que señalan la posibilidad de atentar contra la vulnerabilidad humana y, por lo tanto, implican un interés bioético, poseen un alcance jurídico y legal o, en otras palabras, biojurídico o biolegal. Además, la relevancia social de las consecuencias e implicaciones jurídicas de cualquier acción capaz de dañar es indiscutible, ya que dicha importancia encuentra su raíz en complejas relaciones multifactoriales que involucran no solo a la ciencia y a la bioética, sino que también, al derecho y a la cultura en general.

4. Marco jurídico

Una vez determinado el alcance y función del concepto de vulnerabilidad, en el marco del discurso filosófico y bioético, y su relación con el concepto de integridad y dignidad, se puede alcanzar con fundamentos más sólidos un concepto de vulnerabilidad jurídica y políticamente relevante. Aclarar la función de este concepto en el marco jurídico dice relación con las razones que justifican introducir en la organización social y, en concreto, en los sistemas de derecho, un trato diferenciado para aquellas personas o grupos en condiciones de vulnerabilidad cuya causa es una desigualdad material injusta o arbitraria en relación con el colectivo mayoritario, mediante mecanismos de protección especial, básicamente, el reconocimiento de derechos fundamentales y mecanismos de tutela jurisdiccional frente a la lesión de tales derechos.

Con este objetivo, primero, procedemos a precisar el concepto en sentido jurídico y luego a exponer las razones que legitiman al Estado y justifican la protección frente a la vulnerabilidad. Segundo, exponemos las causas y razones jurídicas específicas de protección de los distintos tipos de vulnerables. Y, junto a ellas, finalmente, revisamos algunos instrumentos del sistema de derecho internacional de los derechos humanos que protegen a las personas y grupos vulnerables.

Para delimitar el concepto jurídico de vulnerabilidad es adecuado tomar como punto de partida el concepto más amplio en el cual se encuadra el primero, el de vulnerabilidad social. Por dicha vulnerabilidad se entiende el factor de riesgo interno de un sujeto o grupo expuesto a una amenaza y que se corresponde con su predisposición o susceptibilidad física, económica, política o social de ser afectados o de sufrir daños en caso que un fenómeno desestabilizador se manifieste, y cuya causa puede ser debida a razones físicas objetivas, ideológicas o socio-culturales, o por falta de recursos económicos (9).

Ahora bien, desde el punto de vista jurídico, lo que es relevante no es cualquier tipo de vulnerabilidad sino sólo aquellas que generan una desventaja injusta para una persona o grupo en la sociedad respecto del acceso y disfrute a sus derechos fundamentales. Si los sujetos de derechos se ven expuesto a vivir bajo la amenaza o sobre el riesgo de privación de expectativas o posibilidades legítimas de igualdad, ya sea por una limitación jurídica de la igualdad formal

o por una limitación de la igualdad material, entonces tal desventaja inmerecida de bienes, libertades y derechos exige del sistema jurídico introducir medidas correctivas, porque de lo contrario se estaría atentando contra un principio fundamental del Estado de Derecho: el principio de igualdad (10).

La vulnerabilidad, en el marco jurídico, la podemos entender, entonces, desde la idea de desventaja inmerecida por condiciones de partida injustificadamente discriminatorias en el acceso y disfrute de bienes, libertades y derechos, más que por la idea de una mera desventaja de resultados. Pensar la vulnerabilidad jurídica en términos de resultado puede llevar a adoptar un enfoque de protección por la vía de la beneficencia al vulnerado lo que dependería de una función más bien paternalista del Estado. El enfoque de protección por la vía del empoderamiento al sujeto mediante el reconocimiento de derechos fundamentales (11), en cambio, se corresponde con un Estado de Derecho que garantiza las libertades de las personas y cuyo fundamento político-filosófico se puede vincular a la ética discursiva como la de Habermas a la que hacíamos referencia en el marco filosófico.

El enfoque de los derechos humanos para abordar la juridificación del principio de respeto de la vulnerabilidad de personas o grupos, por lo tanto, puede encontrar en la teoría ético-discursiva una justificación racional, procedimental e intersubjetiva de la protección de la vulnerabilidad en sentido jurídico en el marco del modelo democrático del Estado de Derecho. Esta justificación racional del Estado de Derecho, bajo el entendimiento dialógico formal, parte del principio del reparto originariamente igualitario de bienes, derechos y cargas entre los miembros de una sociedad. Así en el caso de las personas y grupos vulnerables, el principio del reconocimiento igualitario de bienes, derechos y cargas en el punto de partida de la sociedad, no justifica el que estas personas o grupos por el hecho de poseer ciertas características, sean innatas (edad, etnia, género, etc.) o adquiridas (pobreza, creencias, migración, etc.), no puedan participar en pie de igualdad en el desarrollo y materialización de sus derechos como cualquier otro sujeto de derecho en la sociedad. Tal situación exige, bajo el principio formal y material de igualdad, que el Estado corrija el acceso equitativo al disfrute de los derechos de aquellos que están en una desventaja que resulta arbitraria soportar.

Sin embargo, hay quienes, desde una perspectiva crítica[iv], sostienen que el propio modelo liberal de Estado de Derecho, con la promoción de una autonomía racional abstracta e individualista, es el que incentiva la vulnerabilidad de individuos y grupos específicos, en la medida que descuida las dimensiones concretas y particulares de la vida de los vulnerables (pertenencia a una cultura, una etnia, una religión, una comunidad específica de intereses y valores, etc.) que es, precisamente, donde se ponen en juego las desventajas materiales. Así, pues, adoptar un enfoque abstracto y ahistórico de la vulnerabilidad de los individuos en la sociedad puede conducir a una rigidización de las categorías de estos grupos que puede implicar un efecto paradójico, esto es, el de aumentar la segregación y discriminación.

Por esto mismo, es importante la consideración de las desigualdades concretas de los individuos en la sociedad, lo cual plantea tres cuestiones claves para la definición de vulnerabilidad jurídicamente relevante en un sentido histórico y situacional: (i) son necesarios datos objetivos e interdisciplinarios para determinar qué grupos son vulnerables y respecto de qué; (ii) la definición de un grupo vulnerable es dependiente de las circunstancias y condiciones históricas de la sociedad, por lo tanto, su definición es fluctuante y dinámica; (iii) las situaciones de vulnerabilidad injustas deben ser corregidas para permitir el acceso igualitario de derechos a los individuos de un grupo vulnerable más que para el acceso al disfrute de derechos de un grupo.

iv Algunos de los discursos críticos al concepto de vulnerabilidad en el modelo del Estado liberal de Derecho están representados por las siguientes corrientes: *Critical Legal Studies, Critical Race Theory*, la teoría crítica feminista y *Gay and Lesbian Movement.*

Respecto de esta última cuestión, es importante destacar que la reivindicación de un trato diferenciado al Estado, fijo o inamovible y en términos de derechos colectivos más que individuales, por parte de grupos vulnerables puede traer consigo algunas dificultades que se habrá de tener en cuenta para elaborar las políticas y medidas concretas de protección de la vulnerabilidad: (i) dificultad en la relación entre vulnerable y los miembros del grupo vulnerable, porque el primero puede verse más afectado en sus desventajas particulares por la compensación al grupo, o bien, a la inversa, porque las medidas de corrección para el grupo benefician al individuo no vulnerado perteneciente al grupo vulnerable; (ii) evitar caer en el dilema de la diferencia, pues, tratar a las personas de modo distinto puede estigmatizarlas, pero tratar a todos por igual sin corregir las diferencias injustas puede también estigmatizar a quienes las padecen; (iii) evitar caer en el dilema de la igualdad, pues, imponer un criterio ético-jurídico correctivo respecto de un grupo de la sociedad puede evitar desigualdades injustas, pero una extensión excesiva del mismo criterio puede generar discriminaciones injustas para otros grupos (12).

Tales dificultades en la definición de la situaciones de vulnerabilidad y las medidas de protección deben ser tenidas en cuenta no sólo por el legislador, quien debe conocer bien los límites de una política legislativa, sino también por el orden judicial que está llamado a garantizar la adecuación de las medidas oportunas para los casos particulares de los individuos vulnerables y vulnerados, para lo cual se requiere establecer vínculos entre los criterios legislativos y jurisdiccionales como garantía de acceso al disfrute de los derechos por parte de estos individuos.

De acuerdo a lo planteado, si la vulnerabilidad política-jurídica relevante se acredita en términos formales cuando no se da una igual oportunidad de acceder al disfrute de bienes y derechos por los individuos de un colectivo, es necesario adentrarse en las causas concretas de la vulnerabilidad, teniendo en cuenta las restricciones situacionales de los individuos señaladas en los párrafos anteriores. En este orden de ideas, una clasificación de la causas de la vulnerabilidad debe comprender que éste es un fenómeno dinámico y multifactorial y que dentro de los factores causales, el económico, tiene una incidencia transversal a todos ellos, agravando los perjuicios de otras situaciones de vulnerabilidad específica.

Teniendo en cuenta esto, podemos clasificar las causas de la vulnerabilidad en los siguientes grupos que son aquellos en los que se ha desarrollado principalmente políticas jurídicas de protección a nivel de Estados nacionales y Comunidad Internacional: (1) vulnerabilidad por razones físicas objetivas: i) vulnerabilidad por causa de edad (vulnerabilidad de niños, adolescentes y jóvenes, y ancianos); ii) vulnerabilidad por razones de discapacidad física, sensorial o psíquica o por enfermedad. (2) Vulnerabilidad por razones ideológicas, tradición cultural indígena, y socio-culturales: i) vulnerabilidad por confesionalidad religiosa; ii) vulnerabilidad por etnia; iii) vulnerabilidad por pertenencia a pueblos originarios o indígenas; iv) vulnerabilidad por razón de género; v) vulnerabilidad por orientación sexual; vi) vulnerabilidad por pobreza o razones económicas. De algunos de estos grupos realizaremos una descripción de las causas de vulnerabilidad e indicaremos los instrumentos internacionales de derechos humanos que garantizan los derechos de sus miembros.

4.1. Vulnerabilidad en menores de edad

Los menores de edad son un grupo en situación de vulnerabilidad porque son personas en un proceso complejo de desarrollo físico, psíquico, moral y social, por lo tanto, son sujetos dependientes que requieren de especial atención, cuidado y protección por parte de los responsables naturales (los padres) y las instituciones y organismos del Estado. De tal modo que las acciones de protección y promoción de los derechos humanos y las libertades fundamentales de este colectivo constituye un factor relevante en el desarrollo integral de estos individuos, cuyo fin es que éstos lleguen a ser personas adultas y responsables capaces de hacerse cargo de las generaciones venideras que, a su vez, integrarán una sociedad (13).

El principal instrumento jurídico del derecho internacional de derechos humanos que protege a este colectivo es la *Convención sobre los Derechos del Niño* (1989). La visión del niño que adopta este tratado se orienta a superar la *concepción tuitiva de los derechos del niño* –propia de las dos declaraciones internacionales anteriores relativas a los menores que tomaban al niño sólo como beneficiario de ciertos bienes mínimos (alimentos, medicinas, cuidados, afecto, etc.) y sujeto de protección respecto a su integridad física y psíquica (malos tratos, tortura, explotación laboral, etc.)[v], para dar paso a una *concepción más integral* que comprende al niño ya no sólo como un sujeto pasivo de derechos sino como un sujeto activo de derechos (libertad de conciencia, pensamiento y religión, libertad de expresión e información, libertad de asociación y reunión, derecho de participación, etc.).

La Convención se puede leer siguiendo tres principios: protección, provisión y participación. *Provisión* quiere decir que se garantizan los derechos a acceder a ciertos bienes y servicios necesarios, tales como el derecho a crecer y a desarrollarse con plenitud (art. 6), el derecho a la salud (art. 24), el derecho a la educación (art. 29 y 29), el derecho a beneficiarse de la seguridad social (art. 26). El principio de *protección* tiene que ver con aquellos derechos que le garantizan su integridad frente a cualquier acción u omisión que pueda perjudicar su normal desarrollo, por ejemplo, el abandono y los malos tratos (art. 19) o la explotación (art. 32 a 36). La *participación*, por último, tiene que ver con todos aquellos derechos personalísimos, tales como la libertad de expresión, pensamiento y conciencia, de asociación y el derecho a la intimidad (art. 12 a 16). Finalmente, cabe destacar que el principio que vertebra a este instrumento es el "*interés superior del niño*". Aunque la Convención no define el principio, éste debe guiar, como un derecho sustantivo, un principio interpretativo y procedimental, todas las acciones que afecten a los niños y niñas, sean tomadas éstas por actores públicos como instituciones sociales, tribunales, autoridades administrativas y cuerpos legislativos o por actores privados como las organizaciones sociales.

4.2. Vulnerabilidad de las mujeres

En cuanto a la mujer como colectivo en situación de vulnerabilidad, sin duda, el factor causal determinante ha sido el socio-cultural e histórico, lo que ha significado para la mujer profundas desventajas materiales y simbólicas tanto en el ámbito público como en el privado. Las dimensiones en los que se expresa la vulneración y la vulnerabilidad

v El Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño dice que "*Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959 y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño*".

de la mujer se pueden agrupar en: (i) materia retributiva económica por el tiempo y esfuerzo dedicado a las tareas domésticas; (ii) oportunidad y acceso laboral igualitario y la discriminación salarial; (iii) participación política igualitaria; y (iv) adscripción a la mujer a funciones sólo del ámbito privado (14).

La igualdad de derechos entre hombres y mujeres ha sido una de las bases programáticas de la Organización de Naciones Unidas (ONU) desde su Carta fundacional. Este objetivo es reafirmado en el Preámbulo y en uno de los Propósitos de la Carta (art. 1) en relación con la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario. En 1946 se creó la Comisión sobre la Condición Social y Jurídica de la Mujer, dependiente del Consejo Económico y Social. De su trabajo salió la *Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer* de 1952 (derechos políticos: derecho a voto y a ser elegidas). Luego, en 1952, elabora la *Convención sobre la Nacionalidad de la Mujer Casada*, y, finalmente, en 1962, la *Convención sobre el Consentimiento para el Matrimonio.*

En la década de 1960, los profundos cambios sociales y económicos impulsaron la aprobación del documento fundacional para la protección de la mujer: la *Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer* de 1967. Al año siguiente, en la Conferencia de Teherán sobre Derechos de la Mujer, se fijó un programa de acción que destacó temas de derechos reproductivos (acceso a métodos contraceptivos), acceso a la educación y formación necesaria para la participación social y política. Es sobre la base de esta Declaración y el Plan de Acción Mundial (Conferencia Mundial de México 1975) que se elaboró por la Comisión de la ONU recién mencionada, se emite el instrumento vinculante sobre este grupo vulnerable: la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1979 y que entró en vigor como tratado internacional en 1981.

Esta Convención en su Preámbulo reconoce explícitamente que las mujeres siguen padeciendo importantes discriminaciones que violan el más alto principio de la igual dignidad de todos los seres humanos. Esta situación dificulta la participación de la mujer en las mismas condiciones que el hombre en la vida política, social y cultural, y, además, constituye un obstáculo para el bienestar de la sociedad y la familia y para el desarrollo de la mujer y su aporte a la sociedad y a la humanidad. La Convención define la discriminación en esta materia como "*toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce y ejercicio por la mujer, independiente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esfera política, económica, social cultural y civil o en cualquier otra esfera*".

La Convención está estructurada en tres aspectos esenciales de la situación de vulnerabilidad de la mujer: (i) los derechos civiles y la condición jurídica y social de la mujer (art. 7 al 16); (ii) los derechos relativos a la reproducción (art. 5, 10h y 16e); (iii) los derechos específicos relativos a la eliminación de la discriminación de la mujer debida a los patrones culturales masculinos dominantes generadores de prejuicios y prácticas consuetudinarias (v. gr. art. 5a y 10c). En los art. 17 a 22 de esta Convención se regula el funcionamiento del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y, mediante el Protocolo Facultativo a la Convención (1999), en vigor el 2000, el sistema de denuncias ante el Comité.

4.3. Vulnerabilidad en pueblos originarios o indígenas y minorías

De entre los grupos vulnerables, por último, quisiéramos destacar a los pueblos originarios o indígenas y a las minorías. Lo primero que habría que señalar es que ha existido la tendencia a confundir los derechos de las minorías y los derechos de los pueblos indígenas (15). Si bien ambos tienen en común ser derechos de colectivos, poseen características específicas que requiere un tratamiento distinto. La doctrina sobre las minorías étnicas se centra en derechos tanto colectivos como individuales, por ejemplo, el respeto a la lengua o a la educación. La doctrina sobre los derechos de los pueblos indígenas está fundada, en cambio, principalmente, en el derecho colectivo a la tierra, pues, la tierra es la base de su subsistencia comunitaria del grupo indígena en todos los sentidos, lo que justifica el reclamo a la autodeterminación para defender estos derechos colectivos. Un experto de Naciones Unidas describe las minorías como "un grupo numéricamente inferior al resto de la población de un Estado, en una posición de no dominio, cuyos miembros –siendo nacionales del Estado– poseen características étnicas, religiosas o lingüísticas diferentes del resto de la población y muestra, aunque sea implícitamente, un sentido de solidaridad, orientado a preservar su cultura, tradiciones, religión o lenguaje".

Los pueblos indígenas, según la *Convención sobre Pueblos Indígenas y Tribales* (1991) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), son definidos en el artículo 1º en los siguientes términos: "*1. El presente Convenio se aplica a: (a) pueblos tribales en países independientes cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la comunidad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por regulaciones o leyes especiales; (b) los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o una región geográfica a la que pertenece el país, en el momento de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, con independencia de su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas. 2. La autoidentificación como indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que las disposiciones del presente Convenio rige*".

Se distinguen tres fases en la legislación internacional sobre temas étnicos de minorías y pueblos indígenas (16). En la 1ª fase no hay un desarrollo normativo para estos colectivos. En efecto, la Carta de la ONU y la Declaración Universal de Derechos Humanos no hacían referencia alguna a las minorías, pues el foco de atención no estaba en los derechos colectivos, sino en los derechos individuales. Antes de la 2ª Guerra Mundial, los desarrollos legales realizados por la Liga de las Naciones fueron mucho más allá que la ONU porque, precisamente, los conflictos históricos que dieron lugar a la 1ª Guerra Mundial fueron motivados en parte por minorías étnicas. Para el sistema de los derechos humanos de la ONU, en cambio, en la medida que estaba centrado en la idea del Estado, la soberanía y la no interferencia en los asuntos interiores de cada Estado, le resultaba anacrónico referirse a identidades locales. Dicho sistema sólo consideró a las minorías por la vía procedimental de la Sub-Comisión sobre Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías, dependiente de la Comisión de Derechos Humanos. El mayor avance en relación con estos colectivos se hizo desde OIT que en 1957 dictó la *Convención sobre la Protección e Integración de los Pueblos Indígenas y Tribales o Semi-Tribales en la Países Independientes*.

La 2ª fase comienza tomando como punto de partida el crucial artículo 27 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) de 1966, en vigor a partir de 1976, que dice: «En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les

corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma». En los años siguientes, no es mucho lo que se avanzó en el orden internacional en la consagración de estos derechos, salvo lo desarrollado por el Acta Final de Helsinki de 1975 de la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE) que, sin duda, fue un hito importante para los futuros trabajos sobre derechos de minorías a nivel europeo. Por otra parte, quien más podía estar sensibilizado sobre las minorías, el Comité sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, centró su trabajo en la cuestión del Apartheid, sin distinguir esta segregación racial impuesta por el Estado de las reivindicaciones de minorías por sus derechos culturales.

Es en la 3ª fase, iniciada a fines de los 80, cuando surge un derecho internacional propio de las minorías. El Consejo de Europa dictó en 1992 la *Carta Europea de las Lenguas Minoritarias o Regionales* y la *Convención Marco sobre Minorías Nacionales*. Por su parte, la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa en el Documento de Copenhague sobre la Dimensión Humana hace un fuerte reconocimiento a los derechos de las minorías, creando el Alto Comisionado para las Minorías Nacionales. Respecto de los derechos de los Pueblos Indígenas, la Convención de la OIT de 1991 fue un paradigma sobre el tema hasta llegar a la reciente *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* de 2007.

Hasta los inicios de los años 1990, en el sistema de derechos humanos, no resultaba fácil saber dónde comenzaban los derechos de minorías y donde terminaban, pues éstos se movían entre las normativas sobre no discriminación y las normativas directamente referidas a las minorías, lo que dificultaba mucho la precisión de estos derechos. Por otro lado, surgen complejidades vinculadas a las relaciones entre los individuos y la comunidad. La doctrina tradicional de los derechos humanos dice que los derechos colectivos no pueden sobreponerse a los derechos individuales, pero sí a la inversa.

La Naciones Unidas en 1993 promulgó la *Declaración sobre los Derechos de las Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas y Lingüísticas*, cuya fuente de inspiración es el artículo 27 del PIDCP. Esta declaración exige a los Estados proteger la existencia e identidad de estas minorías dentro de su territorio y fomentar las condiciones para la promoción de esta identidad. Concede a las personas pertenecientes a estas minorías el derecho a disfrutar de su propia cultura, a profesar y practicar su propia religión y a utilizar su propio idioma, en privado y en público, libremente y sin injerencia ni discriminación de ningún tipo. Asimismo, tendrán derecho a participar efectivamente en la vida cultural, religiosa, social, económica y pública, como también, en las decisiones a nivel nacional y/o regional respecto de la minoría a que pertenezcan o de las regiones que vivan, pero siempre y cuando no sea incompatible con legislación nacional. En este documento no se habla ni de autodeterminación ni de autonomía. Sólo se podría interpretar la idea de autodeterminación en el sentido del proceso democrático de diálogo al interior de un Estado.

El tan ansiado documento de Naciones Unidas sobre los pueblos indígenas finalmente vio la luz en el 2007, titulado *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (17)*. En esta Declaración se destaca en su Preámbulo el reconocimiento a las injusticias históricas que estos pueblos han padecido, por el hecho de haber sido desposeídos de sus tierras y haber impedido su libre desarrollo. Refuerza, además, la idea de respetar y promover, no sólo sus tradiciones y cultura, sino también y "especialmente" los derechos a sus tierras (comprende territorios y recursos), situando así a este derecho como un principio central de los derechos de los pueblos indígenas.

Finalmente, destaca este instrumento el hecho que las culturas y las prácticas tradicionales indígenas contribuyen al desarrollo sostenible y equitativo y en equilibrio con el medio ambiente. En su parte resolutiva, luego de los dos primeros artículos de principios generales (igualdad y no discriminación), en el artículo 3º establece el derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas. Este es un derecho que faculta al colectivo parar determinar su condición política y perseguir libremente su desarrollo económico, social y cultural. Es, por lo tanto, el principio dinámico que moviliza el principio del derecho a la tierra. En este documento se establece un expreso derecho a la autonomía (art. 4º), pero se entiende como un derecho de autogobierno en las cuestiones relacionadas con asuntos internos y locales y autonomía de financiamiento. El ejercicio de este derecho a la autodeterminación faculta a estos pueblos a conservar sus instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, pero, a su vez, manteniendo el derecho de participar plenamente en la vida política, económica, social y cultural del Estado.

5. Conclusiones

La vulnerabilidad demanda la consagración ética y jurídica del principio de respeto por la vulnerabilidad, el cual, a su vez, hace emerger un derecho que exige para su ejercicio, considerar ciertas reglas de justicia distributiva: distribución equitativa y justa de beneficios y cargas; trato igualitario, independientemente de la condición social, económica e intelectual; distribución equitativa de privilegios y oportunidades; y administración justa de los niveles de coacción estatal. Esto evitaría la discriminación en el acceso a bienes y servicios sociales (como educación y salud) sin perjuicio de la condición u origen de un individuo, respetando así también, su dignidad, autonomía e integridad.

En concordancia con lo anterior, y desde un punto de vista ético y jurídico, la integridad se encuentra conectada con la noción de vulnerabilidad, la cual posiblemente constituye el fundamento de todo sistema moral y legal, ya que la vulnerabilidad del ser humano es quizás el real sustrato ontológico para la regulación de sus actividades y la configuración y regulación de las instituciones sociales. La organización jurídica y legal de las instituciones, los principios legales y las reglas legales concretas de cualquier sistema tienen como objetivo la protección de la persona en virtud de su vulnerabilidad intrínseca, la cual es confrontada con la posibilidad de destrucción o intervención externa. Es tarea de la regulación legal, por ejemplo, y también constituye materia constitucional, el proteger al más débil, al más pobre y al más falible contra la discriminación y destrucción operada por otros grupos sociales. Así, una sociedad democrática y pluralista considera en su marco jurídico, el castigo para aquellos que haciendo uso de su eventual posición, poder, categoría o posibilidades, abusen de otros de manera arbitraria y desproporcionada. El principio de vulnerabilidad, entonces, contribuye a otorgar al concepto de dignidad un contenido más concreto, y de ese modo se manifiesta como fundamentalmente presente en la regulación de las instituciones sociales y posiblemente como fundamento de todo sistema moral y ordenamiento jurídico (3).

Referencias

1. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris1966.
2. Ricoeur P. Finitude et culpabilité. Paris1961.
3. Rendtorff JD, Kemp P. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability--towards a foundation of bioethics and biolaw. Medicine, health care, and philosophy. 2002;5(3):235-44. PubMed PMID: 12517031.
4. Patrão M. Article 8: Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 2009.
5. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7° Edicion ed: New York, Oxford University Press; 2013.
6. Valdes E. Bioderecho, genética y derechos humanos. Análisis de los alcances jurídicos del Bioderecho europeo y su posible aplicación en Estados Unidos como fuente de derechos humanos de cuarta generación. Universitas, Revista de Filosofía, Derecho y Política 2013.
7. Valdes E. Bioderecho, daño genético y derechos humanos de cuarta generación. In: Comparado BMdD, editor. Mexico: UNAM; 2015.
8. Millum J, Emanuel E. Global Justice and Bioethics. 2012.
9. Cardona O. The need for rethinking the concepts of vulnerability and risk from a Holistic Perspective: A necessary review and criticism for effective risk management. In: Chapter 3 of the book "Mapping Vulnerability: Disasters DaP, 2003 GB, G. Frerks, D. Hilhorst, editors. 2004.
10. Suárez L. Caracterización de las personas y grupos vulnerables. Protección jurídica de las personas y grupos vulnerables. Asturias: Universidad de Oviedo; 2013.
11. Nussbaum M. Las mujeres y el desarrollo humano. Barcelona: HERDER; 2003.
12. Minow M. Making All the Difference. 1990.
13. Villagrasa C. Los Derechos de la infancia y de la adolescencia: congresos mundiales y temas de actualidad. . Barcelona2006.
14. López de la Vieja M. Bioética y feminismo. Estudios multidisciplinares de género. Barrios O.; Figueruelo AV, C. & Carbajo, J. , editor. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2006.
15. Kugelmann D. The Protection of Minorities and Indigenous Peoples Respecting Cultural Diversity. Wolfrum AvBaR, editor: Max Planck Yearbook of United Nations Law; 2007.
16. Thornberry P. Indigenous Peoples and Human Rights: Manchester University Press; 2002.
17. Berraondo M, al. E. La Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas: punto y seguido. Barcelona2008.

Acerca de los autores

Erick Valdés, PhD

Doctor y Postdoctorado en Bioética, Georgetown University, USA. Postdoctorado en Bioderecho, Washington College of Law, USA. Master of Arts (Bioethics), Georgetown University, USA. Director Cátedra Internacional de Bioderecho, UDD. Profesor Titular, Centro de Bioética y Observatorio de Bioética y Derecho, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Adjunct Research Professor, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, USA. Visiting Professor, American University of Sovereign Nations, UNESCO, USA. Presidente International Network of Biolaw. Autor de 12 libros (5 de ellos en inglés) y más de 60 artículos publicados, en español e inglés, en revistas internacionales de corriente principal, sobre bioética, bioderecho, derechos humanos, y filosofía política, entre otras materias. Email: erickvaldes@udd.cl, erv7@georgetown.edu.

Juan Alberto Lecaros, PhD

PhD de la Universidad Complutense de Madrid, España. Magíster en Bioética, Instituto Borja de Bioética, Universidad Ramón Llull, España. Abogado, Universidad de Chile. Bachiller en Filosofía, Pontificia Universidad Gregoriana de Roma, Italia. Director Observatorio de Bioética y Derecho, Universidad del Desarrollo. Profesor Asociado, Centro de Bioética, Universidad del Desarrollo. Autor de capítulos de libros y artículos sobre bioética y bioderecho, publicados en revistas internacionales de corriente principal. Email: albertolecarosurzua@gmail.com.

SECCION II

Curso de Vida

Capítulo 1

Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento

Michelle Sadler, MSc

Profesora Asistente, Universidad de Chile, Departamento de Antropología y Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido; Co-directora e Investigadora Fundación CulturaSalud

Gonzalo Leiva, MSc

Profesor Asistente, Universidad de Santiago de Chile

Resumen

El presente capítulo explora una vulnerabilidad invisibilizada en la investigación en salud hasta hace pocos años que dice relación con el excesivo intervencionismo médico en la atención de nacimientos y sus efectos negativos en la salud de mujeres e infantes. Se plantea que en la atención del nacimiento el sistema de salud actúa como un determinante social clave de la salud, que debe ser analizado desde un foco que incorpore las relaciones de poder que se configuran al dar forma a los modelos de atención. Se describen los efectos adversos en salud del intervencionismo innecesario en la atención de nacimientos, las recomendaciones y políticas que han intentado frenar esta tendencia, y algunas experiencias específicas de contención de la medicalización excesiva del parto.

Palabras clave: Mortalidad materna, medicalización, cesárea, intervenciones obstétricas, determinantes sociales de la salud.

1. La estabilización de la mortalidad materna y visibilización de la medicalización del nacimiento

Durante el siglo XIX, en Chile (y en otros países de la región y del mundo), la asistencia del parto vivió una de sus transformaciones más radicales. Hasta entonces, gestar y parir eran experiencias que se asociaban a la mortalidad materna, principalmente a causa de infecciones puerperales y hemorragias. Según señala el estudio historiográfico más importante realizado en nuestro país en torno a la asistencia del nacimiento en Chile, realizado por María Soledad Zárate, las razones anteriormente esgrimidas hicieron que la asistencia sanitaria del parto se convirtiera en una preocupación social y especialmente médica, en el Chile del siglo XIX. Fue en este período que comenzó la formación de matronas profesionales y de obstetras, con el objetivo de detener la mortandad asociada al nacimiento en el país. Y fue asimismo en este período que el parto fue paulatinamente dejando de ser asistido por parteras empíricas (no profesionales) y fue transitando desde el reino de lo natural –comunitario, normal, fisiológico- al de lo médico –hospitalario, intervenido, patológico- (1). No obstante lo anterior, la partera coexistió con la matrona durante mucho tiempo, y las autoridades no tenían problemas con aquello, basados fundamentalmente en la cobertura asistencial que permitía dicha coexistencia. En 1957, en nuestro país el 60,8% de los nacimientos ya era atendido por profesionales y esta cifra alcanzó el 99% en el año 1990 (2).

Durante la última mitad de siglo, la tasa de mortalidad materna en Chile transitó desde 293,7 por 100.000 nacidos vivos en 1957, a 18,5 por 100.000 nacidos vivos en 2011, lo que se explica principalmente por el aumento del nivel educacional de las mujeres y mejora del sistema sanitario. En el 2008 Chile era uno de los países en el continente americano con la tasa más baja de mortalidad materna, sólo por debajo de Canadá, con cifras muy por debajo del promedio continental (3, 4).

Durante el siglo XXI la mortalidad materna ha seguido siendo foco de preocupación en todo el mundo. Uno de los 8 Objetivos del Milenio planteados por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000 fue el de reducir la tasa de mortalidad en el mundo en un 75% para el año 2015 en relación a las tasas de 1990. Esto le significaba a Chile transitar desde 39,8 a 9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (de 1990 a 2015) (5). Ya cumplido ese plazo, la meta no se logró en Chile, ya que desde el año 2000 la tasa de mortalidad materna no ha disminuido y se ha mantenido constante, lo que ha sido denominado como *mortalidad materna residual* (2), una

mortalidad que no responde a programas ni a políticas de salud. Se han planteado diversas explicaciones, entre ellas: la maternidad excesivamente postergada, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, e incluso algunos autores han señalado la excesiva medicalización como un factor sobre el cual poner atención (4).

Es en dicha *excesiva medicalización* donde nos interesa detenernos, entendiendo por el concepto de medicalización un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos aconteceres ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos en gran medida, a través de técnicas y concepciones biomédicas. Esta medicalización supone no sólo convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas, como fue y es el caso de la hiperkinesis infantil, sino convertir en problema quirúrgico la situación de parto a través de la generalización de la cesárea en países como México, donde un alto porcentaje de los partos en las instituciones oficiales y privadas se hacen a través de cesáreas innecesarias (6).

Siguiendo esta definición, se podría plantear que el proceso de nacimiento fisiológico que sólo debiera contar con intervenciones médicas cuando deviene en patológico. No obstante lo anterior, el *manejo* actual del trabajo de parto implica la gran mayoría de las veces la utilización de sets rutinarios de procedimientos e intervenciones tanto en mujeres de bajo como de alto riesgo obstétrico, y en trabajos de parto que presentan y que no presentan complicaciones. Se estima que las gestaciones de alto riesgo representan en Chile entre un 20 y 30% del total, y son responsables de más del 80% de los resultados maternos y perinatales adversos (7). Es decir, entre el 70 y 80% de las gestaciones son de bajo riesgo y no necesitarían intervenciones de rutina.

En la atención de mujeres que no presentan factores de riesgo ni patologías –que debieran ser entre un 70 y 80%- y cuyos trabajos de parto no presentan complicaciones médicas, la evidencia científica actual desaconseja el uso de muchos de los procedimientos e intervenciones que en Chile se practican de forma rutinaria (8). Nos referimos por ejemplo, a la inmovilización de la mujer en la cama con monitoreo electrónico continuo (que previene el movimiento y deambulación), la prohibición de ingerir alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, el no permitir el acompañamiento de personas de la elección de la mujer durante el trabajo de parto y parto, la inducción y conducción oxitócica, la anestesia peridural, rotura artificial de membranas, episiotomía, posición litotómica en el parto, entre otras. Cada uno de estos procedimientos expone a otros, lo que ha sido definido como la *cascada de intervenciones*, por ejemplo: el uso de anestesia peridural generalmente motiva a usar oxitocina, cuya principal complicación iatrogénica es el hipertono uterino (aumento del tono muscular del útero que puede reducir el flujo de sangre hacia el feto), la taquisistolía (exceso de contracciones) y la hipoxia fetal (déficit de oxígeno en el feto), que pueden finalmente conducir a una cesárea. Es en este sentido que la excesiva medicalización del nacimiento expone a las mujeres a efectos iatrogénicos, entendidos como los efectos nocivos en la salud de las personas por efecto de la medicina.

Un estudio en dos grandes maternidades de la Región Metropolitana realizado en 2010-2011 nos muestra que un 92,7% de los partos tuvieron intervenciones como inducción artificial del trabajo de parto, rotura artificial de membranas y episiotomía, entre otras (9). Durante la década pasada Chile fue el cuarto país a nivel mundial con más cesáreas, probablemente el indicador más claro para visibilizar el excesivo intervencionismos médico del nacimiento, y hoy es el tercero de los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), según un informe que sólo considera los partos del sistema público (10).

En el año 2012, el 49,3% de los partos se resolvieron por medio de una cesárea en Chile, en el contexto de que la Organización Mundial de la Salud señala que a nivel de población, las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas a una reducción de la mortalidad materna y neonatal y que estas cirugías son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos (11). Esta alta tasa de cesáreas tiene la particularidad, además, de presentar grandes diferencias entre el sector público y privado, 39,4% y 71,8% respectivamente (2012)[i]. La mayor paradoja es que en el sector donde se atienden más cesáreas, están las mujeres más sanas. Y esto se pone aun más complejo y problemático en el escenario de que los partos en el sector privado han transitado durante la última década de un 20,9% (en el año 2000) a un 30,7% (en el año 2012)[ii]. De mantenerse dicha tendencia, las operaciones cesáreas podrían seguir aumentando. Ya en el año 1997, un estudio que analizó la tasa de cesáreas en Chile entre los años 1985 y 1994 señalaba que el aumento de estas cirugías en Chile se correlacionaba con el aumento de los nacimientos asegurados en el sistema privado, y no con factores biológicos de la población (12). En el 2000, un estudio que profundizó en la relación entre la alta tasa de cesáreas y el seguro privado de salud, recalcó la influencia de las fuentes de financiamiento en la vía final del nacimiento, y agregó que las jornadas de trabajo exigentes e itinerantes de los obstetras favorecía la planificación de los nacimientos como estrategia para poder gestionar el tiempo (13).

Sumemos a estos datos la gran variabilidad en el porcentaje de intervenciones y de operaciones cesáreas dentro del sistema público y dentro del privado, y queda claro que estas prácticas corresponden a factores que exceden los estrictamente *médicos*. Como ejemplo, en Chile en el año 2013 el Servicio de Salud Aconcagua tuvo un 56,4% de cesáreas mientras que el Servicio de Salud Metropolitano Norte tuvo un 26,5% (datos del sistema público de salud). En un país de 4.329 kilómetros de longitud las cifras más alta y más baja de cesárea se presentaron en Servicios de Salud distanciados en solo 100 kilómetros. No hay posibilidad de explicaciones médicas que justifiquen esta diferencia. Más interesante aún es lo que pasa en hospitales públicos que prestan la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), en donde cada mujer cuenta con una matrona y un obstetra igual que las mujeres con seguro privado. Se observan en ambas modalidades tasas de cesáreas muy dispares –que pueden hasta duplicarse- pese a que la institución es la misma, el equipo de médicos y matronas/es es el mismo, y la población también. ¿Qué cambia entonces en ese escenario?, los incentivos económicos y las condiciones organizativas del trabajo.

i Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile.

ii Información elaborada por los(as) autores(as) en el marco del proyecto FONIS SA13I20259, a partir de informes REM solicitados vía Ley de Transparencia al MINSAL, y de bases de datos de acceso público disponibles en http://www.deis.cl.

2. El sistema de salud como determinante social de la salud

A partir del desarrollo anterior, queda claro que estamos hablando de culturas de práctica médica y condiciones organizativas de la atención sanitaria que inciden en los indicadores de salud de la población. Es en este contexto que resulta de gran relevancia analizar nuestro propio sistema de salud como determinante social de salud, entendiéndolo más allá de la definición normativa que señala a los sistemas como "todas aquellas actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud", sino también como "el resultado institucional del juego de fuerzas y tensiones sociopolíticas, donde la respuesta organizada a las necesidades de salud debe negociarse con múltiples intereses de los actores, en el complejo de relaciones y decisiones involucradas" (14).

Las definiciones de la OPS y OMS sobre lo que es un sistema de salud, ponen el foco en "la industria de prestación de servicios" que se hace cargo de las expectativas de la población, pero sin involucrarla o validarla como parte del sistema de construcción-protección de la salud, sin incluir una mirada socio-política y menos describir las relaciones de poder que se configuran en la atención de salud. Estas relaciones de poder se juegan en distintos niveles: entre los paradigmas de salud que coexisten en un determinado territorio (biomedicina versus otros modelos de atención), entre los sistemas público y privado de atención, en los territorios de las distintas especialidades (y colegios o asociaciones) médicas, en la relación entre profesionales biomédicos de atención de salud y usuarios/as, entre muchos otros.

"Quién decide la vía del parto es uno, no la mujer", señaló un obstetra entrevistado como parte de un proyecto de investigación en curso[iii], cita que confirma el gran poder y hegemonía médica en el proceso de toma de decisiones y del tipo de información que se entrega a la población. Sin poner en duda que el equipo médico cuenta con el conocimiento técnico para intervenir en caso de complicaciones, podemos cuestionar el tipo de información y de decisiones que se toman en la atención obstétrica. Por ejemplo, en el sistema privado, donde se concentra el mayor porcentaje de las cesáreas hoy en día, existen grandes diferencias entre equipos médicos que promueven la cesárea y aquellos que promueven el parto vaginal, no así en el sistema público donde las políticas ministeriales empujan a los equipos a contener el exceso de intervenciones y de cesáreas.

Desde mediados de la década del 70 se vienen estudiando las formas en que los sistemas sanitarios influyen en la salud de las personas. Lalonde señalaba en 1974 que los determinantes en salud son cuatro: estilos de vida, herencia genética, entorno, y sistema sanitario; y es al último al que se le atribuía menos importancia (15). Desde entonces y hasta ahora, si bien hay consenso en que los sistemas sanitarios constituyen un determinante social de la salud, se ha puesto poca atención en los mismos. La Estrategia Nacional de Salud Para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 presentado por el Ministerio de Salud de Chile (16), plantea en el Objetivo 5 reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud. En el texto se reconoce al sistema de salud como un determinante social en salud de nivel intermedio, sin embargo no se considera dentro de los más relevantes a abordar para lograr dicho objetivo.

iii Proyecto FONIS SA13I20259, liderado por los autores de este capítulo, titulado "Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: estudio exploratorio en salud pública y privada para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en Chile" (2014-2015).

La exposición a la excesiva intervención médica en la atención del nacimiento, con los efectos dañinos en salud que esto conlleva, no guarda relación con los factores clásicos que determinan inequidades en salud, como lo son el nivel socio económico, zona geográfica o pertenencia a pueblos originarios, entre otros. En este caso el sistema sanitario, en su totalidad, determina que la población se exponga a un exceso de intervenciones, sin discriminar por los factores de más frecuente uso a la hora de analizar inequidades y vulnerabilidad en salud. Estas intervenciones se comportan de maneras diferenciadas según las distintas formas de organización de la atención médica y estrategias de previsión de la salud (privada o pública), y según culturas de práctica médica locales de cada institución de salud e incluso de cada practicante. El sistema sanitario cobra así protagonismo como determinante social de salud.

3. Cuando el sistema de salud hace daño o protege en la atención del nacimiento fisiológico

Las determinantes sociales pueden tener efectos negativos o positivos en la salud de la población, pueden hacer daño o pueden proteger. Comenzaremos revisando algunas consecuencias reproductivas adversas para las mujeres que viven intervencionismo excesivo en la atención del parto y/o cesáreas. Las mujeres que son sometidas a más intervenciones durante el trabajo de parto son más propensas a tener un parto por vía cesárea y morbilidad asociada a la intervención (17-19). Los partos por cesárea se asocian con un aumento de dos veces en el riesgo severo de morbilidad materna comparada con partos vaginales (20). Las mujeres que tienen cesáreas programadas presentan riesgos aumentados postparto en paros cardíacos, hematomas producto de la herida, histerectomía, infecciones puerperales mayores, complicaciones derivadas del uso de anestesia, trombosis, y hemorragia, comparadas con mujeres que planearon partos vaginales (21). Presentan el doble de posibilidad de ser re-hospitalizadas comparadas con mujeres de partos vaginales, principalmente debido a un aumento de complicaciones de la herida e infecciones (22). Las consecuencias reproductivas en futuros embarazos y partos para mujeres que han tenido cesárea incluyen mayor posibilidad (que mujeres que no han tenido cesáreas) de presentar placenta previa, placenta acreta, desprendimiento de placenta, y ruptura uterina. Estas consecuencias adversas se incrementan a mayor cantidad de cesáreas que una mujer haya tenido (23). Un número de consecuencias psicológicas han sido documentadas en asociación al intervencionismo innecesario y la cesárea, como depresión y trauma posteriores a la cirugía, y efectos negativos en el apego madre-hijo, como también estrés post-traumático y angustia (23-25).

Ahora veamos qué pasa con el contacto con los/as recién nacidos/as. Las mujeres que viven cesáreas pueden tomar menos a sus bebés en brazos inmediatamente después del parto, tienen menos contacto piel a piel con los recién nacidos, y presentan tasas menores de lactancia exclusiva a los 3 y 6 meses postparto comparadas con mujeres que tuvieron partos vaginales (17). En Chile, la Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna, realizada en el año 2013, demostró que existe una asociación significativa entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva. Los niños o niñas que nacen por parto vaginal tienen lactancia materna exclusiva en un 59% de los casos, mientras que los niños o niñas que nacen por cesárea, alcanzan un 52,8% (26). ¿Y consecuencias para los bebés? La cesárea se relaciona con mayor morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, prematurez y mayor número de hospitalizaciones de los recién nacidos en unidades de cuidado intensivo neonatal (27-30). Recientemente, también se ha planteado que los bebés nacidos por cesárea desarrollarían más asma y alergias, gastroenteritis, diabetes Tipo 1, leucemia infantil, cáncer testicular, obesidad, esclerosis múltiple y problemas de desarrollo cerebral (31).

La evidencia disponible demuestra que el exceso de intervenciones médicas en el nacimiento y la vía de parto tienen impacto en la salud, lo cual nos invita a preguntarnos qué se ha hecho o se está haciendo en el mundo y nuestro país para enfrentar y responder a estos fenómenos. La Organización Mundial de la Salud desde hace tres décadas, en la Declaración sobre la Apropiada Tecnología del Nacimiento reconoce los peligros del excesivo intervencionismo médico en el proceso de parto (32). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en el Consenso de Cuidados Obstétricos publicado en 2014, recomienda aumentar el acceso a prestaciones no médicas, como el trabajo de parto personalizado y el acompañamiento continuo. Además reconoce que muchas mujeres podrían necesitar más tiempo de trabajo de parto y así lograr un parto vaginal en vez de una cesárea (33). En Chile, en el 2008 entró en vigencia en todo el territorio nacional el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, que considera la atención personalizada del proceso de nacimiento como un área relevante a considerar para promover el desarrollo infantil integral. En el mismo año se publicaron las nuevas normativas para la atención de la gestación y nacimiento en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (34), donde se recogen las recomendaciones internacionales para plantear un modelo de atención en el cual la familia y mujer gestante sean protagonistas y se reduzca el intervencionismo innecesario.

En países con niveles elevados de medicalización del nacimiento, como el nuestro, se ha visto en la última década que a pesar de la existencia de políticas y normativas para la atención del parto respetado, integral, personalizado o humanizado, los indicadores de intervenciones -como el porcentaje de cesáreas- siguen en aumento. Es el caso de Brasil y Argentina, por nombrar países vecinos que están viviendo procesos similares a los nuestros. Y se está viendo que son experiencias locales de algunas instituciones de salud las que logran generar modelos de atención que reviertan las tendencias. Usualmente estas experiencias dependen de un grupo comprometido de profesionales de atención de salud, que comulgan en los principios del parto respetado. Vamos a nombrar tres experiencias, en escalas diferentes. Por una parte, el Hospital Sofía Feldman, en la Secretaría Municipal de Salud de Bello Horizonte de Brasil, que atendió un poco más de 11.000 partos anuales durante 2013 y 2014 (más que cualquier maternidad chilena). Y por otra, las del Hospital de Villarrica, en la IX Región de Chile, donde se atendieron un promedio de 700 partos al año entre mediados del 2004 y mediados del 2010, y del Hospital de Limache que en 2013 asistió 174 nacimientos.

En el caso del Hospital Sofía Feldman, la enfermera obstétrica, símil de la matrona en nuestro país, ha adoptado un rol que enfatiza los aspectos psicológicos, emocionales y socioculturales de cada mujer, así como su contexto particular. En los partos de bajo riesgo se utilizan métodos no farmacológicos para el manejo del dolor en el trabajo de parto como masajes, ejercicios en el balón kinésico, duchas y bañeras, e incentivan a la mujer a caminar y moverse durante el trabajo de parto, acompañadas por sus parejas y/o doulas de la comunidad (35). Los resultados que han logrado son esperanzadores en un país que alcanza tasas de cesáreas por sobre el 50%. En los últimos tres años las tasas de cesáreas de este hospital no han superado el 25% de los nacimientos y los contactos piel con piel madre-hijo en la sala de partos se han logrado en al menos un 85% de los casos. Además, en 2014, tuvieron una tasa de episiotomías de sólo un 3,6%[iv]. El hospital está operando como proyecto piloto para que profesionales de la salud puedan realizar pasantías, y que así su modelo de gestión y atención sea replicado en diversas regiones del país.

iv Datos disponibles en: www.sofiafeldman.org.br [05.05.2015]

En el Hospital de Villarrica, en Chile, desde 2004 a la fecha se ha implementado un modelo de parto que favorece el movimiento libre de la mujer durante el trabajo de parto y parto, el uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor y el acompañamiento continuo. Los resultados entre mediados del 2004 y mediados del 2010 son una tasa de partos vaginales del 67% (10% mayor que el promedio del sistema público chileno), de los cuales un 83,4% han sido verticales, con una tasa de episiotomías promedio de sólo un 4% (36, 37). Por su parte, en el Hospital de Limache en el año 2013, los partos verticales representaron un 98% del total de nacimientos. Las mujeres tuvieron acompañamiento integral durante el preparto, parto y posparto en un 84% de los casos, un 70% no recibió oxitocina en ningún momento del proceso, un 67% no necesitó una vía venosa y a sólo el 1,1% de las mujeres se le realizó una episiotomía (38).

Además de experiencias institucionales, es importante considerar el poder de los y las usuarias de la atención en salud para incidir en los procesos de atención. La excesiva medicalización del parto ha sucedido en el contexto de la desautorización del saber de la población usuaria sobre la gestación y nacimiento. Sin embargo, cuando los/as usuarios/as se informan, es menos probable que vivan los efectos adversos del sobre-intervencionismo médico. Un estudio de la Universidad de Concepción del año 2006, realizado en el sistema público de salud, mostró que los programas de educación prenatal con enfoque en el parto fisiológico son una vía exitosa para promover los partos vaginales. En dicho estudio la intervención de la educación prenatal redujo las cesáreas desde un 27,3% en el grupo control a un 7,5% en el grupo intervenido (39). En el sistema privado de salud esto se confirma. Una encuesta aplicada a un grupo de 198 parejas de la Región Metropolitana que participaron en los últimos años en talleres de preparación al parto dictados por una matrona independiente, con enfoque de promoción del parto fisiológico, mostró que el porcentaje de cesárea fue de 26%. Si bien este estudio no contó con grupo de control, se puede comparar dicho 26% con el 71,8% de cesárea en salud privada a nivel país en el año 2012, observándose una importante disminución en la cesárea. Además, un 20% de las parejas encuestadas declararon haberse cambiado de equipo médico hasta encontrar al equipo que consideraran idóneo. Al preguntar por las razones del cambio de equipo médico, la mayoría respondió que fue porque dichos equipos no podían responder adecuadamente a su plan de parto, y de hecho un 77% de las parejas señaló que el curso les permitió establecer una conversación más horizontal con su equipo médico (40).

4. Conclusiones

Nadie pone en duda que los avances de la medicina en general, y de la obstetricia en particular, permiten salvar hoy vidas de mujeres y bebés que antes no sobrevivían. No obstante lo anterior, durante las últimas décadas el excesivo foco en prevenir y contener la patología asociada a la gestación y nacimiento han llevado a un nivel de intervencionismo innecesario en el control y atención de los procesos de gestación y nacimiento. Este proceso de medicalización está actualmente causando daños evitables en la salud de la población.

Desde el año 1985 la OMS ha expuesto los peligros del excesivo intervencionismo médico en el nacimiento, y nuestro país lo ha integrado en normativas y políticas desde el año 2008. A pesar de estas normativas, la implementación del modelo ha sido lenta y no se ha traducido en disminución de intervenciones evitables a gran escala. Si bien hay cada vez más iniciativas locales de implementación del modelo que se ha denominado como

personalizado, son pocas las que han sistematizado sus datos para generar evidencia científica que avale las buenas prácticas que están ocurriendo, y que demuestre los efectos iatrogénicos de las prácticas invasivas tanto en la salud física como psicológica de la población. Estamos ante un problema de salud pública que como sociedad aún no hemos dimensionado.

5. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- En Chile se ha estabilizado la mortalidad materna asociada al parto, y nuestros actuales indicadores son comparabales a los de algunos países desarrollados.
- En contraste, contamos con algunos de los indicadores de intervenciones obstétricas innecesarias (es decir, que no se justifican por razones estrictamente médicas) más altos del mundo, como una tasa de cesárea cercana al 50%.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- Las condiciones fisiopatológicas de la población no explican el exceso de intervenciones obstétricas. Estas últimas, se comportan de forma muy diferente entre el sistema público y privado, y a su vez, al interior de cada uno de estos sistemas.
- Lo anterior nos lleva a plantear que hay dimensiones del sistema sanitario como las condiciones organizacionales de la atención, los beneficios o incentivos económicos, las culturas de práctica médica, entre otros, que tienen una alta injerencia en la forma en que se construye y reproduce el modelo de atención de nacimiento en nuestro país.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social y para mejorar su estado de salud?

- La Organización Mundial de la Salud desde hace tres décadas, en la Declaración sobre la Apropiada Tecnología del Nacimiento reconoce los peligros del excesivo intervencionismo médico en el proceso de parto.
- El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en el Consenso de Cuidados Obstétricos publicado en 2014, recomienda aumentar el acceso a prestaciones no médicas, como el trabajo de parto personalizado y el acompañamiento continuo. Además reconoce que muchas mujeres podrían necesitar más tiempo de trabajo de parto y así lograr un parto vaginal en vez de una cesárea.
- En Chile, en el 2008 entró en vigencia en todo el territorio nacional el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, que considera la atención personalizada del proceso nacimiento como una área relevante a considerar para promover el desarrollo infantil integral.

- En el mismo año se publicaron las nuevas normativas para la atención de la gestación y nacimiento en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, donde se recogen las recomendaciones internacionales para plantear un modelo de atención en el cual la familia y mujer gestante sean protagonistas y se reduzca el intervencionismo innecesario.

4. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- El problema de la excesiva intervención médica del proceso del nacimiento es complejo, y en él interactúan diversas dimensiones y niveles: el sistema de salud de nuestro país en un sentido normativo, el sistema de salud en su dimensión simbólica y cómo impacta en los imaginarios del nacimiento en la población, la formación de los y las profesionales de la salud, la socialización de la población en lo que se considera adecuado en la atención de nacimientos, entre muchas otras.
- De ahí que las recomendaciones para reducir el intervencionismo innecesario en el nacimiento y recuperar el imaginario social del parto como un evento fisiológico (en oposición a patológico) tendrían que incluir múltiples actores sociales.
- En este sentido, planteamos considerar al sistema médico como un determinante social en salud de mayor importancia que la que hasta ahora se le ha otorgado en la investigación en salud.

Referencias

1. Zarate MS. Dar a Luz en Chile, S. XIX: De la Ciencia de Hembra a la Ciencia Obstétrica. Santiago: DIBAM; 2007.
2. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero C, Aguilera H, et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 20072012. Available from: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036613.
3. Herrera M. Mortalidad maternal en el Mundo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003.
4. Koch E. Paciente OB crítica, módulo Uno, en Curso "Manejo dWe la paciente obstétrica crítica2013".
5. ONU. Objetivos de desarrollo del Milenio Guatemala2000. Available from: www.onu.org.gt/contenido.php?ctg=1420-1340-los-8-objetivos.
6. Menéndez A. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saude Colectiva. 2003.
7. Oyarzún E, Poblete J. Alto Riesgo Obstetrico. Santiago de Chile2013.
8. OMS. Appropriate Technology for Birth. Lancet. 1985.
9. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. Midwifery. 2013 Oct;29(10):1151-7. PubMed PMID: 23932035.
10. OECD. Health at a Glance. Development OfEC-oa, editor2013.
11. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. In: OMS OMdlS, editor. Suiza2015. p. 1-8.
12. Murray SF, Serani Pradenas F. Cesarean birth trends in Chile, 1986 to 1994. Birth. 1997 Dec;24(4):258-63. PubMed PMID: 9460318.
13. Murray S. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. BMJ. 2000;321.
14. Lefio L. El sistema de salud como determinante de salud poblacional. Revista Chilena de Salud Pública. 2013;17.
15. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. In: Service MoSa, editor. Canada1974.
16. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud Para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. In: Chile MdSd, editor. Santiago de Chile2011.
17. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, et al. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. Birth. 2010 Mar;37(1):44-9. PubMed PMID: 20402721.
18. Nguyen U, Rothman K, Demissie S, Jackson D, Lang J, Ecker J. Epidural analgesia and risks of caesarean and operative vaginal deliveries in nulliparous and multiparous women. Maternal and Child Health Journal. 2010;14:705-12.
19. Selin L, Wallin G, Berg M. Dystocia in labour - risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(2):216-21. PubMed PMID: 18231891.
20. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery. Brit Med J. 2007;335/1025.
21. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ. 2007 Feb 13;176(4):455-60. PubMed PMID: 17296957. Pubmed Central PMCID: 1800583.
22. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. Obstet Gynecol. 2007 Mar;109(3):669-77. PubMed PMID: 17329519.
23. Sakala C. Vaginal or Cesarean Birth: What is at Stake for Women and Babies? New York: Childbirth Connection; 2012. Available from: http://childbirthconnection.org/pdfs/vaginalorcesareanbirth.pdf.
24. Mutryn C. Psychosocial impact of cesarean section on the family: A literature review: Social Science & Medicine; 1993. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953693903385.

25. Ryding E, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean birth in comparison with elective caesarean birth, instrumental and normal vaginal delivery. Journal of Psychosomatic Obstetrics. 1998;19.

26. MINSAL. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna Santiago de Chile: MINSAL; 2014. Available from: http://web.minsal.cl/node/1501.

27. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29. PubMed PMID: 16753484.

28. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. Obstet Gynecol. 2001 Mar;97(3):439-42. PubMed PMID: 11239653.

29. Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCH 2007:168-78.

30. Miller ES, Hahn K, Grobman WA, Society for Maternal-Fetal Medicine Health Policy C. Consequences of a primary elective cesarean delivery across the reproductive life. Obstet Gynecol. 2013 Apr;121(4):789-97. PubMed PMID: 23635679.

31. Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. Medical hypotheses. 2013 May;80(5):656-62. PubMed PMID: 23414680. Pubmed Central PMCID: 3612361.

32. Beck CT, Gable RK. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012 Nov-Dec;41(6):747-60. PubMed PMID: 22788967.

33. American College of O, Gynecologists, Society for Maternal-Fetal M, Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014 Mar;210(3):179-93. PubMed PMID: 24565430.

34. MINSAL. Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo 1era Edicion ed. Santiago: Subsecretaría Salud Pública. Departamento Asesoría Jurídica. Ministerio de Salud Chile; 2008 2008. 360 p.

35. Coelho A, Da Silva E, Marques V, Madeira L. Humanization of childbirth care: the history of Hospital Sofia Feldman. Tempus Actas Saúde Col. 2010.

36. Sadler M, Núñez P. Guía para profesionales de atención de salud "Re-Visión del Parto Personalizado: herramientas y experiencias en Chile Santiago de Chile2009". Available from: http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/04/FONIS.pdf.

37. Cisternas I. Humanización del Parto y Nacimiento en Servicio Público 2014. En Noveno Congreso Nacional de Matronas y Matrones. Temuco2015.

38. Limache Hd. Seminario Experiencias Nacionales e Internacionales de parto respetado del Postitulo de Gestación, Parto y Nacimiento Consciente de la Universidad de Santiago de Chile. 2014.

39. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el Parto Natural. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006;71.

40. Pagola S. Educación prenatal en salud privada en chile y su impacto en el nacimiento. Novena Conferencia Internacional sobre Parto y Nacimiento Normal. 2014.

Acerca de los autores

Michelle Sadler, MSc

Antropóloga Social y Magíster en Estudios de Género con mención en Ciencias Sociales, Universidad de Chile; Magíster en Antropología Médica, Universidad de Oxford. Profesora Asistente, Universidad de Chile, Departamento de Antropología y Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido; Directora e Investigadora Fundación CulturaSalud. Hace 18 años se dedica a la investigación de contextos de atención de nacimiento. Email: msadler@culturasalud.cl

Gonzalo Leiva, MSc

Matrón, Universidad de Santiago de Chile. Magíster en Administración en Salud, Universidad de Los Andes. Profesor Asistente, Universidad de Santiago de Chile y Universidad Diego Portales. Director de Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile. Email: gonzalo.leiva.rojas@gmail.com.

*Actualmente ambos autores participan como investigadores en el Proyecto FONIS SA13I20259 titulado “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: estudio exploratorio en salud pública y privada para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en Chile” (2014-2015) y en el proyecto de cooperación europeo ISCH COST Action IS1405 titulado “Building intrapartum research through health” (Construyendo investigación en torno al parto desde la salud, 2014-2018).

Recomendaciones para políticas y programas de salud en la atención del nacimiento

Principales recomendaciones para políticas y programas

El problema de la excesiva intervención médica del proceso del nacimiento es complejo, y en él interactúan diversas dimensiones y niveles: el sistema de salud de nuestro país en un sentido normativo, el sistema de salud en su dimensión simbólica y cómo impacta en los imaginarios del nacimiento en la población, la formación de los y las profesionales de la salud, la socialización de la población en lo que se considera adecuado en la atención de nacimientos, entre muchas otras. De ahí que las recomendaciones para reducir el intervencionismo innecesario en el nacimiento y recuperar el imaginario social del parto como un evento fisiológico (en oposición a patológico) tendrían que incluir múltiples actores sociales. A continuación esbozaremos las que nos parecen más urgentes y estratégicas:

1. Educar a la población en la fisiología del parto y los efectos adversos de las intervenciones innecesarias. Esto es de gran relevancia pues la población comparte muchos de los imaginarios del nacimiento que el sistema de atención de salud promueve, como un evento riesgoso y patológico que requiere de intervenciones. La educación al parto fisiológico debiera promoverse como parte de la educación en sexualidad en las escuelas, y ser reforzada en los talleres prenatales que presta el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.
2. Formar a los y las profesionales de atención de salud materna en la fisiología del nacimiento, con base en prácticas basadas en la evidencia científica: incluir en las mallas universitarias de las carreras de salud afines, y en forma de capacitación a equipos en los campos clínicos.
3. Disponer de información accesible para toda la población sobre los indicadores de intervenciones de las instituciones públicas y privadas.
4. Durante la atención del trabajo de parto y parto, respetar el derecho al acceso a información clara y sencilla a las usuarias acerca de las razones por las que se les van a practicar intervenciones, incluida la cesárea, en procesos de consentimiento informado claramente definidos por las instituciones.
5. Impulsar y reforzar la implementación del modelo personalizado de atención de nacimiento en el país: como se mencionó anteriormente en el capítulo, en Chile contamos con políticas que promueven el modelo de atención personalizado desde el 2008, que no se han traducido en la implementación a gran escala del modelo. Las buenas experiencias existentes son pocas y en maternidades pequeñas, y la atención personalizada del nacimiento depende más de las voluntades individuales de los profesionales de salud, que de la instalación del modelo en las instituciones y en el sistema de salud.
6. Generar alternativas seguras y con atención profesional para la atención del nacimiento fuera de hospitales y clínicas: nos referimos a centros de parto donde se atienden partos vaginales de mujeres de bajo riesgo obstétrico. El modelo de centros de parto ha resultado ser exitoso en muchos países; en

nuestro país han habido diversos proyectos pero no han llegado a ser aprobados. En el último tiempo la directiva del Colegio de Matronas del país se ha mostrado abierta a la implementación de esta modalidad de atención.

7. Asegurar el acompañamiento ininterrumpido de personas significativas de elección de la mujer (externas al personal de atención de salud) durante el trabajo de parto y parto: esta es una de las medidas más costo-efectivas para la promoción del parto fisiológico, que reconoce las necesidades emocionales de la mujer parturienta. El apoyo psicosocial durante el trabajo de parto y parto reduce la aplicación de intervenciones obstétricas como el uso de anestesia, fórceps y cesárea, y a la vez reduce la duración del trabajo de parto, el temor, ansiedad y depresión materna y favorece el establecimiento temprano de la lactancia.
8. Con respecto a las intervenciones médicas en el trabajo de parto y parto, incluida la cesárea, aplicar las recomendaciones internacionales y nacionales que plantean que sólo se apliquen en casos médicamente justificados.
9. Promover y realizar auditorías internas y externas en las instituciones públicas y privadas, en las que se revise el cumplimiento e implementación de las prestaciones del Chile Crece Contigo, y otros indicadores de calidad en salud materna, como la tasa de cesáreas.
10. Acreditar hospitales de acuerdo a las directrices del 2015 para "Maternidades amigas de la madre y recién nacido" (Mother–baby friendly birthing facilities), de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Matronas, Asociación Internacional de Pediatría y Organización Mundial de la Salud.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Michelle Sadler,** MSc. Profesora Asistente, Universidad de Chile, Depto. de Antropología y Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido; Co-directora e Investigadora Fundación CulturaSalud. msadler@culturasalud.cl
- **Gonzalo Leiva,** MSc. Profesor Asistente, Universidad de Santiago de Chile. gonzalo.leiva.rojas@gmail.com.
- **René Castro,** Médico, Profesor Asistente Escuela de Medicina UDP. Integrante del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología rene.castro@mail.udp.cl
- **Jovita Ortiz,** Especialista en Perinatología, Mg. Salud Reproductiva, Profesora Asistente Depto. Promoción Salud de la Mujer y el Recién Nacido Universidad de Chile. jortizc@med.uchile.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La experiencia del parto hoy en día expone a la mujer a una serie de intervenciones, muchas veces innecesarias, como por ejemplo inducciones, manejos activos del trabajo de parto, y cesáreas programadas.
- La alta tasa de intervenciones durante el trabajo de parto, y de cesáreas, pueden tener consecuencias negativas en la salud de las mujeres y de los recién nacidos en el corto y largo plazo, y un aumento en el costo de la salud.
- El nacimiento es un periodo crítico y sensible en términos neurobiológicos e inmunes y debe favorecerse su tránsito de la manera más fisiológica posible.
- Los niveles de intervención del nacimiento hoy día en Chile no tiene justificaciones médicas ni biológicas, y sus causas no han sido abordadas de manera integral.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- La tasa de mortalidad materna descendió en el periodo 1990-2000, sin embargo en el nuevo mileno se estabilizó. Entre las causas de esta estabilización se señala el exceso de intervenciones durante el nacimiento.
- Las intervenciones obstétricas se realizan de forma rutinaria, a pesar que un 70-80% de las gestaciones son de bajo riesgo y no las requieren.
- Los nacimientos por cesárea representan la mitad de los nacimientos del país.
- Las condiciones organizacionales de la atención de salud y los incentivos económicos de las prestaciones influyen en la alta tasa de cesáreas, y explican las grandes diferencias en las tasas de cesáreas entre el sistema público y privado de atención de salud.

3. ¿Qué falta por mejorar?

- Aumentar el contenido educativo en tornos a estas temáticas en el transcurso de la educación escolar, mallas educativas de carreras universitarias, y en la capacitación de profesionales de salud.
- Revisar y modificar los factores no médicos que explican el alto intervencionismo durante el nacimiento en Chile.
- Potenciar la implementación del modelo de atención personalizada del proceso reproductivo que se inició con el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

Capítulo 2

Infancia Temprana en riesgo y vulnerabilidad

Felipe Lecannelier, PhD

Psicólogo y Director Académico del Centro de Apego & Regulación Emocional (CARE).
Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo

Resumen

Si la infancia en riesgo psicosocial ha sido un tema altamente olvidado en las investigaciones, programas y políticas públicas en Chile (y a nivel internacional), el periodo de la infancia temprana (0 a 6 años) sigue permaneciendo en el ámbito del casi total olvido y silencio. Sin embargo, evidencia actual sobre diversas dificultades de salud mental en esta etapa han demostrado que Chile aparece como el país con mayor prevalencia en casi todos los síndromes y trastornos evaluados. Más aún, si el extremo del continuo de vulnerabilidad oscila hacia niveles más extremos, a saber, lo que se conoce como Trauma Complejo, los datos, las intervenciones y las políticas simplemente no existen. El presente capítulo entrega una mirada desde la reflexión y la evidencia, sobre la urgencia de implementar estudios y programas preventivos que permitan comprender, sensibilizar y ayudar a miles de niños en Chile que, ya a temprana edad, han sufrido experiencias adversas de riesgo y vulnerabilidad. En este contexto, se articulará la experiencia de un programa de Apego & Trauma Complejo desarrollado por el Centro de Apego & Regulación Emocional de la Universidad del Desarrollo.

Palabras claves: Infancia Temprana; Trauma Complejo; Intervención Temprana; Chile.

1. Introducción: El olvido de la Infancia Temprana en Riesgo

El periodo de la infancia temprana (0 a 6 años) ha presentado siempre una paradoja difícil de explicar: por un lado, la evidencia psicobioevolutiva ha demostrado que es un periodo fundamental y fundacional para el desarrollo humano (1). Por el otro, las acciones humanas y políticas públicas han confirmado un patrón de negligencia hacia la preocupación de esta etapa (2). Pero tal olvido ha sido aún más preocupante en el caso de la infancia en situaciones de alta vulnerabilidad y riesgo. Es decir, si en los estudios y prácticas relacionadas al desarrollo humano, la infancia temprana ha sido uno de los periodos más olvidados, el riesgo temprano sigue estando en el ámbito de la "negligencia extrema", dejando a miles de niños/as en condiciones de peligro y deterioro humano (3). Las razones de esta paradoja pueden ser varias:

a. A nivel cultural: la infancia temprana activa una experiencia y creencia colectiva de que debe ser un periodo "libre de sufrimiento y problemas". Es decir, todos nosotros hemos desarrollo una especie de "inconsciente colectivo" donde (por lo menos) los primeros años de vida *deben* ser esencialmente felices. Lo anterior ha generado un olvido y negación hacia la conciencia de las dificultades que se producen en esta etapa (y la posterior falencia en la implementación de ayudas concretas para mejorar su bienestar);

b. A nivel histórico: los estudios y análisis sobre la historia de la infancia han demostrado que, debido a las altas tasas de mortalidad durante los primeros años de vida ocurridos en la historia humana, la importancia de los primeros años no ha sido una estrategia adaptativa a considerar;

c. A nivel teórico/científico: durante muchas décadas, desde diversas disciplinas (educación, psicología y pediatría) se postuló la concepción de que durante los primeros años de vida, los bebés presentaban un desarrollo muy precario e inmaduro. Más específicamente, muchas posturas y creencias desde las ciencias sociales y médicas plantearon que los bebés durante los primeros meses no tenían la capacidad de visión, emoción, reconocimiento social, y cognición. Más aún, solo hace 25 años atrás se llegó a plantear que los neonatos eran incapaces de sentir dolor, lo que condujo a realizar cirugías sin anestesia (y por ende, muchos murieron producto del dolor y el trauma), y solo desde 1987 se empezó a utilizar anestesia en las cirugías (4). Por ende, las concepciones erróneas sobre la inmadurez innata de los infantes (evidencia ya refutada, ver (5)) generó el olvido de esta etapa como ámbito legítimo y necesario de investigación, intervención y reflexión;

d. A nivel de la negación del trauma infantil temprano: la historia sobre los estudios de la infancia han mostrado un patrón sistemático de negar y/o normalizar una serie de dificultades, problemáticas y riesgos en los niños (como un ejemplo, en Chile hasta hace 10 años, el Bullying Escolar era considerado algo "normal y propio de los niños" dificultando su estudio y cambio). Sin embargo, en el caso de lo que podríamos llamar "traumatización psicobioevolutiva temprana", en la actualidad sigue siendo una temática olvidada. No existen en Chile (y escasamente en los países del hemisferio norte) evidencias, políticas e intervenciones para la ayuda de niños que sufren múltiples vulneraciones crónicas durante sus primeros años de vida.

El presente capitulo tiene el propósito de transitar desde una mirada de las dificultades de Salud Mental y Adaptación a las experiencias traumáticas extremas, focalizándose en la evidencia empírica y la intervención, especialmente bajo la experiencia del Centro de Apego & Regulación Emocional (CARE) perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

2. ¿Cómo está la Salud Mental y Adaptación Temprana en Chile? Una primera pregunta esencial…

Los problemas de salud mental y adaptación que aquejan a los niños se encuentran en un estado de "crisis de salud pública" (6). El aumento paulatino en las tasas de prevalencia de una variedad de problemas de conducta, violencia, trastornos afectivos, dificultades en el desarrollo del vínculo, etc., han activado señales de alerta para los diversos profesionales, instituciones y sistemas gubernamentales que trabajan en la prevención y promoción del bienestar de los niños y sus familias (7). En el ámbito de la salud temprana, se ha declarado que "las investigaciones en salud mental del preescolar se encuentran 30 años atrasadas en relación al estudio de la psicopatología del escolar y adolescente" (8). Los estudios sobre prevalencia de salud mental en etapas previa a la edad escolar (primeros 2-3 años) son extremadamente escasos (2). Sin embargo, en los últimos años un grupo de investigadores provenientes de diferentes países inició un proyecto basado en recolectar la prevalencia de salud mental en niños de entre 1 y 5 años (incluyendo Chile a través del equipo de la UDD). El modelo conceptual del proyecto estuvo basado

en lo que se conoce como Modelo Dimensional de la Psicopatología del Desarrollo (9), que propone que los trastornos a través del ciclo vital pueden distribuirse de manera continua en dos dimensiones:

1. Dimensión externalizante: es decir, todas aquellas dificultades conductuales, emocionales y sociales que el niño expresa hacia el ambiente (fuera de su personalidad). Aquí se encuentran principalmente aquellas dificultades relacionadas a la Agresión (Problemas de Conducta) y las Dificultades de Atención/Hiperactividad.

2. Dimensión Internalizante: aquí se incluyen las dificultades relacionadas a problemas que el infante experimenta consigo mismo, sin necesariamente ser expresadas externamente. En esta dimensión se incluyen los trastornos relacionados a la Reactividad Emocional, las dificultades Psicosomáticas, la Evitación Social, los Problemas de Sueño, y la Ansiedad/Depresión (10).

El primer estudio realizado por este equipo de investigadores buscó evidenciar si la amplia gama de dificultades anteriormente mencionadas se observaban de manera estadísticamente significativa en los diferentes países evaluados. Los resultados demostraron un modelo estadísticamente confiable donde la presencia de las 2 dimensiones (externalizante-internalizante), y los 7 sub-síndromes (Agresión; Atención; Hipereactividad Emocional; Ansiedad/Depresión; Quejas Somáticas; Evitación y Problemas de Sueño) se confirman en 23 países de manera confiable y válida[i] (11). Una vez confirmada la validez intercultural del modelo de salud mental dimensional, se procedió a evaluar las diferencias en prevalencias de las múltiples dificultades mencionadas, entre estos 23 países (12). Los resultados fueron sorprendentes para Chile, ya que aparecemos como el país que tiene la mayor prevalencia de dificultades de salud mental en niños de 1 a 5 años, controlando por NSE bajo y medio y alto, y evaluando en dos ciudades de Chile. Más específicamente, los resultados arrojaron que sumando la totalidad de los problemas, Chile presenta una prevalencia del 47%. Los cinco países que lo siguen en prevalencias altamente preocupantes son: Lituania, Taiwan, Turquia, Irán, y Singapur. Más específicamente, Chile se encuentra en el primer lugar de altas prevalencias en las dimensiones Externalizantes e Internalizantes, y en los sub-síndromes de Depresivo/Ansioso, Quejas Somáticas, Conducta Agresiva, Trastornos Afectivos, y en una medida de Trastornos Generalizados del Desarrollo. Otro resultado a remarcar es que los niños varones y los de menor edad, son los que suelen presentar las prevalencias más altas de dificultades. Este es el estudio más grande en términos del tamaño de la muestra, así como de la diversidad multicultural que se haya realizado en la actualidad (12).

En el caso de Chile, la evidencia arroja algunos aspectos preocupantes que deben ser analizados: en primer lugar, es una demostración indirecta de que la infancia temprana ha sido olvidada en Chile. En segundo lugar, pone una voz de alerta sobre la verdadera efectividad de los programas actuales en esta etapa de la vida (tales como el Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo). Finalmente, merece una reflexión informada y sistemática sobre cuáles son los efectos directos y reales en la vida cotidiana de los niños, que las prácticas de crianza, las políticas laborales, y los programas de prevención, ejercen en su bienestar. Es decir, que la pregunta es: ¿desde el punto de vista de la experiencia desde ellos, cuál es el efecto real y concreto de las múltiples acciones que los adultos realizamos?

i Los países involucrados fueron: Australia, Bélgica, Chile, China, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Islandia, Irán, Italia, Corea, Kosovo, Lituania, Holanda, Perú, Portugal, Rumania, Singapur, España, Taiwán, Turquía, y los Emiratos Árabes.

Finalmente, cabe mencionar que en el año 2012 se publicó un nuevo estudio del equipo de investigación, donde se reportaron las dificultades de salud mental, pero observados en los contextos de educación parvularia, donde esta vez participaron 15 países (incluyendo nuevamente Chile) (12). Los resultados arrojaron nuevamente una alta prevalencia en nuestro país (quinto lugar), siendo antecedidos por Kosovo, Lituania, Irán y Rumania. Por ende, considerando que este estudio seleccionó otra muestra, en otro momento del tiempo, y por sobre todo, utilizando a observadores en otro contexto, es que se replica la alta tendencia de dificultades de adaptación de los niños en Chile (13).

3. ¿Trauma en la Infancia Temprana? Hacia el extremo de las dificultades de salud mental y adaptación…

Tal como se ha planteado anteriormente, si la infancia temprana ha sido un periodo olvidado, y los datos empíricos muestran que esto ha repercutido negativamente en su adaptación y salud emocional, entonces la extrema vulnerabilidad, o lo que llaman "Trauma Complejo (TC)" (14), o "trauma psicobioevolutiva temprana", sigue siendo un tópico abandonado en Chile (y en el mundo). Aunque la mayoría de los estudios que existen son a nivel internacional, y dentro de los mismos, el mayor porcentaje solo incluye niños desde los 6-7 años de vida, la evidencia escasa sobre la etapa temprana ha demostrado que (15):

1. un alto porcentaje niños no suelen sufrir traumas aislados, sino que alrededor del 45% de niños durante los primeros 5 años de vida ya ha experimentado a lo menos 4 tipos de traumas (16);
2. en un estudio a gran escala en 2000 niños entre los 2 y los 17 años, se encontró que el 70% ha experimentado 1 trauma, el 64% ha vivido 2 eventos traumáticos, y el 18% más de 4 eventos (17). Los autores del estudio concluyen que la victimización es una "condición más que un evento";
3. haber sufrido TC en la infancia se relaciona a diez causas de muerte en la adultez (tales como ataque cardiaco, cáncer, enfermedades del hígado y del pulmón, y múltiples fracturas) Así mismo, haber experimentado cuatro o más tipos de trauma en la infancia tiene una alta asociación con diversos problemas de salud mental en la adultez (alcoholismo, adicción a las drogas, depresión, suicidio, obesidad, promiscuidad, violencia, y otros) (18);
4. las vulneraciones más severas suelen ocurrir durante los primeros 5 años de vida (19):

- El 75% de los niños que muere por maltrato de parte de sus cuidadores principales, son menores de 4 años;
- El periodo de mayor abuso ocurre entre los 0 y los 12 meses de edad;
- Los efectos más nocivos de la violencia intrafamiliar ocurre durante los primeros 4 años (debido a que el infante no puede escapar o alejarse de la situación de violencia, y por ende, suele ser un testigo directo y constante de la misma);
- Finalmente, los efectos más nocivos provienen de los cuidadores principales y el contexto de apego (sea debido a que son los perpetradores del trauma, o a que los procesos de regulación/mentalización post trauma son inefectivos).

A pesar de no existir evidencia sistemática sobre el TC en la primera infancia en Chile, los escasos datos internacionales evidencian un panorama que confirma lo anteriormente planteado: la extrema vulnerabilidad temprana sigue estando fuera de los intereses de los investigadores, interventores sociales, y políticos. Nuevamente resalta la atención el hecho que mientras más extremo es el sufrimiento infantil, más invisible se vuelve a los adultos.

4. Proyecciones para el presente (y futuro): "Trasladar y diseminar para ayudar"

La vulnerabilidad en la infancia debe ser reconocida, investigada y reflexionada. Sin embargo, desde el punto de vista de la experiencia de los/las niños, lo más importante es que debe ser "promovida-intervenida-fomentada". Es decir, se deben crear, implementar y evaluar una serie de programas de intervención para el fomento del bienestar, salud mental y apoyo vincular y social. Es solo cuando se haya demostrado que existan programas que empíricamente disminuyan los niveles de riesgo, y aumenten los niveles de bienestar y resiliencia, es que la tarea hacia la ayuda del riesgo infantil estará avanzada.

En el ámbito de las intervenciones psicosociales (en la infancia), o lo que podría denominarse "ciencias de la prevención" (20) se ha observado un patrón histórico relativamente bien delimitado en lo que a los procesos de investigación del impacto se refiere: en las primeras etapas, las intervenciones estaban basadas solamente en presupuestos teórico-conceptuales provenientes de la Psicología, la Sociología y otras ramas de las ciencias sociales. Posteriormente, el enfoque basado en la evidencia derivado de la Medicina, empezó a presionar para que los programas de intervención fueran empíricamente basados. Esto provocó la emergencia de estudios en condiciones metodológicas controladas, demostrando un cierto nivel de eficacia de los programas evaluados. Sin embargo, estos estudios han ido mostrando una importante dificultad: cuando se trasladan a ambientes y condiciones menos controladas, más reales (ecológicamente hablando), con menos recursos, y menos experiencia profesional, los resultados del impacto disminuyen considerablemente (21). Entonces, el desafío presente y futuro es lograr implementar intervenciones que tengan un alto alcance (diseminar), y que a su vez, puedan ser trasladadas a los contextos reales de los niños que viven en situación de vulnerabilidad.

Durante los últimos años, el Centro de Apego & Regulación Emocional (CARE) de la Universidad del Desarrollo en Santiago de Chile, ha desarrollado una serie de programas de intervención temprana para el fomento del apego, el desarrollo socio-emocional, y el cuidado respetuoso, en diferentes contextos vitales y vulnerables de los infantes (madres y bebés privados de libertad, institucionalización temprana, familias de acogida, padres adoptivos, salas de cuna y educación preescolar) (22-27, 10).

Uno de aquellos programas llamado *Programa de Apego y Trauma Complejo (P.A.T)*, está destinado a fomentar el restablecimiento de niveles de seguridad emocional en infantes que se encuentran institucionalizados debido a que fueron víctimas de múltiples vulneraciones, y por ende, suelen experimentar Trauma Complejo. Las trayectorias tempranas de vulneración de estos infantes empiezan a nivel pre-natal (abuso de drogas, alcohol, violencia intrafamiliar, depresión e historias de trauma), sigue a nivel post-natal (maltrato, abuso, negligencia, violencia y múltiples estresores crónicos), y prosigue en los ambientes de institucionalización (separación de sus cuidadores, cuidados inadecuados, y soledad e incertidumbre). Debido a lo anterior, es que las intervenciones deben ser cuidadosamente elaboradas,

considerando las necesidades y prioridades de los niños/as, donde no basta asumir que ellos necesitan "reparar su trauma" (de acuerdo al planteamiento clásico y actual de muchas propuestas psicológicas), cuando todavía se encuentran en situación traumática crónica (y sin cuidadores significativos).

Más específicamente, el fundamento central del P.A.T es el siguiente: la evidencia ha demostrado que uno de los principales procesos que se ven alterados como producto de las situaciones traumáticas, es el sentido de seguridad emocional hacia los otros y el mundo (28). Esta pérdida de la seguridad genera a su vez una cascada de procesos del desarrollo que se van deteriorando, no solo a nivel socio-emocional, sino también psicofisiológico y cognitivo. Por ende, solo en la medida en que el infante recupere y restablezca algún sentido de seguridad emocional en su vida, es que el resto de los procesos del desarrollo podrán recuperarse. Desafortunadamente, también se ha demostrado que la condición de institucionalización temprana suele constituirse en sí misma en un factor traumático, debido a aspectos propios de los centros (alta rotación de cuidadores, alta razón de niños: cuidador, cuidados no personalizados, ausencia de cuidadores específicos, baja estimulación cognitiva y socio-emocional, ambientes cargados de estrés y conductas desorganizadas, entre otros). Entonces, el programa P.A.T es un modelo de intervención que busca ante todo, restablecer niveles adecuados de seguridad emocional, al entregar a todos los adultos que están a cargo de los niños/as, una serie de conocimientos, condiciones, herramientas, y estrategias para que puedan comprender, mentalizar, respetar y regular la experiencia traumática que viven estos infantes cotidianamente. Entonces, es solo a través de que los centros/residencias se constituyan como "sistemas de cuidado respetuoso", es que podrán generar un impacto positivo en las vidas y desarrollo de los niños con Trauma Complejo. Este objetivo solo se puede concretar modificando el contexto relacional y emocional cotidiano de los niños.

El programa P.A.T es un modelo de intervención manualizado, ordenado en sesiones, y que contiene una serie de conceptos, objetivos, actividades, ejercicios y estrategias, presentados de una forma clara y didáctica (3, 29). El programa en cuestión está pensado para ir progresivamente aumentando las capacidades de cuidado de todas las personas que componen el "sistema de cuidado" del infante, siempre con el propósito ultimo de desarrollar una actitud mental/emocional de "tener en mente la mente del niño" a través de la puesta en práctica de un cuidado respetuoso que considere las necesidades, experiencias, intereses de los niños/as de 0 a 4 años que han sufrido múltiples traumas en su vida.

En la actualidad es un programa que ha sido testeado en diferentes regiones de Chile en las residencias dependientes del SENAME (3, 29), en el marco de una serie de investigaciones destinadas a diseminar varios programas de apego en diferentes contextos vulnerables de los niños, financiados por el Ministerio de Desarrollo Social.

5. Conclusión

Las vulneraciones de mayor riesgo parecen ser las que menos podemos percibir, y por ende, las que menos solemos ayudar. Esa parece ser una constante y dinámica en la historia humana. La infancia temprana ha sufrido una negligencia extrema, aun cuando paradójicamente toda la evidencia biológica, psicológica, y social ha demostrado que "el niño es el padre del hombre".

6. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- La evidencia nacional es altamente escasa, existiendo solo reportes o informes gubernamentales al respecto.
- La evidencia internacional se encuentra en un estado más avanzado, pero reconociendo la insuficiencia de estudios al respecto.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- Diversos estudios han demostrado que el Trauma Complejo en la infancia se relaciona a la presencia de un importante número de enfermedades físicas (diabetes, dificultades cardiacas, diversos tipos de cáncer, enfermedades al pulmón e hígado, alta vulnerabilidad inmunológica, y enfermedades al sistema óseo).
- Así mismo, a nivel de la salud psicosocial, el TC se asocia a casi la totalidad de las enfermedades de salud mental altamente prevalentes en la población.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social y para mejorar su estado de salud?

- En Chile, solo existen los programas del SENAME (o dependientes del SENAME), pero no hay evidencia de su efectividad, nivel de sistematicidad, y por sobre todo, impacto real en el bienestar y disminución del riesgo de los/las niños.

4. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Informar a la población sobre la realidad de los niños que sufren TC.
- Realizar estudios sistemáticos y empíricos, utilizando multi-informantes y multi-instrumentos, sobre la prevalencia, características, factores de riesgo, protectores, biológicos, emocionales y psicosociales.
- Elaborar y/o adaptar intervenciones efectivas sobre el trabajo preventivo con este tipo de niños/as.
- Realizar estudios de eficacia, eficiencia y diseminación de esas intervenciones.

- Establecer una metodología informativa sobre la forma más adecuada de transmitir a los ministerios y políticos, sobre la alta relevancia de poner atención a este tipo de vulneración temprana (sistema de comunicación eficiente);
- Insertar la realidad de la "traumatización temprana" en los contextos de educación (inicial, sala cuna, jardines, media y básica).

Referencias

1. Narvaez D, Panksepp J, Schore AN, Gleason TR. Evolution, early experience and human development. New York: Oxford University Press. 2013.

2. Zeanah C. Handbook of Infant Mental Health. Third Edition ed. New York: The Guilford Press.; 2012.

3. Lecannelier F. Programa Apego & Trauma Complejo. Manual de Intervención. In: Social MdD, editor. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2014a.

4. Karr-Morse R, Wiley MS. Scared Sick. The Role of Childhood Trauma in Adult Disease2012.

5. Lecannelier F. Apego e Intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. : Editorial LOM. ; 2006.

6. Huang L, Stroul B, Friedman R, Mrazek P, Friesen B, Pires S, et al. Transforming mental health care for children and their families. American Psychologist. 2005;60(6):615-27.

7. Tolan PH, Dodge KA. Children´s mental health as a primary care and concern. American Psychologist. 2005;60,6,601-614.

8. Angold A, Egger HL. Psychiatric diagnosis in preschool children. R del Carmen-Wiggins & A Carter. 2004;Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment. Oxford University Press.

9. Achenbach TM. Developmental, quantitative, and multicultural assessment of psychopathology. Lewis M, Rudolph K, editors. New York2014. 67-85 p.

10. Lecannelier F, Silva JR, Hoffmann M, Melo R, Morales R. Effects of an intervention to promote socioemotional development in terms of attachment security: a study in early institutionalization in Chile. Infant mental health journal. 2014 Mar-Apr;35(2):151-9. PubMed PMID: 25798521.

11. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Harder VS, Ang RP, Bilenberg N, et al. Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: testing the seven-syndrome model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Dec;49(12):1215-24. PubMed PMID: 21093771. Pubmed Central PMCID: 4247330.

12. Bjarnadottir G, Guðmundsson H, Ahmeti A, Verhulst F, Bilenberg N, Gonçalves M, et al. Behavioral/Emotional Problems of Preschoolers: Caregiver/Teacher Reports From 15 Societies Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2012; 6, 1-14. .

13. Lecannelier F. Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental infantil: necesidad de reformular el rol profesional. Horizonte de Enfermería. 2008;19 (1), 45-56.

14. Van der Kolk B. Developmental trauma disorder. Psychiatry Annals. 2005;35, 5, 401-408.

15. Chu AT, Lieberman AF. Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. Annual review of clinical psychology. 2010;6:469-94. PubMed PMID: 20192799.

16. Crusto CA, Whistson M-L, Walling SM, Feinn R, Friedman S, Reynolds S, et al. Postraumatic stress among young urban children exposed to family violence and other potentially traumatic events. Journal of traumatic stress. 2011;23, 6, 716-724. .

17. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort. Child abuse & neglect. 2007b.

18. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998 May;14(4):245-58. PubMed PMID: 9635069.

19. Lieberman AF, Chu A, Van Horn P, Harris WW. Trauma in early childhood: empirical evidence and clinical implications. Development and psychopathology. 2011 May;23(2):397-410. PubMed PMID: 23786685.

20. Ialongo NS, Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL, Buckley J, Petras H, et al. A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. Second Edition ed. Cicchetti D, Cohen DJ, editors2006.

21. Greenberg MT. Enhancing early attachments: Synthesis and recommendations for research, practice, and policy. L. J. Berlin YZ, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg editor. New York: The Guilford Press; 2005.

22. Lecannelier F. Programas de prevención en el fomento de la seguridad en el apego en contextos vitales del niño: La experiencia Chilena.

Revista de Psicopatología & Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2012;20, 19-27.

23. Lecannelier F. El uso de la mentalización y la regulación emocional en programas de intervención temprana para el fomento de la seguridad en el apego. Revista de Mentalización. 2013;1.

24. Lecannelier F. Programa de intervención para el fomento de la seguridad en el apego para infantes de 1 a 5 años y sus familias: El A.M.A.R-Terapéutico. A. Quiñones PC, A. Pascale, M.G. Strepparava editor. Roma2014b.

25. Lecannelier F. A.M.A.R: Un modelo de intervención basado en el fomento del apego. G. Posada BT, J. Causadias editor2014c.

26. Lecannelier F, Undurraga V, Olivares AM, Rodríguez J, Núñez JC, Hoffmann M, et al. Estudio de eficacia sobre dos intervenciones basadas en el fomento del apego temprano en díadas madre-bebé provenientes de la Región Metropolitana en Santiago de Chile. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2009;año XVIII, 143-155.

27. Lecannelier F, Flores F, Hoffmann M, Vega T. Trayectorias tempranas de la agresión: Evidencias y la propuesta de un programa preventivo. Sirlopu D, Salgado H, editors. Universidad del Desarrollo. 2010.

28. Hughes D. Building the bonds of attachment. Awakening love in deeeply troubled children. Jason Aronson, 2nd. ed. United States Of America: Rowman & Littlefield Publischers. INC; 2006.

29. Lecannelier F. Apego, mentalización & regulación emocional en trauma complejo: Guías prácticas. In: Menores ORSNd, editor. 2015.

Acerca de los autores

Felipe Lecannelier, PhD

Felipe Lecannelier lleva 15 años trabajando e impulsando las temáticas del apego, la infancia e intervención temprana, y el cuidado respetuoso, siendo considerado uno de los referentes a nivel nacional e iberoamericano en dichas temáticas. Ha obtenido diversos fondos gubernamentales (Fondecyt, SENAME, Ministerios del Desarrollo Social, Fundación Ford, y otros), y ha publicado alrededor de 30 articulos, 10 capitulos de libros, 3 libros, y 10 manuales de intervención. Fue Presidente de la Red Iberoamericana de Apego (RIA), y es actualmente director académico del Centro de Apego & Regulación Emocional (CARE), perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Email: flecannelier@udd.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre infancia temprana en riesgo en Chile

Antes de establecer la lista de recomendaciones, nos parece necesario destacar que cada uno de quienes aportaron a estas recomendaciones adherimos a la Declaración de Alma Ata de 1978 y que creemos en la promoción de la salud infantil como una tarea fundamental. Algunos aspectos generales a considerar para cualquier recomendación específica que se presenta a continuación son:

- Para que cualquier política en salud de la infancia temprana en Chile tienda a adquirir alcance nacional, será necesario iniciar proyectos parciales que vayan generando efectos regionales y así permitan un crecimiento pautado del proyecto, al generar experiencia enriquecedora mientras se desarrolla la acción amplificada.
- Para que cualquier política logre cambios culturales profundos, debe acompañarse de acciones inespecíficas, precisamente porque el acento está puesto en la promoción y se necesitan, como efectores, agentes provenientes de otras disciplinas que se sumen a las propuestas específicas de trabajo.
- Para que cualquier política en salud de la infancia temprana en Chile logre instalarse en forma sustentable a nivel administrativo, deben realizarse alianzas interinstitucionales (Ministerios, Escuelas, Departamentos, etc.).

Principales recomendaciones para políticas y programas

1. **Se debe hacer una mayor labor de educación en las escuelas de medicina, de enfermería y en los sitios de educación temprana sobre la "verdadera existencia" de problemas de tipo emocional y conductual en el niño pequeño.** En el área de la nefrología, de la neurología, o de la gastroenterología, les parece muy natural que los niños hasta muy pequeños (e incluso en la etapa fetal) puedan tener problemas de aquella índole, médica. Pero cuando se trata de la organización conductual de un niño pequeño, su capacidad de relacionarse, de comunicarse, y cómo experimenta el mundo y su cuerpo, hay mucha mayor resistencia a "aceptar" que tales dificultades existan. En esto la barrera central son los profesionales mismos y la tradición médica, no es una resistencia de los padres. Varias encuestas han demostrado que los padres de niños con dificultades las reconocen tempranamente y buscan ayuda para ellas, aunque generalmente les es difícil encontrar ayuda profesional.

2. **En cuanto a la vida emocional del niño y de los padres, también hay una gran resistencia a considerar que una madre embarazada pueda estar deprimida, sentirse abrumada, etc.** Hay múltiples barreras culturales y de índole familiar, que le hacen difícil "confesar" que no está contenta, o que están ocurriendo dificultades matrimoniales. Aquí también campañas de información en periódicos, revistas para padres, programas de televisión y documentos que estén disponibles en los consultorios de obstetras y pediatras podrían ser útiles para sensibilizar a la gente de que esto sí existe y que se puede ayudar. Lo mismo ocurre en la situación del padre.

3. **Es necesario que diversas instituciones desarrollen una estrategia de «acompañamiento » de futuras madres y padres, o aquellas parejas que acaban de tener un bebé.** Los factores de riesgo para que un niño sea tratado con negligencia o maltratado son bien conocidos y fáciles de identificar en las consultas prenatales, en las de obstetricia y en las de pediatría. Las familias en riesgo necesitan recibir apoyo y tener personas que las ayuden para resolver problemas en el momento que estos se presentan. Así se podría ayudar a muchas familias para que no abandonen a sus hijos, no los maltraten y usen estrategias útiles para aliviar los problemas del bebé y de los padres. Esto parece costoso pero a la larga resulta un ahorro en términos de servicios de salud mental y otros más tarde en la vida.

4. **Es necesario instalar políticas de prevención del trauma y la negligencia de alcance amplio nacional y multisectorial.** Estos problemas están en la raíz de muchas otras complicaciones ulteriores, como la depresión, el fallo escolar, la conducta criminal y antisocial, y la transmisión transgeneracional de estos problemas a los hijos. Entonces es necesario que el público se dé cuenta de que gritar, golpear, dejar solos a los niños causa graves dificultades en la mente y emociones del pequeño y que hay que ser sensibles a la experiencia infantil.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Felipe Lecannelier,** PhD. Profesor Facultad de Psicología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. flecannelier@udd.cl
- **Martin Maldonado,** PhD. Associate Professor, Department of Psychiatry School of Medicine, University of Missouri-Kansas City. martin.maldonado@tmcmed.org
- **Miguel A. Cherro,** Médico, Maestro de la Psiquiatría Infantil, Uruguay. macherro@mednet.org.uy
- **Báltica Cabieses,** PhD. Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. bcabieses@udd.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La evidencia nacional es altamente escasa, existiendo solo reportes o informes gubernamentales al respecto.
- La evidencia internacional se encuentra en un estado más avanzado, pero reconociendo la insuficiencia de estudios al respecto.

2. ¿Qué se sabe de este tema a la fecha en Chile?

- Diversos estudios han demostrado que el Trauma Complejo en la infancia se relaciona a la presencia de un importante número de enfermedades físicas (diabetes, dificultades cardiacas, diversos tipos de cáncer, enfermedades al pulmón e hígado, alta vulnerabilidad inmunológica, y enfermedades al sistema óseo).
- Así mismo, a nivel de la salud psicosocial, el TC se asocia a casi la totalidad de las enfermedades de salud mental altamente prevalentes en la población.
- En Chile, solo existen los programas del SENAME (o dependientes del SENAME), pero no hay evidencia de su efectividad, nivel de sistematicidad, y por sobre todo, impacto real en el bienestar y disminución del riesgo de los/las niños.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Informar a la población sobre la realidad de los niños que sufren TC.
- Realizar estudios sistemáticos y empíricos, utilizando multi-informantes y multi-instrumentos, sobre la prevalencia, características, factores de riesgo, protectores, biológicos, emocionales y psicosociales.
- Elaborar y/o adaptar intervenciones efectivas sobre el trabajo preventivo con este tipo de niños/as.
- Realizar estudios de eficacia, eficiencia y diseminación de esas intervenciones.
- Establecer una metodología informativa sobre la forma más adecuada de transmitir a los ministerios y políticos, sobre la alta relevancia de poner atención a este tipo de vulneración temprana (sistema de comunicación eficiente).
- Insertar la realidad de la “traumatización temprana” en los contextos de educación (inicial, sala cuna, jardines, media y básica).

Capítulo 3

Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud durante la infancia preescolar y escolar

Dayann Martínez, PhD (c)
Profesora Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Angélica Farías, MSc
Profesora Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Natalia Vergara, BSc
Enfermera. Lic. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paula Vega, MSc
Profesora Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

El concepto de vulnerabilidad es tanto atribuible a las personas como al contexto que las rodea. Los niños y niñas en etapa preescolar y escolar, están expuestos a cambios físicos acelerados y trascendentes que repercuten directamente en etapas posteriores. Resulta evidente la transformación y el fortalecimiento permanente y paulatino de las capacidades de cada uno, dada la integración de funciones orgánicas, junto al crecimiento y a la maduración de órganos y sistemas que le facilitan el logro de una autonomía, iniciativa e industrialidad progresiva, las cuales están supeditadas a una co-relación permanente con el entorno familiar, social y político y su vinculación con estos actores. De esta manera, se hace relevante la presencia y participación activa de los adultos para el desarrollo de estas habilidades y la expresión de ellas. Asimismo, el Estado como garante principal debe protegerlos ante cualquier condición que limite la igualdad de oportunidades de todos los niños y niñas que comparten un mismo contexto sociocultural. En Chile, los menores de 10 años representan el 14,5% del total de población del país y el 22,8% de ellos se encuentra bajo la línea de pobreza. Los más afectados por la pobreza extrema son el grupo entre 0 y 3 años (8,7%), seguido de los niños entre 4 y 8 años (7,7%). El 63% de quienes desempeñan trabajos inaceptables tiene entre 5 y 14 años. El sistema de protección orientado a la infancia en Chile ha ido adoptando nuevas formas a fin de adaptarse a las necesidades cambiantes y emergentes de cada etapa del ciclo de desarrollo de los niños y las niñas, además la incorporación de escolar a la supervisión de salud del niño niña abren una puerta para poder identificar sus necesidades de manera precoz y poder realizar actividades de prevención y promoción de su salud.

Palabras claves: Vulnerabilidad social, infancia, preescolar, escolar, salud, políticas de infancia, Chile.

1. Marco Conceptual

Una de las definiciones tradicionales de vulnerabilidad social hace referencia a la incapacidad de la persona o el hogar para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro (1). Esta definición centrada en la falta de capacidad es cuestionable, pues además de las capacidades internas, las personas requieren de contextos que provean de las oportunidades para desarrollarse. Desde esta perspectiva, el concepto de vulnerabilidad es tanto atribuible a las personas como al contexto que las rodea. La dimensión externa de la vulnerabilidad implica la exposición a contingencias y tensiones, y la dificultad de enfrentarse a ellas y una interna que hace referencia a la ausencia de medios para enfrentar los riesgos existentes sin sufrir daño. Es así como lo relacional, lo contextual y lo procesal permiten considerar que la vulnerabilidad, aun siendo intrínseca al ser humano, no es una característica estable e inmutable, sino más bien presenta factores que pueden modificarse y por lo tanto en los que se pueden intervenir (2, 3). Asimismo, la existencia de estresores en la configuración de un grupo social, familia o nación tienen la potencialidad de generar en el individuo, población o comunidad un desajuste producto de una situación o contexto negativo (4). De esta manera, la vulnerabilidad debe ser comprendida al alero, al menos, de las siguientes dimensiones: la referente al derecho de las personas, la participación política institucional y económica y la organización estructural e histórica de la sociedad (4).

En base a lo expuesto en la Convención de los Derechos del Niño (5), los niños y niñas en situación de vulnerabilidad social son todos aquellos menores de 18 años que enfrentan dificultades para ejercer de manera efectiva sus derechos en las dimensiones familiar y afectiva, económica, socio-comunitaria, escolar-educacional, de

salud y de relaciones entre grupos de pares (6). Es así como el concepto de vulnerabilidad se debe analizar desde distintas perspectivas, pues puede favorecer o en algunos casos limitar el abordaje de las situaciones a las que se exponen los que están bajo el alero de este concepto.

Los niños y niñas en etapa preescolar y escolar, están expuestos a cambios físicos acelerados y trascendentes que repercuten directamente en etapas posteriores. Resulta evidente la transformación y el fortalecimiento permanente y paulatino de las capacidades de cada uno, dada la integración de funciones orgánicas, junto al crecimiento y a la maduración de órganos y sistemas que le facilitan el logro de una autonomía e iniciativa progresiva. Dichas capacidades están supeditadas a una co-relación permanente con el entorno familiar, social y político y su vinculación con estos actores. De esta manera, se hace relevante la presencia y participación activa de los adultos para el desarrollo de estas habilidades y la expresión de ellas. En este orden, es el Estado el garante principal de la protección de este grupo ante cualquier condición que limite la igualdad de oportunidades de todos los niños y niñas que compartan un mismo contexto sociocultural (7, 8).

En base a la evidencia internacional, es posible proponer que durante la infancia, niños y niñas son más susceptibles al entorno biopsicosocial y económico. Además, no disponen de todos los recursos para recuperar su bienestar, tales como aquellas capacidades de resiliencia que se requiere para restablecer el orden (entendiendo por resiliencia el fenómeno o proceso que se traduce en la adaptación positiva a pesar de las experiencias de adversidad o trauma (9). Es posible que esta condición natural en la infancia sea la clave que sustenta la obligación moral de las acciones preventivas, curativas, sociales, económicas o de cualquier otra índole por parte de la población adulta, que apunten a minimizar y/o prevenir estas condiciones desfavorables en estos contextos de vulnerabilidad (2).

La medición de la vulnerabilidad social precisa de un análisis de los recursos materiales e inmateriales (físicos, financieros, humanos y sociales) en el cual las personas o grupos tienen control. También considera las necesidades de acceso de las personas a bienes, servicios o actividades que influyen en su bienestar (estructura de oportunidades) (1). En el caso de los preescolares y escolares, sus principales recursos materiales e inmateriales son aquellos que han logrado conseguir sus padres y/o cuidadores (1). Entre ellos se pueden encontrar: el clima educativo del hogar, contactos derivados de la participación en el ámbito laboral, capital social derivado de las características de la estructura familiar, segmentación educativa, segregación residencial, entre otras (1). Para medir la vulnerabilidad social es posible utilizar algunos indicadores sociales tales como: pobreza, desempleo, violencia, deserción escolar, ruralidad, entre otros (10).

Existen diversas formas de aproximarse a la medición de vulnerabilidad social en la infancia. La Primera Encuesta Nacional de Actividades de Niños y Adolescentes ocupó una técnica de medición innovadora, basada en preguntas sobre el uso del tiempo diario de los niños, niñas y adolescentes para detectar, en forma indirecta, muchos casos de trabajo infantil no reconocidos (11). Otra forma de medir vulnerabilidad es la estimación de pobreza infantil según la metodología CEPAL-UNICEF (12). Finalmente se puede mencionar el Modelo AVEO para la medición de la vulnerabilidad social basado en la estructura de oportunidades: Mercado de trabajo, oferta de salud, oferta de educación, acceso a seguros y previsión social, capital social comunitario (1, 13).

2. El panorama actual en Chile

En la actualidad prima aún la mirada adulto-céntrica sobre los niños y niñas. Esta mirada históricamente los ha posicionado como sujetos carentes y vulnerables, en particular a la hora de compararlos con el mundo adulto. Tal juicio hacia la infancia estructura una oferta de servicios con escaso reconocimiento de las oportunidades y capacidades de éstos/as y sin diferenciarlos, en los que el enfoque de género se desdibuja entre unos y otros. Lo anterior impacta en la implementación de intervenciones, las cuales son poco pertinentes con indicadores de logro, configurados desde otro grupo social (14).

Actualmente Chile presenta un retraso normativo frente a la protección efectiva de los derechos de la Infancia. Aún no se cuenta con una Ley de Protección Integral que garantice la protección de los derechos de niños y niñas. En consecuencia, los principios declarados en la convención de los derechos de los niños aún no se evidencian claramente, pues no existe una estructura institucional que vele por su aplicación y desarrollo (3). En lo que respecta específicamente al grupo de preescolares y escolares en Chile, se conoce que los menores de 10 años representan el 14,5% del total de población del país y se estima que esta cifra al año 2030 será aún más reducida (15, 16). La distribución por grupos de edad muestra que los niños/as entre 0 y 3 años representan el 21,3% de la población menor de 18 años y el 27,5% se encuentra entre los 4 y 8 años. En relación al sexo, hombres y mujeres en esta etapa se distribuyen de forma similar. El 88% de los niños/as menores de 9 años habita en zona urbana, teniendo mayor acceso a servicios que promueven su desarrollo. El 41,3% del grupo entre 0 y 5 asiste a la escuela en el contexto urbano, en cambio en zonas rurales la asistencia se reduce al 26,4% en el mismo grupo de edad. La escuela por su parte es el espacio privilegiado para la participación de los niños/as, aunque dicha participación sigue siendo muy limitada en el país (16). De esta manera se aprecia que una de las vulneraciones más relevantes corresponde a la falta de participación de este grupo para señalar sus necesidades y participar en la toma de decisiones que les competen.

También es importante considerar que un 9,1% de los menores de 18 años es parte de la población indígena. Esto ha sido descrito como una vulnerabilidad intrínseca, dada la alta tasa de pobreza que está presente en población originaria que la mestiza en Chile (17). El 22,8% de la población infantil se encuentra bajo la línea de pobreza y el promedio nacional de indigencia infantil alcanzaba en 2011 el 4,5%. Los más afectados por la pobreza extrema son el grupo entre 0 y 3 años (8,7%), seguido de los niños entre 4 y 8 años (7,7%) (18). Respecto al trabajo infantil, el 63% de quienes desempeñan trabajos inaceptables tiene entre 5 y 14 años y son mayoritariamente hombres (19,20). Además, se han reportado mayores las tasas de trabajo infantil en hogares donde el jefe de hogar presenta educación incompleta (19,21).

En el contexto de la salud, un 80% de niños/as menores de 10 años son beneficiarios del sistema público de salud o FONASA y un 47,4% pertenece al Tramo A; de ahí la importancia en que existan políticas que beneficien a este grupo en específico (15). Por otra parte, la tasa de mortalidad en la infancia es de 7,4 por 1000 nacidos vivos corregidos y al desglosarla por rangos etarios, alcanza cifras de 0,3 (1 a 4 años) y 0,2 (5 a 9 años). Del total de las defunciones en menores de 10 años, un 76,5% se registra en la primera infancia (entre los 0 y 5 años) (15). Las principales causas de mortalidad entre 1 y 10 años, según CIE – 10, son las causas externas, tumores y enfermedades del sistema nervioso. Los principales factores de riesgo involucrados son la desnutrición materna durante la gestación, el bajo peso de nacimiento, la prematurez, entre otros (15). Estos factores de riesgo señalados para pobre estado de salud en pre-escolares y escolares pueden ser abordados desde los enfoques promocionales y preventivos en salud en nuestro país.

La principal causa de egresos hospitalarios en etapa preescolar y escolar, son las infecciones respiratorias. En cuanto a la morbilidad crónica, en menores de 9 años, la causa principal está dada también por enfermedades respiratorias, pero en los menores de 5 años se agregan las causas asociadas a la prematurez, y en los niños entre 5 y 9 años los problemas de visión (Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2006). El índice AVISA da cuenta que los principales trastornos que generan discapacidad en niños entre 1 y 9 años y en nuestro país se ha indicado que corresponde a las condiciones neuropsiquiátricas (22). En este sentido, los problemas psiquiátricos que implican discapacidad alcanzan un 22% en este grupo (23).

Por último, se destaca que un 71% de los niños/as son víctimas de violencia por parte de su madre y/o padre. De éstos un 25,9% es víctima de violencia física grave y un 19,5% violencia psicológica. Un 8,7% de niños y niñas sufren abuso sexual, ocurriendo el primer episodio en promedio a los 8 años y medio. Lo que da cuenta la falta de protección que aún existe para con este grupo humano vulnerable (24).

3. Las consecuencias de la vulnerabilidad social de este grupo en Chile

Producto de la vulnerabilidad social hay problemas de salud relacionados con ésta. La evidencia expone que las experiencias adversas experimentadas en períodos tempranos de la vida que aumentan el riesgo a padecer enfermedades a través del ciclo vital. Las desviaciones de salud más frecuentes son las enfermedades respiratorias, parasitarias, malnutrición y enfermedades de salud mental (25).

Dentro de las consecuencias de estas desviaciones en el crecimiento y desarrollo del niño y niña destaca el estrés crónico sufrido por el niño o niña sin un sostén parental o social eficiente. Este estrés altera los circuitos neuronales y otros sistemas metabólicos y orgánicos que se traduciría en eventuales trastornos de aprendizaje, de comportamiento, vinculares y físicos (26). Por su acción en las estructuras cerebrales, el estrés persistente genera una alteración de la respuesta conductual ante el miedo y ansiedad, la memoria, el aprendizaje, el estado de ánimo, la percepción de riesgo y el control de impulsos, provocando impactos a largo plazo en el individuo. Adicionalmente, este tipo de estrés altera la respuesta inmunológica del organismo e incrementa las sustancias pro-inflamatorias que circulan en el cuerpo. Ambos efectos, han sido vinculados a enfermedades cardiovasculares, hepatitis viral, cáncer de hígado, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades autoinmunes y depresión (27).

El entorno próximo, y específicamente relativos a la crianza, han demostrado que el estrés materno, la salud mental de los padres y las características del contexto, pueden afectar el desarrollo del sistema de estrés en los niños y niñas, dando lugar a una respuesta más reactiva al estrés a lo largo de la vida (28). La investigación de niños y niñas que han crecido institucionalizados resalta la importancia de vínculos consistentes en el desarrollo y el impacto, difícil de revertir, de los ambientes de privación sobre las capacidades autorregulatorias de los niños y niñas pequeños, al igual que la importancia de implementar lo más pronto posible experiencias compensadoras con los niños y niñas que han sido sometidos a maltrato o cuidado negligente.

Los niños y niñas que viven en situación de vulnerabilidad social desarrollan características psicosociales específicas y que requieren ser consideradas en cualquier ámbito de intervención desde el paradigma de la vulnerabilidad. Estas características, pueden presentarse de forma diversa en los individuos: desestructuración de noción de tiempo y espacio al existir ausencia de actividades sistemáticas; la imposibilidad de cambio esencial para la construcción de la identidad; desconfianza básica, sentimiento de no merecer amor ni cuidados, y ausencia de una figura que supla tal necesidad; desesperanza ante el sostén del entorno que le rodea; incapacidad de espera, tendencia a la impulsividad y necesidad de satisfacción inmediata; intolerancia a la frustración, siguiendo la impotencia y la agresión hacia sí mismo u otros; resistencia a la autoridad ante la ausencia de adultos protectores; dificultad para discriminar y aprender conductas socialmente pertinentes; alteraciones en la identidad; baja autoestima y valoración personal (29,30). Según factores de riesgos específicos vinculados a la salud, la evidencia actual disponible propone que:

- En el 2011 en Chile, de la población bajo control en el sistema público de salud, un 33% tenía malnutrición por exceso, de ésta un 30% estaba obeso y un 70% estaba con sobrepeso (15).
- En la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, un 25% de los niños y niñas se encontraba con rezago y un 11% se encontraba con retraso respecto a los hitos de desarrollo psicomotor esperables para la edad (31).
- Los accidentes más comunes en niños entre 1 a 4 años son los accidentes de tránsito, quemaduras por líquidos calientes o fuego y descargas eléctricas, ahogamiento por inmersión, caídas e intoxicaciones. En niños entre 5 y 9 años son los accidentes de tránsito, traumatismos por caídas e inmersión (15).
- De acuerdo a un estudio chileno del 2012, la prevalencia psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes indica que cuatro de cada diez de ellos en Chile (38,3%) presentaron algún problema psiquiátrico (33% hombres y 43% mujeres) (32). La mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos se da en niños/as de entre 4 y 11 años (42,9%) (32).
- Por categorías diagnósticas de salud mental, los trastornos más comunes son los disruptivos (21,8%), trastornos ansiosos (18,5%) y trastornos afectivos (6,1%). Se estima que sólo un 20% de los niños y niñas con trastornos psiquiátricos son tratados correctamente (32).

4. Innovaciones existentes para prevenir y controlar la vulnerabilidad social durante la etapa Pre Escolar y Escolar

La utilización del modelo de capital humano en varias etapas de la infancia es clave para potenciar la creación de intervenciones que busquen disminuir la vulnerabilidad social en niños (33). La idea clave del modelo es que las habilidades generadas en una etapa elevan la productividad de las inversiones en etapas posteriores, esto significa que habilidades generan habilidades. El modelo predice que estos retornos de las inversiones en la infancia temprana son más altos que los retornos de las inversiones en edades posteriores de la vida (33–35). Muchas de las intervenciones que resultan eficaces para este grupo, deben implementarse lo más temprano posible, para que tengan resultados de alto impacto.

En EEUU la política Head Start busca mejorar las habilidades cognitivas y no cognitivas de los niños. Head Start, financiado por subvención federal, promueve la preparación preescolar para desarrollar habilidades cognitivas, sociales y emocionales. Está orientado a niños de familias de bajos ingresos o que no tienen hogar. Head Start incluye educación preescolar, servicio médico y dental, cuidados de salud mental, servicios de nutrición y la relación sana entre padres e hijos (36). Por su parte, el organismo norteamericano a cargo de las políticas sanitarias, CDC, hace unos años generó una estrategia de salud pública (Estudio ACE Adversity Child Experiences) basada en el impacto de las intervenciones tempranas en la infancia. Tal política esquematiza los mecanismos mediante el cual las condiciones de la vulnerabilidad social en la niñez impactan en la salud de las personas, familias y comunidades (29). La crianza sensible y cálida en humanos, al igual que se ha mostrado en los estudios animales arriba mencionados, puede moderar el impacto de la vulnerabilidad genética hacia la hiperreactividad al estrés. La calidad del cuidado o la educación infantil que reciben los niños y niñas fuera de casa, también juega un papel importante, ya que de acuerdo con ésta se determina qué tanto se exponen sus cerebros a elevaciones de hormonas del estrés en sus primeros años (28).

En Chile, el sistema de protección orientado a la infancia ha ido adoptando nuevas formas a fin de adaptarse a las necesidades cambiantes y emergentes de cada etapa del ciclo de desarrollo de los niños y las niñas. En este sentido, tal vez el hito más importante y que ha incidido en estas nuevas formas de atención ha sido la suscripción y ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989 y 1990, respectivamente), en adelante la Convención, que de manera imperativa plantea la obligación a los Estados firmantes de garantizar, mediante los instrumentos legislativos, administrativos y otros con que cuente, las condiciones para que estos derechos sean ejercidos de manera efectiva (Art. 4, Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)(6).

Desde una mirada histórica, lo anterior no es totalmente nuevo. En trabajos como los de Pilotti (1994), Anriquez (1994) y Farías (2003) se muestra que en Chile ha existido un número de iniciativas de larga data orientadas a atender las necesidades de los niños y las niñas, articulándose en ocasiones con el Estado, pero también haciéndolo en otras de manera independiente y enfocándose sobre todo en la infancia más vulnerable (6). Ejemplo de este tipo de políticas en Chile son las implementadas por el Servicio Nacional de Menores, orientadas a niños y niñas que han sufrido alguna vulneración de derechos o se encuentran en situación de riesgo o de vulnerabilidad social a causa de problemas de convivencia dentro de sus familias, problemas de tipo conductual o por haber infringido la ley (6).

La erradicación del trabajo infantil se ha abordado a través de distintas estrategias, entre ellas destacan el programa de erradicación de la pobreza Chile Solidario, la Educación Obligatoria de 12 años, los programas pro retención y pro alfabetización y la modificación al Código del Trabajo que eleva la edad mínima a 15 años, entre otras. Dado que en las familias de extrema pobreza es donde se observa una mayor incidencia de trabajo infantil en sus peores formas, el programa Chile Solidario sin duda constituye un aporte fundamental para la erradicación de este problema (15).

Desde la perspectiva de las políticas de educación, la pre escolarización obligatoria también es una acción que permitiría disminuir la vulnerabilidad en este grupo al permitir el acceso al mercado laboral del cuidador principal y la implementación de estrategias que disminuyan el rezago del desarrollo psicomotor oportunamente.

Otras innovaciones destacadas que merecen ser mencionadas en este capítulo son:

- Programa *Formación empresarial para niños, niñas, adolescentes, jóvenes, artesanos y comunidades emprendedoras.* Busca poner al alcance de los niños, información relacionada con la conformación, desarrollo y gerencia de empresas industriales. Permite estimular el espíritu emprendedor, cambiar los paradigmas limitativos de las capacidades innovadoras, establecer las bases para el desarrollo de iniciativas para la generación de fuentes de empleos dignos, reducir la pobreza, incrementar el producto interno bruto y mejorar las condiciones de vida de las comunidades, mediante el trabajo productivo. Éste se desarrolló en Venezuela, incluye a niños desde los 7 años de edad con resultados positivos (37).

- Proyecto *Potenciación de la resiliencia: Una alternativa para la integración.* Es una intervención comunitaria centrada en el desarrollo potencial de la resiliencia en niños con características de marginalidad y en riesgo social. Se realizó en Temuco y se ha visto favorecido el desarrollo de la resiliencia al involucrar activamente a los menores en la planificación de los talleres, al darles afecto y al generar confianzas que son incondicionales (37).

- Proyecto *Rescate: atención de la diversidad desde un enfoque inclusivo.* Se desarrolló en Brasil y tuvo una duración de 3 años. Buscó dar respuesta a las necesidades educativas de los estudiantes del primer ciclo de la enseñanza básica, que presentaban dificultades en el logro de la lectoescritura, ocasionando un bajo rendimiento escolar y aumentando el riego de deserción educativa. Como resultados permitió la inclusión educativa efectiva de los estudiantes que se encontraban en riesgo de fracaso escolar, promoviendo el desarrollo de sus aprendizajes y su permanencia en la escuela. Los docentes han aprendido a conocer las necesidades de sus estudiantes y a construir estrategias pertinentes para dar respuesta a ellas (37).

- Proyecto *Creatividad educativa. Niños de la calle.* Desarrollado en Bolivia entre los años 1995-2000. Surgió ante la necesidad social de responder a la situación de los niños y jóvenes en desventaja social, el proyecto propuso contribuir a su incorporación a la sociedad a través de la recuperación de su autoestima, usando el juego y la creatividad como principales motores de su desarrollo. Las evaluaciones del proceso evidenciaron el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes que participaron, su satisfacción por superar dificultades, el reconocimiento de los valores culturales, el respeto a la diversidad de género y generacional, así como también la utilidad de entablar relaciones democráticas y participativas, no solamente en la institución sino en sus hogares, lugares de estudio y trabajo (37).

Es importante destacar que el impacto de los programas implementados ha sido consistente, pero con un alcance limitado. De esta manera, se releva la importancia de considerar en las intervenciones los diversos factores sociales que influyen y limitan su impacto. Estudios más recientes aportan reflexiones críticas sobre esta evidencia y sugieren otras líneas que pueden aumentar la efectividad de estos.

5. Innovaciones existentes para prevenir y controlar los problemas de salud de este grupo vulnerable en Chile y el mundo

En la infancia, al igual que en otras etapas, los servicios generados desde el área de la salud deben resguardar el bienestar, previniendo la insatisfacción de las variadas, particulares y cambiantes necesidades de niños y niñas. Paralelamente, en su intervención debe integrar herramientas que garanticen el desarrollo de su autonomía en el ejercicio pleno de sus derechos, en conjunto con la familia, la comunidad y organismos representantes de otras políticas del estado.

Actualmente, se han desarrollado estrategias para prevenir y/o controlar los problemas de salud que afectan a este grupo. En el caso de los preescolares destaca la estrategia implementada por la OMS y UNICEF, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la cual tiene un enfoque integrado de la salud infantil que pretende reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. Dicha estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades, como por los servicios sanitarios. Además tiene tres componentes esenciales que se traducen en la mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos, mejora general de los sistemas de salud y mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades. La AIEPI al ser integrada considera la gran variedad de factores de riesgos graves que afectan a los niños. También garantiza el tratamiento combinado de las principales enfermedades infantiles y hace hincapié en la prevención mediante la inmunización y la mejora de la nutrición. Esta estrategia se implementa de forma gradual en los países que se adscriben a ella y requiere de un alto grado de coordinación entre los programas y servicios sanitarios existentes y de una estrecha colaboración con los gobiernos y ministerios de salud para planificar y adaptar sus principios a las circunstancias locales (38).

La AIEPI ya se ha introducido en más de 75 países de todo el mundo y se ha realizado una evaluación de múltiples países para determinar los efectos, los costos y la eficacia de esta estrategia. Los resultados de la evaluación se utilizan para planificar y promover intervenciones de salud infantil emprendidas por ministerios de salud de los países en desarrollo o por asociados nacionales e internacionales en pro del desarrollo. Actualmente, la evaluación se ha realizado en el Brasil, Bangladesh, el Perú, Uganda y la República Unida de Tanzania. Los resultados de la evaluación indican lo siguiente: la AIEPI permite mejorar el desempeño del personal sanitario y la calidad de la atención; la AIEPI puede reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años y puede mejorar su situación nutricional. La AIEPI es reconocida como una inversión rentable ya que su costo por niño tratado correctamente es hasta seis veces inferior al de la atención ordinaria (38).

Sure Start (posteriormente Early Years Integrated Services) en el Reino Unido, Early Head Start en Estados Unidos y "Chile Crece Contigo" (ChCC) en Chile, son ejemplos de políticas intersectoriales, comprehensivas y multimodales que operan desde marcos conceptuales similares, organizando la oferta de servicios existentes y coordinando a actores institucionales locales en función de las necesidades de las familias, muy especialmente aquellas vinculadas con la salud mental y los vínculos de las comunidades (39).

En el caso de Chile, el ChCC, fue implementado desde el año 2006 sobre la base de las recomendaciones realizas por el Consejo Asesor para la Reforma de las Políticas de Infancia. Es el resultado de un profundo trabajo de diagnóstico de la situación de las políticas públicas para la infancia en donde todos los niños y las niñas, sin discriminación de origen, religión o etnia, quedan automáticamente incorporados al sistema a contar del primer control de embarazo de la madre. Además en Chile se cuenta con el Programa Nacional de Inmunización, estrategia que alcanza una cobertura de vacunación, del 90-92% en la población infantil (15).

La investigación de Grantham-McGregor (40) muestra que el desarrollo cognitivo temprano predice los resultados escolares, aun cuando se controla por nivel socioeconómico, nivel de educación materna, sexo y edad del niño. El trabajo de Engle (41) muestra también que muchos de los programas más eficaces en mejorar el desarrollo infantil, no sólo proporcionan experiencias de aprendizaje directo a los niños y las familias, sino que integran el apoyo a la familia, la salud, la nutrición y los servicios sociales.

La investigación muestra que la tarea de mejorar el desarrollo infantil debe involucrar a todo el Estado, los municipios, la sociedad civil, las comunidades locales, los privados y las agencias internacionales. Debe además siempre basarse en una intensiva revisión de la evidencia disponible respecto de la implementación de políticas a favor de la infancia en otros países y de la amplia participación de diversos actores de la sociedad. En su diagnóstico, el Consejo Asesor para la Reforma de las Políticas de Infancia en Chile, destacó el déficit de muchos servicios públicos para la infancia, en particular en su enfoque y en la necesidad de implementar acciones para la promoción del desarrollo infantil integral y la prevención de retrasos en el desarrollo motor, de lenguaje, social y cognitivo de los niños y niñas (39).

Su misión fundamental es articular las diferentes prestaciones de ChCC, asegurando que cada niño/niña y sus familias reciban los servicios comprometidos. Esta Red Básica ChCC constituye, a su vez, parte de una Red Ampliada ChCC en la que incorpora a otros actores del municipio (como el encargado de la Ficha de Protección Social, de los subsidios, del departamento de vivienda, entre otros), así como a otros actores relevantes de la comunidad que trabajan o apoyan acciones relacionadas con primera infancia, como organizaciones comunitarias, instituciones dedicadas a la integración de personas con discapacidad, organizaciones indígenas, instituciones académicas, etc. Esta Red Ampliada se activa, principalmente, ante la gestión de prestaciones diferenciadas del Sistema ChCC y también permite generar alianzas de cooperación público-privada (42).

El Sistema ChCC está compuesto por múltiples componentes, coordinados a través de una red comunal compuesta por los actores locales que proveen servicios a la infancia y sus familias. El eje de este modelo de provisión de servicios es el componente de salud. El fortalecimiento de los servicios de salud ha involucrado una alta incorporación de profesionales y técnicos del área psicosocial para implementar prestaciones que doten a los equipos tradicionales de salud de una perspectiva de desarrollo integral que comprenda las áreas del desarrollo psicológico, social y emocional del niño/a y su familia. Hoy es un desafío para las instancias académicas de formación

e investigación y para las instituciones que proveen los servicios, establecer lazos efectivos con la esfera de aplicación del conocimiento. Es así como se debe favorecer que las instancias de investigación en los períodos de formación de pre y post grado contribuyan al análisis y evaluación de políticas públicas como "Chile Crece Contigo", promoviendo los espacios de reflexión, innovación y retroalimentación, del ámbito académico al ámbito de la ejecución y de la implementación de proyectos y programas públicos relacionados con la infancia (42).

Por otra parte, en Chile la obligatoriedad del control de salud del preescolar realizado por profesional de enfermería permitirá mejorar las acciones de prevención y promoción de la salud. Dentro de este mismo contexto la incorporación explícita del control del escolar en el contexto de la supervisión de salud del niño y niña en su norma ministerial, facilitará la incorporación de este grupo, antes abandonado por el sistema de salud, a otro tipo de atención. Cabe destacar que ésta es una medida incipiente y aún no está establecida totalmente (15).

6. Conclusiones

Respecto a la vulnerabilidad de este grupo resulta imprescindible cuestionar el concepto de vulnerabilidad que será utilizado. Es importante destacar el sobre abuso de la utilización de este término relacionándolo exclusivamente con los sectores pobres, de menor educación, etc., sin considerar que efectivamente independiente del nivel socioeconómico o educativo todos los niños y niñas del país de una u otra manera pueden presentar vulnerabilidades sociales, puesto que durante el período de la vida que va desde la gestación, hasta los ocho años de vida, se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y emocionales, de la salud física y mental de los seres humanos (38). Desde esta perspectiva, la incorporación de las categorías género y generación son imprescindibles. En relación a ésta última debe destacarse que la vulnerabilidad en los niños y niñas no es responsabilidad de este grupo, pues claramente los adultos son los responsables y sus propias vulnerabilidades repercutirán ineludiblemente en ellos. Destaca además, la evolución histórica que ha tenido la visibilización de la figura de los niños y niñas como personas con necesidades propias, las que difieren radicalmente de las necesidades del adulto.

Por otra parte, el trabajo intersectorial es imprescindible a la hora de pensar políticas y estrategias que aborden esta temática. Es así como el término de corresponsabilidad emerge fuertemente. En esta perspectiva, es importante precisar que dicha corresponsabilidad implica necesariamente la voluntad de cada una de las esferas participantes de poner al servicio de este trabajo conjunto tanto sus conocimientos, como los recursos económicos, técnicos e institucionales disponibles para incidir positivamente en la realidad de los niños y las niñas atendidos, resguardando o restituyendo los derechos consagrados en la Convención. Mientras estas condiciones institucionales no alcancen un pleno desarrollo, el cual permita a cada esfera ejercer activa y plenamente su papel en favor de la infancia, se estará en presencia de una "interacción vertical" que es contraria a lo que se pretende con la "corresponsabilidad total" antes expuesta en relación a la población infantil (6).

7. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- El conocimiento respecto a este grupo ha aumentado, sin embargo, aún está pendiente su profundización, características e interrelaciones con distintos factores.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- Evidentemente la vulnerabilidad social de los niños y niñas se manifiesta a través de problemáticas asociadas a su salud, ya sea física y/o mental.
- La mirada familiar y adultocéntrica los sitúa en un espacio en el que por ser "menores", presentan menos posibilidades de acceder a intervenciones atingentes y relevantes.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social y de salud?

- Se han implementado estrategias y diversos sectores abogan por sus derechos, cada vez se hace más visible la figura de los niños y niñas preescolares y escolares, pues se entiende que muchos de los problemas actuales desde una mirada anticipatoria se pueden prevenir en estas etapas.

4. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Sin embargo, los indicadores de nuestro país muestran un serio problema, no se considera a la infancia dentro de la agenda de desarrollo, se priorizan los indicadores macroeconómicos, pero no la calidad de vida, sólo se busca atenderlos con programas de asistencia directa, populistas, cortoplacistas, pero no de promoción de su desarrollo.
- Será difícil entonces modificar las condiciones de vida de un niño y niña, proporcionándole educación sin evaluar la calidad de la misma o de brindarle asistencia sanitaria que resuelva problemáticas, sin considerar el contexto ni como focos centrales el fomento y promoción de su salud. De esta manera, es imprescindible evitar la dependencia clientelar y con esto diferenciar asistencia de asistencialismo.
- Se debe invertir en la infancia y no señalarla como un gasto, o como una medida para ganar votos. Esta inversión debe priorizar la calidad de las prestaciones intersectoriales y la promoción de desarrollo de capacidades.
- Se espera que a corto plazo el Estado sea garante y contemple dentro de sus prioridades a la niñez como población clave para el desarrollo de la sociedad y no dependa solamente del plan de gobierno vigente.
- Es urgente cambiar la concepción tradicional que se ha instalado históricamente acerca de los niños y niñas dentro de la sociedad que tiene a su centro al adulto. Se deben cuestionar los términos menor de edad y objeto de tutela, por el de persona social de desarrollo, para garantizar una real promoción de sus capacidades, donde el centro y fin sea este actor social.

- Finalmente y en relación a la vulnerabilidad a la cual está expuesta este grupo en específico, aún queda mucho por avanzar, ya que existen barreras para su medición, debido a que las fuentes estadísticas existentes sólo reportan indicadores simples, los que en su mayoría son de índole cuantitativa y no son específicos para medir y comprender exhaustivamente este fenómeno. Por tanto, es imprescindible contar además con criterios cualitativos específicos que permitan una aproximación real a la vulnerabilidad a la que se ha visto expuesto este grupo.

Referencias

1. Kaztman R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. In: BID - BIRF - NU. CEPAL, editor. Quinto Taller Regional sobre la Medición de la Pobreza: Métodos y Aplicaciones: documentos presentados. Aguas Calientes, México: BID-Banco Mundial-CEPAL; 2000. p. 275–301.
2. Chambers R. Rural development: putting the last first. 1st ed. Londres: Longman; 1983.
3. Mendoza E. Bioética de la Vulnerabilidad. México; 2013.
4. Icumi LY, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Francolli L. La Utilización del Concepto de "Vulnerabilidad" por Enfermería. Rev Latin-am Enfermagen. 2008;16(5):1–7.
5. UNICEF –Chile. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 1989 [cited 2015 Aug 10]. Available from: http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/
6. Andrade C, Arancibia S. Chile: interacción Estado-sociedad civil. Rev Cepal 101. 2010;
7. Casassas Sánchez R. Cuidados básicos del niño sano y del enfermo. Campos Sandoval 1943- MC, Jaimovich Pérez 1948- S, editors. Cuidados básicos del niño sano y enfermo. Santiago, Chile: Santiago, Chile : Eds. Universidad Católica de Chile; 2009.
8. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson . Rev Lasallista Investig. 2005;2(2):50–63.
9. Luthar S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation. New York: Wiley.; 2006. p. 740–95.
10. Navarro Rodríguez SR, Larrubia Vargas R. Indicadores Para Medir Situaciones De Vulneralidad Social. Propuesta Realizada En El Marco De Un Proyecto Europeo. Baetica. 2006;28(1):485–506.
11. Ministerio De Desarrollo Social M del T y previsión S, Organización internacional del trabajo. Principales Resultados Encuesta de Actividades de Niños , Niñas y Adolescentes (EANNA) 2012 [Internet]. 2013. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/eanna/presentacion_EANNA_28junio_final.pdf
12. CEPAL. Guía para estimar la pobreza infantil [Internet]. [cited 2015 Aug 10]. Available from: http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/guia-contenido-3.php
13. Ávalos Salamé, D., Thomas Ponce E. Medición de la Vulnerabilidad Social. 2007.
14. Dolto F. LA CAUSA DE LOS NIÑOS. Barcelona: Paidos Iberica; 1994.
15. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Salud de la Infancia con enfoque integral. Santiago; 2013.
16. UNICEF. Chile. Documento del programa del país 2012-2016. 2011.
17. Ministerio De Desarrollo Social. Pobreza, desigualdad y grupos vulnerables. Informe de Política Social [Internet]. 2013. Available from: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2013/media/IPOS_2013.pdf
18. Observatorio Niñez y Adolescencia. Infancia CUENTA en Chile 2014. Segundo Informe Observatorio Niñez y Adolescencia. 2014.
19. Oficina Int ernacional del Trabajo (OIT), Ministerio del trabajo y previsión social, Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Nacional de Menores. Trabajo Infantil y Adolescente en cifras: Síntesis de la Primera encuesta nacional y registro de sus peores formas. Santiago; 2003.
20. INE. Trabajo Infantil y Adolescente [Internet]. Santiago; 2004. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_trabajo_infantil/pdf/tra023.pdf
21. Organización Internacional del Trabajo. Informe Mundial sobre trabajo infantil: Vulnerabilidad económica, protección social y lucha contra el trabajo infantil. Ginebra; 2013.
22. Ministerio de Salud de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2007.
23. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://www.indh.cl/informe-anual-situacion-de-los-derechos-humanos-en-chile-2014#sthash.dTKYq8rN.dpuf
24. UNICEF. 4° Estudio de Maltrato Infantil. 2012.

25. Suglia SF, Duarte CS, Chambers EC, Boynton-Jarrett R. Cumulative social risk and obesity in early childhood. Pediatrics. United States; 2012 May;129(5):e1173–9.

26. Shonkoff JP, Garner AS, The Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health Adoption, And Dependent Care, And Section On Developmental And Behavioral Pediatrics Conec. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatr [Internet]. 2011 Dec 26; Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/12/21/peds.2011-2663.abstract

27. Shonkoff JP, Garner AS, The Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health Adoption, And Dependent Care, And Section On Developmental And Behavioral Pediatrics Conec. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatr . 2011 Dec;

28. Martínez M, García MC. Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv [Internet]. scieloco; 2011;9(2):535–45. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2011000200004&nrm=iso

29. American Academy of Pediatrics. Adverse childhood experiences and trauma. 2014.

30. World Health Organization. Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors: Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action [Internet]. Geneva, Switzerland: Author. 2012. Available from: http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:AN+OVERVIEW+OF+VULNERABILITIES+AND+RISK+FACTORS+Risks+to+mental+health+:+an+overview+of+vulnerabilities+and+risk+factors+Background+paper+by+WHO+secretariat+for+the+development+of+a+comprehensi

31. Ministerio de Salud de Chile. II encuesta de calidad de vida y salud Chile 2006 [Internet]. 2006. 133 p. Available from: http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/encavi/Informe-Final-Encuesta-de-Calidad-de-Vida-y-Salud-2006.pdf

32. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev Med Chil [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2012 Apr [cited 2015 Aug 11];140(4):447–57. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33. Heckman JJ. The real question is how to use the available funds wisely. The best evidence supports the policy prescription: Invest in the very young". Ounce of Prevention Fund (Chicago, Ill.); 2000.

34. Programa Puente Chile Solidario, UNICEF. Trabajo Infantil: ¿Donde está? Unicef. 2008.

35. Rossin-Slater M. Promoting Health in Early Childhood. Futur Child [Internet]. 2015;25(1). Available from: http://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/FOC-spring-2015.pdf

36. Rossin- Slater M. Promoting Health in Early Childhood. Futur Child [Internet]. Future of Children; 2015;25(1):35–64. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=102660864&lang=es&site=ehost-live

37. UNESCO. Innovemos: Red de innovaciones educativas para America Latina y el Caribe [Internet]. [cited 2015 Aug 11]. Available from: http://www.redinnovemos.org/content/view/1247/40/lang,sp/

38. Organización Panamericana de la Salud. Curso Clínico: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [Internet]. 3th ed. Bogotá D.C. Colombia: World Health Organization; 2012 [cited 2015 Aug 10]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/

39. Cordero M, Lucía V, Arriet F, Torres A. La protección integral a la infancia y los desafíos de los servicios de salud. Políticas públicas para la infancia. UNESCO; 2011. p. 1–196.

40. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet [Internet]. 2007 Jan 12;369(9555):60–70. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607600324

41. Engle PL, Black MM, Behrman JR, Cabral de Mello M, Gertler PJ, Kapiriri L, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. Lancet (London, England). England; 2007 Jan;369(9557):229–42.

42. Silva V, Milman H. Cuatro años creciendo juntos [Internet]. Ministerio de Salud de Chile, editor. 2010. 104 p. Available from: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/ChCC_MEMORIA.pdf

Acerca de los autores

Dayann Martínez, PhD (c)

Enfermera, Doctoranda en Ciencias, Programa de Posgrado en Enfermería, área Cuidado en Salud, Escuela de enfermería USP, Bachiller en Ciencias. Diplomada en Gestión de Calidad en Salud y en Pedagogía para la Educación Superior. Se desempeña como profesor asistente adjunto de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha desarrollado el área de investigación en Violencia contra niños y niñas, malnutrición infantil y Gestión del cuidado de enfermería. Su labor clínica la realiza en centros de salud ambulatorios y centros de educación inicial. Su línea de desarrollo se enmarca en Salud Colectiva, Salud infantil y Comunitaria. Email: dcmartin@uc.cl

Angélica Farías, MSc

Enfermera con diploma en Salud del Niño y del Adolescente. Magíster en Psicología, mención comunitaria de la Universidad de Chile. Especialista en la investigación en el fenómeno de las adicciones USP. Diplomada en Salud Integral del adolescente y en educación en Tendencias innovadoras de Docencia en Salud UC. Se desempeña como profesor asistente adjunto de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su labor clínica la realiza en centros de salud ambulatorios y en cuidados domiciliarios. Su línea de desarrollo se enmarca en la salud mental de niños, niñas y jóvenes. Email: amfariac@uc.cl

Natalia Vergara, BSc

Enfermera con diploma en Salud del Niño y del Adolescente, Diplomada en Niñez y Políticas Públicas y en Gestión en Salud. Se ha desempeñado como Coordinadora Nacional de Salud del Servicio Nacional de Menores, como Enfermera en el Centro de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) Casa Nacional del Niño. Además es consultora de lactancia, voluntaria del servicio "Consulta al Experto" del ChCC e instructora de Yoga Kundalini Prenatal y Mamá-Bebé. Ha participado en la generación de lineamientos de salud física y mental en centros de residenciales de protección de niños, niñas y adolescentes y centros de cumplimiento de sanciones y medidas incorporadas en la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Email: nivergar@uc.cl

Paula Vega, MSc

Enfermera matrona, especialista en enfermería oncológica pediátrica. Magíster en Enfermería clínica y maestra de Reiki Gendai. Diplomada en cuidados paliativos pediátricos. Se desempeña como profesor asistente adjunto de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha desarrollado el área de la investigación cualitativa y la investigación en duelo profesional y de padres de niños oncológicos y terapias complementarias. Su labor clínica la realiza en el hospital Josefina Martínez. Pertenece al programa nacional de Cáncer infantil y es miembro del SOCHENA y de la red ENSI Chile. Email: pvegav@uc.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre la infancia pre escolar y escolar en Chile

Principales Recomendaciones

1. Incorporar y hacer énfasis en la mirada histórica que tiene tanto el concepto de infancia como el de vulnerabilidad, como una manera de comprensión del fenómeno con el fin de reconocer la dificultad de acceso y falta de oportunidades que han existido históricamente.

2. Abordar esta problemática desde la mirada del enfoque de género y generación. Niños y niñas tendrán necesidades diferentes, del mismo modo las necesidades de los preescolares, serán distintas a las de los escolares.

3. Armonizar el concepto de vulnerabilidad en este grupo, considerando el contexto como un elemento esencial, el cual puede brindar o limitar la existencia de oportunidades.

4. Considerar y analizar bajo qué enfoque se define familia, puesto que las políticas existentes apuntan a ciertos tipos de estructura y dinámica familiar.

5. Para el análisis de la situación de vulnerabilidad a la que está expuesto este grupo debe considerarse el enfoque de la Fuerza, el que propone que los recursos de las personas y de sus ambientes, más que sus patologías y problemas, deberían ser el foco central del proceso de ayuda.

6. A la hora de analizar las situaciones de vulnerabilidad de este grupo, es imprescindible considerar el enfoque sistémico, puesto que los niños y niñas se encuentran insertos en un sistema familiar. De esta manera la dificultad en el acceso a la estructura de oportunidades por parte de los padres o cuidadores determinarán el desarrollo de estos. Por lo que mejorar el contexto de vulnerabilidad en el cual están insertos los adultos, repercutirá positivamente en los niños.

7. Chile tiene la institucionalidad pública para derivar recursos económicos para establecer un sistema de protección integral de los derechos de la infancia que debe ser aprovechado.

8. Fortalecer la formación de profesionales y trabajadores que se relacionan con los niños en estas etapas, principalmente en las áreas de la salud y educación, espacios en los que habitualmente se encuentra cautiva, con el fin de contribuir a la detección y disminución de situaciones de vulnerabilidad.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Dayann Martínez.** Enfermera; PhD en Ciencias, área Cuidado en Salud, Escuela de Enfermería USP, Bachiller en Cs. UC. Profesora Asistente Adjunto, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. dcmartin@uc.cl
- **Angélica Farías.** Enfermera; Mg. en Psicología, mención Comunitaria. Universidad de Chile. Profesora Asistente Adjunto, Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. amfariac@uc.cl
- **Natalia Vergara.** Enfermera con diploma en Salud del Niño y del Adolescente. Diplomada en "Niñez y Políticas Públicas" y en Gestión en Salud. nivergar@uc.cl
- **Paula Vega.** Enfermera Matrona. Mg. en Enfermería. Profesor Asociado, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. pvegav@uc.cl
- **Fabiola Cortez-Monroy.** DEA en Sociología. Université Catholique de Louvain, Profesora Pontificia Universidad Católica de Chile. fcortezm@uc.cl
- **Mª Carolina Velasco.** Master in Social Work, Boston College, Psicóloga y Licenciada en Psicología, Universidad Diego Portales. mvelascoh@uc.cl
- **Viviana Aliaga.** Enfermera, Postítulo En Salud Familiar y Comunitaria UC. vpaliaga@uc.cl
- **Marcela Urrutia.** MSc; Diplomado Salud Mental y Psiquiatría. Profesora Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. marcelaurrutia@uc.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- Porque la etapa preescolar y escolar son etapas en sí mismas y no deben ser consideradas como periodos de transición a la etapa adulta.
- En estas etapas se forjan aspectos del desarrollo que van a tener impacto a lo largo de la vida. Responsabilizarse de lo que a los niños y niñas les sucede ahora, permite tener una visión de futuro como sociedad.
- Las intervenciones en estas etapas son claves para la prevención de problemáticas en la etapa adulta, puesto que los retornos de las inversiones en la infancia temprana son más altos que los retornos de las inversiones en edades posteriores de la vida.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- En la actualidad prima aún la mirada adultocéntrica sobre los niños y niñas, esta mirada históricamente los ha posicionado como sujetos carentes y vulnerables, a la hora de compararlos con el mundo adulto.
- Los niños y niñas en etapa preescolar y escolar, están expuestos a cambios físicos acelerados y trascendentes que repercuten directamente en etapas posteriores.
- La integración de funciones orgánicas, junto al crecimiento y a la maduración de órganos y sistemas que le facilitan el logro de una autonomía, iniciativa e industrialidad progresiva, las cuales están supeditadas a una co-relación permanente con el entorno familiar, social y político y su vinculación con estos actores
- Los menores de 10 años representan el 14,5% del total de población del país, se estima que esta cifra al año 2030 será más reducida.
- El 22,8% de la población infantil se encuentra bajo la línea de pobreza y el promedio nacional de indigencia infantil alcanzaba en 2011 el 4,5%.
- El 71% de los/las niños son víctimas de violencia por parte de su madre y/o padre. Un 8,7% sufren abuso sexual, ocurriendo el primer episodio en promedio a los 8 años y medio.
- Durante la infancia, niños y niñas, son más susceptibles al entorno biopsicosocial y económico. Además no disponen de todos los recursos para recuperar su bienestar, tales como aquellas capacidades de resiliencia que se requiere para restablecer el orden.
- La vulneración más importante en estas etapas, es la falta de participación, puesto que la sociedad no permiten dar espacios de participación en las decisiones que les competen.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Vincular los derechos de niños y niñas con sus necesidades específicas.
- La existencia de leyes y de organismos que velen por el cumplimiento de los derechos en la infancia y la satisfacción de sus necesidades.
- Fortalecimiento de los organismos existentes tales como el Consejo Nacional de la Infancia, organismo que tiene la responsabilidad de generar una Ley de Garantía Universal de los Derechos de la Niñez.
- Aumentar el desarrollo de investigaciones interdisciplinarias que fundamente las Intervenciones en este grupo, puesto que para abordar sus necesidades debe estar presente los sectores de educación, justicia, cultura, salud, etc.

Capítulo 4

Vulnerabilidad social en salud en adolescentes y jóvenes en chile

Alexandra Obach, PhD

Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Anna Macintyre, RN, M.Phil

University of Oslo, Norway.

Resumen

El presente capítulo corresponde a una reflexión en torno a la situación de adolescentes y jóvenes desde una mirada de la vulnerabilidad social en salud de este grupo tanto en la región como en el país. La población adolescente y joven enfrenta diversos obstáculos que los excluyen de la salud y que los sitúan en una posición de vulnerabilidad social, entre ellos, la pobreza, la marginación, la discriminación. Por décadas las necesidades específicas en salud de adolescentes y jóvenes no han figurado en las agendas públicas ni políticas, y los gobiernos no han considerado prioritario invertir en ellos. En los últimos años dicha situación se ha ido trasformando toda vez que se han generado diferentes acciones para abordar a este grupo desde el sector salud. El capítulo hace un recorrido por las diversas conceptualizaciones que existen en torno a la adolescencia y la juventud, y las perspectivas desde las cuales el sector salud ha abordado a adolescentes y jóvenes, planteando una mirada crítica respecto a las acciones realizadas hasta la fecha, específicamente en el área de salud sexual y reproductiva. Además, se plantean desafíos pendientes en esta materia, principalmente respecto a la incorporación de un enfoque de derechos y participación en el abordaje de este grupo, así como la necesidad de incluir perspectivas más diversas y dinámicas en salud de adolescentes y jóvenes, con el fin de dar respuesta a las problemáticas actuales en salud de este grupo de la población.

Palabras clave: Adolescencia y juventud; Participación y derechos; Salud sexual y reproductiva; Derechos sexuales y reproductivos

1. Aproximaciones conceptuales a la adolescencia y juventud

La adolescencia y juventud corresponde a una etapa de la vida caracterizada por una serie de cambios en los individuos, tanto a nivel biológico, como sicológico y social. Los enfoques tradicionales han abordado a la adolescencia y juventud principalmente desde una perspectiva adultocentrica, concepto que alude a un modelo social que fomenta una relación asimétrica y tensional de poder entre adultos y jóvenes (1). Desde dicha perspectiva han surgido diversos enfoques para el abordaje de la adolescencia y juventud, entre ellos, el que entiende esta etapa de la vida como un periodo preparatorio en la que los individuos tienen como objetivo el prepararse para ingresar al mundo adulto, invisibilizando los contenidos propios de dicha etapa de la vida y negándoles con ello el reconocimiento como sujetos sociales (1). El modelo de juventud en tanto periodo preparatorio asume a su vez a la adolescencia y la juventud como una fase problemática caracterizada por situaciones tales como embarazo, delincuencia, consumo y tráfico de drogas, y deserción escolar (1, 2). Es decir, se aborda a la adolescencia y juventud desde una perspectiva de riesgo o peligro en lo relativo a la constitución de una identidad sana (3). Las acciones desde estos enfoques -que se basan en una visión reduccionista y entienden a la juventud básicamente como un problema-, se han centrado en la prevención y eliminación de dichos problemas o peligros más que en el fomento del desarrollo integral de los grupos de adolescentes y jóvenes (1). Desde una mirada demográfica, dichos paradigmas tradicionales han entendido a la adolescencia y la juventud como un grupo homogéneo integrado por todas las personas que coinciden en un tramo de edad definido de acuerdo a intereses particulares (1). Así, por ejemplo, la Organización Mundial de Salud (OMS) considera a la población adolescente y joven a aquella entre los 10 y los 24 años de edad. La adolescencia como una etapa entre los 10 y 19 años (adolescencia temprana de 10 a 14 años, y adolescencia tardía de 15 a 19 años),

juventud, entre los 15 y 24 años (4). En Chile, el Instituto Nacional de la Juventud considera joven a la población entre los 15 y los 29 años de edad (5), aun cuando las categorías etarias de la OMS son utilizadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) y otros organismos públicos. Si bien el enfoque demográfico permite estandarizar acciones públicas, no considera las diferencias en el desarrollo biológico y psicológico, ni tampoco las diferencias en los contextos socio-culturales donde se desarrollan los/as adolescentes y jóvenes. Es decir, dejan de lado el carácter dinámico y diverso de la adolescencia y la juventud restando con ello equidad en este grupo y la posibilidad de desarrollar políticas diversificadas (1).

1.1. Nuevas perspectivas: ciudadanía, derechos y participación

Enfoques a los que adhiere el presente capítulo plantean que *la juventud* no existe como tal sino que lo que existe son *las juventudes*, es decir, diversas expresiones y significados que surgen desde un grupo social y que se expresan de las más variadas formas. Desde esta mirada las juventudes surgen como grupos sociales diferenciados, con particularidades y especificidades en cada sociedad y contexto cultural determinado (2, 6). Esta forma de abordar a la población adolescente y joven integra en su análisis las diversas dimensiones que componen la identidad de los sujetos, entre ellas, clase, género, religión, etnia, así como los estilos culturales y de los subgrupos etarios que se comprenden dentro del grupo social juventud en la actualidad (7, 8). Estas nuevas perspectivas para abordar a la adolescencia y la juventud han surgido al alero de avances internacionales en materia de derechos, entre ellas, la Convención de los Derechos del Niño, a través de la cual se crean las condiciones para establecer que niños y adolescentes tienen derecho a la ciudadanía (1). Dicha convención marca un hito en la visibilización del sujeto niño y adolescente, y fomenta los contextos necesarios para el desarrollo de perspectivas cuyo eje no es la promoción de la ciudadanía formal centrada en el derecho a voto (lo que deja fuera a niños y adolescentes) sino que se centra en las prácticas sociales entre el Estado y los actores sociales que dan significado a la ciudadanía. Esto permite el desarrollo del paradigma de juventud ciudadana, el cual asume a la adolescencia y la juventud como sujetos con capacidades y derechos para intervenir protagónicamente en sus propias vidas, *"construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo"* (1).

2. La salud de adolescentes y jóvenes: historia de vulnerabilidades y exclusiones

La población de adolescentes y jóvenes representa el 24,4% de la población total de la región (9). Por décadas sus necesidades no han figurado en las agendas públicas ni políticas, y los gobiernos no han considerado prioritario invertir en ellos (8). La población adolescente y joven enfrenta diversos obstáculos que los excluyen de la salud y que los sitúan en una posición de vulnerabilidad social, entre ellos, la pobreza, la marginación y la discriminación (9). Durante los últimos años las agencias internacionales así como los gobiernos de los diversos países de la región han generado diferentes acciones orientadas a satisfacer las necesidades de este segmento de la población. Los lineamientos internacionales sostienen que dichas acciones deben estructurarse dentro de una perspectiva de curso de vida, de género y de derechos humanos, centrándose en las poblaciones vulnerables y en riesgo (9). En este marco distintas instituciones, entre ellas la Organización Panamericana de Salud (OPS), vienen realizando desde hace más de una década acciones dirigidas a este grupo (4). Esto se debe a varias razones, entre ellas, los perfiles

epidemiológicos actuales de la población general, los cuales revelan una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Se cree que dichas enfermedades están vinculadas a estilos de vida que se consideran riesgosas para la salud (por ejemplo malos hábitos alimenticios, poca actividad física, consumo problemáticos de tabaco, drogas y alcohol), y que están ligadas a conductas que generalmente se inician en la adolescencia (10). Por lo mismo, se han desarrollado diversas estrategias que buscan prevenir problemas de salud en el futuro a través de la promoción de acciones con adolescentes y jóvenes, junto con abordar problemas específicos de salud de este grupo (4). Además de los datos epidemiológicos, existe un consenso internacional respecto a la vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes, principalmente por la situación de invisibilidad en la que se encuentran, y las condiciones de vida desfavorables en las que muchos de ellos y ellas viven y se desarrollan: bajos ingresos, bajo nivel educativo, condiciones de vida de indígenas, migrantes, transfronterizos y de minorías étnicas, junto con otros determinantes sociales que los desfavorecen y los excluyen (9).

De acuerdo al Instituto Nacional de la Juventud, el cual toma como referencia datos del Instituto Nacional de Estadísticas 2012, la población joven en Chile es de 4.272.767. De ellas el 49,3% son mujeres y 50,7% hombres. El 33,3% corresponden a personas entre 15 a 19 años de edad; 34,5% de 20 a 24 años; y 32,2% de 25 a 29 años. Por otra parte, el 86,7% es población urbana; y el 13,3% rural. Respecto al nivel socioeconómico el 42,7% es del nivel bajo; 49,6% medio; y el 7,7% alto (INJUV, 2013). Respecto a la etnia, un 7% de las y los jóvenes declara pertenecer a algunos de los pueblos originarios del país. Por otra parte, un 2,1% de la población inmigrante del país se encuentra entre los 10 y los 24 años de edad (11). Cabe destacar que datos de la Encuesta Casen 2013 dejan entrever que los/as adolescentes y jóvenes en el país representan el grupo con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza, lo que significa que son uno de los grupos sociales más vulnerables (11). El análisis de este segmento de la población requiere de la incorporación de enfoques que amplíen las miradas más allá de las perspectivas individuales y de riesgo, y se centren en los determinantes sociales que generan los contextos específicos en los que se dan las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes.

3. Adolescencia y juventud: consecuencias en salud

De acuerdo a datos de la OPS, las principales causas de mortalidad de personas entre 15 y 24 años de edad en la región son externas, incluidos los accidentes, los homicidios y los suicidios. A estas causas le siguen las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (4). En Chile, al igual que en el resto de la región la principal causa de muerte en adolescentes de 10 a 19 años son las externas (accidentes, homicidios y suicidios) correspondiendo a un 60% (10). Del total de muertes por causas externas, el 70,4% corresponde a hombres y el 29,6% a mujeres (10). Otro tema preocupante en la salud de adolescentes y jóvenes es el aumento en forma sostenida del suicidio siendo mayor en adolescentes hombres que en mujeres (10). Por otra parte, llama la atención la alta tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, siendo la primera causa de muerte por causas externas en adolescentes y más alta en hombres que en mujeres (12). Respecto a la morbilidad de este grupo, los problemas de salud de adolescentes y jóvenes en Chile están referidos principalmente a las áreas de salud mental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, sedentarismo, enfermedades crónicas, enfermedades oncológicas, discapacidad y salud bucal (10). Estas áreas de la salud están a su vez vinculadas a ciertas conductas, entre ellas el consumo de drogas y alcohol, y conductas sexuales. El estudio de Mason-Jones y

Cabieses (13) analiza la Encuesta Nacional de Salud de 2010 según sexo y edad, y establece una interesante relación entre consumo excesivo de alcohol y problemas de salud mental en adolescentes y jóvenes. De acuerdo al artículo, la población adolescente y joven reporta una alta prevalencia de consumo de alcohol, consumo excesivo de alcohol y problemas mentales asociados a dicho consumo. El estudio muestra que el 65% de los adolescentes y 85% de jóvenes reportaron haber consumido alcohol en el último año, y de ese total un 83% de adolescentes y un 86% de jóvenes reportó haber consumido alcohol en el último mes. De los adolescentes que reportaron un uso excesivo de alcohol, reportaron a su vez estar siempre o casi siempre deprimidos o de haberse sentido ansiosos en el último mes. Las adolescentes mujeres reportaron mayor insatisfacción con sus vidas, y dicen haberse sentido siempre o casi siempre deprimidas.

Todas las cifras presentadas dejan entrever la crítica situación de salud de adolescentes y jóvenes, pero son escasas las reflexiones en torno a los elementos sociales y culturales que facilitan las conductas individuales y colectivas que llevan a los adolescentes y jóvenes a dicha situación de vulnerabilidad en salud. Temas específicos de este grupo tales como salud mental y salud sexual y reproductiva se posicionan como prioritarios en las agendas públicas ya que el aumento sostenido de problemas en estas materias revelan problemáticas que incluyen a la sociedad en su conjunto y, por ende, requieren de soluciones globales que incluyan a todos los actores sociales, desde una mirada poblacional amplia e inclusiva, más que acciones dirigidas sólo a adolescentes y jóvenes desde un enfoque de conductas de riego individual. A continuación revisaremos los distintos enfoques que ha tenido la atención en salud de adolescentes y jóvenes, las carencias y avances en esta materia, así como los desafíos pendientes.

4. Acceso y atención de salud a adolescentes y jóvenes en Chile: una mirada histórica

De acuerdo a la OPS (9) las políticas, programas y servicios abordan la salud y desarrollo de los/as adolescentes y jóvenes desde una perspectiva vertical y orientada principalmente a problemas. La misma institución sostiene que se ha prestado insuficiente atención a las necesidades específicas de los/as adolescentes y jóvenes en función de la edad, la etapa de desarrollo, la cultura y el género, por lo que el acceso de la población joven a los servicios de salud sigue siendo insuficiente en la mayoría de los países (9). Junto con lo anterior, se identifican una serie de barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, entre ellas obstáculos jurídicos, financieros, así como entornos hostiles por parte del sistema de salud (9).

En el caso particular de Chile, la salud de adolescentes y jóvenes se mantuvo invisibilizada por décadas. Esto se debió a varias razones, entre ellas por el paradigma imperante en salud el cual los consideraba como la etapa del ciclo vital con menores índices de morbimortalidad. Recién en los años 80 comienza a surgir una incipiente necesidad por abordar a este grupo poblacional de manera específica, ligado a temas tales como embarazo adolescente, consumo de drogas y alcohol, conductas violentas, todas ellas abordadas desde una perspectiva de conductas de riesgo y de atención de daño (14).

Con el regreso a la democracia en los años 90 el tema de la infancia y adolescencia fue relevado en la agenda pública social. Algunos de los hitos que marcaron esta etapa fueron los compromisos asumidos por Chile en la "Cumbre Mundial en favor de la Infancia" en 1990, y a partir de la suscripción de la Convención de los Derechos

del Niño, ratificada por nuestro país en ese mismo año. En el año 1994 se realizó el primer diagnóstico de salud de los adolescentes chilenos y en el año 1995 se creó el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. En el año 1999 se publicó el primer documento sobre Políticas Públicas en Salud de Adolescentes y Jóvenes, el cual significó un cambio de perspectiva para abordar a este grupo pasando del paradigma asistencial a uno centrado en la promoción y prevención desde un enfoque integral y biopsicosocial. Dada la detección de los diversos esfuerzos aislados llevados a cabo por diversos agentes del Estado en torno a la infancia y la adolescencia, en el año 2000 se constituyó un grupo de trabajo integrado por representantes de diversos Ministerios y se redactó la primera Política Nacional a Favor de la Infancia y la Adolescencia 2001–2010 donde se propone una mirada intersectorial a este segmento abarcando sólo a menores de 18 años, sin considerar a la juventud en su globalidad. Estas acciones dan cuenta de la carencia de una política nacional de adolescencia y juventud en Chile, donde la especificidad de la adolescencia y la juventud se desarrollen de manera adecuada. Estos lineamientos generaron las bases para el trabajo efectivo con adolescentes y jóvenes, lo que permitió que en año 2007 que se iniciara un proceso de reestructuración de las Políticas y Programas de Salud para este grupo poblacional (14).

En este marco, en el año 2008 se formuló una nueva política de salud para adolescentes y jóvenes, elaborada desde un enfoque de derechos y de participación, e incluyó los resultados de jornadas interregionales realizadas a lo largo del país con equipos de salud, el intersector, y adolescentes y jóvenes (15). La política se fundamenta desde una perspectiva que entiende a la adolescencia y juventud como un período de oportunidades en la construcción de identidades, en el derecho de todas las personas respetando las diferencias, promoviendo la participación y solidaridad (15).

A partir del año 2009 comenzó la incorporación de espacios para atención amigable de adolescentes (EAA) de acuerdo a las recomendaciones de OMS/OPS. Las características generales de dicha estrategia son actuar desde un enfoque promocional-preventivo, respeto a la privacidad, acceso en horarios diferenciados, atención amigable y con personal capacitado, entre otras (15). Se comenzó con la instalación de 54 espacios de atención amigable en la red de atención primaria, ubicados en igual número de comunas (15). Al 2012 se contaba con 106 EAA, 58 con financiamiento del nivel central de salud y 48 con financiamiento local (municipal y servicios de salud) (15). En 2012 el Ministerio de Salud declaró que *"este modelo de atención ha significado un importante aumento de la cobertura asistencial, reflejado sobre todo en mayor consulta en áreas como salud sexual y reproductiva, alimentación y salud mental"* (15).

5. La salud de adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de género

Todos los temas de salud antes mencionados, así como las acciones descritas en torno a la salud de adolescentes y jóvenes, afectan de manera diferente a hombres y mujeres, y también están determinados por factores tales como el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, educacional y étnica de la población adolescente y joven, que, al ser determinantes sociales (ya sea estructurales o intermedios), inciden directamente sobre la salud de las personas (16) y, por ende, son necesarias de explorar en profundidad en sus diversas particularidades.

En el caso de las diferenciaciones entre hombres y mujeres, éstas están relacionadas con las inequidades existentes en salud producto de las construcciones de género propias de cada sociedad, las cuales impactan y tienen consecuencias en la salud, y en la exposición a vulnerabilidad en salud en cada uno de los géneros. El género influye, por ejemplo, en los riesgos de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres debido a diversos elementos, entre ellos, las diferencias en exposición y en vulnerabilidad; en el acceso a los servicios de salud; el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; y en las respuestas del sector de la salud (17). Así por ejemplo, tanto en Chile como en la región la atención de salud de las mujeres, incluidas las adolescentes y jóvenes, gira en torno a la salud reproductiva, reduciéndolas sólo a esta dimensión (18).

Respecto a la salud de los hombres diversos autores postulan que ésta se vincula directamente a los procesos de socialización masculina que incentiva en los hombres comportamientos como la competitividad, la demostración de virilidad, la búsqueda del riesgo y el uso de la violencia en determinadas circunstancias como mecanismos de demostración de la masculinidad (19-21). Dentro de los mandatos de la masculinidad hegemónica, el autocuidado y la valoración del cuerpo en el plano de la salud es escaso ya que se asocia a vulnerabilidad y, por ende, aparece como un valor netamente femenino (22). Así, la socialización masculina, si bien presenta privilegios para los hombres, también se traduce en riesgos tanto para su propia salud, como para la salud de otros hombres y mujeres. Respecto a la salud de adolescentes y jóvenes varones, existe una presión por parte de la cultura, de las instituciones, de las familias y los pares para que los jóvenes se comporten como *hombres*, y esas actitudes los llevan en ocasiones a experimentar conductas de riesgo como participar en peleas, consumir alcohol en exceso, fumar tabaco, tener sexo sin protección, entre otras (22-27). Junto con lo anterior, los hombres adolescentes y jóvenes, a través de diversos mecanismos son expulsados del sistema de salud siendo invisibles para éste (28).

En relación a la diversidad sexual, la cultura hegemónica establece que la heterosexualidad debe ser la orientación sexual deseada por todas las personas y, por ende, ser el móvil de las conductas sexuales aceptadas. Esta *heteronormatividad* queda reflejada en, por ejemplo, la educación sexual y las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Chile, enfocadas principalmente en la prevención de embarazo, sin considerar que la buena salud sexual y los derechos sexuales abarcan temas mucho más amplios como respeto por diversidad sexual, prevención de infecciones de trasmisión sexual, igualdad de género y prevención de todo tipo de discriminación y violencia (29). La adolescencia es un tiempo de construcción de la identidad en muchos aspectos y el desarrollo de la identidad sexual en esta etapa es fluido y dinámico. Dado que la adolescencia es un tiempo de exploración, experimentación y descubrimiento (30), muchos adolescentes experimentan atracción y tienen relaciones sexuales con pares de ambos

sexos. De esta forma, estrategias de salud enfocadas sólo en parejas "heterosexuales" no reconocen la realidad de adolecentes que están en búsqueda de su identidad sexual, e invisibilizan experiencias sexuales que les ponen en situación de riesgo frente de múltiples temas, entre ellos, embarazos no deseados, infecciones de trasmisión sexual y VIH/Sida.

6. Vulnerabilidad social en salud: aproximación desde la salud sexual y reproductiva, y el embarazo en la adolescencia

La Organización Mundial de Salud (OMS) define salud sexual como un bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, que incluye la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (30). En esta definición destaca notar que placer y seguridad aparecen de la mano. Salud reproductiva por su parte se conceptualiza como un bienestar físico, mental y social, e implica que las personas son capaces de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y sin riesgos; que tienen la capacidad de reproducirse con la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia (31). Además, incluye el derecho de mujeres y hombres de tener acceso a información y métodos anticonceptivos, además de acceso a las mujeres a servicios de salud seguros durante el embarazo, parto y puerperio (31).

Los derechos sexuales y reproductivos unen las dos definiciones de salud sexual y reproductiva anteriormente descritas en un marco de derechos humanos universales. Estos incluyen acceso a servicios adecuados de planificación familiar y aborto seguro; atención seguro en el parto y en los cuidados del recién nacido; la detección y el tratamiento de problemas de salud sexual, incluyendo las infecciones de transmisión sexual; la educación en salud sexual y consejería sexual; y promoción de la igualdad de género (32).

Hasta la fecha la atención de salud sexual y reproductiva tanto a nivel mundial, como regional y de país ha estado centrada principalmente en las mujeres, específicamente en los ámbitos reproductivos, por ejemplo la prevención del embarazo en la adolescencia, dejando de lado los ámbitos de la salud sexual de ellas. Por su parte, la salud sexual y reproductiva de los hombres ha estado invisibilizada tanto en las políticas públicas, como en la práctica clínica y en la reflexión social (28). Desde este enfoque, los esfuerzos por la prevención del embarazo adolescente han estado puestos en las embarazadas adolescentes sin considerar a las mujeres jóvenes desde una dimensión integral, ni a los hombres jóvenes ni sus familias (28). Esto ha tenido como consecuencia la ausencia de un enfoque de derechos y de participación en la prevención del embarazo adolescente, el cual ha sido abordado principalmente desde un enfoque biomédico, adulto-céntrico, y centrado en el sistema de salud (2, 28). Esto tiene como consecuencia una falta de reconocimiento de las necesidades de los/as adolescentes y jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva, así como a la falta de mecanismos para la incorporación de la variabilidad social y cultural que existe en la adolescencia y la juventud.

6.1. Situación del embarazo adolescente en Latinoamérica y Chile

El embarazo adolescente es considerado un problema social y de salud púbica que tiene profundas consecuencias tanto a nivel individual, como comunitario y social (10, 33). Su abordaje es complejo ya que está determinado por un conjunto de variables sociales, entre ellas, condición socioeconómica, género, etnia, educación, acceso a servicios de salud, vulneración de derechos, entre otros determinantes (34). El porcentaje de embarazos no deseados en adolescentes en América Latina y el Caribe para el 2011 estaba entre el 35 y 52%, siendo éstos mayores para algunos países de la subregión andina, entre ellos Bolivia, Colombia y Perú con un porcentaje de embarazos no deseados de 70, 58 y 65% respectivamente (35). Si bien Chile presenta una de las tasas de embarazo adolescente más bajas de la región, ésta es muy alta comparada con los países desarrollados (36, 37). En el año 2012 se registraron 34.960 recién nacidos de madres adolescentes (14,4% del total del país), y dentro de esto, 874 recién nacidos correspondieron a madres adolecentes menores de 15 años (0,4%) (10). Estas cifras alertan respecto al aumento sostenido en el embarazo en la adolescencia temprana y fomenta la generación de estrategias de prevención del embarazo específicas para este grupo.

Tanto en Chile como en el resto de la región la mayor cantidad de embarazos en la adolescencia sucede en los estratos socioeconómicos bajos (10, 35). De acuerdo a datos de Family Care International la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al menos la del quintil más rico en toda la región (35). Esta situación conlleva que el embarazo en la adolescencia constituya una de las actuales causas de generación y transmisión de la pobreza, reproduciendo con ello las inequidades sociales en el país. Además, es una problemática que exacerba las desigualdades en las relaciones de género, aumentando la vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y jóvenes (28). Tal como sostiene Olavarria y Molina (38), si bien los embarazos de adolescentes se presentan en todos los estratos sociales, la proporción en condición de indigencia y pobreza es mayor. De acuerdo a los autores y en base a datos de la encuesta Casen 2006 y 2009, casi el 40% de las adolescentes embarazadas o amamantando pertenece al quintil de menores ingresos, mientras menos del 1% pertenece al sector de mayores ingresos; porcentajes que para adolecentes no embarazadas corresponde a 27% y 11% respectivamente. En este marco, las cifras tanto a nivel de Latinoamérica como de Chile dejan entrever que el embarazo adolescente está asociado a la pobreza y que las adolescentes embarazadas o amamantando están entre las más pobres de las más pobres de sus pares, siendo su condición de extrema vulnerabilidad (38).

El marco de los determinantes sociales de salud permite analizar los efectos que las condiciones sociales, económicas, políticas e institucionales que influyen en la toma de decisiones en materia de sexualidad en adolescentes y jóvenes. Así, por ejemplo, desde esta perspectiva se identifican algunas barreras importantes en la prevención de embarazo adolescente, entre ellas, leyes que limitan el acceso a anticonceptivos; actitudes negativas en la comunidad acerca de la sexualidad de adolecentes; falta de accesos a servicios amigables (especialmente en zonas rurales); cultura de violencia; falta de educación sexual; presión social de pares; socialización de mujeres en la conceptualización de la maternidad como única opción en la vida e idealización de la maternidad (33). A esta lista de barreras Olavarria y Molina (38) agregan la falta de recursos para gestionar anticonceptivos y los riesgos específicos de adolescentes que están fuera del sistema escolar. De este modo, desde el marco de los determinantes sociales de la salud es posible planificar intervenciones que aborden la problemática ya no desde una visión de riesgo y conductas individuales, sino desde una perspectiva holística, que permita identificar barreras y fortalecer tanto a los

actores como a las condiciones sociales que favorecen la toma de decisiones informadas, de manera participativa y desde un enfoque de derechos.

6.2. Antecedentes de programas y políticas en torno a salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes

Estrategias para prevenir embarazos adolescentes a nivel mundial incluyen diversos ámbitos, entre ellos, postergar el matrimonio hasta después de los 18 años; apoyar programas de prevención de embarazo adolescente y programas de educación sexual; aumentar el uso de anticonceptivos; y reducir alta prevalencia de violencia sexual (39). A nivel nacional, Montero (40) describe la educación sexual y los servicios de salud como los pilares fundamentales para promover una salud sexual óptima en adolescentes chilenos. A continuación se revisarán los abordajes que se han hecho tanto desde el sector educación como salud en torno a esta materia.

6.3. Abordajes desde el sector educación

Educación sexual sigue siendo un tema sensible en Chile, aun cuando en los últimos cinco años ha habido importantes avances en la materia. Con el retorno a la democracia en 1990, el primer gobierno de la Concertación intentó incluir educación sexual en mallas curriculares a lo largo del país, pero su inclusión no fue obligatoria (38). Un programa que generó fuertes debates sociales y políticos sobre educación sexual fueron las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS). Hubo amplia discusión en torno a este programa a nivel nacional: ciertos sectores de la sociedad, especialmente la iglesia católica y colegios católicos se opusieron fuertemente a su aplicación, y el programa terminó en el año 2001 (41). Desde este instancia, diferentes instituciones académicas desarrollaron programas de educación sexual específicamente para el contexto chileno, algunos con enfoque puesto en la abstinencia (por ejemplo *TeenSTAR* de la Universidad Católica), mientras otros incorporaron educación sexual integral (por ejemplo *Adolescencia: Un tiempo de Decisiones* de la Universidad de Chile) (40).

En el año 2010, veinte años después de los primeros intentos de incorporar educación sexual en la malla curricular educacional en todo el país, la ley 20.418 fue aprobada, haciendo que la educación sexual fuese obligatoria en todos los colegios del país (12, 38). A raíz de esto, una comisión de expertos compuesto de representantes del Ministerio de Educación y el Servicio Nacional de la Mujer eligieron siete programas de educación sexual y sexualidad para que los colegios puedan decidir cual de los programas satisface las necesidades de sus establecimientos (40).

Aunque a partir de esta ley la educación sexual está garantizada, en la práctica la cobertura es variable. Macityre icol. (29) investigaron sobre las experiencias de adolescentes de tres comunas en Santiago, y encontraron que la educación sexual todavía tenía un fuerte enfoque heteronormativo y biológico, muchas veces desde enfoques no participativos, que refuerzan el enfoque del “riesgo” centrado en la figura femenina. La investigación citada encontró pocas experiencias con enfoques puestos en los temas de afectividad, amor o deseo sexual, los cuales han sido nombrados como motivadores principales entre adolescentes chilenos para iniciar su vida sexual (29, 42).

6.4. Abordajes desde el sector salud

El sector salud ha abordado la problemática desde diferentes ángulos en las últimas décadas con el objetivo de disminuir el embarazo adolescente, pero los avances han sido más lento de lo esperado. Esto se debe a múltiples variables, entre ellas la prevalencia de una visión adultocéntrica respecto a la adolescencia y la juventud donde prima una visión de riesgo o peligro (2, 3). Adolescentes y jóvenes han sido históricamente el sector más desatendido en lo que respecta a salud. Han sido tratados como una población "sana", con poco carga de enfermedad, sin embargo, poco se ha hecho para abordar los temas de salud de este población ya sea desde una perspectiva de prevención de conductas de riesgo y estilos de vida adoptados durante la adolescencia y juventud, y sus repercusiones en la salud durante dicha etapa de la vida así como a lo largo de su ciclo vital, como desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud que incluya los factores sociales, culturales e individuales involucrados en la salud de adolescentes y jóvenes. Así, por ejemplo, respecto a los aspectos que conciernen al sector salud, existe evidencia consistente que da cuenta de la existencia de barreras en salud para la prevención del embarazo adolescente, las cuales tienen que ver tanto con el acceso a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, como con barreras extra sistema que se vinculan con variables sociales y culturales que inciden en las conductas sexuales de adolescentes y jóvenes, y en el acceso al sector salud. Además, se han identificado barreras estructurales, económicas y políticas que juegan también un rol central en la problemática. Entre las barreras presentes al interior del sector salud se reconoce la falta de una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos tanto de mujeres como de hombres adolescentes y jóvenes (28).

Desde el año 2007, en el marco del desarrollo de la Política de Salud de Adolescentes y Jóvenes, en el país se vienen implementado, a nivel de atención primaria, los espacios amigables y/o diferenciados para la atención en salud de adolescentes y jóvenes, cuyo propósito específico es la prevención del embarazo adolescente (43). En el año 2012 en Chile existían 55 espacios amigables y 40 diferenciados, la Región Metropolitana contaba con 22 espacios amigables y 12 diferenciados (10). Durante dicho periodo el programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes incluyó además capacitación especial de profesionales de salud para atención de jóvenes en atención primaria, y la incorporación del control del joven sano (10). Si bien existe evidencia respecto a la evaluación de estas iniciativas las conclusiones son dispares. Williams et al (44) recomiendan la realización de más investigaciones cualitativas que permitan explorar las experiencias de los/as adolecentes con dichas iniciativas, además de comparar los centros de salud en diferentes áreas. Con respecto a las estadísticas, hasta la fecha existe poca evidencia respecto al impacto que ha tenido esta estrategia y, desde su implementación, los avances en la disminución del embarazo adolescente han sido lentos (10).

7. Desafíos pendientes

Existen una serie de desafíos pendientes en materia de salud de adolescentes y jóvenes. Si bien en los últimos años se ha podido observar un avance en esta materia a través de las acciones y programas llevados a cabo por la institucionalidad en salud y por la sociedad civil, existen importantes vacíos producto de los años de invisibilización de las vulnerabilidades de este segmento y sus consecuencias en la salud. Esto ha llevado a que, en el abordaje de este grupo, prime aun una visión individual, de conductas de riesgo, que responsabiliza a los adolescentes y jóvenes respecto a su salud. Esto ha dado como resultado la invisibilización de las necesidades específicas de salud de este

grupo ya que gran parte de los programas y políticas desarrolladas en el ámbito de la salud de adolescentes y jóvenes se han formulado sin considerar la opinión ni la perspectiva de los jóvenes respecto a su propia salud y la de su comunidad. Esto ha dejado a los adolescentes y jóvenes fuera de la toma de decisiones.

Cabe destacar los esfuerzos llevados a cabo en los últimos años en el país por implementar acciones que buscan remover a la sociedad en su conjunto en este tema y reflexionar en torno a los determinantes sociales que influyen en la vulnerabilidad en salud de esta población, así como generar estrategias intersectoriales que movilicen a los distintos actores del estado y de la sociedad. En esta línea es que se plantea la existencia de importantes desafíos pendientes, entre ellos, la falta de mayor desarrollo de investigación, así como de capacitación en los diferentes niveles que permitan poner de manifiesto las necesidades de salud de este grupo. Además, el desarrollo de acciones inclusivas y participativas en materia de salud de adolescentes y jóvenes que faciliten la incorporación de distintas visiones y soluciones a problemas contingentes que requieren de respuestas urgentes.

8. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- Por décadas las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes no han figurado en las agendas públicas ni políticas, y los gobiernos no han considerado prioritario invertir en ellos.
- La población adolescente y joven enfrenta diversos obstáculos que los excluyen de la salud y que los sitúan en una posición de vulnerabilidad social, entre ellos, la pobreza, la marginación, la discriminación.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- En Chile, al igual que en el resto de la región la principal causa de muerte en adolescentes de 10 a 19 años son las externas (accidentes, homicidios y suicidios) correspondiendo a un 60%. Otro tema preocupante en la salud de adolescentes y jóvenes es el aumento en forma sostenida del suicidio siendo mayor en adolescentes hombres que en mujeres.
- En términos de morbilidad, los principales problemas de salud de adolescentes y jóvenes en Chile están referidos principalmente a las áreas de salud mental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, sedentarismo, enfermedades crónicas, enfermedades oncológicas, discapacidad y salud bucal.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social?

- Si bien estas temáticas están plenamente identificadas, es poco lo que se hace hasta la fecha en relación a la salud de adolescentes y jóvenes. Gran parte de las acciones se realizan desde un enfoque de riesgo y de análisis de conductas individuales.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de salud?

- Durante los últimos años el país ha generado acciones específicas orientadas a satisfacer las necesidades en salud de este segmento de la población. Entre ellas destacan la creación de espacios amigables para adolescentes a nivel de atención primaria.
- Salud sexual y reproductiva, así como los derechos en estos ámbitos, es un ejemplo que permite visibilizar la vulnerabilidad de este grupo en salud, principalmente por la reproducción de los estereotipos de género que en esta materia se producen, y la invisibilización de derechos tanto de hombres como de mujeres.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Existen importantes desafíos pendientes en el país en materia de participación y derechos en salud de adolescentes y jóvenes. Gran parte de los programas y políticas desarrolladas en el ámbito de la salud de adolescentes y jóvenes se han formulado sin considerar la opinión ni la perspectiva de los jóvenes respecto a su propia salud y la de su comunidad. Esto ha dejado a los adolescentes y jóvenes fuera de la toma de decisiones.
- Falta mayor trabajo que permita el desarrollo de ese tipo de estrategias así como trabajo intersectorial que avale los esfuerzos realizados a la fecha por el sector salud en particular.

Referencias

1. Krauskopf D. Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes San José1998. Available from: http://bibliotecavirtual.clacso.
2. Duarte K. ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. Última Década CIDIPA. 2000 Septiembre, Viña del Mar: CIDPA;13.
3. Alpízar L, Bernal M. La Construcción Social de las Juventudes. Última Década CIDIPA. 2003;19.
4. CEPAL, OPS. Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2011.
5. INJUV. Séptima Encuesta Nacional de la Juventud 2013. Available from: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf.
6. Revilla JC. La Construcción Discursiva de la Juventud: lo General y lo Particular. Papers 63/642001. p. 103-22. .
7. Le Breton D. La edad solitaria. Adolescencia y sufrimiento. Santiago de Chile: LOM; 2012.
8. Maddaleno M, Schutt-Aine J. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Im¬plicaciones en Programas y Políticas. In: OPS, editor. Washington: Im¬plicaciones en Programas y Políticas; 2003.
9. OPS. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Washington DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 2010.
10. MINSAL. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020. Nivel primario de atención. Santiago de Chile: MINSAL, 2013.
11. Social MdD. Una medición de la pobreza moderna y trasnparente para Chile. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social, 2015.
12. MINSAL. Fijación de normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud Pública & MINSAL, 2010.
13. Mason-Jones AJ, Cabieses B. Alcohol, binge drinking and associated mental health problems in young urban Chileans. Plos One. 2015;10(4):e0121116. PubMed PMID: 25830508. Pubmed Central PMCID: 4382020.
14. MINSAL. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. Santiago. Santiago de Chile: MINSAL, 2007.
15. MINSAL. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2012.
16. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promot J Austr. 2006 Dec;17(3):180-5. PubMed PMID: 17176231. Epub 2006/12/21. eng.
17. Sen, George C, Östlin. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas. Harvard Center for Population and Development Studies, Organización Panamericana de la Salud. 2005.
18. Luengo X, Millán T, Zepeda A, Tijero M. Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. Revista Chilena Pediátrica. 2012;83.
19. Connell R. La Organización Social de la Masculinidad. In: Olavarría J, Valdés T, editors. Masculinidad/es Poder y Crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional/FLACSO; 1997.
20. Olavarría J, Valdés T. Ser Hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. In: Olavarría J, Valdés T, editors. Masculinidades y Equidad de Género en América Latina. Santiago de Chile: FLACSO; 1998.
21. Olavarría J. Y Todos Querían ser (Buenos) Padres. Varones de Santiago de Chile en Conflicto. Chile: FLACSO; 2001. 158 p.
22. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Vargas R, , editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
23. Aguayo F, Sadler M. Estudio de las Dinámicas Familiares en Familias de Padres y Madres Adolescentes. In: Chile CIdEdGCUd, editor. Santiago de Chile: FOSIS-Gobierno de Chile; 2006.

24. Connell R. Adolescencia en la Construcción de Masculinidades Contemporáneas. Conferencia Regional Varones Adolescentes: Construcción de Identidades de Género en América Latina; Santiago de Chile: FLACSO; 2002.

25. Fuller N. Masculinidades. Cambios y Permanencias. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2001.

26. Olavarría J, Madrid S. Sexualidad, Fecundidad y Paternidad en Varones Adolescentes en América Latina y el Caribe. Mexico: UNFPA/ FLACSO Chile 2005.

27. Palma I. Paternidades entre los Adolescentes: Respuestas, Crisis y Preguntas Emergentes. Conferencia Regional Varones Adolescentes: Construcción de Identidades de Género en América Latina; Santiago de Chile: FLACSO; 2002.

28. Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs MA. Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. Santiago de Chile. MINSAL/UNFPA. 2010.

29. Macintyre AK, Montero Vega AR, Sagbakken M. From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. Bmc Public Health. 2015;15(1):945. PubMed PMID: 26399632. Pubmed Central PMCID: 4580294.

30. OMS. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Suiza: 2006.31.

31. OMS. Health topics: Reproductive health 2015. Available from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.

32. Obaid TA. Fifteen years after the International Conference on Population and Development: What have we achieved and how do we move forward? Int J Gynaecol Obstet. 2009 Aug;106(2):102-5. PubMed PMID: 19541307.

33. UNFPA. Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA, 2013.

34. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. In: FLASOG P, editor. Lima, Perú2011.

35. (FCI) FCI. Buenas prácticas para la prevención del embarazo adolescente. Bogotá2011.

36. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet. 2007 Apr 7;369(9568):1220-31. PubMed PMID: 17416266.

37. Update for the MGD Database: Adolescent Birth Rate. NY: United Nations Population Division. [Internet]. 2014. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/data/2014_Update_MDG(5.4)_ABR.xls.

38. Olavarria J, Molina R. Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas. Polis, Revista Latinoamericana. 2012;11 Nº 31, p 411-33.

39. OMS, UNFPA. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países de desarrollo: las evidencias. Suiza: Organización Mundial de la Salud 2012.

40. Montero A. Educación sexual: Un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev Med Chile. 2011;139(10.

41. Casas L, Ahumada C. Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment. Reprod Health Matters. 2009 Nov;17(34):88-98. PubMed PMID: 19962642.

42. Gonzaléz E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Rev Med Chile. 2007;135.

43. OMS. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services. Ginebra-Suiza2002.

44. Williams C, Poblete F, Baldrich F. Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de atención primaria en una comuna de Santiago. Rev Med Chile. 2012;140.

Acerca de los autores

Alexandra Obach, PhD

Antropóloga Social de la Universidad de Chile; Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile; Diploma en Estudios Avanzados, Universidad de Barcelona; Doctorada en Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Docente Investigador Universidad del Desarrollo Chile. Email: aobach@udd.cl

Anna Macintyre, M.Phil

R.N. University of Oslo, Norway. Enfermera de Otago Polytechnic, Nueva Zelanda; Magister en Salud Comunitaria Internacional de la Universidad de Oslo, Noruega; Investigadora en temas de salud comunitaria, sexualidad y genero, salud sexual y educación sexual en Chile. Email: annakjmacintyre@gmail.com

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre adolescentes y jóvenes en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

Políticas Públicas

- Incorporar enfoques de género y de masculinidades en los programas de salud que atienden a adolescentes.

Formación y Capacitación

- Instalar la temática de salud en adolescentes y jóvenes en las mallas de las carreras de la salud en pre y post grado.
- Capacitar al sector salud en conceptualizaciones sobre la adolescencia y la juventud.
- Capacitar a los equipos de salud en perspectiva de género y masculinidades.
- Capacitar a los equipos de salud en perspectiva de interculturalidad en la adolescencia y juventud.

Participación

- Fomentar la participación de adolescentes y jóvenes en el diagnóstico, ejecución y monitoreo de planes y acciones de salud.
- Generar estrategias de intervención psicosocial con adolescentes y jóvenes en diversas materias de salud, entre ellas, salud sexual y reproductiva.
- Fomentar el uso activo de estrategias que utilicen como plataforma las redes sociales, considerando su uso eficaz por parte de la población adolescente.
- Fortalecer estrategias comunitarias de prevención y promoción de la salud adolescente, principalmente dirigido a líderes comunitarios, agrupaciones como juntas de vecinos, consejos de usuarios, entre otros, en temáticas como suicidio adolescente, abuso de sustancias, entre otros.

Información

- Generar estrategias de difusión de las prestaciones de salud disponibles para adolescentes y jóvenes, por ejemplo, de los espacios amigables para adolescentes, y las acciones que allí se llevan a cabo.
- Difundir y visibilizar las acciones que se están llevando a cabo en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Para esto se hace necesario la oportuna publicación de evaluaciones de programas y acciones, como informes sistemáticos de la cobertura y acciones derivadas del programa Control Joven Sano, uso de anticoncepción de emergencia, entre otros.

Estrategias inter e intrasectoriales

- Fomentar el trabajo intersectorial e intrasectorial con adolescentes, tanto al interior del sector salud, como desde el sector salud con otros sectores, entre ellos, educación, desarrollo social. Con esto se busca potenciar el trabajo alineado e integrado con adolescentes y jóvenes.
- Fomentar programas de educación sexual para adolescentes con estrategias intersectoriales, que involucren a salud, educación, entre otros actores sociales.
- Fomentar al sector salud a acercarse al mundo juvenil, buscar instancias de acercamiento, lo cual implica trabajo intersectorial y extra sistema de salud.
- Fortalecer alianzas con organizaciones no gubernamentales que actualmente aborden a agrupaciones de jóvenes LGBT y sus familias, como por ejemplo, Joven Confundido, Todo Mejora, entre otras que abordan una temática tan trascendental como el suicido adolescente.

Género

- Generar estrategias para atraer a los hombres adolescentes y jóvenes al sector salud.
- Ampliar la oferta de salud para mujeres adolescentes y jóvenes, que vayan más allá de la prevención en los ámbitos reproductivos. En este sentido, se propone incluir una visión de la salud holística e integral respecto a adolescentes y jóvenes, que incorpore salud sexual, salud mental, entre otros ámbitos.
- Capacitar a los equipos de salud y otros grupos estratégicos, como profesores o agentes comunitarios en el apoyo y orientación que se entregan a jóvenes LGBT.

Investigación

- Desarrollo de investigación cualitativa que dé cuenta de las culturas juveniles actuales y la diversidad del mundo juvenil.
- Mejorar los actuales sistemas de registros disponibles, que permitan realizar cruces estadísticos relevantes, con la finalidad de detectar grupos vulnerables, por ejemplo, desagregar consultas de salud mental por edad, sexo, oportunidad de diagnósticos, tasas de consulta, pertinencia a pueblos originarios, población migrante, entre otros.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

Alexandra Obach, PhD. Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. aobach@udd.cl

Anna Macintyre, M.Phil. RN. University of Oslo, Norway. annakjmacintyre@gmail.com

Macarena Chepo, MS(c). EU. Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. mchepo@udd.cl

Michelle Sadler, MSc. Profesora Asistente, Universidad de Chile, Depto. de Antropología y Depto. de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido; Co-directora e Investigadora Fundación CulturaSalud. msadler@culturasalud.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- Por décadas las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes no han figurado en las agendas públicas ni políticas, y los gobiernos no han considerado prioritario invertir en ellos.
- La población adolescente y joven enfrenta diversos obstáculos que los excluyen de la salud y que los sitúan en una posición de vulnerabilidad social, entre ellos, la pobreza, la marginación, la discriminación.
- Durante los últimos años Chile ha generado acciones específicas orientadas a satisfacer las necesidades en salud de este segmento de la población. Aun así, muchas de dichas acciones se estructuran desde perspectivas adultocéntricas, que no consideran la participación ni derechos de los adolescentes y jóvenes.
- Salud sexual y reproductiva, así como los derechos en estos ámbitos, es un ejemplo que permite visibilizar la vulnerabilidad de este grupo en salud, principalmente por la reproducción de los estereotipos de género que en esta materia se producen, y la invisibilización de derechos tanto de hombres como de mujeres.

2. ¿Qué se sabe de este tema a la fecha en Chile?

- De acuerdo al Instituto Nacional de la Juventud, el cual toma como referencia datos del Instituto Nacional de Estadísticas 2012, la población joven en Chile es de 4.272.767. De ellas el 49,3% son mujeres y 50,7% hombres.
- El 33,3% corresponden a personas entre 15 a 19 años de edad; 34,5% de 20 a 24 años; y 32,2% de 25 a 29 años. Por otra parte, el 86,7% es población urbana; y el 13,3% rural.
- Respecto al nivel socioeconómico el 42,7% es del nivel bajo; 49,6% medio; y el 7,7% alto (INJUV, 2013).
- Respecto a la etnia, un 7% de las y los jóvenes declara pertenecer a algunos de los pueblos originarios del país.
- Por otra parte, un 2,1% de la población inmigrante del país se encuentra entre los 10 y los 24 años de edad (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

- Datos de la Encuesta Casen 2013 dejan entrever que los/as adolescentes y jóvenes en el país representan el grupo con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza, lo que significa que son uno de los grupos sociales más vulnerables. El análisis de este segmento de la población requiere de la incorporación de enfoques que amplíen las miradas más allá de las perspectivas individuales y de riesgo, y se centren en los determinantes sociales que generan los contextos específicos en los que se dan las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes.
- En Chile, al igual que en el resto de la región la principal causa de muerte en adolescentes de 10 a 19 años son las externas (accidentes, homicidios y suicidios) correspondiendo a un 60%. Otro tema preocupante en la salud de adolescentes y jóvenes es el aumento en forma sostenida del suicidio siendo mayor en adolescentes hombres que en mujeres. En términos de morbilidad, los principales problemas de salud de adolescentes y jóvenes en Chile están referidos principalmente a las áreas de salud mental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, sedentarismo, enfermedades crónicas, enfermedades oncológicas, discapacidad y salud bucal. Si bien estas temáticas están plenamente identificadas, es poco lo que se hace hasta la fecha en relación a la salud de adolescentes y jóvenes.
- En términos generales las políticas, programas y servicios abordan la salud y desarrollo de los/as adolescentes y jóvenes desde una perspectiva vertical y orientada principalmente a problemas. Existe acuerdo respecto a que se ha prestado insuficiente atención a las necesidades específicas de los/as adolescentes y jóvenes en función de la edad, la etapa de desarrollo, la cultura y el género, por lo que el acceso de la población joven a los servicios de salud sigue siendo insuficiente en la mayoría de los países.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Existen importantes desafíos pendientes en el país en materia participación y derechos en salud de adolescentes y jóvenes.
- Gran parte de los programas y políticas desarrolladas en el ámbito de la salud de adolescentes y jóvenes se han formulado sin considerar la opinión ni la perspectiva de los jóvenes respecto a su propia salud y la de su comunidad. Esto ha dejado a los adolescentes y jóvenes fuera de la toma de decisiones.
- Falta mayor trabajo que permita el desarrollo de ese tipo de estrategias así como trabajo intersectorial que avale los esfuerzos realizados a la fecha por el sector salud en particular.

Capítulo 5

Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud en hombres chilenos: la fragilidad de los "invulnerables"

Margarita Bernales, PhD

Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Juan Guillermo Figueroa, PhD

Académico de El Colegio de México

Resumen

A nivel mundial los hombres presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo en salud y su esperanza de vida es menor a las mujeres, sin embargo, son escasas las políticas de salud enfocadas en este grupo y muy pocas incluyen un enfoque de género que analice las necesidades específicas de las masculinidades. El objetivo de este capítulo es analizar la situación de salud de los hombres en Chile desde una perspectiva de vulnerabilidad social en salud. El capítulo está dividido en cuatro apartados: (I) Introducción, en que se presentará una mirada general de la salud de los hombres de acuerdo a los reportes epidemiológicos de OMS, OPS, y Ministerio de Salud en Chile; (II) Perspectiva de género y salud, donde se abordarán las definiciones clásicas de género y se discutirá de qué forma el enfoque de género se convierte en una arista significativa para analizar procesos de salud, enfermedad y vulnerabilidad en hombres, considerando el marco de los determinantes sociales de la salud; (III) Sistemas de salud y estrategias con enfoque de género, apartado que analiza la respuesta de algunos sistemas de salud a nivel mundial, en torno a las necesidades de salud de los hombres, incluyendo un análisis particular del sistema de salud chileno; y finalmente (IV) se incluye un apartado de reflexiones y conclusiones visibilizando algunos de los desafíos pendientes en torno a salud de los hombres.

Palabras Clave: Vulnerabilidad Social, Género, Masculinidades, Determinantes Sociales de la Salud.

1. Introducción

A nivel mundial se observa una tendencia respecto a la diferencia entre los promedios de esperanza de vida de hombres y mujeres (1). Las mujeres viven aproximadamente entre 6 a 7 años más que los hombres, situación que se repite en Latinoamérica y en Chile (2). En México, estudios recientes muestran un descenso en la esperanza de vida de los hombres (3). Algunos estudios han permitido suponer que dichas diferencias se entenderían debido a diferencias en los roles de género otorgados culturalmente, más que a diferencias biológicas o sexuales (4-7).

En un esfuerzo por entender la salud masculina en Chile, el Ministerio de Salud realizó el 2011 un perfil de salud de los hombres chilenos utilizando los datos epidemiológicos disponibles (8). El documento recoge información sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo en salud. En cuanto a las tasas de mortalidad, las principales causas de muerte en la población masculina fueron: enfermedades cardiovasculares (25, 6), tumores (24, 5), causas externas, incluyendo accidentes y suicidio (12, 8) y enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio (9, 3). Además, se estableció que en todos los grupos de edad la mortalidad de los varones es mayor que la mortalidad de las mujeres. En lo referente a morbilidad, el mayor número de consultas de salud por hombres al sistema formal es debido a lesiones y envenenamientos, enfermedades relacionadas con el sistema digestivo, enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio, enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y enfermedades relacionadas con el sistema genitourinario. Finalmente, en relación a factores de riesgo en salud, el reporte hace mención al elevado consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad o sobrepeso, y sedentarismo. Dichas conductas impactan directamente en la salud de los hombres, quienes en consecuencia presentan altas tasas de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial.

El esfuerzo realizado en este reporte nos permite conocer las principales problemáticas en salud de los hombres chilenos, sin embargo, no presenta un enfoque de género que permita analizar los resultados, por ende,

estos datos son insuficientes para entender las necesidades, percepciones, motivaciones y comportamientos de este grupo, incluyendo los componentes culturales involucrados en sus creencias en salud. La ausencia de esta arista para realizar el análisis epidemiológico en salud no es novedosa, usualmente los datos en salud son presentados de acuerdo a diferencias etarias o por sexo, lo cual no ayuda a comprender la complejidad de los procesos sociales involucrados en la distribución de las cifras. Un ejemplo claro son las variables epidemiológicas consideradas para dar cuenta de la salud reproductiva, en que usualmente se incluyen categorías referidas a la población femenina, en términos de cifras de natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna (9). De acuerdo con Figueroa (9), los hombres quedan explícitamente fuera del análisis de los comportamientos de la salud en lo general y reproductivos en lo particular, suponiendo los problemas de salud en una diada madre-hijo en que el hombre no tiene lugar. Por ende, los procesos de salud-enfermedad asociados a la paternidad y al rol de genero asignado a los hombres alrededor del nacimiento de un hijo, quedan invisibilizados y consecuentemente ignorados por los tomadores de decisiones y por los sistemas de salud formal (10).

De esta forma, la epidemiología clásica se convierte en un conteo de casos que no necesariamente contempla los procesos sociales que estarían a la base de aquellas cifras. El modelo de determinantes sociales de la salud (11) pretende entregar los elementos necesarios para un análisis de los procesos de salud y enfermedad desde un enfoque que incorpore variables del entramado socio-cultural en que se desenvuelven los sujetos. De acuerdo a este modelo, el rol de género es considerado como una de las variables intermedias que impacta la posición social que ocupan los individuos en un grupo social determinado (Capítulo 2, Sección Introductoria).

2. Perspectiva de género y salud

El mito que ronda ante un “naufragio” de cualquier tipo es que mujeres y niños deben ser asistidos y rescatados en primer lugar; la población restante, los hombres, adquieren el rol de valientes rescatistas que asistirán a los más desvalidos antes de pensar en su propia salvación. El imaginario de este mito devela la imposibilidad de pensar la vulnerabilidad como parte del ser masculino, o bien la obligación de ser resistente, incluso a pesar de miedos o temores que llegue a experimentar. Es decir, un hombre puede ser vulnerable en situaciones puntuales en tanto este viviendo por ejemplo una situación económica compleja. Sin embargo, la vulnerabilidad entendida como fragilidad o debilidad no es una característica propia del género masculino de acuerdo a los modelos de socialización a los que están expuestos muchos varones. La imposibilidad de mostrarse débil o frágil conlleva inevitablemente un riesgo, ya que en dicho contexto es imposible manifestar necesidades o solicitar ayuda.

En este apartado intentaremos dar una mirada amplia acerca de los roles de género, la socialización de las masculinidades, la normalización de los roles adquiridos por los hombres y las implicancias de aquello en la salud. Tal como mencionamos previamente, el marco de los determinantes sociales de la salud nos parece un telón de fondo ideal para mostrar la diversificación de las masculinidades, dependiendo de las posiciones socioeconómicas ocupadas por los hombres, y nos permite reflexionar además en los factores macro estructurales que afectan a la salud de género, entendiendo por ello políticas públicas y programas de salud específicos dirigidos a hombres, algunos de los cuáles serán analizados en el siguiente apartado.

La incorporación del enfoque de determinantes sociales en salud ha permitido comprender que cada grupo humano es diferente en tanto sus necesidades, motivaciones, percepciones y conductas asociadas a la salud, poniendo de manifiesto la necesidad de evaluar los contextos sociales y culturales de cada sujeto. De esta manera, la vivencia del rol de género para un hombre con altos niveles de estudio y en una posición económica acomodada, puede ser diferente para un hombre con menor acceso económico y un nivel educacional menor. Es así como se pone de manifiesto la necesidad de percibir la coexistencia de múltiples experiencias de género, resultando relevante conocer en profundidad los distintos grupos que componen nuestra sociedad y planear estrategias de salud pública que se adapten a las particularidades de dichos grupos.

3. Roles Masculinos

De acuerdo a los estudios de género, cada persona que forma parte de un grupo social recibe una serie de códigos respecto a su propio rol (6, 12). Dicho código se convierte en un referente que guía las creencias de los individuos respecto de lo que es considerado femenino y masculino. Tradicionalmente el género masculino impone a los hombres un rol de trabajador y proveedor del hogar, un hombre debe trabajar y sostener económicamente a su familia, procurando que su mujer y sus hijos no tengan necesidades materiales (13). Por ende, la masculinidad tradicionalmente es concebida en la esfera de lo público, un hombre que sale del hogar para cumplir con el rol de proveeduría material.

Pese a este consenso en torno al rol proveedor del género masculino, de acuerdo a Connell (12, 14) la masculinidad no es una construcción estable. Por el contrario, el ideal de género masculino es aquel que ocupa la posición hegemónica de un determinado modelo de relaciones de género -una posición que es siempre discutible-, lo que permite la existencia de múltiples masculinidades dentro de cada cultura y grupo social. La aparición de la masculinidad hegemónica en un grupo en particular estaría condicionada a la existencia de cuatro elementos en las relaciones que permean los intercambios entre sujetos del sexo masculino: hegemonía, subordinación, complicidad y marginación. El concepto de hegemonía se refiere a la dinámica cultural mediante la cual un grupo exige y ocupa una posición de liderazgo en la vida social, exaltando una forma de masculinidad sobre los demás. La subordinación se entiende como la dominación u opresión de ciertos grupos en la sociedad, una jerarquía en la cual las mujeres ocuparían una posición inferior a los hombres, y que además, dentro del grupo de hombres, existirían jerarquías internas, posicionando a los hombres "*no machos*" en categorías inferiores. La complicidad se entiende como un acuerdo implícito entre los hombres en relación con el proyecto hegemónico, porque aunque el número total de hombres practicando rigurosamente el patrón hegemónico pareciera ser reducido, los hombres en general obtendrían un dividendo del patriarcado en términos de honor, prestigio y derecho a gobernar. Finalmente, la marginación se refiere a la relación que existe entre masculinidad y las clases dominantes; por ejemplo, en las sociedades donde existe un predominio de raza "*blanca*", las masculinidades afroamericanas ocuparían un lugar inferior en la jerarquía social y en los intercambios entre varones, dependiendo del grupo social de pertenencia. Bajo esta conceptualización existirían combinaciones sociales complejas que estarían dando cuenta de una diversidad del "*ser masculino*" que estaría en constante construcción y re-construcción, permitiendo que la "*masculinidad dominante*" se modifique en el tiempo y de acuerdo al contexto social. Sin embargo, la flexibilidad en la comprensión y la contextualización local de lo que es ser masculino no cuestiona la posición de "*dominación de género*".

En la misma línea, Bourdieu (15) utiliza la "*paradoja de la doxa*" para dar cuenta de la naturaleza del orden social, mencionando que la masculinidad es un buen ejemplo para ilustrar como algunas dinámicas de dominación y sumisión en nuestra sociedad se encontrarían naturalizadas, argumentando que la dominación masculina estaría tan instalada en nuestras sociedades que no requeriría mayor justificación ni explicación. El nacer hombre o mujer determinaría el papel que desempeñamos en la sociedad, acuñando el concepto de *embodiment* o la "*experiencia corporizada*" del rol de género que se nos asigna al nacer (16). El cuerpo, con sus movimientos y su aspecto, inmediatamente es afectado por su significación social, por lo tanto, la identidad de género es siempre una identidad corporizada. El cuerpo de los hombres estaría destinado a la esfera pública, a través del trabajo y la producción, y el cuerpo de la mujer estaría destinado a la reproducción (17). Dentro de este orden social, el hombre debiera demostrar su virilidad a través de la fuerza y la capacidad de trabajo. Sin embargo, Bourdieu (13) establece que el aparente privilegio masculino, muchas veces se convierte en una trampa, ya que los hombres se ven obligados a probar su honor, su masculinidad y su virilidad frente a otros hombres y frente a toda la sociedad, lo cual requiere un constante esfuerzo. De esta manera, la virilidad necesariamente tiene que ser validada por los demás (18).

Desde esta mirada clásica de la división entre géneros, en que los hombres estarían destinados a trabajar y las mujeres a reproducirse, surge una mirada crítica del grupo históricamente subordinado –a saber las mujeres-, quienes comienzan a reclamar sus legítimos derechos cuestionando así el rol de género femenino destinado a la esfera del cuidado familiar y al hogar. Es en esta lucha en que se han logrado algunos progresos en términos de los derechos de las mujeres, algunas de ellas "*han salido*" a ocupar espacios públicos relevantes y constantemente han estado en el ejercicio de re-pensar y re-construir su rol de género. Sin embargo, tal como lo planteó Bourdieu, la trampa ideológica de pertenecer al "*género dominante*" muchas veces impide el cuestionamiento del rol de género masculino por parte de los hombres. Aparentemente tiene tantas garantías el ser parte del "*sexo fuerte*" que señalar las necesidades o desventajas de este grupo podría jugar en contra de la virilidad y los derechos adquiridos.

Se suma a lo anterior, una sociedad como la nuestra acostumbrada a un discurso cargado a la "*búsqueda de igualdad de género*" de manera compensatoria al grupo de mujeres que históricamente han sido postergadas. Conceptos como dominación o patriarcado hegemónico, pese a reflejar una realidad aún actual, siguen contribuyendo a la segmentación del grupo de hombres y mujeres, postergando un enfoque de género integral en que sea permitido ocuparse de los conflictos y necesidades de cada grupo social, y visibilizar los riesgos posibles de cada grupo identitario perteneciente a nuestra sociedad. Las posibles vulnerabilidades en salud de los hombres requieren de un enfoque en que a *ellos* se les permita no ser el "*sexo fuerte*", y que ellos mismos contemplen la posibilidad de mostrarse vulnerables y necesitados de autocuidado, y por ende de legitimidad cultural para ponerlo en práctica.

4. Hombres y Salud

Usualmente la salud analizada desde el género es entendida como un enfoque que se ocupa de las mujeres, particularmente de temas ligados a la reproducción o a temas de salud mental, tales como depresión o cuadros ansiosos. En este escenario, la salud de los hombres queda postergada. Muchos autores se han referido a este fenómeno como la "*invisibilización* del sexo masculino en salud" (19), lo que se traduce en ausencia de políticas públicas en salud pensadas en hombres (20-22).

El código implícito acerca de lo que es ser masculino indica que el solicitar ayuda o mostrarse vulnerable en presencia de algún malestar físico o alguna enfermedad, estaría asociado a lo femenino. Un hombre es capaz de *resistir/aguantar* su propio dolor postergando la consulta en salud (23). Adicionalmente, el imaginario masculino alude a que el hombre debe tomar más riesgos, situación que estaría relacionada con valores sociales asociados a la valentía y al coraje. Bajo este precepto, algunos hombres mantendrían conductas que pondrían en riesgo su propia salud, tales como conducción de automóviles a gran velocidad, consumo de alcohol en grandes cantidades, consumo de droga, entre otros (24, 25).

La exigencia del ser el proveedor de la familia también se convierte en una amenaza directa a la salud de los hombres. Desde este mandato de género, el cuerpo es visto como un "*instrumento de trabajo*" que debe responder frente a la exigencia laboral diaria (4). A partir de este imaginario el hombre debe trabajar "*hasta donde el cuerpo aguante*" (23) y los problemas de salud son entendidos como cualquier enfermedad o sintomatología que impida continuar con las labores cotidianas del trabajo. El síntoma debe ser especialmente molesto o intenso para convertirse en una "*excusa*" que permita "*detener*" el trabajo sin que por ello se vea amenazada la virilidad del sujeto. Surge así una visión polarizada de la enfermedad de los hombres, quienes habitualmente no ponen atención a su salud ya que ellos "*resisten el dolor*", sin embargo, cuando asumen el "*rol de enfermos*" habitualmente perciben su problema como muy grave. En la cultura chilena local muchas mujeres refieren que los hombres son descuidados con su salud, pero cuando "*deciden estar enfermos*" –lo que ocurre en escasas ocasiones- hasta un resfrío puede ser lo más grave e "*inhabilitante*" del mundo (4). Una interpretación posible detrás de esta reacción es que los hombres se enojan ante la enfermedad, pues existe la posibilidad de que los vean vulnerables, por lo que "*necesitan justificarse*", mostrando un malestar extremo.

La necesidad de mantenerse contantemente en el rol de proveedor económico ha sido naturalizada por nuestra sociedad, se espera de un padre que provea materialmente a sus hijos, incluso más allá de sus propios límites físicos. En Japón desde hace un tiempo se ha comenzado a utilizar el concepto de *karoshi* (26) (*karo*: exeso de cansancio, *shi*: muerte) para referirse a la muerte imprevista de un grupo de hombres debido a jornadas laborales extensas. Literalmente trabajan hasta morir, sus viudas en forma posterior relatan el cansancio acumulado de sus parejas, como ellos fueron perdiendo la energía y como difícilmente lograban apartarse de sus obligaciones laborales. Otro concepto acuñado en la cultura nipona es *karojisatsu* (27) (*karo*: exceso de cansancio, *jisatsu*: suicidio), concepto utilizado para referirse a los sujetos que cometen suicidio debido a fatiga crónica o problemas ligados a la imposibilidad de proveer económicamente a su familia. El surgimiento de ambos conceptos es interesante, ya que el lenguaje es un proceso activo y dinámico en que las sociedades se enfrentan a la necesidad de acuñar términos para representar fenómenos sociales emergentes y, por ende, requiere de un análisis teórico y político, tratando de esbozar sus consecuencias para el ámbito de la salud. El fenómeno existe desde que es nombrado, denotando de esta forma la frecuencia en la ocurrencia de ambos tipos de muertes y cómo la sociedad se habitúa a estos complejos procesos sociales, en especial si no son objeto de atención y de reconocimiento académico, a la par de acciones de políticas públicas y de programas sociales.

Las "*viudas de la recesión*" en Italia visibilizan el mismo fenómeno (28), haciendo alusión a la muerte (suicidio) de su parejas al haber perdido sus trabajos en el contexto de la recesión europea y de esta forma ver truncada la posibilidad de proveeduría económica para sus cercanos. En este escenario, nuevamente surge la necesidad de contar con elementos lingüísticos y epidemiológicos que permitan dar cuenta de la problemática social reflejada en

los casos antes expuestos, más allá del registro en la partida médica que cataloga aquella muerte como suicidio. Un complemento importante sería la incorporación de instrumentos tales como "*autopsias verbales*", referidas por Figueroa (9) como un elemento que permitiría contar con el relato del núcleo social cercano, logrando así entender la lógica de aquellas muertes y potencialmente prevenirlas.

De esta forma, la salud mental de los hombres surge como un gran desafío en salud, ya que pese a que el deterioro del bienestar emocional pudiera estar presente en muchos casos, llegando incluso al suicidio, éste no necesariamente se exterioriza, pudiendo surgir así conductas ligadas al consumo de alcohol y drogas, violencias entre pares y doméstica, entre otros (4). Frente al contexto antes expuesto, podemos concluir que las grandes amenazas para la salud de los hombres, entendidas desde su rol de género, tendrían que ver con la necesidad de "*demostrar su virilidad*" a través de conductas de riesgo tales como beber alcohol en exceso o conducir a exceso de velocidad, entre otras; llevar al extremo el rol de proveedor económico de la familia, descuidando así su salud; y no permitirse exteriorizar necesidades emocionales, descuidando así su salud mental.

En la literatura actual existen al menos dos posturas respecto a cómo comprender la salud de los hombres incorporando un enfoque de género, (1) aquella literatura que considera al género como un factor de riesgo individual: "*el riesgo de ser hombre*" y (2) aquella literatura que propone un salto, desde esta posición de "*culpar*" a los hombres de su propio riesgo y propone analizar el complejo entramado social en el cual ellos están insertos, considerando la socialización masculina como algo naturalizado de lo cual es difícil desprenderse. Ambas posturas pareciesen complementarse, ya que de alguna forma somos responsables de lo que reproducimos y no cuestionamos (27), lo cual enfatiza la responsabilidad individual que tienen los hombres al no cuestionar su propio rol de género. Sin embargo, como sociedad, y especialmente aquellos que trabajamos en salud, debiéramos complementar esta lógica de responsabilidad individual para analizar todos los elementos que influyen en la salud de la personas, incluyendo los roles de género, e incorporando elementos que desafíen los mandatos sociales naturalizados para así avanzar en el bienestar de la población en general. La incorporación de un enfoque de género pareciera ser un elemento básico para la generación de políticas de salud que nos permitan progresar en esta materia, incluyendo la posibilidad de que las personas de ambos sexos seamos conscientes de los aprendizajes a los que hemos estado expuestos y que al tenerlos introyectados como las formas naturales de ser hombres o mujeres, nos resulte más complejo resistirnos a los mismos, cuestionarlos y potencialmente transformarlos.

5. Sistemas de salud y estrategias con enfoque de género

En la actualidad el desafío para los profesionales de la salud ya no está solo en conocer las patologías y el tratamiento adecuado de las mismas, el gran desafío hoy es conocer a las comunidades y diseñar estrategias específicas, que se adapten a necesidades específicas. Los estudios acerca de género y salud se han convertido en un esfuerzo que se enmarca en este tipo de estrategias. En este apartado, discutiremos brevemente algunas estrategias que a nivel mundial han intentado dar respuesta a las problemáticas asociadas a la salud de los hombres, para luego detenernos en mayor profundidad en el sistema de salud chileno y situar a los hombres en dicho contexto.

5.1. Políticas de Salud Masculina en el mundo

A nivel mundial, el interés en la salud de los hombres ha comenzado a incrementarse. Sin embargo, aún son escasos los países que ha incluido dentro de sus políticas gubernamentales estrategias pensadas en la salud de los hombres desde un análisis de género. Destacan entre ellos Australia e Irlanda, ambos países han logrado insertar una mirada hacia la salud de los hombres que han impactado al sistema de salud en general. En Latinoamérica, el país que probablemente ha trabajado con más fuerza en la salud de los hombres es Brasil, quienes a través de la organización *Promundo* están intentando enfocarse en las necesidades específicas de los grupos de hombres. En este apartado, haremos una breve revisión de la experiencia de los tres países ya señalados.

En el caso de Australia, las estrategias en salud dirigidas a hombres han estado enfocadas en generar "*espacios amigables para los hombres*" [*men friendly*] (29), incorporando un lenguaje apropiado para interactuar con este grupo, creando un ambiente respetuoso y diseñando servicios que se centren en las necesidades percibidas por los propios hombres. De esta forma, se han implementado espacios comunitarios de encuentro para los hombres, en los cuales la interacción social y el apoyo entre ellos mismos es el elemento central. En dichos centros comunitarios muchas veces reciben vistas de personal de salud de nivel primario, quienes realizan chequeos básicos de salud e intentan entregar elementos de prevención de enfermedades y promoción en salud. Es interesante destacar que estos espacios no han sido diseñados bajo la lógica de un "*centro de salud de hombres*", el aspecto salud de hecho queda en segundo plano, ya que lo que se persigue es el encuentro entre los hombres de la comunidad en un espacio de cooperación, desafiando así el mandato de género ligado a la dominación.

En Irlanda se han generado iniciativas que tienen principalmente dos objetivos, educar a los trabajadores de la salud para responder de manera adecuada a las necesidades en salud de los hombres, utilizando un lenguaje cercano y respetuoso hacia este grupo en particular; y, adicionalmente, están intentando promover transformaciones en algunos paradigmas instalados en la sociedad con respecto a los roles de género, por ejemplo, cambiando la idea de que buscar ayuda es sinónimo de debilidad en los hombres (30).

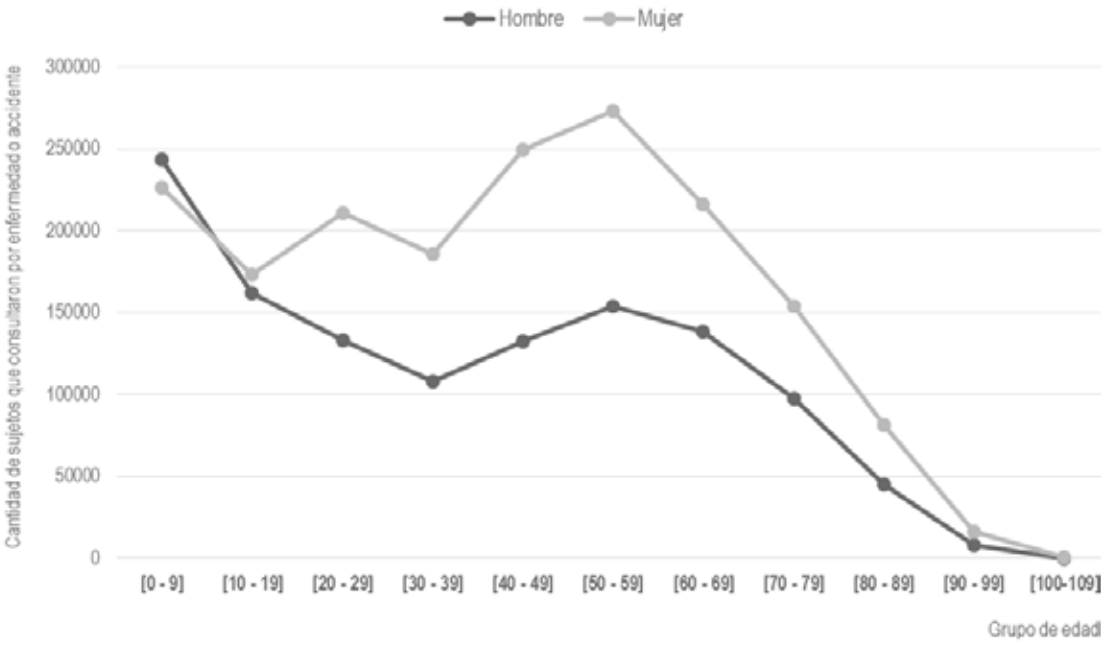
Finalmente en Brasil se ha intentado generar una política que permee las estrategias en salud desde un enfoque de género, siendo el principal motor de esta iniciativa la organización *Promundo*, cuyos ejes de acción se han centrado en promover equidad de género, luchar contra situaciones de violencia doméstica, apoyar iniciativas que promuevan una paternidad activa y presente, luchar contra la homofobia, entre otras (31).

Todos los esfuerzos antes descritos demuestran un interés común por desafiar los roles de género masculino presentes en nuestras sociedades, otorgando espacios concretos para que los grupos de hombres se sientan en libertad de plantear sus problemáticas y cuenten con una audiencia capacitada para escuchar y atender sus necesidades.

5.2. Situando a hombres en el Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno actualmente no presenta una política o estrategia dirigida a la salud de los hombres. De hecho, la forma de organizar sus intervenciones en salud ha distanciado a la población masculina (4), quienes usualmente acuden al sistema de salud formal en caso de enfermedad ya avanzada o en casos de accidentes que ameriten una visita improvisada a las salas de urgencia. En el siguiente gráfico, realizado a partir de la Encuesta CASEN 2013 (32), es posible observar la proporción de hombres y mujeres que consultan a los sistemas de salud en Chile de acuerdo a diferentes tramos de edad (Figura 1).

Figura 1 Consultas al sistema de salud formal en Chile de hombres y mujeres de acuerdo a tramo de edad, CASEN 2013.



Es interesante observar que durante el primer decenio la consulta de los hombres en relación a las mujeres es mayor, periodo que coincide con los controles de salud infantiles en los cuales el rol del cuidador –usualmente la madre- implica "*llevar*" a los niños al sistema de salud. Luego de este primer decenio, entrando ya en la etapa de adolescencia, comienza a apreciarse una baja significativa en la consulta de los varones hacia los sistemas de salud; diferencia que solo comienza a atenuarse hacia los últimos decenios, durante los cuales la población en general comienza a verse afectada por condiciones crónicas de salud. En palabras de los propios trabajadores de la salud, hay un periodo importante en la vida de los hombres -usualmente entre los 20 y los 50 años- en que se encuentran distantes del sistema de salud (4). Dicha distancia se traduce en un desconocimiento acerca de cuáles podrían ser las necesidades en salud de este grupo etario, lo que dificulta el diseño de estrategias dirigidas a este "*desconocido*" grupo. De hecho, en los centros de salud primaria –pertenecientes al sistema público de salud- usualmente existen

programas de salud dirigidos a niños, mujeres y "*crónicos*"; por ende, en esta división los hombres solo encuentran un espacio cuando son menores de edad o cuando presentan una patología que los obligue a estar en permanente control. Un colega mexicano refiere que los hombres pasan del pediatra al geriatra y que solamente "*vuelven*" al sistema de salud en casos de emergencia.

Otro elemento a considerar en el análisis de la salud de los hombres chilenos, es el enfoque de la reforma de salud AUGE-GES que opera en Chile hace algunos años. Esta reforma se centra en el acceso garantizado a servicios de salud para todas las personas que sufren de patologías especificadas en un listado que es revisado y actualizado constantemente por el Ministerio de Salud. En la actualidad este sistema garantiza que cualquier chileno que sufre de una de las patologías priorizadas por la autoridad sanitaria tendrá acceso oportuno a ciertas intervenciones de salud. Sin embargo, pese a que esta estrategia permite la reducción de algunas de las dificultades de acceso, nuevos problemas han surgido (33, 34). Si una persona tiene una patología que difiere de las cubiertas por el sistema, esa persona no necesariamente tiene una solución clara y expedita para su problema de salud. Esta situación tiene muchas implicancias, ya que desde el punto de vista del sistema de salud, el foco no son las personas, el foco son las patologías. Este tipo de estructura no logra capturar la diversidad de necesidades de los distintos grupos, limitando las posibilidades de generar estrategias que incorporen un análisis del entramado socio-cultural en que se desenvuelven los sujetos.

Uno de los principales esfuerzos por acercarse a grupos de hombres desde el área de la salud ha sido la inclusión de la figura paterna en el programa Chile Crece Contigo. Desde este programa se intenta incorporar al padre en el cuidado de los niños desde el periodo de gestación, sensibilizando a los trabajadores de la salud en la importancia de los hombres como agentes de cuidado en la salud del hogar. Sin embargo, aún no se ha incorporado un enfoque de autocuidado o salud masculina en este iniciativa (4).

La desconexión del sistema de salud chileno con el grupo de hombres, sumado a mandatos de género que les imponen a ellos "*mostrarse fuertes*" y resistir el dolor, sitúan a este grupo en una posición de vulnerabilidad en salud. Muchos hombres chilenos se encuentran interesados en su propia salud (4), pero en muchas ocasiones desconocen la oferta que el sistema de salud tiene para ellos, reconociendo que muchas veces no se sienten "*invitados*" a ser parte de las intervenciones propuestas y desconociendo los programas a los cuales podrían acceder, lo cual impacta directamente en el acceso de este grupo al sistema de salud formal.

6. Conclusiones y reflexiones finales

Tal como se mencionó en los primeros capítulos de este reporte, existen variables internas y externas asociadas a la vulnerabilidad. Los posibles peligros internos de un grupo (ej: pobreza, nivel educacional), y los peligros externos al grupo (ej: terremotos, recesiones económicas), sumados a la capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, debieran explicar en gran medida el riesgo o vulnerabilidad de dicho grupo a enfermar o de alterar su percepción de bienestar. Es aceptado que cualquier persona puede "caer" en situación de vulnerabilidad, frente a un desastre natural por ejemplo, pero ¿es posible pensar que los hombres *per se* -dado su rol de género- puedan ser vulnerables? ¿Cuál es la vulnerabilidad que afecta a los hombres?

Ante la pregunta ¿por qué los hombres son vulnerables en relación a su propia salud en Chile?, la respuesta necesariamente tiene relación con los ***aprendizajes de género,*** con la invisibilización por parte del macro sistema, las políticas públicas y los sistema de salud formal, por la ausencia de programas pensados desde una lógica de género, por perpetuar fantasías respecto a los privilegios sociales del ser hombre y, por ende, por no indagar en sus necesidades, por pensarlos fuertes y no dar ningún espacio para que muestren su debilidad y fragilidad. Ahora bien, ¿esto convierte a los hombres en víctimas de su socialización de género? Probablemente no en muchos casos, sin embargo es difícil que un grupo que ha sido cuestionado por los privilegios sociales de dominación, perciba la necesidad de cuestionar su propia fragilidad. La trampa ideológica de representar el "*sexo fuerte*" o el "*macho*" se convierte en una amenaza que se perpetúa como privilegio, afectando no solo a los hombres, sino a familias y comunidades en su totalidad.

Una de las posibles vías para avanzar en el diseño de estrategias que apunten a mejorar el bienestar en salud de los hombres en Chile involucra principalmente a los trabajadores de la salud. Son ellos quienes debieran sumar a sus esfuerzos la comprensión de las creencias específicas de la población respecto al proceso de salud y enfermedad, comprendiendo las necesidades de la población y adaptando sus estrategias de prevención y promoción desde un conocimiento real del otro. En este contexto, es importante continuar indagando en los fenómenos asociados a la salud masculina como parte central de los estudios asociados a género y salud, visibilizando algunas de la problemáticas que afectan a los hombres en el contexto del rol de género que les ha sido asignado, y cómo este rol pudiera convertirse en un impedimento para la adopción de conductas de autocuidado.

7. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- A nivel mundial los hombres en promedio viven menos que las mujeres y presentan conductas de riesgo que afectan su salud.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- Los hombres son socializados desde un rol de género que les exige mostrarse siempre fuertes y "resistir" el dolor.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social?

- Usualmente los sistemas de salud formal no tienen un enfoque de género para analizar los problemas de salud de la población en general y de la masculina en particular.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de salud?

- El sistema de salud chileno no presenta una oferta formal de estrategias enfocadas en la salud de los hombres.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Los hombres no han demandado ni reconocido sus necesidades de salud, en parte por sus aprendizajes de género y también por temor a saberse vulnerables.
- El gran desafío en salud masculina es lograr visibilizar los problemas de salud de este grupo, incorporando un enfoque de género en el análisis del proceso de salud y enfermedad de la población en general y de la masculina en lo específico.

Referencias

1. World Health Organization [WHO]. World Health Statistics 2014. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/.

2. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic Indicators2009. Available from: http://www.who.int/pmnch/topics/research_statistics/2009_pahobasicindicators/en/index.html.

3. Vladimir C, García V, Echarri C. The Stagnation of the Mexican Life Expectancy in the First Decade of the Twenty First Century: The Impact of Homicides and Diabetes Mellitus. Journal of Epidemiology y Community Health. 2015;69:28-34.

4. Bernales M. Chilean men's health: perceptions and relationships with the public health care system. . Auckland: The University of Auckland; 2013.

5. Cameron E, Bernardes J. Gender and disadvantage in health: men's health for a change. Sociology of Health & Illness. 1998;20(5):673-93.

6. Courtenay W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine [Internet]. 2000; 50:[1385-401 pp.]. Available from: http://www.postpartummen.com/pdfs/SS&M.PDF.

7. Courtenay W. Key determinants of the health and well-being of men and boys. International Journal of Men's Health [Internet]. 2003; 2(1):[1-30 pp.]. Available from: http://www.postpartummen.com/pdfs/KEY-DTR.pdf.

8. Chilean Ministry of Health. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile [Current situation of men´s health in Chile]2011. Available from: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf.

9. Figueroa J. Algunas propuestas dialógicas para relacionar paternidad, salud y mortalidad [Some dialogues proposed to relate parenting, health and mortality]. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 2014;77:55-75.

10. Aguayo F, Sadler M. What Men Have to Do With It: Public Policies to Promote Gender Equality Santiago de Chile2010. Available from: http://www.icrw.org/publications/what-men-have-do-it.

11. World Health Organization [WHO]. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health2008. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.

12. Connell R. The Social Organization of Masculinity. Masculinities. Cambridge: Polity Press; 1995. p. 67-86.

13. Olavarría J. La investigación sobre masculinidades en America Latina [The research on masculinities in Latin America]. In: Toro-Alfonso J, editor. Lo masculino en evidencia: investigaciones sobre la masculinidad: Universidad de Puerto Rico; 2009. p. 315-44.

14. Connell R, Messerschmidt J. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. Gender and Society. 2005;19(6):829-59.

15. Bourdieu P. La Dominación Masculina. Barcelona, Spain: Anagrama; 2000.

16. Csordas T. Embodiment and Cultural Phenomenology. In: Weiss G, Fern Haber H, editors. Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture. New York: Routledge; 1999.

17. Esteban M. Antropología del Cuerpo. Género, Itinerarios Corporales, Identidad y Cambio [Anthropology of the body. Gender, body itineraries, identity and change]. Barcelona, Spain: Edicions Bellaterra; 2004.

18. Thorpe H. Bourdieu, Gender Reflexivity, and Physical Culture: A Case of Masculinities in the Snowboarding Field. Journal of Sport & Social Issues 2010;34:176-214.

19. Adams P. Men In: Ellis P, Collings S, editors. Mental Health in New Zealand from a Public Health Perspective. Wellington, New Zealand: Public Health Group Ministry of Health; 1997. p. 213-42.

20. Muñoz N. Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico [Learning of gender and self care in male health: between the universal and the specific]. Psicología, Conocimiento y Sociedad 2012;2(2):6-26.

21. Oppezzi M, Ramírez C. Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. Psicología, Conocimiento y Sociedad. 2012;2(2):142-76.

22. De Keijzer B. Hombres, género y políticas de salud en México. In: Figueroa J, editor. Políticas públicas y la experiencia de ser hombre. Ciudad de México: El Colegio de Mexico Publicaciones; 2014.

23. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina [Until the body can resist: Gender, body and men´s health]. 2003. In: Masculinidades y Perspectiva de Género en Salud [Internet]. [137-52]. Available from: http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm.

24. Galdas P, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005;49(6):616-23.

25. Figueroa J. El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes? Revista "COEDUCANDO", Programa Coeducación, género y Cultura de Paz UMCE y UNESCO. 2007;1:77- 97.

26. Iwasaki K, Takahashi M, Nakata A. Health Problems due to Long Working Hours in Japan: Working Hours, Workers' Compensation (Karoshi), and Preventive Measures. Industrial Health. 2006;44(4):537-40.

27. Amagasa T, Nakayama T, Takahashi Y. Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. Journal of Ocupational Health. 2005;47:150-4.

28. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. J Epidemiol Community Health 2012;Letter.

29. Macdonald J. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men's health policy and practice. Med J Aust. 2006;185:456–8.

30. Wilkins D, Savoye E. Men's health around the world. A review of policy and progress across 11 countries: European Men's Health Forum. 2009.

31. Barker G, Greene M. ¿Qué tienen que ver los hombres con esto?: Reflexiones sobre la inclusión de los hombres y las masculinidades en las políticas públicas para promover la equidad de género. In: Aguayo F, Sadler M, editors. Masculinidades y políticas públicas, involucrando a hombres en la equidad de genero. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Antropología; 2011.

32. Chilean Ministry of Planning. Encuesta CASEN, Modulo Salud [CASEN survey, Health Module]2013 10 August 2009. Available from: http://www.mideplan.cl/casen/modulo_salud.html.

33. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? J Med Ethics. 2008;34(e13).

34. Roman O, Muñoz F. A critical appraisal to "AUGE" health plan in Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2008; 136:[1599-603 pp.]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008001200014&script=sci_arttext.

Acerca de los Autores

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud. Email: Margaritabernales@udd.cl

Juan Guillermo Figueroa, PhD

Estudios universitarios en filosofía y matemáticas, de Maestría en Epistemología de la población en la Universidad de Exeter en Inglaterra, y de Doctorado en Sociología y en Demografía en la Universidad de París-X Nanterre en Francia. Investigador de El Colegio de México y profesor en la Universidad Nacional Autónoma de México. Líneas de investigación: comportamientos reproductivos de los varones, ética de la investigación social, así como políticas públicas y discursos religiosos asociados a derechos sexuales y reproductivos. Email: jfigue@colmex.mx

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre hombres adultos en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

1. **Generación de Recurso Humano:** Fortalecer la formación de trabajadores de la salud en enfoque de género, dando énfasis a la consideración de las experiencias de diversas masculinidades.

2. **Insertar nuevos elementos en cultura sanitaria:** Sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la población general acerca de las necesidades de salud (física, emocional y social) de los hombres. Algunas estrategias para comenzar dicho trabajo podrían ser:

- Establecer, desde el modelo de atención primaria en salud, estrategias que permitan visibilizar a los hombres en el modelo de salud familiar.
- Generar objetivos sanitarios focalizados en el grupo de los hombres.

3. **Investigación:** Resulta necesario generar evidencia consistente que permita un trabajo sensible a las diversas necesidades de los hombres. Algunas estrategias para comenzar este trabajo pudieran ser las siguientes:

- Implementar enfoque de curso de vida en las investigaciones que se focalicen en hombres, para de esta forma comprender los procesos que impactan en su salud-enfermedad a lo largo del ciclo vital.
- Generar evidencia acerca de cómo implementar estrategias de salud en los lugares de trabajo de los hombres.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Margarita Bernales**, PhD. Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. margaritabernales@udd.cl
- **Juan Guillermo Figueroa**, PhD. Académico de El Colegio de México. jfigue@colmex.mx
- **Francisco Aguayo**, MS. Director Fundación Cultura Salud. faguayo@eme.cl
- **Alexandra Obach**, PhD. Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. aobach@udd.cl
- **Báltica Cabieses**, PhD. Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. bcabieses@udd.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La población de hombres representa a aproximadamente la mitad de la población, sin embargo, la salud de género se ha centrado en las problemáticas de las mujeres, invisibilizando los procesos de salud y enfermedad experimentados por los hombres.
- Al no haber políticas públicas que se ocupen de la salud de los hombres desde un enfoque de género, el sistema de salud vulnera la salud de este grupo en general, y en particular la salud de los hombres pertenecientes a grupos específicos tales como grupos étnicos o grupos de hombres inmigrantes.
- El supuesto implícito de que los hombres se encuentran en una posición de privilegio influye en que el Estado permanezca "ciego" a las necesidades de este grupo.

2. ¿Qué se sabe de este tema a la fecha en Chile?

- Los hombres en general acuden poco a los sistemas de salud y usualmente llegan en forma tardía cuando las enfermedades se encuentran bastante avanzadas.
- La salud mental de los hombres presenta desafíos importantes, tales como: dinámicas de violencia que impactan sus relaciones sociales, alta tasa de suicidios, alto consumo de alcohol, entre otras.
- El Programa Chile Crece Contigo ha incorporado como parte de sus estrategias el fortalecimiento de las paternidades; sensibilizando a los equipos de salud para que puedan incorporar activamente a los hombres en el cuidado y atención de sus hijos. Esta estrategias se ha convertido en una de las primeras estrategias explícitas desde el sector salud focalizada en grupos de hombres.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Inclusión explícita del grupo de hombres en las políticas públicas. Generar una política de salud de los hombres en Chile.
- Ir hacia donde están los hombres: el sector salud debe generar estrategias que les permitan movilizarse hacia donde están los hombres (trabajos, clubes de futbol, entre otro) para generar estrategias de salud en esos espacios.

Capítulo 6

Reflexiones en torno a la salud de las mujeres: exclusiones históricas y caminos futuros

Alexandra Obach, PhD

Profesora Asociada Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Margarita Bernales, PhD

Profesora Asistente Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Resumen

La salud y el bienestar de las mujeres han sido una preocupación mundial desde hace varias décadas, primero desde un enfoque biomédico que se centró en la patologización de los procesos de salud y enfermedad de los cuerpos femeninos, y recientemente desde el enfoque de determinantes sociales que permite un análisis más amplio de la vulnerabilidad social en que se encuentran distintos grupos humanos, y cómo ésta afecta su salud y bienestar. Dentro del modelo de determinantes sociales, la posición social que ocupan los sujetos es central en su desarrollo, siendo el género una de las variables que determinan dicha posición. El género se reconoce como un aspecto central para la estructuración de la identidad de las personas. Los roles de género se han definido como una acción o actitud de una persona de acuerdo a las normas sociales, políticas, culturales, éticas y religiosas que lo/a rodean, y que definen lo "masculino" y lo "femenino". El objetivo de este capítulo es analizar la situación de salud de las mujeres en Chile desde una perspectiva de género y de vulnerabilidad social en salud. El capítulo se divide en cuatro apartados: (i) definición conceptual teórica de género, incluyendo una reflexión del tránsito conceptual y sus implicancias; (ii) la compleja relación entre mujer y la vulnerabilidad social, en la que se incluirán temáticas específicas como mujeres y empobrecimiento; mujeres, cuidado y responsabilidad doméstica; mujeres y trabajo, entre otros; (iii) conceptualización de las mujeres desde el sistema biomédico; y finalmente (iv) se realizará una revisión crítica de los principales indicadores de salud de las mujeres en Chile.

Palabras clave: Mujer, Género, Vulnerabilidad social, Salud y Género.

1. Introducción

La salud de las mujeres ha sido foco de atención a nivel mundial y nacional en las últimas décadas. En Chile, el Ministerio de Salud mantiene un programa de salud de la mujer que incorpora estrategias de monitoreo y atención específica para este grupo, incluyendo la elaboración de la *Agenda Salud de la Mujer* (ref. www.minsal.cl) que contiene un resumen acerca de sus derechos en salud, y los chequeos esenciales que deben ser tomados en cuenta por los trabajadores de la salud, haciendo especial énfasis en el control de salud sexual y reproductiva. Dichos esfuerzos se suman a las iniciativas impulsadas por el Servicio Nacional de la Mujer (1) cuyo propósito es lograr la equidad de género en distintos niveles (político, laboral, doméstico, entre otros), además de las acciones llevadas a cabo por diversos organismos no gubernamentales que trabajan en torno a las mujeres, y programas que desde la academia reflexionan en torno a la situación de las mujeres y sus consecuencias en salud. Dado este contexto es posible afirmar que el país ha realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, lo cual se refleja en las cifras epidemiológicas nacionales tales como esperanza de vida y mortalidad materno-infantil, situando a Chile como uno de los países con mejores indicadores en la región. Pese a estos logros, existen una serie de factores ligados a las esferas de lo social y cultural que sitúan a las mujeres en una posición de vulnerabilidad social que impacta su salud.

El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud (2) permite realizar un análisis complejo en torno a las variables que influyen en el bienestar de la población, incluyendo variables macro-estructurales y de posición socioeconómica que afectan la salud de las personas. Este enfoque desafía la comprensión biomédica clásica, el cuál tiende a un enfoque individualista y a estrategias centradas en indicadores epidemiológicos clásicos que no

dan cuenta de la complejidad social en la que se sitúan los sujetos en la actualidad. Este capítulo tiene como propósito retomar el impacto que la construcción de las relaciones de género tienen en la salud de las personas, específicamente en las mujeres, tomando como punto de referencia el concepto de vulnerabilidad social, entendido como el riesgo asociado a la posición social que ocupa un individuo en una comunidad específica. Este análisis permitirá develar posibles riesgos que aún sitúan a las mujeres en una posición de vulnerabilidad social en nuestro país, contribuyendo así a la visibilización de los desafíos pendientes en torno al bienestar de las mujeres.

La estructura del capítulo contempla una discusión teórica inicial en torno a género, incluyendo las implicancias del género en la salud de las personas. Luego se aborda la vulnerabilidad social de las mujeres a través del análisis de situaciones específicas tales como empobrecimiento, trabajo doméstico y participación laboral de las mujeres. Posteriormente se realiza un análisis de la construcción que la biomedicina ha realizado respecto al sujeto femenino, y las implicancias de dicha construcción en los cuerpos de las mujeres.

2. Género como categoría de análisis para la visibilización del sujeto femenino

Generar una reflexión crítica desde una perspectiva de género en torno a la situación de vulnerabilidad de las mujeres y sus consecuencias en salud, implica necesariamente realizar un breve recorrido histórico por lo que ha sido la lucha por la visibilización y el posicionamiento social y político del sujeto femenino tanto en la región como en Chile. Dicha lucha, iniciada por el feminismo, se fue materializando desde mediados del siglo XX tanto en el campo intelectual como de los movimientos sociales, y es la que ha permitido que en la actualidad sea posible cuestionar la salud de las mujeres y generar estrategias que permiten mayor equidad en este ámbito.

2.1. Recorridos en la visibilización del sujeto femenino

El feminismo, desde sus diversas vertientes, ha realizado un cuestionamiento respecto al lugar asignado a las mujeres en los sistemas de dominación patriarcal (en los cuales los hombres sustentan el poder en los diversos ámbitos de la vida social) (3). Las teorías feministas han buscado explicar la situación de subordinación de las mujeres, indagando tanto en los campos discursivos de producción de conocimientos, como en las prácticas culturales concretas (3, 4). Uno de los objetivos centrales del feminismo ha sido profundizar en el conocimiento de las relaciones de dominación por género para lograr el reconocimiento de las mujeres tanto como individuos así como ciudadanas portadoras de derechos y obligaciones (5). El reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres es una meta política prioritaria para el feminismo que permite, a su vez, visibilizar y abordar políticamente la discriminación y exclusión de las mujeres, así como cuestionar y denunciar el carácter universal y abstracto del sujeto moderno concebido únicamente como masculino (3, 5).

La introducción de la problemática de las mujeres y la investigación feminista en la academia se desarrolló en el marco de los denominados Estudios de la Mujer, antesala de los Estudios de Género que aportaron evidencia respecto a la subordinación de la mujer, la ideología androcéntrica (la cual otorga al punto de vista masculino una posición central en visión del mundo y de la cultura) en la producción de conocimiento, y la invisibilización del sujeto femenino en los diversos campos del saber (6, 7). Los avances realizados por los Estudios de la Mujer fueron

significativos en la reivindicación de las mujeres, aun cuando dichos estudios presentaron algunas limitaciones tales como el desarrollo de un enfoque esencialista de la categoría de "la mujer", bajo el supuesto que dicha categoría representaba por igual a todas las mujeres sin distinción de otras variables implicadas en sus identidades; una visión reduccionista del sujeto femenino, principalmente centrada en el rol materno; y, además, una visión sesgada al incluir sólo a mujeres en tanto objeto de estudio (4, 7).

Los Estudios de la Mujer tuvieron un importante desarrollo en la academia de los Estados Unidos y Europa, aunque en este continente los avances fueron diferentes según cada país. A diferencia de estas experiencias, en América Latina los Estudios de la Mujer se iniciaron fuera de los ámbitos académicos universitarios en contextos de crisis económicas, dictaduras en diversos países y bajo el alero de agencias de cooperación internacional (6). A su vez, estuvieron muy marcados por la segunda ola del feminismo latinoamericano, caracterizado por la lucha por transformaciones contraculturales y por intensos procesos de modernización y desarrollo en la mayoría de los países latinoamericanos (3). Dichos inicios fuera de la academia, conllevaron a que el tema representara un saber periférico y contestatario a las diversas situaciones políticas y sociales de los países, lo que dificultó su legitimación (6).

La emergencia de los Estudios de la Mujer y Género en la academia en América Latina comenzó con fuerza en la década de los noventa y se situaron como parte de un movimiento de transformación cultural iniciado por los movimientos de mujeres latinoamericanas, continuando la tradición del feminismo latinoamericano, a saber, la de no aislar la problemática de las mujeres de la situación específica de los países, sino más bien centrar el análisis de la situación social de las mujeres desde un enfoque global, amplio, que incluyera las diversas esferas de la vida social y su incidencia en las inequidades de género (6, 8), incluidas las inequidades en los ámbitos de la salud.

2.2. De la mujer al género: tránsito conceptual y sus implicancias

Los Estudios de Género emergieron con fuerza a partir de la década de los ochenta y noventa dejando atrás el concepto de "la mujer" en tanto categoría analítica unívoca propia de los Estudios de la Mujer, para dar cabida a las experiencias múltiples y variadas que experimentan las mujeres en las distintas sociedades, e integrando en el análisis a los varones como sujetos de estudio principalmente a través de los Estudios de Masculinidades. El género en tanto categoría analítica ha sido definido, en términos amplios, como la construcción social de la diferencia sexual. De este modo, cabe considerarlo como un producto social y no de la naturaleza, definido tanto en función de las concepciones normativas que las categorías de lo femenino y masculino tienen en cada sociedad, como a través de la creación de una identidad subjetiva y de las relaciones de poder que existen entre hombres y mujeres (9, 10). En antropología, Gayle Rubin (11) acuñó el concepto de "sistema sexo/género" para referirse al *"conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (*11). Así, cada grupo humano tiene un conjunto de normas que moldean la materia cruda del sexo y de la procreación. De esta manera, el género alude a la noción de construcción, de arbitrariedad cultural. Por otro lado, es un concepto relacional ya que apunta a un vínculo entre los términos femenino y masculino, vínculo que abarca, entre otros ámbitos, los de poder. Tal como sostiene Scott (10), el género es *"un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos" y "una forma primaria de relaciones significantes de poder"* (10). De esta manera, las relaciones entre hombres y mujeres son las relaciones primarias donde se articula el poder. Otro de los aportes del concepto de género, además de indicar la

existencia de relaciones de poder entre hombres y mujeres, es que supone una noción de "sujeto múltiple", toda vez que el género es experimentado de acuerdo a una serie de variables como la clase social, la edad, la pertenencia étnica, entre otras, además de ciertos aspectos subjetivos de la personalidad, todo lo cual sitúa a las personas en el plano de las particularidades, alejándose de las generalizaciones propias de los discursos androcéntricos en la producción de conocimiento (12, 13). La noción de sujeto múltiple alude a su vez a la necesidad que plantea el género de desnaturalizar el binario hombre-mujer en tanto marco regulatorio de poder y de normalización de lo femenino y lo masculino, dando cabida a las permutaciones del género que no se adaptan a tal binario (14).

Una manera de abordar las temáticas de género es a través de la construcción simbólica que se hace de éste. Bajo esta perspectiva, se analiza a hombres y mujeres como categorías simbólicas y con ello se identifican los valores que cada cultura particular otorga a lo femenino y lo masculino. Aquellos valores permiten conocer las ideologías de género que operan en cada sociedad y la forma en que se ordenan las estructuras de prestigio y poder. Este enfoque simbólico enfatiza también la importancia de los sistemas de representación de los géneros en la reproducción de los estereotipos femeninos y masculinos (15). Sherry Ortner fue una de las pioneras en el desarrollo de esta línea teórica a través de un modelo que intentó explicar lo que ella denominó la "subordinación universal de la mujer". Este modelo se basa en la idea de que históricamente la mujer ha sido asociada a la naturaleza, y el hombre a la cultura. Según este planteamiento, la cultura se entiende como una entidad superior a la naturaleza ya que implica un proceso de intervención y modificación de ésta. Así, la mujer vinculada a la naturaleza es controlada y constreñida por el hombre, quien representa la cultura (15). El modelo propone que la función procreadora de la mujer la hace aparecer como un ente encerrado en la biología. De este modo, los roles sociales de la mujer estarían limitados por su asociación a la naturaleza, quedando confinada al mundo doméstico, el cual se transforma en el "espacio femenino" por excelencia. Los hombres por su parte, aquellos que representan la cultura, son quienes gobiernan el espacio público. Con esto se agrega al modelo, además de la oposición naturaleza/cultura, la oposición público/privado siendo los primeros naturalizados como ámbitos masculinos (espacios públicos) y los segundos femeninos (espacios privados). El modelo planteado por Ortner fue criticado por considerar que se basaba en supuestos etnocentristas al asumir que en todas las sociedades la naturaleza tiene una valoración inferior respecto a la cultura. Aun así, es un referente importante a la hora de analizar las sociedades desde una perspectiva simbólica del género.

2.3. Género e identidades en América Latina: un devenir histórico

Diversas autoras plantean que la simbolización binaria del género en forma de oposiciones es propia de occidente pero no por ello universal (16). Desde la antropología, por ejemplo, se ha documentado la existencia de roles de género múltiples y alternativos a lo largo del siglo XX entre diversos grupos indígenas amerindios, demostrando que no existe una correspondencia unívoca entre sexo y género sino que se trata de una creación social (7). En el imaginario precolombino, por ejemplo, se sostiene que la dualidad mesoamericana no representaba un orden binario de polos estáticos, sino que las categorías de lo femenino y masculino eran más bien abiertas y en constante cambio. Nada era exclusivamente masculino o femenino, sino que existían diferentes formas de combinaciones entre ambos géneros. En este sentido, se sostiene que las categorías de género ocuparon un espacio de equilibrio y de oposiciones complementarias donde ningún polo se posicionaba como dominador por sobre el otro, excepto en ciertas circunstancias (17-19). Dada esta construcción de los sistemas sexo/género, la situación de las mujeres en las sociedades precolombinas era diferente a la que conocemos en las sociedades occidentales toda vez que el

patriarcado no habría sido la única forma de organización social. A través de diversos relatos, los conquistadores y viajeros europeos dieron cuenta de la existencia de comunidades matriarcales que asignaban a la mujer un espacio de poder y un rol social activo dando cuenta con ello que el poder no era privilegio del varón en el mundo andino (17-19).

La conquista hispana fue la que generó un trastorno de las estructuras andinas, introduciendo en el continente latinoamericano un nuevo estatus socio-político para hombres y mujeres en el cual confluyeron las problemáticas de género, raza y clase (18-20). Las mujeres, que habían gozado de relativa igualdad con los hombres en la época precolombina, después de la invasión española pasaron a ocupar un lugar subordinado. De esta manera, el pensamiento europeo impuso en el universo mesoamericano el patriarcado clásico y, por lo tanto, la exclusión de las mujeres de la política y de los derechos de ciudadanía (21). En este marco se instala, según algunos autores, la problemática de la identidad mestiza y el surgimiento del culto mariano en América Latina como forma de responder a interrogantes sobre origen e identidad producto del choque y encuentro entre dos matrices culturales. El marianismo permite comprender las relaciones de género imperantes en la región marcadas por la vergüenza del pueblo mestizo en cuanto a su origen dual: la traición y violación del cuerpo femenino, y la búsqueda de una madre virgen (20, 22). De acuerdo al modelo mariano, la virgen mestiza se instala como una diosa madre que representa un poder en sí mismo. Se trata del poder de lo materno que va a situar a las mujeres, dentro de la matriz patriarcal, en el ámbito de lo privado siendo la maternidad la posibilidad de existencia del mundo y del cuerpo femenino (23). A la vez, será este cuerpo materno de las mujeres latinoamericanas el escenario donde se perpetúa la violencia de la conquista y los sucesivos colonialismos y sus efectos (8) representados en diferentes ámbitos, entre ellos los de salud.

Esta visión de la feminidad asociada a la maternidad ha impactado directamente en la orientación de las políticas públicas hacia las mujeres en la región y el país. Si bien en las últimas décadas se han vislumbrados cambios significativos en las estructuras de género, con una mayor participación de las mujeres en los ámbitos públicos y los hombres involucrados en esferas como la paternidad (24-26), en las políticas persiste una visión que considera que la principal responsabilidad de la mujer es ser madre y, por ende, hacerse cargo de las esferas domésticas. A la vez, las políticas perpetúan el rol del hombre en tanto proveedor (26). De esta manera, a través de los discursos y prácticas sociales se continúa reproduciendo un modelo de género conservador que impacta a las mujeres en todas las áreas de sus vidas y, por ende, en su salud.

3. Vulnerabilidad social de las mujeres en Chile

Los patrones culturales de género heredados de la época de la conquista y la colonia, si bien han sufrido importantes modificaciones en los últimos años, aún se mantienen vigentes en diversos ámbitos de la vida social. Así, por ejemplo, la división por género de los espacios públicos y privados, siendo los primeros eminentemente masculinos mientras los segundos de responsabilidad femenina, perduran. Ahora bien, para comprender la situación de vulnerabilidad de las mujeres tanto en la región como en el país es necesario tener en consideración no sólo las desigualdades entre hombres y mujeres, sino también las desigualdades que se presentan entre las mujeres. La posición social de las mujeres depende de la intersección del género con variables tales como la etnia, donde las mujeres indígenas y afrodescendiente son aquellas que gozan de menor prestigio y de poder (27); generacionales,

donde ser mujer joven o adulta mayor representa desventajas sustantivas (28, 29); según zona de residencia (ya sea zonas urbanas o rurales); las consecuencias del status migratorio en las mujeres (30, 31), entre otros factores que diferencian a las mujeres internamente y las sitúan en diferentes posiciones de vulnerabilidad.

Más allá de estas diferencias a considerar en los análisis de género, es un hecho que las mujeres tanto en Chile como en la región han presentado significativos avances en materia de equidad de género. Aun así, las desventajas de las mujeres todavía son alarmantes. Por ejemplo, si bien se puede argumentar que en la actualidad las mujeres participan activamente del mercado laboral y su representación en el espacio público es significativa, llegando Chile incluso a tener una presidenta mujer electa democráticamente, las cifras de participación femenina en Chile son muy bajas en comparación con otros países del mundo y de la región.

Las mujeres además están en una condición de vulnerabilidad al estar en mayor situación de pobreza que los hombres tanto en el país como en la región. Las cifras muestran que las mujeres en la región representan a la población con mayores índices de pobreza. En Chile, según datos de la encuesta CASEN, la pobreza si bien ha disminuido tanto en hombres como mujeres, se mantiene superior en las mujeres. Los datos del año 2013 respecto al porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos, muestran que 15% de las mujeres en dicho año se encontraban en situación de pobreza. En el caso de personas en situación de pobreza extrema según ingresos, el porcentaje es superior en las mujeres (4,8%) que en los hombres (4,2%). Respecto al porcentaje de hogares en situación de pobreza por ingresos según sexo del jefe/a de hogar, los hogares con jefaturas femeninas representan mayor pobreza (15,4%) que los de jefatura masculina (11,2%) (32). El empobrecimiento de las mujeres, junto con otros indicadores de inequidad, algunos de los cuales se analizarán a continuación, dejan a las mujeres en una situación de desventaja y vulnerabilidad en diversos ámbitos.

3.1. Mujeres y cuidados: la responsabilidad doméstica

En Chile la tradicional organización familiar con un padre proveedor y una madre dedicada exclusivamente al cuidado del hogar y la crianza de los hijos/as ha cambiado. En la actualidad los hogares con dos proveedores han aumentado significativamente, así como las familias monoparentales las cuales crecieron de un 22% a un 29% entre 1990 y 2009 (33). De acuerdo a los datos de la Encuesta Casen 2011, los hogares con jefatura femenina crecieron de un 20% en el año 1990 a un 39% en el 2011 para la población total del país. Estas cifras se acrecientan en contextos de pobreza, con un 51% de hogares con jefatura femenina en hogares en situación de pobreza, y un 55% en hogares de extrema pobreza (CASEN 2011). Estas nuevas configuraciones de los hogares liderados por mujeres conllevan una serie de nuevos riesgos para ellas ya que, al depender de un sólo ingreso, dichos hogares tienen más dificultades para superar la pobreza, e incluso tienen un riesgo mayor de volver a caer en ella (CASEN 2011).

Cabe destacar que además de las nuevas obligaciones que enfrentan las mujeres al estar a cargo económicamente del hogar, ellas siguen siendo las principales encargadas de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos/as y, en muchos casos, de adultos mayores dependientes, enfermos crónicos y discapacitados de las familias (33). Esto conlleva el que las mujeres estén asumiendo una doble jornada de trabajo (la del trabajo remunerado y la jornada laboral del hogar), con el desgaste mental y físico que esto supone (34).

Este panorama da cuenta de una perpetuación en los roles tradicionales de género, ya que si bien las mujeres están cada vez más insertas en la fuerza de trabajo remunerado y han logrado libertades de diversa índole, ellas

siguen siendo las responsables de la esfera doméstica. No así los hombres, quienes no han modificado mayormente su comportamiento en relación al trabajo remunerado y doméstico (34). Así, por ejemplo, la Encuesta Images (The International Men and Gender Equality Survey) aplicada en Chile en el año 2009 a una muestra de hombres y mujeres, da cuenta que el 80% de las mujeres reporta que el cuidado diario de los hijos/as está a cargo de ellas, y que el involucramiento de los hombres en el cuidado de los hijos está vinculado principalmente a actividades de juego, mientras la preparación de alimentos, el baño y el aseo es tarea de las mujeres. La misma encuesta muestra que se mantiene una opinión en los hombres (54,4%), y también de manera significativa en las mujeres (50,2%) respecto a que el rol más importante de la mujer es cuidar del hogar y cocinar para su familia. Las tareas domésticas de acuerdo a la encuesta siguen siendo de mayor responsabilidad de las mujeres, aun cuando un 19,5% de las mujeres dice estar disconforme con dicha distribución (35).

3.2. Participación laboral femenina

Cuando se habla de participación laboral femenina tradicionalmente nos referimos a las actividades productivas que se realizan en el ámbito público, dejando de lado todas las actividades reproductivas que suceden en el hogar y que, como hemos analizado, son de responsabilidad femenina. A continuación realizaremos un análisis de la participación laboral femenina en la esfera productiva, espacio en el cual las mujeres chilenas siguen siendo discriminadas en cuanto al acceso al trabajo remunerado, tipo de ocupaciones, calidad de los empleos y reconocimiento de sus derechos laborales (1).

Si bien la participación laboral femenina ha crecido significativamente en el país en las últimas décadas, Chile presenta una de las más bajas de los países pertenecientes al OCDE (36) y es, además, de las más bajas en toda América Latina (37). Así, si bien en promedio en América Latina la tasa de participación laboral femenina supera el 50%, en Chile hasta el año 2012 aún se mantenía bajo dicho valor, siendo una de las tasas más bajas de toda la región con un 43%, versus un 64,4% en Perú y 58,2% en Colombia (38). Estas cifras llaman la atención por varias razones, entre ellas, por el hecho de que el nivel educacional de las mujeres chilenas es relativamente superior comparado con el de otros países de la región por lo que la explicación de esta situación, más que buscarlas en los datos económicos de los países, parecen estar referidas a patrones culturales de género de nuestra sociedad (36).

Cabe destacar que las tasas de participación laboral femenina en Chile varían significativamente entre las mujeres dependiendo de una serie de factores. Así, por ejemplo, las tasas más bajas en el caso de las mujeres en Chile llegan a 13,0% y a 31,3% para el grupo de mayor edad y para el grupo más joven, respectivamente (38). Por otra parte, la tasa de participación laboral femenina se incrementa a medida que aumenta el nivel educacional. Así, por ejemplo, de acuerdo a datos del INE 2015, las menores tasas de participación de mujeres y hombres se presentan en el nivel "Educación Primaria", alcanzando sólo el 32,5% para las mujeres y un 64,8% para los hombres. Por su parte, la tasa más alta se presenta en el nivel educacional "Postítulo, maestría y doctorado" también en mujeres y hombres con un 88,5% y 91,1%, respectivamente. De esta manera, mientras más se incrementan los años de estudio, menor es el diferencial de participación entre hombres y mujeres. Por otra parte, mientras menor escolaridad tienen las mujeres, menor es su inserción en el mercado de trabajo, lo que obstaculiza la superación de la pobreza y el que las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos logren autonomía económica y relaciones de género más equitativas en la familia y la sociedad (1).

Respecto a los ámbitos en que se desempeñan las mujeres, estos continúan vinculados con tareas que socialmente se consideran como "femeninas", y que son una suerte de extensión de las tareas domésticas, como cuidado de niños/as y enfermos/as, confección, cocina, entre otros. Dichas actividades se encuentran en las ramas económicas más relacionadas con el quehacer reproductivo como el sector textil y de confecciones, el agroalimentario y el sector terciario (servicios) (1). Esto da cuenta de una segregación sexual del trabajo que se expresa en el hecho que las mujeres se desempeñen en ocupaciones que gozan de menor prestigio social y que reciben remuneraciones más bajas. Junto con lo anterior, la mayoría de las mujeres ocupan puestos de menor jerarquía, menos calificados o no calificados, y con menores remuneraciones, aun con el mismo nivel de calificación que los hombres (39). De acuerdo a datos del INE, en el año 2006, en promedio, las mujeres que tenían 13 o más años de escolaridad percibían un salario correspondiente sólo al 73% del salario promedio masculino, es decir, recibían un salario 27% inferior al de los hombres de su misma categoría (38). Junto con lo anterior, las mujeres tienen una incidencia mayor que los hombres entre quienes perciben ingresos inferiores al ingreso mínimo legal. En Chile, por ejemplo, las mujeres constituyen el 67,1% de los asalariados que perciben ingresos inferiores a un salario mínimo por hora (8,9% del total de asalariados privados). Además, las mujeres tienen los más altos niveles de informalidad en la esfera del trabajo (40).

Los temas analizados permiten entrever la manera en que los aspectos sociales actúan como determinantes en la salud de las personas, es decir, el empobrecimiento femenino, las distribuciones inequitativas del trabajo doméstico y la baja participación laboral femenina afectan negativamente la salud de las mujeres, principalmente en los ámbitos de salud mental y el desarrollo de condiciones crónicas degenerativas (41). Diversas acciones han sido llevadas a cabo para enfrentar estas problemáticas, entre ellas, las desarrolladas por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), institución que para el periodo 2014-2018 definió cinco objetivos estratégicos institucionales con el objetivo de generar mayor equidad de género. Dichos objetivos son: a) Generar las condiciones de una nueva institucionalidad pública para la equidad de género, la igualdad de derechos y autonomía de las mujeres, b) Prevenir la violencia contra las mujeres, atender, proteger y reparar el daño psico-social y promover el acceso a justicia de las víctimas, mediante el acceso a un sistema especializado de atención para estos fines, c) Contribuir a la autonomía de las mujeres mediante el desarrollo de sus capacidades para la empleabilidad y el emprendimiento, y la promoción y ejercicio de derechos en los ámbitos de la sexualidad y reproducción, d) Contribuir al ejercicio de la ciudadanía de las mujeres mediante la promoción de sus derechos y del fomento de su liderazgo y participación incidente en todos los espacios de decisión del país, y e) Incorporar la equidad, la modificación de patrones y estereotipos de género y la corresponsabilidad en el sector público, mediante la asistencia técnica para la formulación, seguimiento y evaluación de la implementación de políticas, programas y acciones en materias de equidad e igualdad de derechos. Desarrollos en esta misma línea continúan realizando organismos no gubernamentales y la academia, con el fin de superar las brechas de género para la construcción de sociedades más justas e igualitarias.

4. Conceptualización de las mujeres desde el sistema biomédico

La vinculación de lo femenino con los ámbitos del cuidado está presente en las raíces de todo el mundo occidental debido a las construcciones de género inherentes a nuestras sociedades y la consecuente división sexual del trabajo, que tradicionalmente ha situado a las mujeres en los ámbitos privados, de cuidados en el hogar. En dichas configuraciones de género las mujeres en tanto madres han sido las encargadas del cuidado de la salud del grupo familiar y de la comunidad. Por esto mismo, la figura de la madre cuidadora se confunde en las crónicas históricas con las de sanadoras y curanderas que conocían el arte de quitar diferentes males. Sus conocimientos -adquiridos a través de la experimentación- lo transmitían de una mujer a otra. Las mujeres traían a los niños/as al mundo, eran las comadronas, parteras, cuando la profesión médica todavía era desconocida (42). Sin embargo, con el tiempo dicha situación se fue transformando. A través de la paulatina institucionalización de la biomedicina en tanto Modelo Médico Hegemónico (43) -modelo caracterizado por estar enfocado en el biologismo, individualismo, a-historicidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática (44)-, las mujeres fueron sistemáticamente excluidas del quehacer médico profesional, siendo expropiadas de sus saberes en los ámbitos relativos a la salud y cuidado del grupo y la comunidad (45). La biomedicina se gestó desde una visión androcéntrica que desde sus inicios invisibilizó a las mujeres en tanto sujetos desde un rol de terapeutas y las situó en el rol de pacientes, reproduciendo una imagen femenina construida desde los tiempos de Hipócrates quien definió a las mujeres como “perpetuas enfermas” (42). De esta manera, el modelo biomédico ha naturalizado a las mujeres como pacientes, sus cuerpos han sido históricamente tratados a través de categorías de enfermedad y esta condición se ha reproducido en gran parte de las sociedades contemporáneas (46). Esto ha dejado invisible el hecho que las mujeres efectivamente tienen formas específicas tanto de enfermar como de relacionarse con su cuerpo y con los ámbitos relativos a su salud y la de los suyos. Los aportes feministas han sido significativos en este ámbito, al señalar que las condiciones de vida y trabajo, las discriminaciones sociales y laborales, y la violencia de género influyen en las diferencias en enfermar entre hombres y mujeres (47).

Diversos autores/as han problematizado y criticado la manera en que la biomedicina se ha ido apropiando de los cuerpos femeninos, haciéndolos dependientes de todo tipo de tratamientos médicos con el objetivo de mantener un control respecto de sus procesos reproductivos (48). Foucault (49)fue uno de los primeros en dar cuenta de cómo el cuerpo es un campo de regulación social por parte de los diversos aparatos de poder, entre ellos la biomedicina, la cual desde su dominio social sobre los ámbitos del cuerpo ejerce una construcción particular de éstos acorde a los intereses políticos que guían su accionar. Turner (50) plantea que los cuerpos femeninos han sido el principal objeto de intervención y de control por parte de la biomedicina. Los cuerpos femeninos han sido construidos desde la biomedicina en tanto objetos patológicos, lo que implica el ejercicio de violencia sobre las mujeres, toda vez que por ellas decide un aparato de poder (en este caso, el sistema médico oficial) el cual, a través del ejercicio médico, reproduce un sistema de dominación y ejerce una violencia que es tanto material como simbólica (48). Ejemplo de esto es el vínculo establecido por la psiquiatría entre los órganos reproductores femeninos y el cerebro. De acuerdo a las primeras corrientes psiquiátricas los sentimientos estaban ligados a las funciones reproductoras, de esta forma se intervino el cuerpo de las mujeres (extirpando úteros y clítoris) con el fin de erradicar la histeria (42). Es, como dice Bourdieu (51) la violencia simbólica llevada al campo de la salud, donde los problemas de salud de las mujeres son definidos por otros, especialmente por los poderes de la biomedicina, la salud pública (52) y, cada vez con mayor

fuerza, la industria farmacéutica. Desde dichos aparatos de poder el foco de atención en la salud de las mujeres desde la biomedicina están puestos en sus procesos reproductivos, lo que conlleva una visión fragmentada de su cuerpo y de su salud.

5. Indice de salud en las mujeres en Chile

La visión reduccionista de la salud de las mujeres referida principalmente a la reproducción se puede ver en las políticas y programas de salud desarrollados en el país. El Ministerio de Salud en Chile, por ejemplo, desde el Departamento de Ciclo Vital ejecuta el programa de la Mujer, junto con los de Infancia, Adolescencia, y Adulto. En relación a las estrategias construidas para las mujeres, muchas de ellas están dirigidas hacia los ámbitos sexuales y reproductivos, incluyendo campañas de screening para cáncer cérvico uterino y cáncer de mamas, y todo un repertorio de prestaciones asociadas a la consulta previa y posterior al parto (53). De esta manera, las mujeres, desde las políticas y programas de salud, son abordadas prioritariamente desde los ámbitos maternos, reproduciendo con ello los patrones culturales de género propios de nuestra sociedad.

Por otra parte, si bien las mujeres presentan mayor **esperanza de vida** que los hombres, su carga de enfermedad y morbilidad es mayor, es decir, ellas viven más años pero más enfermas y en peores condiciones de vida. Así, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer para el año 1950 en Chile era de 52,91 años para los hombres y 56,77 para las mujeres. Esta diferencia en número de años se mantiene en la actualidad, siendo de 76,12 años para los hombres y 82,20 años para las mujeres, con una proyección para el 2020 de 77,19 años para el grupo de hombres y 83,36 para el grupo de mujeres. Estas cifras representan un avance en materia de salud de las mujeres, sin embargo, las cifras de pobreza y de morbilidad en las mujeres dejan entrever que si bien ellas viven más que los hombres, lo hacen en peores circunstancias (54)situándolas en una posición de vulnerabilidad social. Así, por ejemplo, en relación a **carga de enfermedad**, los Avisa (años de vida ajustados por discapacidad), que permiten medir la perdida de salud que se produce a raíz de alguna enfermedad, discapacidad o muerte, indican un predominio femenino en carga de enfermedad. Estas cifran revelan, por ejemplo, que las mujeres pierden 3,5 veces más Avisa por enfermedades endocrinas que los hombres; 2,5 veces más Avisa por deficiencias nutricionales; y 2 veces más por enfermedades genitourinarias.

En cuanto a las **tasas de mortalidad**, en Chile estas se mantienen más altas para los hombres en todos los tramos de edad, siendo el promedio para el año 2009 5,9 x mil para la población masculina y 5,0 x mil para la población femenina. Para el año 2009 la principal causa de mortalidad para las mujeres fueron las enfermedades cerebrovasculares (tasa: 49,2), seguidas por enfermedades isquémicas del corazón (tasa: 34,1). Dichas causas de mortalidad están estrechamente vinculadas a los **factores de riesgo** en mujeres (ref. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010) cuyas prevalencias más importantes son: obesidad, con una prevalencia de 30,7%; sobrepeso, con una prevalencia de 33,6%; hipertensión arterial, con una prevalencia de 25,3%; riesgo cardiovascular, con una prevalencia de 11,9%; y diabetes con una prevalencia de 10,4%. Los factores de riesgo más prevalentes (sobrepeso y obesidad), están estrechamente asociados a la manera en que las mujeres habitan sus cuerpos. Tal como sostienen algunos autores (55) el sobrepeso y la obesidad en el país predominan en la población de las mujeres pobres, y las variables de género y el nivel socioeconómico son categorías básicas a considerar para explicar este fenómeno. De esta manera, el abordaje de estos factores de riesgo requiere de un enfoque con pertinencia cultural que se plantee incidir en los ordenamientos de género y pobreza vigentes en nuestro país (55).

Un elemento a favor frente a estas conductas de riesgo es la mayor disposición de las mujeres, en comparación a los hombres, a realizar exámenes preventivos de salud. Esto se debe a que las mujeres son las mayores consumidoras de atención médica ya que recurren a ella para el cuidado del grupo familiar, toda vez que acompañan al médico y se hacen cargo de la salud de los/as hijos/as, cónyuges, padres, madres, suegros, suegras, y, en menor medida, el cuidado de su propia salud (47, 56-58). Así, por ejemplo, la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) para el año 2011 fue de un 40% en hombres y 60% en mujeres. En este punto es importante destacar que si bien el EMPA presenta mayor nivel de adherencia en mujeres, no existe la misma adherencia a los exámenes que son propios de las mujeres como ocurre con PAP y Mamografía, los que se encuentran en rangos de cobertura por debajo de lo recomendado por la OMS.

En relación a los problemas de **salud mental** reportados por las mujeres los más comunes son los asociados a síntomas depresivos con un 25,7% (ref. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010). Dicha prevalencia, bastante alta comparada con el grupo de hombres que presenta un 8,5%, posiblemente se deba a los roles de género asignados culturalmente, que en este caso perjudican a los hombres con un mandato relacionado al mostrarse "fuertes", dificultando así la posibilidad de pedir ayuda frente a una crisis emocional (59). Las implicancias de este fenómeno para las mujeres incluyen el fomento del estereotipo femenino asociado a una emocionalidad más intensa. Junto con lo anterior, las sobrecargas a las que se ven enfrentadas las mujeres tanto en las esferas públicas como privadas afectan directamente su salud mental.

6. Conclusiones

La salud de las mujeres se ve afectada por una serie de elementos que están estrechamente vinculados a los determinantes sociales de los contextos en los cuales están insertas. Como parte de dichos determinantes se encuentran los patrones de género imperantes en nuestra sociedad, los cuales si bien han sufrido transformaciones en las últimas décadas permitiendo a las mujeres mayor equidad e igualdad, en muchas esferas continúan reproduciendo modelos tradicionales de relaciones entre los hombres y las mujeres que las posicionan a ellas en una situación de vulnerabilidad social. Esto se puede apreciar en temas tales como el que aún son ellas las encargadas de las esferas del mundo doméstico; la baja participación laboral de las mujeres; la baja participación política de las mujeres; los altos índices de violencia hacia las mujeres en todos los ámbitos; entre otros. Junto con lo anterior, se evidencia un proceso de empobrecimiento en las mujeres. De esta manera, si bien las mujeres en la actualidad viven más años que los hombres, lo hacen en malas condiciones de salud y de vida. Cabe destacar que no todas las mujeres están expuestas a las mismas condiciones de vulnerabilidad sino que va a depender de la posición social que ocupen. Así, por ejemplo, serán las mujeres indígenas, adultas mayores, mujeres pobres, adolescentes y jóvenes las cuales sufren mayormente los embates de los sistemas sexo/género vigentes en el país.

En el área de la salud, todos los elementos antes mencionados hacen que las mujeres presenten mayor morbilidad, especialmente en las áreas de condiciones crónicas ligadas a la obesidad, y en salud mental. Esto abre la reflexión en torno a la construcción de los cuerpos femeninos en la actualidad y la manera específica en que las mujeres habitan sus cuerpos. Junto con ello, una mirada crítica respecto a la construcción reduccionista que realiza la biomedicina en torno al cuerpo femenino al centrar su accionar principalmente en los ámbitos reproductivos de las

mujeres, perpetuando con ello la valoración del rol materno en tanto edificación de la feminidad. Además, se busca poner en evidencia la patologización que la medicina realiza respecto a las mujeres al medicalizar los diversos eventos de sus vidas, desde la menarquía, el parto y la menopausia, generando con ello un control sobre sus cuerpos y con ello, situándolas en una posición de vulnerabilidad.

7. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- La población de mujeres representa a aproximadamente la mitad de la población mundial, lo que no implica ventajas respecto a los hombres sino por el contrario, es la población que sufre históricas inequidades en diversos ámbitos, y es el grupo que vive en mayores condiciones de vulnerabilidad, todo lo cual afecta directamente su salud.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- La salud y el bienestar de las mujeres han sido una preocupación mundial desde hace varias décadas, primero desde un enfoque biomédico que se centró en la patologización de los procesos de salud y enfermedad de los cuerpos femeninos, y recientemente desde el enfoque de determinantes sociales que permite un análisis más amplio de la vulnerabilidad social en que se encuentran distintos grupos humanos, y cómo ésta afecta su salud y bienestar.
- Dentro del modelo de determinantes sociales, la posición social que ocupan los sujetos es central en su desarrollo, siendo el género una de las variables que determinan dicha posición.
- La salud de las mujeres se ve directamente afectada por las condiciones sociales propias de las sociedades patriarcales. Empobrecimiento de las mujeres, malas condiciones laborales, brechas salariales, inequitativa distribución de las tareas domésticas y de cuidado, impactan directamente en la salud de las mujeres, situándolas en una posición de vulnerabilidad.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social?

- A nivel mundial y nacional se han reportado en forma consistente vulnerabilidades sociales de mujeres en cuanto a trabajo, participación social, y otras formas de exclusión, que afectan la salud de este grupo.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de salud?

- El sistema de salud se ha enfocado principalmente en la salud reproductiva de las mujeres en Chile, aplicando un enfoque reduccionista e invisibilizando los otros ámbitos de la salud de las mujeres. Aun así han habido importantes avances en materia de salud, como por ejemplo, las acciones llevadas a cabo por el Programa de salud de la mujer del MINSAL. Contar con programas de pesquisa para el cáncer cervicouterino y el cáncer de mamas y la política del Chile Crece Contigo, son acciones que contribuyen a mejorar la vulnerabilidad en salud de las mujeres.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- La salud mental de las mujeres presenta desafíos importantes, tales como: dinámicas de violencia que impactan sus relaciones sociales, alta tasa de cuadros depresivos y ansiosos, entre otros.
- Fortalecer la formación de trabajadores de la salud en enfoque de género, dando énfasis a la consideración de las experiencias de diversas feminidades.
- Ampliar y fortalecer en trabajadores de la salud y población general la inclusión de nuevas necesidades emergentes de salud (física, emocional y social) de las mujeres.
- Profundizar la generación de evidencia existente de manera que permita un trabajo sensible a las diversas necesidades de las mujeres.
- Generar estrategias participativas para la identificación de necesidades y estrategias para abordarlas, involucrando a las mujeres en todo el proceso y empoderándolas en el agenciamiento de sus propios cuerpos y salud.

Referencias

1. SERNAM. Perfil de las trabajadoras en Chile. In: 108 DdTN, editor. Santiago de Chile: SERNAM; 2008.
2. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS Med. 2006 May;3(6):e106. PubMed PMID: 16681414. Pubmed Central PMCID: 1459479. Epub 2006/05/10. eng.
3. Lamus D. Localización geohistórica de los feminismos latinoamericanos. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. 2009 2009;Volumen 8, Nº 24.
4. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Papeles de Población. 1999 Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca;Julio-Septiembre, N°021.
5. Araujo K. Individuo y feminismo. Notas desde América Latina. Iconos Revista de Ciencias Sociales. 2009;Vol. 33, Quito.
6. Montecino S. De la Mujer al Género. Implicancias Académicas y Teóricas. CEME; 1996.
7. Martín A. Antropología del Género. Madrid: Ediciones Cátedra.; 2008.
8. Luna L. Género, Clase y Raza en América Latina. Edición del Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad B, editor. Barcelona1991.
9. Nash M. Diversidad, multiculturalismos e identidades: perspectivas de género. In: Nash M, Marre D, editors. Multiculturalismos y Género. Barcelona: Editorial Bellaterra; 2001. p. 21-47.
10. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Institut d´Estudis Valencians; 1990.
11. Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. Nueva Antropología. 1986;Vol. VIII. Nº30.
12. Moore H. Antropología y feminismo. Madrid: Ediciones Cátedra; 1991.
13. Montecino S. Hacia una antropología del género en Chile. Mujeres: espejos y fragmentos Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI. Santiago de Chile: C&C Aconcagua.; 2003.
14. Butler J. Regulaciones de Género. La Ventana. 2005; N°23.
15. Ortner S. Es la mujer al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. Antropología y feminismo. Barcelona: Anagrama; 1979. p. 109-31.
16. Stolcke V. ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad y la naturaleza para la sociedad? Política y Cultura 2000;N°14 México: Universidad Autónoma Metropolitana.
17. Rózanska K. Los arquetipos de la mujer en la cultura latinoamericana: Desde la cosmovisión precolombina hasta la literatura contemporánea. 2011.
18. Rostorowski M. La mujer en la época prehispánica. Lima-Perú1988.
19. Guardia B. Mujeres peruanas. El otro lado de la historia. Lima Minerva; 2002.
20. Palma M. Malinche, el malinchismo o el lado femenino de la sociedad mestiza. In: Luna L, editor. Género, Clase y Raza en América Latina. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1991. p. pp. 131-50.
21. Schurz W. This New World: the Civilization of Latin America. Unwin GA, editor. Londres1961.
22. Montecino S. Madres y Huachos. Alegorías del mestizaje chileno. Santiago: Catalonia; 2007.
23. Montecino S. Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno. Santiago de Chile: Sudamericana; 1996.
24. Olavarría J, Madrid S. Sexualidad, Fecundidad y Paternidad en Varones Adolescentes en América Latina y el Caribe. Mexico: UNFPA/ FLACSO Chile 2005.
25. Barker G, Greene ME. ¿Qué tienen que ver los hombres con esto? Reflexiones sobre la inclusión de los hombres y las masculinidades en las políticas públicas para promover la equidad de género . In: Aguayo, Sadler, editors. Masculinidades y Políticas Públicas Involucrando Hombres en la Equidad de Género. Santiago de Chile: Lom Ediciones; 2011. p. pp. 23-48.

26. Aguayo F, Sadler M. El papel de los hombres en la equidad de género: ¿qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile? Masculinidades y Políticas Públicas. Santiago de Chile: FLACSO; 2011.

27. De la Cadena M. Las mujeres son más indias: Etnicidad y género en una comunidad del Cuzco. . Isis Internacional. 1992.

28. Duarte K. ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. Última Década CIDIPA. 2000 Septiembre, Viña del Mar: CIDPA;13.

29. Osorio P. Exclusión generacional, la tercera edad. Revista Mad. 2006;N°14:Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

30. de Leon Siantz ML. Feminization of migration: a global health challenge. Global advances in health and medicine : improving healthcare outcomes worldwide. 2013 Sep;2(5):12-4. PubMed PMID: 24416688. Pubmed Central PMCID: 3833565.

31. C S. Mujeres inmigrantes en Chile ¿mano de obra o trabajadoras con derecho? . SEUA H, editor. Santiago de Chile2011.

32. Social MdD. Resultados Encuesta Casen 2013. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social, 2013.

33. Mujer C. Detrás de la puerta. Trabajo, roles de género y cuidado Santiago2012. Available from: http://www.comunidadmujer.cl/.

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

35. Aguayo F, Correa P, Cristi P. Encuesta IMAGES Chile Resultados de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género. In: CulturaSalud/EME, editor. Santiago de Chile2011.

36. Contreras D, Plaza G. Cultural Factors in Women's Labor Force Participation in Chile. Feminist Economics. Feminist Economics. 2010;16: 2, 27-46.

37. OIT. Chile: Tasa de participación laboral fe¬menina entre las más bajas de América Latina 2008. Available from: http://www.oitchile.cl/pdf/chile-mujer08.pdf

38. INE. Mujeres en Chile y mercado de trabajo. Participación laboral femenina y brechas salariales Santiago2015. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/genero/pdf/participacion_laboral_femenina_2015.pdf.

39. Zárate M, Godoy L. Análisis crítico de los estudios históricos del trabajo femenino en Chile. Santiago: CEM. : Cuadernos de Investigación N°2; 2005.

40. CEPAL, FAO, Mujeres O, PNUD, OIT. Trabajo decente e igualdad de género Políticas para mejorar el acceso y la calidad del empleo de las mujeres en América Latina y el Caribe Santiago de Chile2013. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@sro-santiago/documents/publication/wcms_233161.pdf.

41. Matud M. Género y Salud. Suma Psicológica, Bogotá. 2008;Vol. 15, N°1.

42. Diez R. La mujer en el mundo. Editorial A, editor. Madrid1997.

43. Menendez A. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas-. Ciencia & Saude Coletiva. 2004:185-207.

44. Comelles JM, Martinez A. Enfermedad, cultura y sociedad. 1993.

45. Ehrenreich B, English D. Brujas, Parteras Y Enfermeras Una Historia De Sanadoras. Española ed. Barcelona: Colección Cuadernos Inacabados, La Sal.; 1988.

46. Lupton D. Medicine as culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies. London: SAGE Publications; 2000.

47. Valls-Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias Revista Quark Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura. 2003;N°27.

48. Obach A, Sadler M. Cuerpo femenino, medicina y poder: reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva. Nación golpeadora, manifestaciones y latencias de la violencia machista. Santiago: Red chilena contra la violencia doméstica y sexual; 2009. p. 80-90.

49. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México D.F: Siglo Veintiuno; 1991.

50. Turner B. Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology. New York: Routledge; 1992.

51. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Editorial Anagrama; 2000.

52. Inhorn M. Reproductive disruptions. Gender, technology and biopolitics in the new millennium. books B, editor2007.

53. MINSAL. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile. 2011.

54. Barrentes M. Género, vejez y salud. Acta Bioethica. 2006;vol.12(2):pp. 193-7. .

55. Franch C, Hernández P, Weisstaub G, Ivanovic C. Consideraciones para identificar barreras y potencialidades culturales para el control y prevención del sobrepeso y obesidad en mujeres de bajos recursos. In: S.A. M, editor. Santiago de Chile2012. p. 36.

56. Lanctöt G. La mafia médica. Huesca: Ediciones Vesica Piscis.; 2002.

57. Rohlfs I. Género y salud: diferencias y desigualdades. Revista Quark Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura. 2003 Barcelona, Enero-Marzo;N°27:36-40.

58. Alemany C. La feminización de la medicina y su impacto social. . Madrid: 2000.

59. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Vargas R, , editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

Acerca de los autores

Alexandra Obach, PhD

Antropóloga Social de la Universidad de Chile; Magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile; Diploma en Estudios Avanzados, Universidad de Barcelona; Doctora en Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Docente Investigador Universidad del Desarrollo Chile. Email: aobach@udd.cl

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud. Email: margaritabernales@udd.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre mujeres en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

1. **Generación de Recurso Humano:**

- Fortalecer la formación de trabajadores de la salud en enfoque de género, dando énfasis a la consideración de las experiencias de diversas feminidades, aportando con ello el desarrollo de enfoque de género con pertinencia cultural y con enfoque de derechos.
- Fomentar el abordaje interdisciplinario en los distintos niveles de salud en torno a las problemáticas que afectan a la mujer. Ejemplo: Si bien es la matrona quién realiza el examen de PAP, todo profesional del equipo debe estar atento a la vigencia del examen o a la educación en relación al mismo.
- Crear programas de formación (por ejemplo postgrados o especializaciones) en enfoque de género y salud de la mujer, que dispongan de becas para los trabajadores de la salud.

2. **Insertar nuevos elementos en cultura sanitaria: ampliar y fortalecer en trabajadores de la salud y población general la inclusión de nuevas necesidades emergentes de salud (física, emocional y social) de las mujeres. Algunas estrategias para desarrollar dicho trabajo podrían ser:**

- Incorporar un enfoque de género más allá de la salud reproductiva en el sistema de salud.
- Sensibilizar acerca de la importancia de empoderar a las mujeres en su rol de participación social y enfoque de derecho.
- Incorporar a las mujeres a través de estrategias participativas en el desarrollo de levantamiento de necesidades en salud de las mujeres, y la generación de estrategias específicas para dichas necesidades.
- Considerar la reducción en el pago de impuestos a las empresas que ofrecen programas de bienestar para las mujeres.

3. **Investigación: resulta necesario profundizar la generación de evidencia existente de manera que permita un trabajo sensible a las diversas necesidades de las mujeres. Algunas estrategias para desarrollar este trabajo pudieran ser las siguientes:**

- Implementar enfoque de curso de vida en las investigaciones que se focalicen en mujeres, para de esta forma comprender los procesos que impactan en su salud-enfermedad a lo largo del ciclo vital.
- Generar evidencia acerca de cómo implementar estrategias de salud en los lugares de trabajo de las mujeres.

- Profundizar el trabajo actual en torno a salud mental, violencia, mujeres adolescentes y jóvenes y envejecimiento en mujeres en Chile y la región.
- Crear redes de trabajo entre distintas organizaciones que realizan trabajo o investigación en torno a la salud de la mujer, determinantes de la salud y equidad de género.
- Incentivar la diseminación (publicaciones científicas y conferencias) a nivel nacional y global de la investigación en equidad de género realizada en Chile.

4. Políticas Públicas: desarrollar abogacía por la incorporación de un enfoque de género y salud en las políticas públicas, que incorporen a las mujeres como sujeto de derecho y como tomadoras de decisión respecto a sus cuerpos y procesos fisiológicos.

- Crear políticas que incentiven la inserción laboral de la mujer en cargos de liderazgo y que disminuyan la brecha en el salario entre hombres y mujeres.
- Desarrollar políticas para generar recursos a nivel nacional y local con el propósito de modificar los determinantes sociales de la salud que afectan directamente a la mujer.
- Desarrollar incentivos económicos para las empresas que promuevan la creación de ambientes saludables para las mujeres.
- Realizar estudios sobre los costos y efectos que las enfermedades crónicas tienen en las mujeres.
- Analizar los potenciales efectos de la implementación de programas que promuevan el bienestar de la mujer en el trabajo.
- Crear conciencia sobre el enfoque de género en la sociedad a través de actividades que promuevan la salud de la mujer (por ejemplo el mes de la salud de la mujer).

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Margarita Bernales**, PhD, Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. margaritabernales@udd.cl
- **Alexandra Obach**, PhD, Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. aobach@udd.cl
- **Rosina Cianelli,** PhD, Universidad de Miami, rcianelli@miami.edu
- **Natalia Villegas,** PhD, Universidad de Miami, nvillegas@miami.edu
- **Giselle Riquelme**, MSc, Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, giselleriquelme@udd.cl
- **Báltica Cabieses,** PhD, Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. bcabieses@udd.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La población de mujeres representa a aproximadamente la mitad de la población mundial, lo que no implica ventajas respecto a los hombres sino por el contrario, es la población que sufre históricas inequidades en diversos ámbitos, y es el grupo que vive en mayores condiciones de vulnerabilidad, todo lo cual afecta directamente su salud.
- La salud y el bienestar de las mujeres han sido una preocupación mundial desde hace varias décadas, primero desde un enfoque biomédico que se centró en la patologización de los procesos de salud y enfermedad de los cuerpos femeninos, y recientemente desde el enfoque de determinantes sociales que permite un análisis más amplio de la vulnerabilidad social en que se encuentran distintos grupos humanos, y cómo ésta afecta su salud y bienestar.
- Dentro del modelo de determinantes sociales, la posición social que ocupan los sujetos es central en su desarrollo, siendo el género una de las variables que la determinan.
- La salud de las mujeres se ve directamente afectada por las condiciones sociales propias de las sociedades patriarcales. Empobrecimiento de las mujeres, malas condiciones laborales, brechas salariales, inequitativa distribución de las tareas domésticas y de cuidado, impactan directamente en la salud de las mujeres, situándolas en una posición de vulnerabilidad.

2. ¿Qué se sabe de este tema a la fecha en Chile?

- A nivel mundial y nacional se han reportado en forma consistente vulnerabilidades sociales de mujeres en cuanto a trabajo, participación social, y otras formas de exclusión, que afectan la salud de este grupo.
- El sistema de salud se ha enfocado principalmente en la salud reproductiva de las mujeres en Chile, aplicando un enfoque reduccionista e invisibilizando los otros ámbitos de la salud de las mujeres.
- La salud mental de las mujeres presenta desafíos importantes, tales como: dinámicas de violencia que impactan sus relaciones sociales, alta tasa de cuadros depresivos y ansiosos, entre otros.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Fortalecer la formación de trabajadores de la salud en enfoque de género, dando énfasis a la consideración de las experiencias de diversas feminidades.
- Ampliar y fortalecer en trabajadores de la salud y población general la inclusión de nuevas necesidades emergentes de salud (física, emocional y social) de las mujeres.
- Profundizar la generación de evidencia existente de manera que permita un trabajo sensible a las diversas necesidades de las mujeres.
- Generar estrategias participativas para la identificación de necesidades y estrategias para abordarlas, involucrando a las mujeres en todo el proceso y empoderándolas en el agenciamiento de sus propios cuerpos y salud.

Capítulo 7

Una mirada a la vulnerabilidad social y sus consecuencias en la salud de las personas mayores en Chile

Macarena Hirmas, MSc

Profesora Asistente Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

María Teresa Abusleme, MSc

Asesora Departamento Salud Mental Ministerio de Salud e Investigadora asociada Centro Internacional de Economía Social y Cooperativa, CIESCOOP, Universidad de Santiago de Chile.

Isabel Matute, MSc

Profesora Asistente Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Andrea Olea, MSc

Profesora Asistente Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Lucy Poffald, MSc

Profesora Asociada Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

El atardecer de una vida también debe tener un significado propio y no ser meramente un triste apéndice del amanecer.

Carl G. Jung.

*todas las autoras han contribuido de igual forma a este capítulo.

Resumen

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, estimándose que al 2050, dos mil millones de personas tendrán 60 y más años. Este grupo etario en Chile, actualmente un 14,3% de la población, es un grupo en progresivo aumento, proyectándose que al 2050 un 21,6% de la población estará en dicha edad. Si bien los cambios propios del proceso de envejecimiento y problemas de salud asociados pueden repercutir en declinaciones del estado funcional, es en combinación con factores sociales, económicos y culturales, que se generan distintos grados de vulnerabilidad. La vulnerabilidad social en las personas mayores no es expresión directa de la edad cronológica, si no que se explica por la acumulación e interacción a lo largo de la vida, de condiciones sociales, familiares, materiales, culturales y biológicas. Existen personas mayores en Chile que son vulnerables socialmente ya que presentan condiciones de precariedad material y social que afectan su calidad de vida y nivel de salud. Además, las inequidades de género existentes a lo largo del ciclo vital, culminan también en una vejez con mayor desventaja para la mujer. Chile ha intentado desarrollar estrategias y programas de atención social y sanitaria integrales y de calidad, buscando disminuir los grados de vulnerabilidad social, sin embargo, existen disparidades en su diseño, implementación y ejecución. El objetivo del presente capítulo es aproximarse a la vulnerabilidad social de las personas mayores, mostrar cuáles han sido estos programas, cómo se han evaluado y qué brechas existen en relación a la calidad de vida de las personas mayores en Chile.

Palabras clave: Vulnerabilidad social, Estado de salud, Calidad de vida, Persona mayor y envejecimiento.

1. Definiciones conceptuales acerca de la vulnerabilidad social en las personas mayores

El interés por la vejez y el proceso de envejecimiento se ha desarrollado a lo largo de la historia a través de distintas teorías, que van desde enfoques individualistas hasta enfoques más integradores que involucran a toda la sociedad y su estructura. En las sociedades modernas, algunos autores como Pérez Ortiz basado en Mannheim, plantean que se producen conflictos entre generaciones jóvenes y más adultas, siendo estas últimas desplazadas en la escala social dada la pérdida de roles significativos relativos a lo laboral, lo familiar, lo social y la salud. Desde la perspectiva del ciclo vital, la vejez constituye una etapa más en el proceso total, y forma parte de que contiene roles propios, normas y expectativas que la misma sociedad define. Un enfoque ampliamente utilizado plantean Arber, Ginn, Guillemard y Alba, que posicionan a la vejez como una construcción social, donde factores sociales, políticos y económicos, determinan la condición de vida, de salud y cómo este grupo es percibido por la sociedad, situando los problemas de envejecimiento y dependencia en relación con la estructura social y no con el individuo. En este sentido, Cowgill postula que a mayor modernización de una sociedad, menor es la valoración de la vejez, sin considerar el valor que puede asignarle cada cultura al interior de la sociedad. Si bien estas teorías representan un aporte en la comprensión del envejecimiento, también pueden haber contribuido a generar estereotipos negativos que estigmatizan, limitan y marginan a las personas mayores (vistas socialmente como personas caracterizadas por alteraciones cognitivas y físicas, improductivas, dependientes, débiles). Lo anterior influido por la mirada médica, desde donde el envejecimiento y la vejez es asociada a enfermedad y discapacidad (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea en su modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que el contexto social, económico y político de una sociedad, expone a las personas a condiciones más o menos perjudiciales. Esta exposición diferencial se traduce en distintos grados de vulnerabilidad y, por ende, consecuencias diferentes para cada persona. Estas situaciones se van acumulando a lo largo de todo el curso de vida, y cuando son precarias y dañinas, culminan en una vejez más deteriorada (2). Así, los cambios propios del proceso de envejecimiento y los posibles problemas de salud asociados, pueden repercutir en declinaciones del estado funcional, y en combinación con factores sociales, económicos y culturales, generarían distintos de grados vulnerabilidad (1, 3).

Bajo el marco de los DSS, este capítulo adoptará el enfoque de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) para aproximarse al concepto de vulnerabilidad social, entendida como el resultado de *exposición a riesgos* (eventos, características o procesos), *incapacidad para hacerles frente*, ya sea por mecanismos personales o apoyo externo (recursos económicos, protección social, redes de apoyo y herramientas individuales) e *inhabilidad para adaptarse activamente a sus consecuencias* (aprovechar condiciones sociales o económicas para mejorar la situación o impedir el deterioro) (1-5).

La vulnerabilidad social en las personas mayores, se explica por la acumulación e interacción a lo largo de la vida, de condiciones sociales, familiares, materiales, culturales y biológicas, que las expone a daños y peores situaciones; y no guarda relación directa con la edad cronológica. Pueden identificarse elementos *individuales* como, por ejemplo, alteraciones fisiológicas que generan disminución de la fuerza física, de las capacidades visuales y cognitivas, discapacidad y dependencia; *familiares* como maltrato, redefinición de roles y sobrecarga familiar; *sociales y económicos* como fragilidad institucional (pensiones bajas, seguros de salud costosos, subsidios por discapacidad precarios), disminución de ingresos, mercado laboral precario, inequidad de acceso a atención de salud, baja o nula participación social y disminución de red de apoyo, entre otras (1, 3, 4). Cabe destacar, que estos elementos determinantes de vulnerabilidad social, no se explican sólo por la edad, ya que existen personas mayores que no presentan estos elementos y, por tanto, no son especialmente vulnerables, mientras que en otras estos se ven agudizados. Como se refleja en los datos expuestos más adelante el envejecimiento y la vejez son heterogéneos (1).

2. Medición de la vulnerabilidad social en las personas mayores

No existe consenso sobre cuál es la mejor forma de medir la vulnerabilidad social, ya que al ser de origen multidimensional y multinivel (individual, familiar y social), los riesgos y la capacidad de enfrentarlos son diferentes. Por tanto, se requiere un conjunto de indicadores y mediciones específicas que cubran esas distintas dimensiones y niveles. Su medición debiera incluir, además, dos componentes, uno objetivo, que tiene que ver con necesidades y recursos concretos, y uno subjetivo, que se refiere a cómo las personas perciben esas necesidades y recursos (1-5).

Existen diferentes aproximaciones a la medición de la vulnerabilidad social, como promedios, taxonomías e índices, cuyas fuentes de información pueden provenir de encuestas de hogares, datos de registros o combinaciones de metodologías cuantitativas y cualitativas. Algunos indicadores miden educación, salud, trabajo, pobreza, ejercicio de los derechos, calidad de vida, apoyo, redes sociales y familiares, percepción de seguridad, participación en política, condiciones de la vivienda, entre otros (4-6).

En América Latina y el Caribe, en los últimos años se han realizado varias propuestas metodológicas que utilizan un conjunto de indicadores para medir la vulnerabilidad social. Se ha estudiado mediante índices construidos con indicadores que expresan seguridad humana y calidad de vida; a través de dimensiones de vulnerabilidad social como: analfabetismo, malnutrición, pobreza, mortalidad y comunidades étnicas rurales; combinando metodologías cualitativas y cuantitativas que han permitido estudiar la relación entre activos (bienes materiales, económicos, humanos y sociales) y comportamientos de riesgo (5).

En Chile, diversas encuestas nacionales incluyen preguntas que evalúan algunas dimensiones de la vulnerabilidad social, sin embargo, pareciera necesario un análisis integral y específico del concepto enfocado hacia la persona mayor, que considere sus múltiples dimensiones y niveles. Avances en esta materia se evidencian mediante la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, realizada a partir del año 2007, donde se elaboró el "*Índice de Calidad de Vida en la Vejez*", que mide cuatro dimensiones: condiciones físicas (autopercepción de salud, capacidad funcional y atención en salud), condiciones materiales (ingresos, satisfacción de necesidades económicas), relaciones afectivas (necesidades afectivas, calidad de relaciones familiares) y bienestar subjetivo (autopercepción de satisfacción con la vida) (7). Otras encuestas relevantes en la materia, son el Estudio Nacional de Dependencia 2009-2010 y la Encuesta de inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile que también se realiza desde el año 2007.

La encuesta de dependencia estudia múltiples variables que combinan los factores de salud con los factores sociales y familiares (8). La encuesta de inclusión y exclusión permite medir la imagen social de la vejez en la población por medio de cuatro dimensiones: inclusión/exclusión primaria (capital estructural), secundaria (familia, vecinos y amigos, simbólica (capital cultural) y autorreferida (preparación personal) (9). También puede mencionarse el Índice de Desarrollo Humano para los Adultos Mayores (IDHAM), elaborado con las mismas variables y método de cálculo que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) nacional anual (10).

No obstante estos avances, se requiere desarrollar metodologías específicas de medición que incorporen la complejidad de la vulnerabilidad social, la pobreza y las condiciones de salud en las personas mayores, desde una perspectiva socio-sanitaria y biopsicosocial. De esta forma, al momento de analizar la vulnerabilidad social, es importante diferenciar si el origen de ella es estructural o circunstancial y distinguir también en el nivel que ocurre (persona mayor, hogar, comuna, país). Esto permite enfocar las políticas públicas e intervenciones de forma que por un lado, eliminen o disminuyan los riesgos a los que las personas mayores están expuestas, y por otra parte, potencien las capacidades de éstas, de sus familias y de la sociedad para hacerles frente y adaptarse de forma activa a sus consecuencias (5).

3. Descripción de la situación de la vulnerabilidad social en las personas mayores en Chile

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, estimándose que al 2050, dos mil millones de personas tendrán 60 años y más (21% de la población) (11). De acuerdo a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), actualmente en Chile la población de 60 años o más asciende a 2.679.910 personas, representando al 14,9% de los habitantes del país, cifra que aumentaría a 17,3% en 2020 (12) (Tabla 1). En este grupo, el tramo de 60 a 69 años concentra al 54,6%, predominando las mujeres (55,3%) (12). El 84,9% reside en zonas urbanas y

un 6,7% pertenece a algún pueblo originario (13) (Tabla 2). Resulta relevante señalar, que el índice de envejecimiento a partir de las estimaciones y proyecciones de CELADE, muestra que el año 2005 había 46,5 personas mayores por cada cien niños de 0 a 14 años. Diez años después esta cifra aumenta prácticamente en un 50%, alcanzando 72,9 personas mayores por cada cien niños de 0 a 14 años. El 2023 estas poblaciones quedarán prácticamente igualadas (14).

Respecto a la vulnerabilidad social, ya en el IDH de las personas mayores del año 2002, se evidenciaba la situación desmejorada en la que se encontraba este grupo en relación a la población total. Asimismo, en dicho indicador, se constataba que durante los años 1992 a 2002, la situación de la mujer había empeorado respecto del hombre, planteándose que las mujeres viven más y en peores condiciones (10). Actualmente, al considerar la pobreza, midiendo sólo ingresos, se observa que el 8,4% de las personas de 60 años y más, se encuentra en situación de pobreza, porcentaje que asciende a 19,7% según la medición de pobreza multidimensional (Tabla 2) incluida en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 2013) (13). Si bien estas cifras son inferiores a las del resto de la población, el 11,7% de las personas mayores pertenece al decil más pobre y su ingreso promedio mensual del hogar corresponde sólo a un 73% del percibido por los menores de esa edad (13). El 82,3% de quienes tienen 65 años o más, recibe jubilación o pensión por vejez (56,5% recibe jubilación y 25,8% recibe una pensión asistencial o pensión básica solidaria), cifra muy superior al promedio de América Latina y el Caribe que alcanza aproximadamente el 40% de la población mayor (15). Sin embargo, debe considerarse que en promedio, la jubilación o pensión de vejez es de $201.671, con una brecha de $56.467 en desmedro de las mujeres y de $246.289 al comparar el primer y quinto quintil de ingreso (13). Complementariamente, 28,4% de las personas mayores afirma tener deudas, 34% declara que no le alcanza el dinero para satisfacer sus necesidades y 29,3% señala haber tenido un problema económico el último semestre, siendo el ámbito económico el que registra el menor nivel de satisfacción (49,9%) en la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (7).

En materia de educación, este grupo presenta las proporciones más altas de analfabetismo y enseñanza media incompleta o inferior (Tabla 2), así como un promedio de escolaridad de sólo 7,6 años de estudio (13). Por otra parte, cerca del 28% de las personas de 60 y más años se mantiene ocupada laboralmente (7, 13) (Tabla 2), lo que obedece, en el 64,5% a necesidades económicas (7).

Respecto al acceso a salud, el 86,1% es beneficiario del sistema público (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y el 68,4% corresponde a los tramos de menores ingresos (FONASA A y B) (13) (Tabla 2). En cuanto a condiciones de la vivienda, el 82,2% de las personas de 60 y más años reside en una vivienda propia, 60,7% se declara jefe de hogar (81,6% en hombres y 45,1% en mujeres) y 12,9% vive en un hogar unipersonal (13) (Tabla 2). Cerca de la mitad se encuentra casado y 22,3% es viudo (31,4% en mujeres) (13). El 91,1% tiene hijos vivos, observándose una valoración positiva del funcionamiento familiar y la disponibilidad de apoyo (7).

Más allá del entorno familiar, un 39,9% siente que a menudo le falta compañía y un 32,8% indica no tener amigos (7). Un 31% participa en algún grupo u organización (13) (Tabla 2), principalmente religiosa (7, 13). Las actividades de recreación que realizan varias veces por semana son ver televisión (92,3%) y escuchar radio (77,9%); el 33% no sale de casa para hacer actividades significativas, 50% no se reúne con sus amistades y un 53,5% no va a ver a sus parientes o no los recibe en su casa (7). Respecto a la percepción de discriminación por ser adulto mayor, cerca de un 25,6% sostiene que a menudo se siente excluido o aislado por los demás (7).

En cuanto a la satisfacción con la vida, en la Encuesta CASEN 2013, el 65,8% de las personas mayores declaró estar completa o altamente satisfecha (Tabla 2), dato coincidente con el obtenido en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, donde el 62,8% señaló sentirse muy satisfecho o satisfecho (7). Pese a las cifras de satisfacción con la vida, el estudio Fuerza Mayor 2009, muestra las percepciones que tienen las personas mayores de sí mismas: 79% plantea que "*Hay que aprovechar de hacer cosas mientras uno es joven, porque después ya no se puede*". Un 61% sostiene "*Siento que la gente subestima mis capacidades debido a la edad que tengo".* El 47% señala "*Para mí, envejecer es sobre todo volverse dependiente, incapaz de valerse por sí mismo".* Un 27% "*Se siente inútil, como un estorbo para mi familia".* Y finalmente el 67% presenta una sensación negativa frente a ser adulto mayor (16).

Complementariamente, en la tercera encuesta de Inclusión y Exclusión de la Vejez, un 79,8% de la población sostiene que el país está preparado poco o nada para el envejecimiento poblacional y, en relación a la preparación personal para el envejecimiento, las categorías "poco" y "nada" suman más del 77,2% de las opiniones. El 74% señala que las personas mayores no pueden valerse por sí mismas y el 52,6% entrega la responsabilidad del bienestar de las personas mayores al Estado, seguido de un 44,9% que señala a la familia y un 2,6% que la asigna a las propias personas mayores (9).

Tabla 1 Población de personas ≥ 60 años e indicadores demográficos

	2010	2015	2020
Población total	17.066.142	18.006.407	18.896.684
Población ≥ 60 años	2.222.889	2.679.910	3.271.990
% población ≥ 60 años	13,0	14,9	17,3
Población ≥ 80 años	316.010	384.756	469.536
% población ≥ 80 años	1,9	2,1	2,5
Índice de masculinidad ≥ 60 años*	78,9	80,9	83,0
Índice de adultos mayores**	59,7	73,0	87,8

* Hombres por cada 100 mujeres.

** > 60 años por cada 100 < 15 años.

Fuente: Elaboración propia en base a INE. Actualización de Población 2002-2020 y Proyecciones 2013-2020.

Tabla 2 Caracterización de la población según grupo de edad (% de personas al interior de cada grupo)

	< 60 años	≥ 60 años	Total nacional
Reside en zona urbana	87,7	84,9	87,3
Pertenece a pueblo originario	9,6	6,7	9,1
Pobreza total según ingreso	15,6	8,4	14,4
Pobreza extrema según ingreso	5,0	2,0	4,5
Pobreza multidimensional*	20,5	19,7	20,4
Se declara jefe de hogar**	36,4	60,7	42,0

Analfabetismo***	2,2	9,3	3,7
Educación media incompleta o inferior**	32,4	71,8	41,4
Tasa de ocupación***	60,1	27,6	53,3
Inactivos***	35,0	71,5	42,7
Beneficiarios de FONASA	76,7	86,1	78,3
Beneficiarios de FONASA A y B	49,6	68,4	52,8
Tiene seguro de salud complementario	12,3	6,4	10,6
Vive en hogar unipersonal	2,1	12,9	3,9
Vive en vivienda propia	62,3	82,2	65,6
Vive en vivienda con calidad global aceptable	86,0	86,4	86,1
Vive en hogar sin hacinamiento	84,7	95,1	86,4
Participa en organización o grupo****	20,0	31,0	22,2
Completa o alta satisfacción con la vida****	69,8	65,8	68,8

* Considera dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social, y vivienda.

** Personas de 19 años o más.

*** Personas de 15 años o más.

****Personas de 12 años o más.

Fuente: Elaboración propia en base a MDS. Encuesta CASEN 2013.

Según las cifras presentadas, las personas mayores en Chile constituyen un grupo que seguirá creciendo durante las próximas décadas, lo que hace aún más relevante detenerse en algunas situaciones que evidencian su vulnerabilidad social. Si bien las necesidades de vivienda parecieran estar resueltas para la gran mayoría de ellos y la proporción de quienes se encuentran en condiciones de pobreza e indigencia es menor al promedio país, su poder adquisitivo es muy inferior al del resto de la población, lo que puede verse agudizado en aquellas personas que viven en hogares unipersonales y que, por lo tanto, deben asumir todos los gastos básicos del hogar. Esta situación se ha traducido en que un importante número de personas mayores se mantenga ocupado laboralmente, así como en una percepción negativa de sus capacidades económicas para satisfacer sus necesidades. En materia de educación también presentan indicadores inferiores a los de las personas más jóvenes, esto es de vital importancia, producto que la educación es un fuerte factor protector en términos salud, sociales, personales y del nivel de salud.

En relación al acceso a salud, casi un 70% corresponde a los tramos de menores ingresos del seguro público. Cabe agregar que las personas que se mantienen en el mercado laboral, tienden a recibir menores ingresos (13), estableciéndose otra área de discriminación para este grupo en el país.

Las condiciones recién presentadas se agudizan en las mujeres, en quienes residen en zonas rurales, y en aquellos que pertenecen a pueblos originarios o corresponden a los segmentos más bajos de ingreso. Asimismo, peores indicadores se registran en los tramos de edad menos envejecidos dentro del grupo (de 60 a 69 años), lo que podría explicarse, en parte, por la necesidad de mantenerse activos e incluso productivos económicamente, en un ambiente social donde se convive con situaciones de estigmatización y precarización laboral (por ejemplo menores ingresos que otros grupos etarios y trabajos en peores condiciones) que afectan su calidad de vida.

De acuerdo a la evidencia presentada, es posible plantear que la exclusión de las personas mayores se constituye en un fenómeno estructural donde el modelo social instalado en Chile las margina, generando a su vez que éstas se excluyan a sí mismas. Todos los aspectos señalados, junto a factores psicosociales como la negativa percepción de la vejez y la sensación de aislamiento social, dificultan a las personas mayores hacer frente a los determinantes de la estructura social y adaptarse de forma activa para mejorar su situación.

4. Consecuencias de la vulnerabilidad social en la salud de las personas mayores

Las consecuencias de la vulnerabilidad social se manifiestan también en el estado de salud y en el acceso a servicios de atención sanitaria (17), todo lo cual es producto de una compleja secuencia de acciones y experiencias individuales y sociales, relacionadas a condiciones sociales y económicas desfavorecidas, que se inician a temprana edad, se acumulan a lo largo de la vida y culminan en la vejez (18).

La esperanza de vida (EV) en el mundo ha aumentado de manera creciente en las últimas décadas, con un mayor incremento en países de ingresos bajos (9 años entre 1990 y 2012). No obstante, la EV de un país de ingresos altos alcanza los 75,8 años mientras que en los de ingresos bajos llega a los 60,2 años y en algunos no sobrepasa los 50 años (19). Si bien el aumento de la EV es un indicador de mejora de la situación global de salud, la prolongación de la vida genera también más posibilidades de desarrollar enfermedades y de presentar dependencia o discapacidad.

La mortalidad y la carga de enfermedad de las personas mayores a nivel mundial se atribuye a las enfermedades crónicas no trasmisibles (cardiovasculares, infarto, enfermedad crónica pulmonar y cáncer), que varían en su acción según los diferentes niveles de desarrollo social y económico (20). Otro indicador del estado de salud es la discapacidad y dependencia asociadas al aumento sostenido de los problemas de salud crónicos, como por ejemplo discapacidad visual, demencia, pérdida auditiva y osteoartritis. Se destaca también la pobre salud oral evidenciada en el alto nivel de pérdida de dientes, caries y enfermedades periodontales (21).

Tanto reportes globales como regionales muestran que las personas mayores de peor condición socioeducativa tienen peor salud que aquellas de condiciones sociales y educacionales más favorecidas, y sus redes de apoyo tienen menos capacidad para absorber la falta de protección de los países (22, 23). En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, las personas de 60 años y más, de nivel educativo bajo, presentan peor condición de salud en comparación a las de nivel educativo alto. Esta situación se evidencia en mayores prevalencias de hipertensión arterial, consumo excesivo de alcohol, síntomas depresivos, mala visión, problemas de audición, riesgo de deterioro cognitivo, demencia y necesidad de prótesis bucal (Tabla 3) (24). Respecto a la percepción de la propia salud, según la Encuesta CASEN 2013, la nota promedio autoasignada al estado de salud por las personas mayores fue 4,8 en el nivel educativo bajo mientras que en el nivel educativo alto fue 5,4 (13).

Respecto a la discapacidad en Chile, en personas de 60 y más años y evaluada según las dificultades en las actividades de la vida diaria, se reporta un 81% como autovalente, 7% dependiente leve, 5,8% dependiente moderado y 6,2% dependiente severo (13). La dependencia, evaluada como una medida compuesta que incluye variables de la funcionalidad de la persona y la cantidad, tipo y nivel de ayuda de terceros, indica que las personas no dependientes en Chile son 75,9% y dependientes 24,1%, siendo mayor la dependencia en zona rurales que en las zonas urbanas,

con 11,6 puntos porcentuales en desmedro de las zonas rurales. La región de La Araucanía, considerada la más pobre, es la zona donde se presenta la más alta proporción de personas mayores con dependencia severa (17%)(8).

Con el aumento de la población de personas mayores en el mundo, la utilización de servicios sociosanitarios aumentará, especialmente en los países en vías de desarrollo, lo que impactará en los costos de los servicios de salud y en la provisión de servicios, situación que podría continuar reproduciendo las inequidades de acceso existentes (25). Así, respecto al acceso a servicios de salud de las personas mayores, se estima que 54% de los beneficiarios del sistema público (FONASA), se encuentra en controles en servicios de salud, según registros de personas mayores en control con examen de funcionalidad vigente (26), lo que revela una brecha de acceso al sistema en los grupos más vulnerables.

Según la Encuesta CASEN 2013, en el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) del Ministerio de Salud, las personas de 70 y más años pertenecientes a FONASA que retiran alimento son sólo un 47,6% y un 44,4% de las personas mayores en extrema pobreza no retira alimentos. Dentro de los requisitos del programa, se solicita estar inscrito en su centro de salud, tener sus controles al día y haberse realizado el examen preventivo de salud, lo que puede estar determinando barreras para el acceso a estos alimentos fortificados especialmente para esta etapa de vida (27).

En relación al acceso a servicios de salud, según la misma encuesta, un 22,6% de las personas de 60 años y más del primer quintil de ingresos, reporta problemas para obtener una cita u hora de atención en comparación con un 8,8% de las pertenecientes al quinto quintil de ingresos y, a su vez, un 17,3% del primer quintil manifiesta problemas para ser atendido en comparación con un 5,9% de las personas del quinto quintil de ingresos (13). Por otra parte, un 7,8% indica problemas para pagar la atención debido al costo en el primer quintil de ingresos en comparación a un 3,7% del quinto quintil (13). Finalmente, considerando sólo a quienes presentaron un problema de salud, durante los últimos 3 meses, un 20,1% y 26,7% de las personas de 60 años y más del primer y segundo quintil de ingresos, respectivamente, tuvieron que pagar por todos los medicamentos requeridos. Estas situaciones reflejan importantes brechas de acceso de las personas mayores a los servicios de salud en el sistema público chileno.

De acuerdo a los datos revisados, la vulnerabilidad social de las personas mayores en Chile, tiene consecuencias que se expresan en el estado de salud y en el acceso a servicios de salud. Las personas mayores de bajo nivel social presentan mayor prevalencia de patologías y deterioro, tanto físico como cognitivo, que aquellas de nivel social medio y alto. Por otra parte, la percepción de salud es mejor en el grupo del nivel alto que en el bajo. Otra expresión del estado de salud es la dependencia, donde también se observan inequidades sociales siendo en la región de la Araucanía, la más pobre del país, donde se presenta la mayor proporción de dependencia severa. Este grupo poblacional ha sido priorizado en las políticas y programas sociales y de salud, sin embargo, se pueden observar barreras de acceso a servicios sanitarios que repercuten en el nivel de salud como dificultades para obtener hora de atención o ser atendidos, tener que incurrir en pagos por medicamentos o por atención de salud, aun perteneciendo a un sistema de salud que garantiza la atención de esta población. Por otra parte, teorías trabajadas en el último tiempo sostienen que durante la vejez no sólo se deben entregar servicios de salud, sino que también servicios sociales, logrando un equilibrio sociosanitario, tanto para la persona mayor como para sus familiares cuidadores, abordando todas las necesidades e incrementando su calidad de vida o la posibilidad de un buen morir.

Tabla 3 Prevalencia de indicadores de salud en personas de ≥ 60 años, según nivel educativo 2009-2010

	Prevalencia nacional	Nivel educacional		
		Bajo	Medio	Alto
Hipertensión arterial*	68,5%	74,4%	64,1%	54%
Consumo excesivo de alcohol	52%	51%	28,2%	40%
Dolor moderado a severo últimos 30 días	53.3%	60,3%	45,4%	31,5%
Síntomas depresivos	17,3%	16,2%	14,7%	4,7%
Mala visión	57,5%	70%	47,9%	34,2%
Problemas de audición	13,3%	51,2%	35,2%	13,6%
Riesgo deterioro cognitivo según Minimental ≤13	12,5%	20,9%	4,5%	0,9%
Salud bucal (necesita prótesis dental)	51,2%	65,6%	46,3%	14,0%

Nivel Educativo Bajo: menor a 8 años estudio

Nivel Educativo Medio: 8 a 12 años estudio

Nivel Educativo Alto: mayor a 12 años

* Sospecha = prevalencia estimada

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.

5. Intervenciones para abordar la vulnerabilidad social en los adultos mayores. Una mirada en Chile y el mundo

Naciones Unidas comienza a reconocer la necesidad de proteger los derechos humanos y el bienestar de las personas mayores desde 1969. En 1982 se realiza la primera Asamblea Mundial sobre envejecimiento, cuyo objetivo fue instalar políticas y programas orientados a resguardar la seguridad económica y social de las personas mayores. Los esfuerzos en esta materia, tanto internacionales como regionales, continúan hasta hoy en día, siendo la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, primer instrumento regional de su tipo en el mundo, el último reconocimiento en estas materias (28-33). En este contexto, las personas mayores surgen ya no como objetos de políticas, sino como sujetos de derecho. Dicho reconocimiento ha llevado a considerar los derechos fundamentales de las personas mayores, tales como dignidad, solidaridad, autonomía e igualdad, no obstante, falta que se generen políticas públicas, planes y programas concretos que aborden todas las áreas requeridas. En este sentido, a partir del año 1991, las Naciones Unidas proclaman una serie de principios para este grupo etario en específico que dicen relación con su independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad (34). A su vez, los dos encuentros internacionales que se han realizado, Viena 1982 y Madrid 2002, han levantado una serie de necesidades, promoviendo acciones, planes y programas.

En América Latina y el Caribe ha sido de vital importancia la Declaración de Brasilia (2007), que surge de Madrid 2002 y que pone su atención en tres áreas prioritarias: personas de edad y desarrollo, salud y bienestar en la vejez, y entornos propicios y favorables (35). La Carta de San José del año 2012 reafirma estos compromisos y los refuerza, sobre todo en lo relativo a la defensa de los derechos humanos de las personas mayores, solicitando se realicen seguimientos a los acuerdos entre los Estados (36). Si bien, el reconocimiento de derechos y proclamación de principios no necesariamente se traduce en acciones reales, son exigencias concretas reclamadas que han ido adquiriendo un progresivo reconocimiento y presencia en políticas sociales y económicas. Existen en este sentido, políticas y programas que hacen referencia a servicios de atención a domicilio (atención profesional, servicio de limpieza, servicio de comidas, entre otros), servicios de atención institucional (centros de día y centros de noche), servicios de atención residencial (establecimientos de larga estadía, hogares familiares, viviendas tuteladas), envejecimiento activo y saludable (programas de ocio, deporte, culturales, turismo, etc.), atención a mayores en situación vulnerable (atención a indigentes, personas víctimas de violencia, ayudas de accesibilidad) y colaboración a las familias de personas mayores y cuidadores remunerados y no remunerados. Al respecto, y bajo los principios antes mencionados, se han consolidado en los países desarrollados diversos modelos de atención para las personas mayores dependientes y con discapacidad: modelo nórdico, corporativo, liberal y mediterráneo. La Tabla 4 resume las principales características de estos modelos abordando distintos niveles de vulnerabilidad social de las personas mayores (37).

El modelo nórdico de bienestar entrega servicios sociales de forma generalizada, siendo un derecho universal, sin focalización por clase social o grupo etario. El modelo corporativo por su parte, es un sistema de protección que se articula entre la seguridad social y la familia, dejando fuera a aquellos que tienen los medios para pagar. El modelo liberal y anglosajón, desarrollado en Estados Unidos y Reino Unido, se centra en aquellos que se comprueba que no tienen medios. Tanto la pobreza como la dependencia son responsabilidad del individuo. Realiza transferencias universales pero restringidas. Finalmente, el modelo mediterráneo tiene como base a la familia. El Estado garantiza un nivel básico de seguridad social asumiendo la existencia de una ayuda informal provista por redes familiares (37).

Cabe agregar que en el marco de las demencias, tanto España como Francia e Inglaterra, han desarrollado programas especiales, basados en centros de día, la construcción de establecimientos de larga estadía especiales, desarrollo de talleres cognitivos y apoyo a la investigación. Sus objetivos persiguen la mantención de la comunicación y el respeto, el diseño y realización de una intervención estructurada, fomentar las habilidades remanentes, promover la autonomía e independencia y facilitar las relaciones entre la persona que vive con demencia y su entorno próximo. Su fundamento está en lograr diagnósticos oportunos, derivar a médicos especialistas, proporcionar apoyo financiero, psicológico y de cuidado a las familias, generar capacitación a trabajadores profesionales y voluntarios, entre otros (38, 39).

Tabla 4 Modelos de atención a las personas mayores a nivel mundial

Modelos de cuidado	Modelo Nórdico	Modelo Corporativo	Modelo Liberal	Modelo Mediterráneo
Países	Suecia, Dinamarca, Finlandia	Austria, Alemania, Japón, Luxemburgo, Francia, Holanda y Bélgica	Reino Unido, Irlanda, Canadá, Estados Unidos	España, Italia, Portugal
Derecho social a la protección de la dependencia	Derecho Universal	Derecho Universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales. Focalización en personas en grave dependencia sin recursos	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales. Transición hacia cobertura universal
Financiamiento	Impuestos generales y locales; copago	Cotizaciones en el nivel contributivo; copago en la prestación de servicios	Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta
Prestaciones sociales	Servicios sociales y ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias con tope, ayudas técnicas	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Prestaciones monetarias con tope, servicios sociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad social, regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Provisión de servicios	Municipio y creciente importancia de empresas	ONG y empresas	Empresas, ONG y municipio	Municipio, ONG y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Amplio apoyo al cuidador informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Limitado apoyo al cuidador

Fuente: Marbán, Vicente: La autonomía personal como derecho humano fundamental, 2013.

Chile también ha venido desarrollando estrategias y programas de atención sociosanitaria, sin embargo, hay importantes brechas en su diseño, implementación y ejecución. Si bien es el tercer país con menor pobreza en la región, existe una alta desigualdad en los ingresos, una de las peores del planeta, con un coeficiente de Gini de 0,52 (13). Se sostiene que la superación de los umbrales de pobreza se debe a las políticas públicas implementadas a partir de 1950, relativas a la expansión de los servicios de salud y de educación, ambos gratuitos. Esta situación cambia en los años 80 cuando comienzan a operar las lógicas de focalización hacia los grupos más vulnerables socioeconómicamente y la privatización de los servicios. No obstante ello, a comienzos del presente siglo se observa en Chile una doble dinámica: por una parte, se consolida una oferta de políticas sociales variada en función de la

diversidad de requerimientos de la población; por la otra, un avance hacia una creciente especialización y articulación de las políticas en torno a los ejes de la protección y promoción social (40).

Siguiendo la línea de los derechos humanos en general, y en específico de las personas mayores, Chile quiere consolidar un modelo de cuidados que esté basado en la protección social. Es así, como en 1998 se crea la política de salud para las personas mayores, primera acción pública para este grupo etario y que surge de las iniciativas llevadas a cabo por el Comité de Ministros creado para consolidar políticas públicas específicas para este grupo etario. El 2002, se aprueba el proyecto de ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), institución autónoma que comienza a operar el 2003.

En 1999 se inicia el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), que es parte integral del Programa de Salud del Adulto Mayor y distribuye alimentos fortificados con el fin de mejorar el estado nutricional y promover un envejecimiento saludable de aquellas personas mayores más vulnerables. Al año 2014 la cobertura del programa alcanzaba el 81,7% de su población objetivo (personas mayores que tienen control de salud al día en los establecimientos de la Red asistencias pública y que tengan estado nutricional bajo peso) (41). Según datos señalados previamente, cabe destacar que el 46% de los beneficiarios de FONASA no se encuentra en control en los servicios de salud y por lo tanto, una proporción de estas personas podría encontrarse bajo peso y no acceder al programa.

En 2002 comienza la implementación del programa Chile Solidario, cuyo foco es la superación de la pobreza extrema por medio del desarrollo social y laboral de las familias y la entrega de bonos en las áreas de salud, educación y trabajo. En este marco se encuentra el programa Vínculos, creado el año 2006, focalizado para personas de 65 años y más, que estén en condiciones de pobreza, a quienes se les entregan herramientas psicosociales a través de intervenciones (individuales y grupales), en el territorio donde habitan con el objetivo de relacionarlas con la red de apoyo de su comuna y con sus pares. El programa ha permitido a lo largo de su ejecución fortalecer la autoestima, la identidad, la autonomía y el sentido de pertenencia de sus usuarios. Pese a ello, no se observaría una mejora en las condiciones físicas y materiales en este grupo etario. De acuerdo al Ministerio de Desarrollo Social y del Servicio Nacional del Adulto Mayor, el número de usuarios del programa alcanza a 55 mil personas mayores aproximadamente (42).

El año 2005 se instala en Chile la medición de funcionalidad como examen universal, cuyo objetivo es lograr un envejecimiento saludable y activo en la población de 65 años y más. Para ello se implementa el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), compuesto de dos fases: una primera de medición de parámetros antropométricos (presión arterial, pulso, peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de cintura y actividad física) y una segunda fase de medición de funcionalidad del adulto mayor (EFAM), que incorpora preguntas respecto a la posibilidad de ejecutar actividades de la vida diaria, pruebas de funcionalidad motora, evaluación de estado anímico, años de escolaridad y una evaluación cognitiva breve. En 2014, el EMPAM se administró a 44% de las personas que acceden a la atención primaria (43).

Un hito que emerge el año 2005, que es parte fundamental de la protección social actual, son las Garantías Explícitas en Salud (GES) que universalizan los derechos en salud, dado que su cobertura alcanza a toda la población, ya sea que se atienda en el sector público o privado, que presente alguna de las ochenta patologías incluidas. De las 80 enfermedades incluidas, 59 benefician al grupo de personas de 60 y más años. Las acciones cubiertas están

relacionadas con el acceso a atención, la cual debe entregarse en plazos definidos, la protección financiera y la garantía de calidad. A la fecha, se han evaluado algunos componentes del programa GES, tales como la evaluación sanitaria de patologías en 2010, donde la hipertensión arterial en personas mayores muestra que el 80,3% tiene un plan terapéutico integral y sólo 25% está compensado (44). La implementación del Bono Auge en 2013, buscaba disminuir las listas de espera en el acceso, evidenciando que las atenciones oftalmológicas a nivel país, representan una proporción importante de garantías incumplidas en las personas mayores (45).

A lo anterior, se suma la creación de la Estrategia Nacional de Salud 2011 y 2020, que propone dentro del objetivo estratégico "Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital", un objetivo específico para este grupo etario, el cual es "mejorar el estado funcional de las personas mayores"(26) . Para ello se han definido tres estrategias: sensibilización y promoción para el envejecimiento saludable y el cuidado, mejoría de la calidad de atención de salud e instalar un modelo de atención geriátrica integral (26).

Otras acciones se relacionan con la articulación de lo contributivo y no contributivo en el sistema de pensiones chileno, el cual fue modificado durante el año 2008, creándose un pilar solidario que incluye la pensión básica solidaria, que permite establecer un piso mínimo de ingresos durante la vejez, garantizando los derechos, sin desincentivar los aportes contributivos. Es un beneficio monetario mensual, de cargo fiscal, al que pueden acceder todas aquellas personas de 65 años o más, que no tengan derecho a una pensión en un régimen previsional, que cuenten con ficha de protección social y pertenezcan al 60% de las familias en situación de pobreza. Un segundo componente de este pilar corresponde al incremento de las pensiones para aquellas personas que reciben una pensión contributiva insuficiente (46). En la actualidad alrededor de un millón y medio de personas mayores se acoge al pilar solidario.

El año 2012, SENAMA, junto a un comité técnico interministerial, declararon la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025 cuyos objetivos son proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar la integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad e incrementar el bienestar subjetivo de este grupo etario (47). El año 2013 SENAMA implementa dos programas de atención sociosanitaria. El primero referido a los cuidados domiciliarios, cuyo eje central son las personas mayores en situación de dependencia, a quienes un grupo de asistentes capacitados entregan servicios de apoyo y acompañamiento para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Lo anterior permite que las personas mayores se mantengan el mayor tiempo posible en sus casas, estén insertas en la comunidad y ejerzan sus roles familiares y sociales (48). El segundo programa, ejecutado en conjunto con la Municipalidad de Peñalolén, es el centro de día Kintún, proyecto piloto que entrega apoyo y atención socio-sanitaria a alrededor de 70 personas que viven con demencia y a su entorno próximo. Su objetivo es mejorar la calidad de vida, promover la funcionalidad, y proporcionar apoyo y formación a los cuidadores y las familias. Ambos programas han sido evaluados internamente por SENAMA, obteniendo resultados positivos y adecuados a los objetivos propuestos, y mostrando vinculación y adherencia desde la población usuaria.

De este modo, el Estado de Chile ha implementado intervenciones para potenciar los derechos de las personas mayores, intentado disminuir sus niveles de vulnerabilidad social y económica, por medio de programas específicos en salud, desarrollo y previsión social. No obstante ello, no se cuenta aún con una política integral para las personas mayores que aúne los esfuerzos de todo el aparato estatal. Se carece de una coordinación interministerial que potencie la preparación del país para el envejecimiento poblacional y que considere que Chile ya envejeció, necesitándose medidas específicas, no sólo para las personas más vulnerables socioeconómicamente, sino para

toda la población mayor, colocando énfasis en aquellos que son autovalentes y que aún tienen mucho que aportar a la sociedad, ya sea por medio del ámbito laboral, de los cuidados, del voluntariado entre otros roles sociales (35) (36). En la actualidad, Chile tiene una marcada orientación materno infantil en sus políticas, programas y planes públicos, lo cual se observa al analizar los énfasis colocados en programas tales como Chile Crece Contigo, el cual es el único programa estatal que contiene en sí mismo una coordinación interministerial entre Desarrollo Social y Salud. Finalmente, se debe agregar que no se observa la consolidación del ciclo de la política pública, dado que no se han hecho evaluaciones a muchos de los programas implementados para las personas mayores.

6. Conclusiones

El envejecimiento de la población es un indicador de la mejoría de las condiciones de vida y los niveles de salud en el mundo; sin embargo, conlleva una serie de desafíos sanitarios y sociales que deben ser abordados, ya que en combinación con determinantes sociales precarios, generan distintos grados de vulnerabilidad social, mermando las condiciones de vida y salud de las personas mayores y sus familias (1). Este panorama que agrava si el país no enfrenta adecuadamente el envejecimiento de la población y genera acciones específicas.

Si bien los datos presentados muestran que las personas mayores en Chile cuentan con niveles menores de pobreza que el promedio del país, son una población vulnerable dada la precariedad de su situación laboral, familiar y social, que afecta su calidad de vida y salud. Además, las inequidades de género existentes en nuestro país, se acumulan a lo largo de la vida y culminan en una vejez con mayor desventaja para la mujer en relación al hombre. Esto debido a que la mujer tiene menor disponibilidad de recursos materiales y económicos a lo largo de la vida, mayor dependencia funcional y menor acceso en materia de cuidado.

Las consecuencias en la salud de la vulnerabilidad social de las personas mayores se expresan en un perfil de morbilidad caracterizado por enfermedades crónicas, mayor dependencia y discapacidad, junto a una alta posibilidad de empeorar su calidad de vida debido al aumento de la esperanza de vida y a la presencia de factores de riesgo y peores condiciones de salud, que se presentan con mayor prevalencia a menor nivel educativo y social. Respecto al acceso a servicios de salud, las personas mayores en peor condición social y material, presentan mayores dificultades de atención en salud y acceso a medicamentos que las personas de mejor condición.

En este marco, surge la necesidad de evaluar la vulnerabilidad social en las personas mayores desde una nueva perspectiva, incorporando las complejas interacciones en los distintos niveles (individual, familiar y social) y dimensiones que la conforman. De esta manera, las intervenciones pueden orientarse a potenciar las capacidades para superar las condiciones de desventaja social y sus carencias y, que permita a los gobiernos hacerse cargo de las evidentes desigualdades sociales (5).

Si bien Chile ha incorporado a sus políticas públicas los principios de las declaraciones y asambleas internacionales respecto al envejecimiento, aún falta un largo camino por recorrer y brechas por reducir. Las acciones e intervenciones desarrolladas requieren mayor articulación entre sí, aunando esfuerzos hacia metas comunes. Se necesita también mayor cobertura, ya que están focalizadas principalmente en las personas mayores dependientes y en los más pobres, sin incorporar un enfoque de género, potenciando en menor medida a quienes tienen mayor autonomía y a niveles socioeconómicos medios. Deben fortalecerse, además, las estrategias relacionadas a modificar

la imagen social de la vejez, promoviendo una imagen de ciudadanos activos y socialmente significativos, ya que aún prevalece una mirada que posiciona a la vejez como sinónimo de enfermedad, debilidad y dependencia. Se requieren medidas que consideren la heterogeneidad de la vejez y que busquen potenciar el empoderamiento y las capacidades de las personas mayores y sus familias, así como también de agrupaciones y organizaciones de personas mayores. Es necesario incorporar medidas dirigidas a las personas mayores que cursan la vejez sin enfermedad, cuya vulnerabilidad y problemáticas asociadas son de la esfera más social y distintas de aquellas que cursan con enfermedad y deterioro de la salud. Se debe tener en cuenta la diversidad en la capacidad para proveer cuidados que tiene cada familia debido a los cambios estructurales y funcionales que están afrontando, con particular énfasis en la crisis de los cuidados: aumentan las tareas relacionadas al cuidado y apoyo, hay cambios en la composición de las familias, reasignación de roles y modificaciones en la dinámica familiar. En el ámbito laboral y sistema de pensiones, se hace necesaria una reestructuración que permita a las personas mayores continuar contribuyendo según sus deseos, necesidades y capacidades. Por otra parte, se requiere contar con mayor presupuesto para financiar de forma continua las estrategias en esta materia permitiendo independizarse de las administraciones de turno, debe ser un tema instalado transversalmente. Finalmente, se requiere que el Estado, instituciones y distintos actores sociales adquieran un compromiso y reconozcan la relevancia de esta situación y sean capaces de articular un trabajo conjunto y permanente (11, 49-53).

7. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- Las personas mayores en Chile, actualmente un 14,3% de la población, son un grupo en progresivo aumento, proyectándose que al 2020 corresponderá a un 17,3% de la población y seguirá incrementándose.
- La esperanza de vida alcanza a los 79 años, similar a la observada en los países desarrollados.
- Una proporción significativa de este grupo presenta importantes problemas económicos que nos les permiten satisfacer sus necesidades, obligándolos a mantenerse ocupados laboralmente. El nivel educacional de este grupo reporta peor situación que el nivel país lo que le resta herramientas a esta población para desarrollar habilidades psicosociales, cognitivas, adaptarse y superar las desigualdades.
- La mayor proporción se encuentra adscrita al seguro público de salud.
- La vulnerabilidad social se agudiza en las mujeres, en quienes viven en ruralidad, pertenecen a pueblos originarios y en aquellos de más bajos ingresos.
- Lo anterior, unido a la negativa percepción de la vejez y al aislamiento social, genera y reproduce condiciones de mayor vulnerabilidad social que otros grupos poblacionales.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- La vulnerabilidad social impacta en el estado de salud de las personas mayores generando una brecha entre quienes están en peores condiciones sociales y económicas, respecto de quienes se encuentran en mejor situación.
- Esta brecha se expresa directamente en el estado de salud, presentándose mayores prevalencias de enfermedades y problemas de salud en quienes tienen menor educación y también en problemas de acceso diferencial a servicios de salud, en perjuicio de quienes están en los niveles sociales más bajos.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social?

- Se han desarrollado en Chile diversas estrategias, programas y políticas públicas orientadas a la protección social de este grupo: programa de alimentación complementaria, ingreso ético, pilar solidario, Chile solidario, entre otros, que se focalizan en las personas de menores ingresos, con dependencia y de mayor vulnerabilidad social. A través de estas medidas, desde el Estado se intenta aportar mayores recursos económicos a través de bonos y pensiones a personas seleccionadas de este grupo poblacional.
- Sin embargo, aún quedan grupos de personas mayores lejos del alcance de estas intervenciones debido a que estas acciones están focalizadas con criterios de selección específicos, que no alcanzan a cubrir a todos quienes lo necesitan.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de salud?

- Chile ha adscrito a los tratados internacionales en relación a las personas mayores y se ha reconocido su liderazgo en el diseño e implementación de programas de salud destinados a población vulnerable.
- El examen de salud preventivo del adulto mayor, el examen de funcionalidad del adulto mayor, el programa de alimentación complementaria, el programa de cuidados domiciliarios, las garantías explícitas en salud (GES con 59 enfermedades priorizadas que benefician a personas de 60 y más años) son algunas de las políticas y programas que se han desarrollado.
- Se requiere evaluar el resultado de estos programas en términos del logro de sus objetivos y propósitos de mejora en las condiciones de salud, más allá del logro en la ejecución de sus actividades.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Las políticas públicas requieren ser adecuadas a la situación demográfica instalada en Chile. El Estado debe asumir el envejecimiento de la población como una prioridad y garantizar los derechos de las personas mayores de forma integral. Si bien existen intervenciones orientadas a las personas mayores, tanto sociales como de salud, éstas se encuentran sectorizadas y poco articuladas entre sí. Se debe avanzar hacia metas comunes e integración de los programas y beneficios.
- Las intervenciones en curso requieren ser evaluadas de forma permanente de manera de redireccionar los esfuerzos cuando no se están logrando los objetivos propuestos y cuando las necesidades de la población van cambiando.

- Son necesarias acciones que aborden las brechas de género, etnia y ruralidad que presentan vacíos importantes, y una revisión profunda del sistema de protección social y de pensiones. Se necesita implementar programas que fomenten el desarrollo laboral de las personas mayores, y que consideren la necesidad de reducir la brecha educativa que se expresa en desigualdad tecnológica.
- Para abordar las brechas de atención de salud es necesario, por un lado, focalizar los esfuerzos en la población que no contacta los servicios ya que es probable que sean grupos más vulnerables que quienes sí los contactan y, servicios sanitarios que aseguren una atención continua en los distintos ámbitos (hogar, comunidad, centros de salud) con profesionales capacitados.
- Por otro lado, deben fortalecerse las estrategias relacionadas a modificar la imagen social de la vejez y a potenciar las capacidades de las personas mayores y sus familias.

Referencias

1. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile; 2001.
2. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. 2010.
3. Caro E. La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. Santiago de Chile; 2003.
4. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Vulnerabilidad Sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. 2002.
5. Busso G. Vulnerabilidad Social: nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a inicios del siglo XXI. Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile; 2001.
6. División Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud de la Familia y de la Población, Unidad de Envejecimiento y Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Módulo 7: Evaluación Social del Adulto Mayor. Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 82–96.
7. Pontificia Universidad Católica de Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor, y Caja Los Andes, Pontificia Universidad Católica de Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor, y Caja Los Andes. Chile y sus mayores. Resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez (2010). 2010.
8. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago de Chile; 2009.
9. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile. Opiniones, percepciones, expectativas y evaluaciones. Tercera encuesta nacional de inclusión y exclusión social. 2013.
10. Arenas Massa Á. Adulto Mayor. Nuevas perspectivas para el desarrollo humano. Universida. Massa ÁA, editor. Santiago de Chile; 2012. 222 p.
11. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 2009.
12. Instituto Nacional de Estadísticas. Población, País y Regiones: Actualización Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020. 2014.
13. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional - CASEN. 2013.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-División de Población (CELADE). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. 2013.
15. Bosch M, Melguizo A, Pagés C. Mejores pensiones, Mejores trabajos. Hacia la cobertura universal en América Latina y El Caribe. 2013.
16. Criteria Research, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Fuerza Mayor. Una Radiografía del Adulto Mayor Chileno. 2009.
17. Peláez M, Lues MF. Salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores. Acta Bioeth. 2001;Año VII(1):143–55.
18. Salgado-de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza : determinantes de la salud en la vejez. Salud Publica Mex. 2007;49(4):515–21.
19. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Santiarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. 2014.
20. World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. World Health Organization, editor. 2009. 1-55 p.
21. Petersen PE YT. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33:81–92.
22. Albala C, Lebrão ML, María E, Díaz L, Ham-chande R, Hennis AJ, et al. Encuesta Salud , Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):307–22.
23. World Health Organization. 10 facts on ageing and the life course. 2014.
24. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010. Resultados. 2010.
25. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, Mckee M. HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS POLICY BRIEF 10. How can health systems respond to population ageing ? Copenhague; 2009.

26. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores. Santiago; 2014. p. 8–232.

27. Social M de D. Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN. Adulto Mayor. 2011.

28. Naciones Unidas. Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Viena, Austria; 1982.

29. Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad. 1991. Report No.: Resolución 46/91.

30. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid; 2002. Report No.: A/CONF.197/9.

31. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de acción internacional de Madrid sobre envejecimiento. Santiago, Chile; 2003. Report No.: LC/L.2079.

32. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informe de la segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. Brasilia; 2007. Report No.: LC/L.2891(CRE.2/5).

33. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José, Costa Rica; 2012. Report No.: LC/L.3526.

34. Villarreal Martínez M. La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. 2005.

35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. 2007.

36. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José, Costa Rica; 2012.

37. Marbán V. La autonomía personal como derecho humano fundamental. En: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), editor. Seminario: Políticas públicas de atención a personas mayores dependientes Hacia un sistema integral de cuidados. Cartagena de Indias, Colombia; 2013.

38. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Addressing dementia. The OECD Response. Paris: OECD; 2015. 1-122 p.

39. Organización Mundial de la Salud, Alzheimer's Disease International. Demencia una prioridad de salud pública. 2013. 112 p.

40. Robles C. El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad. 2011.

41. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. 2014.

42. Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Programa Vínculos [Internet]. 2014. p. 3–5. Recuperado a partir de: http://www.senama.cl/vinculo.html

43. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Reporte actividad general de IAAPS. Indicadores de salud 2014. 2014.

44. Hoffmeister L et al. Evaluación Sanitaria de las Intervenciones GES. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. 2010.

45. DCS Consulting. Informe Final Evaluación del Bono AUGE de FONASA. 2013.

46. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social. Ley 20.255 Reforma previsional. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2011.

47. Interministerial C. POLÍTICA INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO PARA CHILE 2012-2025. 2012.

48. División de Planificación, Desarrollo y Control SN del AM (SENAMA). Guía de Operaciones Programa Cuidados Domiciliarios. 2015. p. 1–48.

49. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID. Santiago de Chile; 2003.

50. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. 2007. Report No.: DSC/1.

51. Resumen F. Los derechos de las personas mayores Las normas y políticas regionales y nacionales sobre las personas mayores. 2011;

52. hartu-emanak Asociación para el aprendizaje permanente y participación social de las personas mayores. El empoderamiento y la participación social. Una mirada desde las personas mayores a la sociedad. Seminario - Taller. 2004.

53. Engler T. El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5-6):438–43.

Acerca de los autores

Macarena Hirmas, MSc

Matrona, Diplomada en Docencia en Ciencias de la Salud, Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile y Profesora Asistente. Desde 2008 se desempeña como docente e investigadora en el Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS), Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo–Clínica Alemana. Actualmente, se encuentra conduciendo el proyecto FONIS "Impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional de las personas de 65 años y más, estudio prospectivo" iniciado el 2013. Ha participado en investigaciones relacionadas a enfermedades transmisibles (Tuberculosis en prisiones, Enfermedad Meningocócica) y cobertura efectiva (Hipertensión arterial, control prenatal en adolescentes, e impacto del AUGE en licencias médicas). Ha participado en estudios de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile en temáticas de salud mental y ambiente laboral, evaluación de intervenciones y promoción de la salud. Ha colaborado como evaluadora nacional de proyectos de investigación del Fondo Nacional de Investigación en Salud-FONIS. Email: mhirmas@udd.cl

María Teresa Abusleme, MSc

Socióloga, Licenciada en Estética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Política y Gobierno de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile y Universidad de Concepción. Coaching Ontolólogico por Newfield Consulting. Diplomada en Psicogerontología Educativa y Social, en Gerontología Social, en Prevención y Abordaje del Maltrato hacia las Personas Mayores y en Administración y gestión de Servicios Sociales por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Formación Superior en Dirección y Gestión de Servicios Sociales impartido por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Ha desarrollado una línea de investigación social, basada en el diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos sociales en el campo de la vejez y envejecimiento. En el período comprendido entre los años 2011 y 2014 fue Jefe de la Unidad de Estudio del Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, del Gobierno de Chile. A su vez, se ha desempeñado en la gestión y coordinación de políticas públicas en torno a la seguridad ciudadana, consumo y tráfico de drogas, superación de la pobreza y fomento económico. En el sector privado trabajó con población indígena y comunidad en general desde el marco de la Responsabilidad Social Empresarial. Email: teresaabusleme@gmail.com

Isabel Matute, MSc

Socióloga, Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Desde 2012 se desempeña como docente e investigadora en el Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS), Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo–Clínica Alemana. Previamente prestó servicios al Ministerio de Salud, primero en áreas vinculadas al VIH/SIDA y luego en el Departamento de Epidemiología, desarrollando tareas relacionadas al enfoque de determinantes sociales de la salud y a la realización de encuestas poblacionales. También ha realizado consultorías para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, a través de ONUSIDA, y ha dirigido y participado en diversas investigaciones en temáticas de actividad física, juventud, adultos mayores, VIH/SIDA y Enfermedad Meningocócica. Email: mimatute@udd.cl

Andrea Olea, MS(c)

Médico Cirujano, Magister © en Salud Pública de la Universidad de Chile. Desde 2012 se desempeña como docente e investigadora en el Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS), Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo–Clínica Alemana. Durante 12 años trabajó en el Ministerio de Salud a cargo de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, desarrollando un nuevo modelo de vigilancia en Chile. Posteriormente, asumió la Jefatura del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud trabajando en el área de vigilancia de enfermedades y sus factores de riesgo. Fue representante del Ministerio para: MERCOSUR y Comisión convenio de Países Andinos en Vigilancia en Salud; Red de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas de Organización Panamericana de la Salud (OPS); Consejo Asesor de la Convención de Armas Biológicas del Ministerio de Defensa Nacional frente a las Naciones Unidas y liderando la implementación y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en Chile. Además, ha sido consultora de OPS en áreas como epidemiología de campo, enfermedades transmisibles y en la implementación del RSI en los países de Latinoamérica. Email: aolea@udd.cl

Lucy Poffald, MSc

Psicóloga, Magister en Psicología Social y Comunitaria de la Universidad Católica de Chile, Diplomada en Gestión de Servicios de Salud, con formación en salud pública en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, España, en Equidad de Género y Salud en la Universidad de Chile y en Calidad en Salud en el Ministerio de Salud. Profesora asociada e investigadora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS), Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo–Clínica Alemana. Trabajó en la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente en conducción y gestión de programas de salud. Trabajó en el Ministerio de Salud en diseño, implementación y monitoreo de programas de intervención psicosocial. Fue asesora del gabinete de la Subsecretaria de Salud Pública del Ministerio de Salud e integró la Secretaría Técnica de Determinantes de la Salud de la misma Subsecretaría. Ha participado en proyectos de investigación en salud y equidad y en el diseño, implementación y evaluación de programas de intervención en equidad en salud en territorios y grupos vulnerables y excluidos. Email: lpoffald@udd.cl

Recomendaciones para adultos mayores que enfrentan vulnerabilidades sociales en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

A partir del análisis presentado en este capítulo se puede establecer una serie de recomendaciones generales con respecto a la consideración de la vulnerabilidad en adultos mayores en Chile y el mundo, a saber:

1. Abordar los programas y políticas, interviniendo en las condiciones en que viven y se desarrollan las personas mayores, es decir, desde los Determinantes Sociales de la Salud: sistema educativo y de formación para el trabajo, participación laboral, seguridad social, recreación y sociabilidad, familia y distribución de poder y jerarquías, infraestructura de las ciudades y espacios de vivienda, acceso a salud, cultura y valores sociales. Este abordaje debe reconocer y considerar la singularidad del proceso de envejecimiento y de la vejez.

2. Introducir el concepto de curso de vida en las políticas públicas y no enfocarse sólo en la persona mayor, sino adoptar una visión prospectiva de largo plazo entendiendo que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida. Es durante todo el ciclo vital que se van generando condiciones de desventaja social, económicas y de salud, que se acumulan y culminan con una vejez más deteriorada. Lo anterior, exige considerar el efecto en la vejez de las intervenciones realizadas en etapas anteriores.

3. Adelantar los programas e intervenciones definidas para abordar el envejecimiento, romper con las barreras definidas por las edades en las políticas públicas, que implican rigidez y existencia de políticas totalmente segmentadas en vez de integradas.

4. Abordaje intersectorial, transversal y multidisciplinar de la vulnerabilidad social en las personas mayores. Necesidad de contar con políticas, planes y programas con enfoque intersectorial tanto a nivel de su diseño como de su aplicación, monitoreo y evaluación. Este enfoque demanda esfuerzos y un trabajo en conjunto en distintos niveles: diseñadores de políticas, tomadores de decisión, representantes sociales y comunidad en general. Requiere se tengan en consideración las necesidades, experiencias y participación activa de las personas mayores.

5. Posicionar el tema en la agenda país y en otros grupos etarios con el fin de visibilizarlo y fomentar intercambio intergeneracional. Instalar, a través de campañas de comunicación social y programas de educación cívica, el proceso de envejecer en las prácticas y conciencia de los individuos y la sociedad, invitando a conocerlo, asumirlo como un proceso al cual se puede contribuir desde todas las edades y facilitando el intercambio entre personas de diferentes generaciones. Esto aportaría a la construcción de una sociedad más solidaria y consciente de las personas mayores, facilitando el apoyo e intercambio entre generaciones.

6. Transformar, a través de campañas de comunicación social y de contenidos en la educación, la noción social predominante del envejecimiento, comúnmente percibido como el inicio de los problemas de salud, de pérdida de autonomía, ausencia de roles sociales significativos y presencia de problemas económicos.

7. Transferir desarrollos teóricos previos, aprendizajes y metodologías de investigación psicosocial que han sido especialmente útiles en otros temas, para estudiar la vulnerabilidad en las personas mayores, incorporando activamente los elementos culturas y sociales, no sólo los económicos.

8. Necesidad de realizar estudios que midan específicamente la vulnerabilidad social en personas mayores, permitiendo contar con datos duros para la elaboración de políticas en esta materia. Para ello, se requiere contar con financiamiento específico y continuo para esta línea de investigación, capacitación en temas de envejecimiento y articular una red entre los distintos actores involucrados (Estado, organizaciones internacionales, universidades e instituciones académicas, organizaciones sociales, ONG, entre otras) con el fin de desarrollar estas investigaciones de forma sistemática y colaborativa.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Gabriel Guajardo,** Licenciado en Antropología, MSc en Sicología. Investigador Asociado de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile). Experto en género y envejecimiento gabriel.guajardo@flacsochile.org.
- **Marisol del Pozo**, Psicóloga, Magíster en Sociología, Directora Magíster en estudios Sistémicos relacionales de la familia, Directora Programa Adulto Mayor y Salud Mental, Facultad de Psicología Universidad Alberto Hurtado.
  mdelpozo@uahurtado.cl
- **Andrea Slachevsky**, Neuróloga, PhD en Neurociencias, Vicepresidenta Corporación Profesional Alzheimer y Otras Demencias, Especialista en Neurología Cognitiva y Demencia Universidad de Chile, Unidad de Neurología Cognitiva y Demencias Hospital del Salvador y Clínica Alemana, Directora Alterna Centro Fondap Gerocencia, Salud Mental y Metabolismo. aslachevsky@me.com
- **Angela Arenas**, Abogada, PhD en Bioética (Università Regina Apostolorum, Roma), PhD en Historia y teoría del Derecho Europeo (Università degli Study Tor Vergata,Roma), Miembro Centro de Bioética Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile . angelaarenasmassa@gmail.com
- **Evelyn Magdaleno**, Admintrador Público, Licenciada en Administración Pública, PhD (c) Gobierno Gestión Pública, Directora Regional Metropolitana de SENADIS. emagdaleno@senadis.cl

- **Jean Gajardo**, Terapeuta Ocupacional, Master en Gerontología Social, PhD (c) en Salud Pública, Profesor Asistente Departamento de Terapia Ocupacional Facultad de Medicina Universidad de Chile. jgajardo@med.uchile.cl
- **Marcelo Hermosilla**, Administrador Público, Licenciado en Ciencias Políticas y Administración, Magíster en Pólitica y Gobierno, Experto en Gestión Pública y en Temas Indigenas, Analista del Área Gestión de Control Servicio Médico Legal. marcelo.hermosilla.j@gmail.com
- **María Teresa Abusleme**, Socióloga, Mg. en Política y Gobierno, Asesora Departamento de Salud Mental Ministerio de Salud, Investigadora Asociada Centro Internacional de Economía Social y Cooperativa (CIESCOOP) Universidad Santiago de Chile. teresaabusleme@gmail.com
- **Lucy Poffald**, Psicóloga, Mg. en Psicología Social y Comunitaria, Universidad del Desarrollo, Chile. lpoffald@udd.cl.
- **Andrea Olea**, Médico Cirujano, Mg. en Salud Pública (c), Universidad del Desarrollo, Chile. aolea@udd.cl.
- **María Isabel Matute**, Socióloga, Mg. en Salud Pública, Universidad del Desarrollo, Chile. mimatute@udd.cl
- **Macarena Hirmas**, Matrona, Mg. en Salud Pública, Universidad del Desarrollo, Chile. mhirmas@udd.cl.

1. ¿Por qué este tema es importante?

- Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional, proceso hacia el cual transita una parte relevante de la población mundial. Este contexto impone desafíos importantes que deben ser abordados a nivel de la estructura social, política, económica y cultural del país.
- El proceso de envejecimiento de la población en Chile ha sido insuficientemente considerado en las políticas públicas, escasamente relevado en la esfera política y ha tenido poca visibilidad en la ciudadanía, a diferencia de otros temas que han sido priorizados en la agenda política y pública a partir de demandas de la sociedad como, por ejemplo la educación, la seguridad pública y otros.
- La manera en que Chile ha abordado el envejecimiento de la población en los últimos años, ha sido a través de políticas y programas segmentados, poco articulados entre sí, con criterios de asignación de beneficios más que de noción de derechos y garantías sociales, a los que se accede si se cumplen requisitos, a diferencia de las políticas sociales de cobertura universal que alcanzan a cubrir a todos quienes lo necesitan.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- Los avances en el conocimiento de este tema se relacionan principalmente con las áreas salud, calidad

de vida y pobreza. Se conoce el envejecimiento a partir de las enfermedades que se presentan en este período de la vida, desde una perspectiva clínica y epidemiológica, y se aborda la vulnerabilidad principalmente desde la pobreza, entendida como escasez material.

- Existen escasos estudios que permitan conocer el envejecimiento desde una visión social, crítica de las condiciones estructurales, sociales y culturales, en las cuales se desarrolla el proceso de envejecer y que incorpore los avances logrados en el estudio de otros temas como por ejemplo en el caso del VIH, en el que se han integrado aspectos de salud pública y análisis de aspectos sociales como el estigma social, la exclusión y la discriminación y subsecuentes medidas de intervención psicosocial.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Utilizar aprendizajes previos sobre desarrollos teóricos en otras áreas para estudiar la vulnerabilidad social en personas mayores.
- Considerar modelos de inclusión social que han sido efectivo en sociedades envejecidas y que consideran las diferencias culturales.
- Definir temas centrales en los que se requiere investigar y tipo de estudios a desarrollar.
- Evaluar programas e intervenciones que se encuentran en curso.
- Posicionar y dar visibilidad al tema a nivel de agenda política y social.
- Incorporar el tema en los contenidos transversales en educación, como parte de la educación cívica.
- Promover la generación de actores sociales.
- Reconocer las necesidades particulares de cada grupo: población que cursa vejez sana, versus población que cursa enfermedades crónicas o agudas, distintos niveles socioculturales, genero, etnia, etc.

Capítulo 8

Vulnerabilidad social y sus efectos en salud al final de la vida en Chile

Erick Valdés, BSc, MA (Bio), PhD (Phil)

Director Cátedra Internacional de Bioderecho,

Profesor Titular Centro de Bioética y Observatorio de Bioética y Derecho,

Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile

Adjunct Research Professor, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University,

Washington, DC., USA

Resumen

Aunque no completamente, la vulnerabilidad social al final de la vida es producto de desigualdades esenciales instaladas en la estructura y súper estructura social, a saber, el universo de factores sociales que influencian o conforman la susceptibilidad de variados grupos al daño severo y que no tienen la capacidad de responder por sí solos ante el peligro, ni tampoco poseen la habilidad de gobernar esa respuesta. Las vulnerabilidades sociales (son muchas), especialmente aquellas suscitadas en el ámbito de la salud, y muy especialmente las relativas a personas ancianas, enfermas y marginales, han sido profusamente ignoradas, mayormente debido a la dificultad para cuantificar sus verdaderos efectos, en una sociedad donde los marginales, pese a su presencia en el espacio público, son comúnmente preteridos en el discurso oficial. Así, la vulnerabilidad social emerge de la interacción dialéctica de fuerzas en colisión, como por ejemplo, los fines de lucro y el derecho constitucional a la salud pública, y de la presencia de múltiples estresores. Incluso cuando un individuo, socialmente vulnerable, es capaz de romper el "círculo de la vulnerabilidad", la vulnerabilidad social pervive ya que la estructura social y política, en vez de disminuirla, la refuerza. En sintonía con lo anterior, este capítulo buscó demostrar que la vulnerabilidad social al final de la vida no reside solo en sí misma, a saber, en factores *per se*, como las condiciones objetivas de ancianidad, enfermedad y marginalidad del caso estudiado, por ejemplo; sino que también, y muy especialmente, en la sensibilidad y resiliencia de un sistema de salud preparado para hacerse cargo de ella.

Palabras clave: Vulnerabilidad social, final de la vida, sistema de salud, estructura social.

1. Introducción

Aunque su consolidación epistemológica en la semántica académica mundial, y su consecuente colonización multifactorial de diversos campos epistemológicos es ciertamente imprecisa, "vulnerabilidad" es un concepto que ha ingresado al acervo ético y jurídico de modo relativamente reciente, y que expresa preocupación por la fragilidad de una totalidad ontológica que puede ser destruida o menoscabada fácilmente (1).

A menudo, en el debate ético y legal, la noción de vulnerabilidad no señala simplemente una descripción neutral de la condición humana sino que implica un sentido normativo, articulando un llamado imperativo al cuidado de la fragilidad biológica, social y cultural que subyace la existencia en el actual mundo tecnológico. Esta dimensión normativa de la vulnerabilidad tiene su inauguración disciplinaria el año 2000, al ser integrada como uno de los cuatro principios de la bioética y el bioderecho europeo (2). De este modo, la eclosión epistémica del concepto emerge bajo la configuración de un mandato prescriptivo que ordena el respeto y protección de la condición intrínsecamente feble, falible y mortal del ser humano, el cual, concebido como individuo biológico, psicológico y social, es vulnerable y, como tal, está expuesto a daños, riesgos y amenazas.

Por lo tanto, en dicha taxonomía biojurídica, la extensión procedimental de la vulnerabilidad es mayor que la de cualquier otro principio de rango constitucional, ya que en términos materiales, supedita normas substanciales como el respeto por la autonomía, la dignidad y la integridad, a la condición finita y mortal de los seres humanos. Por tanto, el principio de vulnerabilidad asume una precedencia ontológica respecto de sus pares[i].

i No es claro que el principio de vulnerabilidad, en rigor, sea un principio. La vulnerabilidad es, más bien, una condición ontológica, un atributo inherente al ser humano. No obstante lo anterior, y la eventual dificultad que podría implicar el error de otorgarle a la vulnerabilidad

De acuerdo a lo anterior, es posible señalar que la vulnerabilidad y su dimensión normativa que mandata su respeto, pueden ser consideradas como una expresión de la tradición humanista occidental, la cual enfatiza el valor singular del ser humano, así como su autorrealización y desarrollo en la sociedad. En este sentido, el concepto puede representar un referente deliberativo vinculante para la resolución de controversias jurídicas y éticas surgidas en el ámbito de la salud.

La expresión de la vulnerabilidad social al final de la vida[ii] y su impacto en la esfera de la salud es multiforme, y el despliegue de sus efectos coloniza distintos ámbitos de impacto social y cultural, entre los que destacan: (i) Las construcciones y deconstrucciones sociales de la salud, (ii) Los derechos y obligaciones que emergen de la implementación de un sistema de salud, (iii) Pobreza, (iv) Experimentación con seres humanos y consentimiento informado, (v) Eutanasia y suicidio asistido en pacientes terminales, (vi) Muerte y agonía al final de la vida, tanto en ancianos como en enfermos terminales (vii) Salud y justicia al final de la vida, (viii) Calidad del cuidado en salud al final de vida y, (ix) Cuidado y atención de pacientes ancianos marginales al final de la vida.

Focalizo mi análisis en esta última parcela de manifestación de la vulnerabilidad y, en específico, en elaborar una propuesta para mejorar la calidad de la atención y cuidado en pacientes ancianos marginales enfermos, cuya fragilidad social se manifiesta de modo evidente, al final de la vida. Para ello, presento un caso de estudio y, a partir de un análisis, que utilizará algunas categorías bioéticas, propongo algunos elementos para configurar un modelo de cuidado en salud plausible, a través de lo que llamaré ética del sistema de salud. Mi análisis no es probabilístico, predictivo ni estadístico – ya existen bastantes estudios al respecto, por cierto(3) – sino que procedimental y de fundamentos.

2. El caso

Pedro, un vagabundo de 72 años, vivía con sus amigos Juan y Diego, en la calle, en las cercanías de la Vega Central, relativamente cerca de una clínica privada. Los tres sobrevivían recolectando latas y botellas, y vendiéndolas por un poco de dinero. Un buen día podía significar unos cinco mil pesos, lo cual les permitía comprar cerveza y vino.

Pedro nació en Talcahuano, hijo de un obrero de la industria del acero. Cuando adulto, consiguió varios trabajos, se casó y tuvo dos hijos. A mediados de los 80 perdió su empleo, comenzó a beber y presentó algunos problemas con la ley. Su matrimonió terminó. En 1987 se mudó a Santiago a trabajar en una fábrica con su hermano menor. En 1990 la fábrica cerró. Después de eso, la vida fue cuesta abajo para él, y a mediados de los 90 comenzó a vivir en las calles.

---

el estatuto de principio, es evidente que, como condición del ser humano, constituye un referente tanto para la bioética como para el bioderecho. Un atributo ontológico puede y debe ser juridificado si uno de los objetivos del bioderecho es proteger garantías fundamentales de las personas.

Por lo mismo, en trabajos anteriores, y en críticas a lo que he llamado "concepción ingenua del bioderecho" he propuesto cambiar el nombre del principio a "respeto por la vulnerabilidad" lo que sí expresa un mandato del cual emergen obligaciones y derechos de índole recíproca.

Es interesante señalar que mi sugerencia fue acogida por el creador de los principios, el académico danés Peter Kemp, quien en una conferencia dictada en Santiago de Chile, en marzo de 2015, indicó explícitamente que recepcionaba mi propuesta y argumentos, y que, en adelante, llamaría al principio como yo sugería.

ii El concepto "final de la vida" se asocia no solo a pacientes ancianos en condiciones de enfermedad, sino que también, y de modo importante, a enfermos terminales de cualquier edad.

La mañana del 2 de julio de 2013, Pedro daba vueltas por las calles de Independencia, en su acostumbrada labor de recolección, cuando sintió un dolor agudo en el pecho y comenzó a toser sangre. Más tarde se sintió tan enfermo y débil que no podía moverse. Su amigo Juan lo dejó sentado en la cuneta y cruzó la calle hasta la clínica en busca de ayuda. En ese lugar le informaron que, de acuerdo a las políticas de la institución, ningún médico o enfermera estaba autorizado a dejar la Sala de Urgencias para ayudar a alguien en la calle. "Eso podría ser contraproducente con la misión de la Sala de Urgencias, además de una pérdida de tiempo" señaló el encargado de relaciones públicas del centro hospitalario. Ante eso, Juan pidió la ayuda a un carabinero, quien llamó a una ambulancia, la cual, acudió al lugar diecisiete minutos después.

En este punto, las versiones colisionan. Juan señala que Pedro agonizaba y deliraba, sin saber siquiera dónde estaba y qué estaba diciendo. Los paramédicos afirman que estaba lúcido y reportaron que rechazó cualquier tipo de asistencia médica. Ellos abandonaron el lugar y lo dejaron donde estaba. "No tenemos un mecanismo para forzar a alguien a recibir asistencia médica y obligarlo a ir a un hospital" señalaron los paramédicos.

Un poco después de las 7 de la mañana del día siguiente, Juan y Diego encontraron a Pedro inconsciente y llamaron de nuevo a una ambulancia. Luego de un rato, los paramédicos llegaron al lugar y declararon a Pedro muerto a las 7:37 AM. Pero su cuerpo no fue recogido. Otros brazos de la burocracia de la ciudad se hacen cargo de eso. Esa mañana el cuerpo de Pedro yació en la acera por más de cuatro horas, tal como lo había hecho las últimas 15 horas de su vida.

3. Bioética y vulnerabilidad social al final de la vida

3.1. Deliberación bioética y vulnerabilidad

Un análisis deliberativo riguroso debe considerar ciertos elementos clave de juicio, como punto de partida para el razonamiento y la consecuente toma de decisiones en bioética. Primero, determinaré por qué el caso es moralmente relevante o qué lo hace digno de consideración moral. Este ejercicio proporciona referentes valorativos básicos para comenzar el proceso de deliberación basados en la categoría de vulnerabilidad social al final de la vida. En segundo término, identificaré los principales hechos ocurridos que pueden representar antecedentes relevantes para una optimización de los modelos de salud y cuidado para adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad. En tercer lugar, expondré conflictos entre principios o teorías éticas que señalen la necesidad cierta de especificar la vaguedad de la norma general que el sistema sigue en estos casos, dentro de reglas menos abstractas que redundarán en una mayor calidad del cuidado al final de la vida.

3.1.1. Relevancia moral del caso

El relato señala controversias particularmente importantes con relación a diferentes categorías morales *prima facie*, notablemente cercanas al concepto de vulnerabilidad social, tales como justicia, dignidad, autonomía, y discriminación:

a. ¿Recibió Pedro oportuno tratamiento de acuerdo con los mínimos estándares de dignidad?

b. ¿Fue la dignidad de Pedro comprometida? ¿Murió, al menos, con dignidad?

c. ¿Habrá influido la condición de vagabundo y pobreza de Pedro en la atención e interés que recibió por parte de los profesionales de la salud involucrados?

d. ¿Estaba Pedro lúcido mentalmente al momento en que presumiblemente rechazó la atención? ¿Cuáles limitaciones podrían haberse constatado? ¿Eran esas limitaciones suficientes para considerarlo menoscabado en su autonomía o bien, substancialmente autónomo?

e. ¿Fue Pedro informado de los riesgos asociados al rechazo de atención médica? Con respecto a este punto, relevante para el análisis del caso, se puede recordar el caso Truman v. Thomas (1980), de gran incidencia en la literatura bioética mundial posterior, cuya sentencia estableció que el deber de informar no es solamente para tratamientos que la persona consiente, sino que también para aquellos que rechaza:

> En algunas jurisdicciones, un paciente debe ser informado de los riesgos asociados al rechazo del tratamiento. En este caso, un médico, el Dr. Thomas, no explicó adecuadamente al paciente, Sra. Truman, los riesgos asociados al rechazo de someterse a un Papanicolaou. Cuando un paciente rechaza un tratamiento, terapia, intervención o procedimiento, la Corte señala que existe un deber de informar acerca de los riesgos materiales que toda persona razonable querría conocer. La Corte basa su afirmación en la identificación de una obligación fiduciaria, sustentada en la dicotomía entre el conocimiento del médico y la falta de conocimiento del paciente. Debe recordarse que el Dr. Thomas no estaba involucrado en una transacción de libre competencia con la Sra. Truman. Claramente, él estaba obligado a proporcionarle toda la información necesaria para que ella sostuviera o cambiara su decisión (no someterse a un Papanicolaou). (Suprema Corte de California, 1980)

f. ¿Puede o debería aplicarse este precedente jurisprudencial al análisis del caso en cuestión?

g. ¿Es la discriminación, en este caso por condición socio-económica, un elemento que puede haber influenciado el comportamiento de los profesionales de la clínica y de la ambulancia?

h. ¿No siendo Pedro un contribuyente, debería haber tenido la misma atención que una persona que sí paga sus impuestos? ¿Tenía él los mismos derechos que los otros si no observaba los mismos deberes?

La lista de preguntas no es exhaustiva pero, al menos, recalca las principales controversias que el caso plantea y que, de uno u otro modo, pueden influir e influenciar la deliberación. Por lo tanto, es posible concluir por ahora, que el escenario descrito encierra una conflictividad y relevancia moral importante, y que el de Pedro, es un caso insigne de vulnerabilidad social al final de la vida.

3.1.2. Hechos

Entre los hechos a considerar en el proceso de deliberación, deberían destacarse:

a. Pedro tuvo diferentes trabajos durante su vida.

b. Tuvo un matrimonio que fracasó y dos hijos que no volvió a ver.

c. Perdió su empleo promediando los años ochenta.

d. Luego trabajó, por un tiempo, en una fábrica de acero.

e. Se convirtió en una persona en situación de calle a mediados de los noventa, después de que la fábrica cerró.

f. Vivió en la calle con sus amigos hasta su muerte.

Desde una perspectiva narrativa, estos datos son relevantes para sancionar la vulnerabilidad de Pedro. Muy probablemente, él nunca desarrolló un proyecto existencial continuo, y la fractura del proyecto de vida individual tiene consecuencias determinantes para el ser humano por cuanto éste deja de ser lo que alguna vez había decidido ser. Esto implica menoscabo de la autonomía y de la capacidad de autodeterminación, lo cual señala un vacío existencial que es muy difícil subsanar con alguna otra actividad[4]. Además, la capacidad para tomar decisiones razonables y plausibles puede verse mermada considerablemente.

g. La mañana del 2 de julio de 2013, Pedro sentía dolor agudo, escupía sangre y estaba demasiado débil como para moverse por sí mismo. El hecho es digno de considerarse porque es, al menos, dudoso que una persona en su condición sea capaz de tomar decisiones autónomas, sobre todo si consideramos la regla de entendimiento en el principio de Respeto por la Autonomía que señala, como una de las condiciones de cumplimiento del principio, el comprender substancialmente lo que se informa y lo que está pasando.

h. El personal de urgencias de la clínica rechazó ayudar a Pedro aludiendo a las políticas del establecimiento que indican que “podría ser contraproducente con la misión de la Sala de Urgencias, además de una pérdida de tiempo”.

i. Cuando Pedro rechaza la atención las historias colisionan. Juan dice que Pedro deliraba, y los profesionales de la ambulancia indican que estaba lúcido. Sin embargo, su comportamiento no fue consistente con lo que evaluaron en el momento.

3.1.3. Situaciones de contexto

Más allá de los hechos concretos acaecidos, hay otras consideraciones que deberían tomarse en cuenta en el proceso deliberativo. Éstas se explican por la fuerza de sus propias implicaciones.

j. Testigos señalaron que la ambulancia permaneció solo seis minutos con Pedro antes de determinar que su pensamiento era coherente y dejar el lugar. ¿Es ese tiempo suficiente para concluir tal cosa?

k. El SIDA es una fuente importante de ansiedad y temor entre los profesionales de la salud. Siendo Pedro una persona en situación de calle y bebedor, quizás consumidor ocasional de drogas, había cierta posibilidad de que quienes lo atendieron hubiesen experimentado dicha ansiedad o temor, evitando así el contacto físico, especialmente al ver que Pedro estaba escupiendo sangre profusamente.

l. Pedro recolectaba latas para venderlas por algo de dinero. Ésta era una labor permanente que él realizaba. ¿Es posible que haya tenido tétanos y ése hubiese sido el origen de su condición?

m. Antes de volverse un vagabundo, Pedro trabajó en varias fábricas. En los setenta y ochenta, los estándares de seguridad y protección laboral en Chile no eran muy desarrollados, por lo tanto, es probable que Pedro hubiese tenido alguna infección pulmonar de larga data o, lisa y llanamente, cáncer.

n. Pedro cargaba con el estigma de ser un "vagabundo". Es posible que tal condición haya influido en el actuar de la clínica y los paramédicos.

o. La clínica era una institución privada, con fines de lucro, y Pedro era una persona en situación de calle que no ganaba un salario ni pagaba impuestos.

3.1.4. Conflictividad moral

El caso plantea diversos conflictos al nivel de principios y teorías éticas que son muy relevantes para constatar cómo funcionan las redes de salud en Chile. En primer lugar, el principio de respeto por la autonomía señala como norma general la autodeterminación. Para que esta capacidad sea constatada en términos procedimentales, deben cumplirse ciertas reglas bien definidas en bioética: información, entendimiento, intencionalidad, voluntad, conciencia (lucidez), ausencia de coacción externa y posibilidad de una decisión subrogada. Una pregunta central es: si Pedro estaba consciente, ¿por qué los profesionales de la ambulancia no se aseguraron de que se cumplieran las reglas de autonomía identificadas y definidas en bioética? Pedro no fue informado de las consecuencias de su decisión; nadie confirmó que conociera y entendiera los eventuales efectos de rechazar la atención; no hubo tampoco posibilidad de una decisión subrogada, entre otras reglas que no fueron observadas. Con respecto a esta última regla, los paramédicos podrán decir que ellos tomaron la decisión ante la ausencia de algún pariente, amigo o conocido de Pedro que estuviera en condiciones de lucidez para decidir. Sin embargo, ese sería un argumento retórico ya que nunca hubo decisión subrogada por el simple hecho de que no se constató procedimentalmente la presencia de ninguna de las otras reglas mencionadas.

En segundo término, el principio de no maleficencia consagra como norma general el no hacer daño. Aquí el análisis depende del proceso de especificación. Por el lado de la clínica, ellos argumentaron precisamente una regla de no maleficencia para no prestar ayuda a Pedro: el hacerlo podría haber sido perjudicial para los pacientes de la clínica. Sin embargo, al mismo tiempo, permitieron que las condiciones de sufrimiento y finalmente, la muerte de Pedro, ocurrieran, lo cual podría ser considerada como una actitud ciertamente maleficente. En cuanto a los paramédicos, podemos ver claramente una colisión entre los principios de no maleficencia y respeto por la autonomía. Ellos se consideraron impedidos de violentar la presunta decisión autónoma de Pedro pero tampoco ejecutaron ninguna acción de beneficencia y no evitaron ninguna de no maleficencia.

En tercer lugar, el principio de beneficencia señala como norma general el hacer el bien. Es importante aquí señalar que este principio debe entenderse, como una obligación profesional de carácter utilitarista (5). Es claro que ninguna regla de beneficencia fue observada en este caso, ni por la clínica ni por los paramédicos: hacer el bien, prevenir el mal, remover condiciones que provoquen daño al paciente, ayudar a personas con problemas, y rescatar personas en peligro. Por su parte, el principio de justicia que otorga criterios para la distribución de beneficios y cargas en los asuntos de salud y tratamiento médico, lleva a preguntarnos: ¿Recibió Pedro la mejor atención posible? ¿Fueron cumplidas las reglas de justicia especificadas en bioética? ¿Fue Pedro discriminado? ¿Tuvo acceso a una adecuada y oportuna atención médica? ¿Tuvo la misma oportunidad de acceder a los beneficios del sistema de salud que cualquier otra persona en Chile? ¿Tuvo la opción de ser considerado bajo la norma de compensación por desventajas, como Beauchamp y Childress plantean, siguiendo a Rawls?

Ahora, con respecto a las teorías éticas en juego, podemos analizar el caso, al menos desde dos de ellas: la deontología kantiana y el utilitarismo. Al considerar la primera formulación del imperativo categórico[iii], debemos preguntarnos si querríamos un mundo donde las reglas de la clínica que derivan en el hecho de no ayudar a una persona que agoniza justo al frente del establecimiento, fueran universalizadas y llevadas al extremo, y también si esas reglas de comportamiento profesional particular deberían considerarse como incondicionales y ser observadas con preeminencia respecto de normas de carácter más universal y vinculante moral y jurídicamente. Si tomamos la segunda formulación del imperativo[iv], ahora la pregunta es si Pedro fue considerado un fin en sí mismo y tratado con dignidad, o si fue cosificado en su condición de ser humano.

Por otro lado, si analizamos el caso desde una perspectiva utilitarista, la actuación de los funcionarios de la clínica podría justificarse a la luz del principio del mayor bien para el mayor número. Ciertamente, el despliegue de recursos y de tiempo era contrario a dicha norma general, al menos en el caso de Pedro, más aun si consideramos que él no significaba ninguna contribución para la sociedad, sino que una minoría marginal, nominalmente insignificante. Sin embargo, la conflictividad presente en el caso no se agota con la contradicción entre estos criterios de corrección moral. Podemos observar, más en específico, otras colisiones y controversias importantes:

i. Si consideramos el procedimiento del consentimiento informado, no hay ninguna claridad sobre si la decisión de Pedro fue intencional y voluntaria, y hay elementos de juicio suficientes como para pensar que no fue debidamente informado en el lugar, de las consecuencias de su presunta decisión. Ahora bien, si Pedro estaba delirando, producto de su estado crítico de salud, no podemos hablar de ninguna decisión posible. En esa circunstancia, el protagonista de nuestra historia debía considerarse irrefutablemente incapaz de ejercer algún tipo de autodeterminación en la toma de una decisión tan importante. Una decisión autónoma debe ser una decisión informada, comprendida, intencional, lúcida y voluntaria, al menos; y si esas reglas no se cumplen, el principal involucrado tiene el derecho de ser subrogado.

ii. Respeto por la autonomía v. Justicia: desde la perspectiva de las obligaciones que ambos principios plantean, el deber de respetar la presunta decisión autónoma de Pedro, observado por los paramédicos, colisiona con su deber de otorgar un adecuado y oportuno tratamiento.

iii. Respeto por la autonomía v. No maleficencia: El derecho de Pedro de rechazar el tratamiento, y el

[iii] "Actúa siempre de tal manera que puedas querer que la máxima de tu acción se transforme siempre en ley universal".

[iv] "Actúa siempre de tal manera que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de otro, siempre como un fin y no solamente como un medio".

consecuente deber de los paramédicos de respetar esa decisión choca irremediablemente con el deber profesional de no hacer daño, consagrado en las reglas de no maleficencia "no permitir dolor o sufrimiento", no privar a los otros de los bienes de la vida" y "no imponer a un paciente siquiera el riesgo de daño".

iv. Respeto por la autonomía v. Beneficencia: El derecho, eventualmente ejercido por Black, de rechazar la atención médica, entra en conflicto con el deber de los paramédicos de remover las condiciones que puedan causar dolor o sufrimiento.

v. No maleficencia v. Beneficencia: El deber de no hacer daño colisiona con el primer deber de beneficencia que es respetar y defender el derecho de los pacientes.

vi. Beneficencia v. Beneficencia: las reglas de hacer el bien, remover condiciones de dolor y sufrimiento, y promover la salud chocan con la regla de respetar el derecho de los pacientes.

vii. Utilitarianismo v. Respeto por la autonomía: Sacrificar una minoría marginal con el fin de proteger los recursos que benefician a la mayoría colisiona con el derecho de ejercer la autonomía sin coacción externa y de no estar obligado a llevar a cabo acciones supererogatorias.

3.2. Los principios de ética biomédica como referentes deliberativos para la toma de decisiones al final de la vida

¿Fue moralmente correcto negarle ayuda a Pedro (clínica) y en virtud de una presunta decisión autónoma, dejarlo morir en la calle (paramédicos)? Con el objeto de ganar aún más claridad y, sobretodo, objetividad en el análisis, puede ser conveniente en este punto profundizar la estrategia de razonamiento, llevando a cabo dos pasos bien importantes desde el punto de vista procedimental: i) hacer especificaciones adicionales, y ii) hacer uso del método del balance moral.

3.2.1. Especificaciones adicionales

Llevando a cabo estas especificaciones adicionales intento resolver conflictos entre a) diferentes principios (v.gr. respeto por la autonomía y no maleficencia; respeto por la autonomía y beneficencia), b) Diferentes interpretaciones de un principio (v.gr, respeto por la autonomía). Por lo tanto, principios que colisionan e interpretaciones que difieren deben ser enfrentados con nuevos hechos y razonamientos, con el fin de solucionar el conflicto moral en juego.

a) No maleficencia

La siguiente especificación del principio de no maleficencia (paramédicos) puede resolver el conflicto con el principio de respeto por la autonomía. La línea argumentativa debería ser como sigue: 1. Agonizar y morir en la calle, sin ningún tipo de ayuda médica, cuando ésta se encuentra disponible, y sin ser trasladado a un centro asistencial, es indigno para un ser humano, si y solo si, expresa desconsideración e irrespeto por la persona en cuestión. 2. Respetar una presunta decisión autónoma de una persona agonizante de rechazar atención de urgencia, a costa de una muerte sin dignidad ni acompañamiento, ciertamente muestra desconsideración e irrespeto por la vida y carácter de fin en sí mismo del enfermo. 3. Omitir informar al enfermo de las eventuales consecuencias de rechazar atención de

urgencia, contando con los elementos de juicio suficientes para determinar su gravedad e inminente muerte, muestra desconsideración e irrespeto por su persona.

a.1) Beneficencia

Una solución al conflicto entre el principio de respeto por la autonomía y el principio de beneficencia podría lograrse a través de las siguiente especificaciones: 1. No ayudar al paciente que agoniza en la calle, respetando una supuesta decisión autónoma de rechazar el tratamiento, atenta contra el deber fundamental de beneficencia, si y solo si, ese acto provoca más perjuicios que beneficios. 2. El no hacer el bien a Pedro (no prestarle ayuda ni atención mientras agoniza en la calle) provocó más perjuicios que beneficios para él (una muerte sin dignidad). 3. Hacer el bien al paciente constituye una de las obligaciones más fundamentales de los profesionales de la salud. 4. Como obligación profesional fundamental, su poder vinculante, tanto en lo ético como en lo legal, es superior a reglas procedimentales particulares de un hospital privado. 5. No hacer el bien al paciente que agoniza en la calle representa supeditar un valor de carácter categórico a uno de índole hipotética.

b) Respeto por la autonomía

Este principio señala dos tipos de especificaciones que son opuestas desde el punto de vista moral. La primera parece, al menos, justificar procedimentalmente el actuar de los paramédicos. La segunda, sanciona el acto como moralmente inadmisible. Veamos cuál de ellas tiene más peso específico para imponerse en este caso. La primera opción podría especificarse de la siguiente manera: 1. Respetar la autonomía de un paciente representa un deber profesional de carácter absoluto, si y solo si, el paciente es un adulto y está lúcido. 2. De acuerdo a los paramédicos, Pedro estaba lúcido al momento de rechazar el tratamiento, sin perjuicio de que su decisión fue intencional, voluntaria y sin mediar coacción externa. 3. Un paciente adulto y lúcido tiene el derecho de rechazar un tratamiento o atención médica, y los profesionales tienen el deber positivo de respetar esa decisión. 4. Respetar la decisión de Pedro mostró respeto por su dignidad y autonomía.

La segunda opción puede especificarse así: 1. Respetar la autonomía de un paciente representa un deber profesional de carácter absoluto, si y solo si, el paciente es un adulto, está lúcido, ha sido completamente informado acerca de las eventuales consecuencias de su decisión y ha entendido substancialmente lo informado. 2. Pedro no fue informado acerca de las eventuales consecuencias de su decisión, lo cual relativiza el cumplimiento del principio de respeto por la autonomía. 3. Al relativizarse el principio de respeto por la autonomía, la obligación de respetar la decisión de Pedro pierde su carácter de absoluta. 4. Respetar la decisión de Pedro mostró desprolijidad profesional. 5. La desprolijidad profesional redundó en su abandono sin adminístrale ningún tipo de ayuda. 6. Su abandono implica desconsideración e irrespeto por su dignidad y condición de enfermo agonizante y colisiona con obligaciones profesionales categóricas, como la no maleficencia y la beneficencia. Por lo tanto, a la luz de estos razonamientos, parece que las alternativas de argumentación más plausibles son aquellas que muestran que es difícil justificar el actuar de los paramédicos.

3.2.2. Balance moral

La autonomía personal queda supeditada a las obligaciones de no maleficencia, beneficencia y justicia. Beauchamp y Childress definen el balance moral *(Balacing)* como:

> El proceso de encontrar razones para respaldar creencias acerca de cuáles normas morales deberían prevalecer. El balance moral está particularmente relacionado con los pesos relativos y las fortalezas de las diferentes normas morales, mientras que la especificación se preocupa primariamente de su alcance (5).

Un modo sistemático para que el enfoque principialista aborde conflictos como el presente caso, en el cual, podemos encontrar distintas especificaciones para un mismo principio, es el balance moral. Siguiendo este meta procedimiento podemos encontrar razones válidas para concluir que, en este caso, la autonomía personal (asumiendo incluso que Pedro haya estado lúcido al momento de rechazar el tratamiento) debe quedar supeditada a las obligaciones de no maleficencia, beneficencia y justicia. El respeto por la autonomía individual, como una obligación profesional, juega un rol muy importante en la práctica médica, pero no debería adquirir un valor absoluto si ese respeto merma la dignidad de un paciente y lo somete al daño directo, al riesgo de daño o sufrimiento, o como en este caso, redunda en su muerte. Además, estando el derecho a la autodeterminación y al acceso adecuado y oportuno al sistema de salud, sustentados en dos valores *prima facie* de moral común, equivalentes en teoría (señalan principios de rango constitucional) y autoevidentes a todos aquellos comprometidos con la moral y las leyes, la especificación y el balance moral muestran que el supeditar la obligación de justicia al derecho a la autonomía implica la ocurrencia de consecuencias gravísimas que violan las obligaciones de no maleficencia y beneficencia.

Sin embargo, como el balance moral también podría ser parcial o arbitrario, Beauchamp y Childress proporcionan seis criterios para reducir la intuición, la parcialidad y la arbitrariedad en dicho proceso (5). Para justificar la supeditación del principio de autonomía a los otros tres principios, puedo citar tres condiciones de posibilidad identificadas y definidas por los teóricos estadounidenses:

1. *El objetivo moral que justifica el irrespeto de una norma tiene reales posibilidades de lograrse* (condición 2). En este caso, el objetivo de otorgarle a Pedro una muerte digna, tenía grandes posibilidades de lograrse, aunque aquello implicara no respetar su decisión.

2. *No hay disponibles mejores cursos de acción desde el punto de vista moral* (condición 3). De acuerdo a las especificaciones realizadas, parece no haber mejores alternativas morales que intentar salvar la vida de Pedro o, en su defecto, proporcionarle una muerte con dignidad.

3. *La mínima infracción de un principio ha sido elegida, con relación a alcanzar el objetivo primordial de la acción* (condición 4). En este caso, el balance entre no respetar la autonomía de Pedro y salvarle la vida o permitirle una muerte digna, muestra un componente residual que desequilibra la ecuación en favor del objetivo de beneficencia perseguido. Hecho el balance moral, entonces, se puede concluir que habría sido más aceptable moralmente ayudar a Pedro que dejarlo morir en la calle.

4. ¿Qué es la ética del sistema de salud?

Basado en análisis desplegado precedentemente, propongo definir un sistema de salud, público o privado, como el instrumento institucional que cultiva la ética de promover y proteger la salud, previniendo enfermedades, mejorando la calidad de vida y el acceso equitativo y oportuno a la salud para todos los individuos de la sociedad. Siendo los objetivos de un sistema de salud y de la medicina clínica en general, incrementar el bienestar, y mientras la medicina clínica utiliza la acción individual y la intervención para la consecución del bienestar individual, el sistema de salud utiliza, al menos en teoría, un enfoque eminentemente social para conseguir el bien de la comunidad. Los principios empleados para determinar cuáles programas valen la pena ser implementados y cuáles no, han evolucionado a través del tiempo. La elaboración de dichos referentes es un interés creciente en el campo de la ética de la salud pública (6). Sin embargo, la mayoría de los autores solo han propuesto un modelo basado en criterios utilitaristas o comunitaritas. Hemos visto en el análisis del caso llevado a cabo precedentemente, que dichos criterios pueden desembocar en efectos perniciosos para la salud y cuidado de los más vulnerables, por lo que otro abordaje se hace necesario. Siguiendo el modelo principalista en bioética, propongo los siguientes criterios para generar mayor justicia en el sistema de salud, evitar la discriminación, y optimizar los procedimientos de contención y cuidado en las poblaciones socialmente vulnerables al final de la vida:

- ***Efectividad:*** Un sistema de salud debe dar prueba de ser efectivo en la prevención o mitigación de situaciones de vulnerabilidad social en salud. Por ejemplo, debería estar preparado para responder en casos de emergencia de pacientes en condiciones de vulnerabilidad social y marginalidad; para ello, deben diseñarse y regularse protocolos específicos para actuar en dichos casos, los cuales bajo ningún punto de vista pueden dar preeminencia a reglas procedimentales intrahospitalarias sobre principios fundamentales o garantías constitucionales.

- ***Proporcionalidad:*** Cualquier vulneración de normas o estándares morales (como no otorgar atención a un vagabundo agonizante, por ejemplo) en que el sistema incurra debe estar justificada en función de notables y visibles beneficios que pueden obtenerse ejecutando la misma acción. Como la infracción mentada en el caso estudiado es de carácter fundamental, a saber, vulnera principios y valores protegidos por la Constitución política y la doctrina de los derechos humanos, es claro que nunca un sistema de salud debería preterir el cuidado y atención de una persona vulnerable socialmente solo por presentar dicha condición.

- ***Necesidad:*** La intervención desplegada por el sistema de salud debe producir resultados que no pueden obtenerse en virtud de ninguna otra acción, esto es, el nexo causal entre la acción del sistema y el resultado beneficioso debe ser de carácter necesaria.

- ***Justificación pública:*** Como cualquier intervención en salud, tanto pública como privada, eclosiona en efectos sociales, las políticas procedimentales y regulativas de cualquier institución de salud, así como la imposición o implementación de aquellas, necesitan estar basadas en un debate desarrollado en el espacio público, que considere en su cálculo, a todos aquellos potencialmente afectados por dichas políticas, esto es, todos los ciudadanos.

- ***Reciprocidad:*** La sociedad – las instituciones de salud privadas, como parte de ella – tiene la obligación de mitigar las cargas impuestas por la salud pública, cuando esta es deficiente o deficitaria en atender todas las necesidades de todos los individuos vulnerables socialmente.

- ***Transparencia:*** De modo análogo a la justificación pública, este principio o criterio requiere la deliberación pública para determinar las leyes, reglas y regulaciones de los sistemas de salud, la responsabilidad pública por la imposición o implementación de esas reglas, y la evaluación de su efectividad e impacto social.

5. Conclusiones

En el caso estudiado, las especificaciones realizadas a los principios involucrados demuestran, con una aceptable plausibilidad, que ni las acciones (u omisiones) de la clínica, ni la decisión de los paramédicos de no prestar ninguna ayuda a Pedro, abandonando el lugar, pueden ser justificadas desde el punto de vista bioético. Efectivamente, a la luz del proceso deliberativo racional llevado a cabo, parecía mucho más razonable y plausible prestar ayuda a Pedro, sobre todo considerando que era una persona agonizante con una capacidad de ejercer la autodeterminación, probablemente bastante disminuida, muy vulnerable socialmente, y con su dignidad en riesgo cierto de ser menoscabada.

Es claro, que ni la clínica ni los paramédicos respetaron los mínimos principios éticos para brindar la atención y el cuidado que Pedro necesitaba, al menos, para morir con dignidad. Su actuar no fue eficaz, ni proporcionado, ni tampoco respetó las normas básicas de beneficencia, no maleficencia y justicia.

Aunque no completamente, la vulnerabilidad social al final de la vida es producto de desigualdades esenciales instaladas en la estructura y súper estructura social, a saber, el universo de factores sociales que influencian o conforman la susceptibilidad de variados grupos al daño severo y que no tienen la capacidad de responder por sí solos ante el peligro, ni tampoco poseen la habilidad de gobernar esa respuesta.

Las vulnerabilidades sociales (son muchas), especialmente aquellas su suscitadas en el ámbito de la salud, y muy especialmente las relativas a personas ancianas, enfermas y marginales, han sido profusamente ignoradas, mayormente debido a la dificultad para cuantificar sus verdaderos efectos, en una sociedad donde los marginales, pese a su presencia en el espacio público, son comúnmente preteridos en el discurso oficial. Así, la vulnerabilidad social emerge de la interacción dialéctica de fuerzas en colisión, como por ejemplo, los fines de lucro y el derecho constitucional a la salud pública, y de la presencia de múltiples estresores. Incluso cuando un individuo, socialmente vulnerable, es capaz de romper el "círculo de la vulnerabilidad", la vulnerabilidad social pervive ya que la estructura social y política, en vez de disminuirla, la refuerza.

Sin perjuicio de lo anterior, la vulnerabilidad social al final de la vida no reside solo en sí misma, a saber, en factores *per se*, como las condiciones objetivas de ancianidad, enfermedad y marginalidad del caso estudiado, por ejemplo, sino que también, y muy especialmente, en la sensibilidad y resiliencia de un sistema de salud preparado para hacerse cargo de ella.

Una simple contrastación empírica y la aplicación de modelos conceptuales básicos, llevan a concluir que un sistema de salud ineficiente, esencialmente injusto e ineficaz, acentúa las brechas sociales, porque aunque todos los

grupos humanos están intrínsecamente expuestos al peligro de la enfermedad y la muerte, no todos son vulnerables socialmente, ya que poseen distintas capacidades y habilidades para manejar el impacto de las contingencias ambientales y convencionales que se presentan en la cotidianidad. Así, el concepto de vulnerabilidad social ha sido a menudo, asociado con el concepto de desastre, en todas sus expresiones, a saber, natural, medioambiental y socio-político, lo cual implica que la vulnerabilidad posee además, un componente extrínseco, que supera la capacidad de cálculo del individuo vulnerable. Uno de los elementos centrales de ese dispositivo exógeno puede ser, ciertamente, un sistema de salud precario, no solo en lo procedimental sino que también, en lo ético.

El acceso a la salud y la atención en salud en Chile, así como las posibilidades de optar a un sistema de calidad no son equivalentes. Los sesgos sociales son evidentes, y la prestación está mediada por una constelación multifactorial de situaciones que siempre redundan en perjuicios para las subpoblaciones más vulnerables. Ser anciano en Chile ya es difícil, pero serlo en condiciones de enfermedad y de marginalidad puede llegar a ser, también, un desastre.

6. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe del concepto de vulnerabilidad y de este grupo vulnerable?

- La dimensión normativa de la vulnerabilidad tiene su inauguración disciplinaria el año 2000, al ser integrada como uno de los cuatro principios de la bioética y el bioderecho europeo.
- La eclosión epistémica del concepto de vulnerabilidad emerge bajo la configuración de un mandato prescriptivo que ordena el respeto y protección de la condición intrínsecamente feble, falible y mortal del ser humano, el cual, concebido como individuo biológico, psicológico y social, es vulnerable y, como tal, está expuesto a daños, riesgos y amenazas.
- Aunque no completamente, la vulnerabilidad social al final de la vida es producto de desigualdades esenciales instaladas en la estructura y súper estructura social.
- La vulnerabilidad social emerge de la interacción dialéctica de fuerzas en colisión, como por ejemplo, los fines de lucro y el derecho constitucional a la salud pública, y de la presencia de múltiples estresores.
- Incluso cuando un individuo, socialmente vulnerable, es capaz de romper el "círculo de la vulnerabilidad", la vulnerabilidad social pervive ya que la estructura social y política, en vez de disminuirla, la refuerza.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- La expresión de la vulnerabilidad social al final de la vida y su impacto en la esfera de la salud es multiforme, y el despliegue de sus efectos coloniza distintos ámbitos de impacto social y cultural, entre los que destacan:
  a. Las construcciones y deconstrucciones sociales de la salud,
  b. Los derechos y obligaciones que emergen de la implementación de un sistema de salud,
  c. Pobreza,

d. Experimentación con seres humanos y consentimiento informado,

e. Eutanasia y suicidio asistido en pacientes terminales,

f. Muerte y agonía al final de la vida, tanto en ancianos como en enfermos terminales

g. Salud y justicia al final de la vida,

h. Calidad del cuidado en salud al final de vida y,

i. Cuidado y atención de pacientes ancianos marginales al final de la vida.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social y de salud?

- Siendo los objetivos de un sistema de salud y de la medicina clínica en general, incrementar el bienestar, y mientras la medicina clínica utiliza la acción individual y la intervención para la consecución del bienestar individual, el sistema de salud utiliza, al menos en teoría, un enfoque eminentemente social para conseguir el bien de la comunidad.
- Los principios empleados para determinar cuáles programas valen la pena ser implementados y cuáles no, han evolucionado a través del tiempo. La elaboración de dichos referentes es un interés creciente en el campo de la ética de la salud pública y la mayoría de los autores han propuesto un modelo basado en criterios utilitaristas o comunitaritas.

4. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Las vulnerabilidades sociales, especialmente aquellas su suscitadas en el ámbito de la salud, y muy especialmente las relativas a personas ancianas, enfermas y marginales, han sido profusamente ignoradas, mayormente debido a la dificultad para cuantificar sus verdaderos efectos, en una sociedad donde los marginales, pese a su presencia en el espacio público, son comúnmente preteridos en el discurso oficial.
- La vulnerabilidad social al final de la vida no reside solo en sí misma, a saber, en factores *per se*, como las condiciones objetivas de ancianidad, enfermedad y marginalidad del caso estudiado, por ejemplo, sino que también, y muy especialmente, en la sensibilidad y resiliencia de un sistema de salud preparado para hacerse cargo de ella.
- El acceso a la salud y la atención en salud en Chile, así como las posibilidades de optar a un sistema de calidad no son equivalentes. Los sesgos sociales son evidentes, y la prestación está mediada por una constelación multifactorial de situaciones que siempre redundan en perjuicios para las subpoblaciones más vulnerables.

Referencias

1. O'Keefe P, Westgate K, Wisner B. Taking the naturalness out of natural disasters. Nature 260. 1989.

2. Rendtorff JD, Kemp P. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability--towards a foundation of bioethics and biolaw. Medicine, health care, and philosophy. 2000;5(3):235-44. PubMed PMID: 12517031.

3. Villalón G, Farías O. Adultos Mayores. Vulnerabilidad al riesgo de muerte 2002-2010 Santiago2007. Available from: WWW.INE.CL.

4. Puentes L. Daño a la salud: Doctrina y jurisprudencia en Colombia. Un análisis crítico para su optimización. 1° ed. Popayán: Ediciones Universidad del Cauca; 2014.

5. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7° Edicion ed: New York, Oxford University Press; 2013.

6. Kass NE. An ethics framework for public health. Am J Public Health. 2001 Nov;91(11):1776-82. PubMed PMID: 11684600. Pubmed Central PMCID: 1446875.

Acerca del autor

Erick Valdés, PhD

Ph.D. *(Phil),* y Postdoctorado en Bioética, Georgetown University, USA. Postdoctorado en Bioderecho, Washington College of Law, USA. Master of Arts *(Bioethics)*, Georgetown University, USA. Director Cátedra Internacional de Bioderecho, UDD. Actualmente es Profesor Titular del Centro de Bioética y Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Adjunct Research Professor, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, USA. Visiting Professor, American University of Sovereign Nations, UNESCO, USA. Es presidente International Network of Biolaw, autor de 12 libros (5 de ellos en inglés) y más de 60 artículos publicados en revistas de corriente principal, sobre bioética, bioderecho, derechos humanos, y filosofía política, entre otras materias.
Email: erickvaldes@udd.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud al final de la vida en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

Nota: Las recomendaciones presentadas a continuación abordan la temática de la vulnerabilidad social al final de la vida desde una perspectiva de sistemas de salud y enfocadas hacia adultos mayores en situación de marginalidad. Esto se relaciona íntimamente con el énfasis desarrollado en el capítulo que lleva el mismo nombre, dedicado a profundizar en vulnerabilidades sociales y sus implicancias éticas acerca del final de la vida en este grupo particular.

1. **Generar Recursos Humanos capacitados y especializados:** Fortalecer la implementación de programas de formación y especialización de trabajadores de la salud, con marcado énfasis en el trato del adulto mayor vulnerable, con especial consideración en aquellos enfermos y en situación de marginalidad social. Por ejemplo, considerar políticas que incentiven el desarrollo y mantención de especialistas formados en geriatría en los centros de atención primaria, además del fortalecimiento de equipos multidisciplinarios para la atención de estas personas.

2. **Fortalecer el problema en la agenda pública:** Desarrollar e implementar plataformas epistemológicas focalizadas en la discusión de la vulnerabilidad en salud al final de la vida en Chile, por ejemplo seminarios y workshops, así como, establecer vínculos de relacionamiento y trabajo conjunto en el problema, con entidades dedicadas a la investigación y solución del problema.

3. **Insertar nuevos elementos de sensibilización en cultura sanitaria:** Sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la población general acerca de las necesidades de salud (física, emocional y social) de los adultos mayores vulnerables, en condiciones de enfermedad y de marginalidad. Algunas estrategias asociadas:

   (i) Establecer, desde el modelo de atención primaria en salud, estrategias que permitan visibilizar a los adultos mayores vulnerables y a otros grupos enfrentados al final de la vida;

   (ii) Desarrollar objetivos sanitarios focalizados en el grupo específico.

4. **Fortalecimiento, regulación y monitoreo de hogares para ancianos en Chile:** es importante revisar la legislación y regularización vigente en Chile en torno a los centros de estadía de adultos mayores, que no siempre cuentan con los mínimos sanitarios y de dignidad para el cuidado y apoyo de personas adultas mayores en situación de calle. Existen hoy reconocidos hogares estatales de buena calidad como los del SENAMA, pero no existen en todas las regiones del país. Se requiere además mayor supervisión y vigilancia de estas instituciones, de manera de garantizar la protección social y de salud de personas mayores en situación de vulnerabilidad social.

5. **Desarrollo de espacios protegidos de larga estadía, al interior de los recintos asistenciales para adultos mayores vulnerables al final de la vida:** además del punto anterior, es importante reconocer que los adultos mayores que viven en situación de calle, desarrollan patologías propias de su grupo etario. Dichas patologías, a su vez, se complejizan luego de la atención sanitaria, pues deben regresar a su condición de calle con todo el deterioro físico, mental y de daño a la dignidad que esta situación produce.

6. **Instalar espacios cotidianos adaptados para el adulto mayor vulnerable, que permitan potenciar y/o desarrollar capacidades remanentes:** la situación de vulnerabilidad en adultos mayores, en la gran mayoría de los casos está teñida de desesperanza y pérdida de autoestima, por lo cual, el desarrollo de actividades que potencien y fortalezcan la recuperación de la confianza en sí mismos, influirá positivamente en su estado de salud general (por ejemplo, Centros Día o dispositivos sociales análogos).

7. **Visibilizar al adulto mayor vulnerable, como sujeto de derecho en el ámbito sanitario:** si bien constitucionalmente se garantiza la protección de la salud, y el Estado asegura el libre e igualitario acceso, es momento de considerar que muchos de nuestros adultos mayores (particularmente vulnerables y en situación de calle), no cuentan siquiera con la opción de "acceder". El olvido tiene a muchos de ellos postrados, sin posibilidades de desplazarse hasta un centro hospitalario. Es necesario ir al encuentro de ellos, sumar dignidad y servicio.

8. **Investigación:** En apoyo de lo señalado en el punto 2, generar evidencia consistente que permita un trabajo eficiente y eficaz con relación a las diversas necesidades de los adultos mayores vulnerables.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Erick Valdés**, PhD y Postdoctorado en Bioética y Bioderecho. Director Cátedra Internacional de Bioderecho, UDD. Profesor Titular del Centro de Bioética y Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Adjunct Research Professor, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, USA. Visiting Professor, American University of Sovereign Nations, UNESCO, USA, erickvaldés@udd.cl
- **Javiera Flaño**, Médico cirujano, MSc Salud Global, Asesora técnica en Salud, Fundación América Solidaria, jflano@americasolidaria.org
- **Loreto Vidal**, Enfermera y abogada, docente de la Universidad Andrés Bello, de la Universidad San Sebastián, de la Universidad de las Américas, especialista en Diálisis, trabaja en ONG Corporación Hallazgos en Concepción dedicada a personas en situación de calle, loreto.vidal.hernandez@gmail.com
- **Isabel Lacalle**, Directora ejecutiva Corporación Nuestra Casa, isabel.lacalle@nuestra-casa.cl

- **Báltica Cabieses**, PhD, Profesora Titular Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, bcabieses@udd.cl

1. ¿Por qué este tema es importante?

- Aunque no completamente, la vulnerabilidad social al final de la vida es producto de desigualdades esenciales instaladas en la estructura y súper estructura social.
- La vulnerabilidad social emerge de la interacción dialéctica de fuerzas en colisión, como por ejemplo, los fines de lucro y el derecho constitucional a la salud pública, y de la presencia de múltiples estresores.
- Incluso cuando un individuo, socialmente vulnerable, es capaz de romper el "círculo de la vulnerabilidad", la vulnerabilidad social pervive ya que la estructura social y política, en vez de disminuirla, la refuerza.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- La expresión de la vulnerabilidad social al final de la vida y su impacto en la esfera de la salud es multiforme, y el despliegue de sus efectos coloniza distintos ámbitos de impacto social y cultural, entre los que destacan:

a. Las construcciones y deconstrucciones sociales de la salud,

b. Los derechos y obligaciones que emergen de la implementación de un sistema de salud,

c. Pobreza,

d. Experimentación con seres humanos y consentimiento informado,

e. Eutanasia y suicidio asistido en pacientes terminales,

f. Muerte y agonía al final de la vida, tanto en ancianos como en enfermos terminales

g. Salud y justicia al final de la vida,

h. Calidad del cuidado en salud al final de vida y,

i. Cuidado y atención de pacientes ancianos marginales al final de la vida.

- Siendo los objetivos de un sistema de salud y de la medicina clínica en general, incrementar el bienestar, y mientras la medicina clínica utiliza la acción individual y la intervención para la consecución del bienestar individual, el sistema de salud utiliza, al menos en teoría, un enfoque eminentemente social para conseguir el bien de la comunidad.
- Los principios empleados para determinar cuáles programas valen la pena ser implementados y cuáles no, han evolucionado a través del tiempo. La elaboración de dichos referentes es un interés creciente en el campo de la ética de la salud pública y la mayoría de los autores han propuesto un modelo basado en criterios utilitaristas o comunitaritas.

3. ¿Qué hace falta por mejorar?

- Las vulnerabilidades sociales, especialmente aquellas su suscitadas en el ámbito de la salud, y muy especialmente las relativas a personas ancianas, enfermas y marginales, han sido profusamente ignoradas, mayormente debido a la dificultad para cuantificar sus verdaderos efectos, en una sociedad donde los marginales, pese a su presencia en el espacio público, son comúnmente preteridos en el discurso oficial.
- La vulnerabilidad social al final de la vida no reside solo en sí misma, a saber, en factores *per se*, como las condiciones objetivas de ancianidad, enfermedad y marginalidad del caso estudiado, por ejemplo, sino que también, y muy especialmente, en la sensibilidad y resiliencia de un sistema de salud preparado para hacerse cargo de ella.
- El acceso a la salud y la atención en salud en Chile, así como las posibilidades de optar a un sistema de calidad no son equivalentes. Los sesgos sociales son evidentes, y la prestación está mediada por una constelación multifactorial de situaciones que siempre redundan en perjuicios para las subpoblaciones más vulnerables.
- Hace falta fortalecer la implementación de programas de formación y especialización de trabajadores de la salud, con marcado énfasis en el trato del adulto mayor vulnerable, con especial consideración en aquellos enfermos y en situación de marginalidad social.
- También sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la población general acerca de las necesidades de salud (física, emocional y social) de los adultos mayores vulnerables, en condiciones de enfermedad y de marginalidad.

SECCION III

Situaciones y Grupos Específicos

Capítulo 1

Vulnerabilidad social ante Desastres Naturales

Andrea Vásquez, MSc

Coordinadora de Investigación CIGIDEN, Facultad de Ingeniería,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Paula Repetto, PhD

Profesor Asociado, Escuela de Psicología Investigadora Principal CIGIDEN,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Sylvia Ramis, BSc

Psicóloga de la Salud, Personal de Apoyo Investigación, CIGIDEN

Resumen

La vulnerabilidad social ante desastres naturales es un concepto complejo que ha sido abordado desde distintas disciplinas. Esto ha complejizado aún más el concepto y ha añadido dificultades a su medición, la cual es relevante cuando enfrentamos comunidades y territorios expuestos a amenazas naturales crecientes, como el caso de Chile. Sin embargo, la exposición a la amenaza debe ser considerada para comprender y evaluar la vulnerabilidad social ante desastres, a esto se suman distintas características de los distintos grupos humanos y del espacio en el que habitan, que permiten entender cuáles son las consecuencias para la sociedad. Por esta razón, las preguntas que orientan este trabajo son las siguientes: ¿Qué se define como vulnerabilidad social? ¿Qué hace que unos grupos humanos sean más vulnerables que otros ante desastres naturales? En la literatura la vulnerabilidad es medida incluyendo elementos de condiciones sociales y económicas de las personas y las comunidades y que permiten caracterizar a los grupos que se ven expuestos a estos eventos. La vulnerabilidad social ante desastres no sólo nos permite saber dónde se encuentran los grupos más vulnerables, sino que además nos plantea el desafío de saber cómo contribuir a mejorar su preparación para responder de manera más efectiva antes, durante y después de ocurrido un desastre especialmente enfocado en estos territorios y grupos de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: desastres naturales, vulnerabilidad social en desastres, grupos vulnerables, indicadores de vulnerabilidad

1. Introducción

Distintas fuentes de información muestran que los desastres naturales han ido en aumento en las últimas décadas alrededor del mundo (1-3). Chile no ha estado ajeno a esta tendencia. En las últimas décadas, nuestro país se ha visto expuesto a un número importante de desastres de distinta naturaleza, principalmente terremotos, incendios, inundaciones -incluyendo inundaciones por tsunami-, tendencia que se espera se mantenga en el tiempo (1-3). Los desastres naturales tienen importantes consecuencias humanas, económicas y sociales para las personas, las comunidades y la sociedad en general, las cuales están ampliamente descritas en la literatura (4-6). Sin embargo, así como se reconocen estas consecuencias, también se señala que los desastres naturales no afectarán de la misma manera a todas las personas y comunidades (7, 8). Sabemos que existen grupos que sufrirán más consecuencias cuando estos eventos ocurran. A este fenómeno se le ha denominado vulnerabilidad social en desastres naturales. Este capítulo intenta dar cuenta de que existen condiciones previas que ponen a personas y ciertos grupos humanos a mayores riesgos cuando se ven expuestos a desastres naturales.

Este es el problema que se espera abordar en el siguiente capítulo: ¿Los desastres naturales afectan a las personas de diferentes grupos humanos de manera similar o distinta? En términos específicos se espera responder a tres preguntas para mostrar cómo los desastres naturales afectan a distintos grupos de personas y por qué es importante tener presente este concepto, en particular cuando pensamos en las consecuencias que tienen estos desastres para la salud, y en general para la vida de las personas. Primero, ¿Se ven todas las personas afectadas de la misma manera cuando ocurren desastres naturales? Si no es así ¿Existen condiciones o circunstancias que hagan que unos sean más vulnerables? En tercer lugar, ¿Qué sabemos respecto a estas vulnerabilidades, las variables que la explican, y las maneras en las cuales se da cuenta de las consecuencias que producen en personas y grupos?

Para poder responder a estas preguntas, el presente capítulo está organizado de la siguiente manera. Primero partimos con una breve descripción histórica de desastres naturales ocurridos en Chile en el último siglo y cómo se han visto afectados distintos grupos humanos expuestos a estos eventos, de manera de ilustrar preliminarmente esta vulnerabilidad en nuestro país. Para eso destacaremos estadísticas locales que dan cuenta de este problema. Luego presentaremos distintos enfoques y énfasis respecto del concepto de vulnerabilidad social y en la manera como se ha abordado el problema, para continuar con una descripción de resultados de investigación que han abordado la vulnerabilidad social en contextos de desastres y algunos indicadores que se han desarrollado para identificar a estos grupos. El capítulo se cierra con una breve discusión respecto de algunas preguntas que debieran ser abordadas en el futuro.

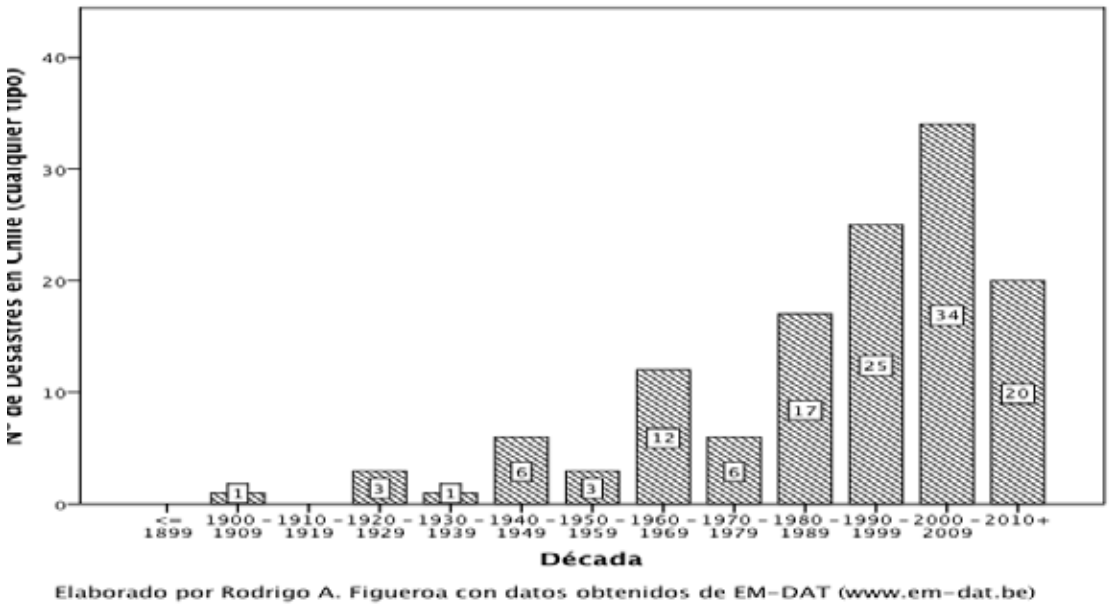
Para efectos de este capítulo tomaremos como base dos definiciones de vulnerabilidad social, las cuales han sido adoptadas y utilizadas por distintas organizaciones y Estados para desarrollar estrategias y políticas orientadas a la reducción del riesgo y para enfrentar las amenazas naturales. Ambas definiciones son amplias, destacan el rol que tienen condiciones previas para explicar la vulnerabilidad, pero una enfatiza una perspectiva más colectiva y la otra una más individual. En primer lugar, la definición propuesta por el Programa de Reducción de Desastres de las Naciones Unidas, propone la vulnerabilidad social como *las condiciones que están determinadas por factores o procesos físicos, sociales y económicos, los cuales aumentan la susceptibilidad de una comunidad a los impactos que se dan frente a amenazas* (9). Una segunda definición es la propuesta por otro programa de las Naciones Unidas (Programa para el Desarrollo) que define la vulnerabilidad social en desastres naturales como *la condición o proceso humano que está determinado por factores físicos, sociales, económicos y ambientales, que determinan la probabilidad y el nivel de daño por la exposición a una amenaza particular* (10). Son estas dos definiciones las que han adoptado diversos países con el objetivo de orientar y guiar los acuerdos que toman las naciones para hacer frente a los desastres. Sin embargo, no son las únicas. A lo largo del capítulo, mencionaremos otras definiciones importantes que se han utilizado para dar cuenta de este fenómeno y en la medida que nos ayuden a entender qué sabemos respecto a la vulnerabilidad social en desastres naturales y sus distintos énfasis y mediciones.

Hoy en día la vulnerabilidad social es un concepto clave en la organización de la respuesta de emergencia para poder identificar a los grupos que necesitan diferente tipo de ayuda, debido a que es más probable que se vean afectados y tengan más dificultades para poder recuperarse. En definitiva, que se vean más afectados que otros en todas las etapas del ciclo del desastre (11).

2. Desastres naturales en Chile durante el último siglo y su relación con la vulnerabilidad social

Chile se ha visto expuesto a distintos desastres naturales en las últimas décadas. Algunas estadísticas sugieren que estos fenómenos han ido en aumento en el tiempo y que además han variado en su naturaleza. En la Figura 1, se presentan el número de desastres que han ocurrido a partir de la década de los ‘70 en Chile. Se observa que la mayor cantidad ha ocurrido en las dos últimas décadas.

Figura 1. Distribución de desastres en Chile en el último siglo (12)



*De acuerdo a em-dat (13) los desastres naturales incluyen: sequía, terremoto, desastre epidemiológico, temperatura extrema, inundación, deslizamiento de tierra, tormenta, actividad volcánica, incendios. Para el caso de los desastres tecnológicos, también incluidos en la figura, se considera: accidentes industriales (explosión, derrame de sustancias químicas, derrame de petróleo, accidentes de transporte (terrestre, marítimo, aéreo), desastres misceláneos (colapso, fuego, otros). Además de lo anterior, para ser considerado desastre tienen que cumplir alguno de los siguientes requisitos: 10 o más personas muertas, 1.000 o más afectados, llamado oficial de ayuda internacional, o declaración de Estado de Emergencia.

En el último siglo, han ocurrido 30 terremotos, los cuales han producido la muerte de más de 50.000 personas y han afectado a más de 9 millones de personas (cifra acumulada, lo que equivale a más de la mitad de la población residente actualmente en Chile), generando un costo de recuperación de aproximadamente 20 billones de pesos chilenos (USD 34,000 millones, (13)). Este es el desastre en el cual se han visto afectadas el mayor número de personas.

El segundo desastre natural con más víctimas corresponde a las inundaciones. Estas han ocurrido en 37 ocasiones durante el último siglo, pero han producido la muerte de menos personas comparado con los terremotos (total de 1.164) (9). Han afectado a 1,6 millones de personas (en relación a los terremotos representan prácticamente un 20%). El costo de recuperación post inundación ha sido bastante menor, llegando a casi 600 millones de pesos (USD 900,000 (13)). Los desastres que les siguen en frecuencia corresponden (en orden descendente) a tormentas (13), incendios (10), olas de calor extremas (9), erupciones volcánicas (7), remoción en masas (4), sequía (2).

Estas estadísticas muestran que los desastres naturales han afectado y seguirán afectando a la población, con las consecuencias que tienen para los individuos, comunidades y la sociedad (14). Los expertos señalan que esta tendencia se mantendrá en el tiempo y continuaremos viéndonos expuestos a estos eventos (1-3). Por lo tanto es importante diseñar e implementar estrategias que permitan mitigar los efectos de estos desastres y preparar mejor a la población. A esto se suma la necesidad de incorporar esta noción de vulnerabilidad que nos permita reconocer quienes van a necesitar más ayuda y responder de manera efectiva (14).

3. Desastres naturales en Chile y consecuencias en la población: algunas estadísticas disponibles

Si revisamos información disponible respecto de los efectos que han tenido los desastres naturales ocurridos en el último siglo en Chile, es posible observar que éstos no han sido los mismos para todas las personas. Los datos y la literatura muestran que algunas personas son más vulnerables que otras cuando estos eventos ocurren.

A partir de la información disponible en estudios, documentos oficiales y a partir de estadísticas disponibles respecto del terremoto del 27 de febrero del 2010, podemos vislumbrar algunas diferencias en la manera como se vieron afectados distintos grupos. López Tagle y Santana Nazarit (2011) (15) concluyen en un estudio que evaluó la capacidad de respuesta del sistema de salud después de este terremoto, que los grupos que se vieron más afectados por este desastre fueron adultos mayores, niños, discapacitados y enfermos crónicos. Esto lo explican por las dificultades que tuvo el sistema para dar respuesta a sus necesidades debido a cierta falta de preparación y planificación previa. En esta misma línea las estadísticas del Servicio Médico Legal muestran que el 40,4% de las personas que fallecieron después de este terremoto fueron adultos de 60 años o mayores (16). En un estudio realizado en una muestra de 1.624 cuidadores de niños entre los 30 y 48 meses, seis meses después de este mismo terremoto, se encontró una mayor prevalencia de estrés post-traumático en aquellas personas con discapacidad (14,4% versus 8,3%) y en aquellas con un diagnóstico previo de depresión (36,4% versus 24,4%) (17). Todas estas estadísticas muestran la mayor susceptibilidad para adultos mayores y niños.

Los resultados de la encuesta CASEN Terremoto muestran que las mujeres presentan tasas más altas de estrés post traumático comparado con los hombres (14,% versus 6,4%) (18). Lo mismo pasa con las personas de los quintiles más bajos de ingreso. Estas estadísticas son preocupantes porque son estos últimos grupos quienes tendrán más dificultades para acceder a tratamiento (15). En este mismo informe, se muestra que es más probable que personas del quintil más pobre hayan experimentado destrucción o daño en su vivienda comparado con personas de los otros quintiles de ingreso. Esto sugiere que la condición socioeconómica es un factor importante que da cuenta de la mayor o menor susceptibilidad de las personas cuando se ven expuestas a desastres naturales (18). Algo similar se describe en relación a personas que viven en zonas rurales versus urbanas. En el informe sobre reconstrucción (19) que se elaboró después de este mismo terremoto, se señala que las poblaciones rurales se vieron proporcionalmente más afectadas. Por ejemplo, en la zona rural el 70,3% de las viviendas afectadas fueron declaradas inhabitables, mientras un 53,3% de viviendas en zonas urbanas afectadas. En este mismo informe, se reporta que son las mujeres quienes se vieron más afectadas que los hombres después del terremoto, durante los períodos de respuesta como de recuperación, debido a que asumieron un rol importante de cuidado a otros y porque se respondió de manera menos efectiva a las necesidades de las mujeres. Además, las mujeres se vieron expuestas a otros eventos secundarios, como violencia, entre otros, con alta frecuencia después del terremoto y durante todo el período de reconstrucción (20).

Lo interesante de estos resultados es que muestran que la vulnerabilidad social no está solamente vinculada a condiciones socioeconómicas, sino también a otros factores, como grupo etario, discapacidad y género, factores que reflejan la naturaleza multidimensional de la vulnerabilidad (7). También muestran que, en Chile, tal como ocurre en otros países, estos desastres no han afectado de igual manera a todas las personas y, que existen grupos que podrían considerarse más susceptibles a sufrir las consecuencias de estos eventos. Son grupos y personas que deberían considerarse más vulnerables. Lamentablemente, la investigación en Chile en este tema ha sido casi inexistente y sabemos poco respecto a estos grupos. Inclusive las estadísticas disponibles son limitadas.

En las siguientes secciones discutiremos el concepto de vulnerabilidad y cómo puede ser utilizado para comprender por qué algunas personas se ven más afectadas que otras en todas las etapas del ciclo del desastre: preparación, respuesta, recuperación, mitigación (20).

4. Vulnerabilidad social en desastres naturales: desarrollo del concepto, unidades de análisis para su estudio e indicadores de medición

A pesar de que los primeros registros que existen de terremotos y otros eventos naturales datan de hace 400 años (2), y que se reconoce que las zonas expuestas a desastres son vastas y los grupos afectados son diversos, el desarrollo del concepto de vulnerabilidad y la necesidad por caracterizarla es relativamente reciente. Surgió durante las últimas décadas del siglo XX, en los años '70 como respuesta a una orientación que enfatizaba el concepto de amenaza en la evaluación de las consecuencias de los desastres naturales y que tomaba en cuenta muy poco factores humanos en las propuestas para la reducción del riesgo (21). Desde este enfoque, los eventos naturales eran vistos como eventos de ocurrencia aleatoria y que afectaban transversalmente a personas y comunidades.

Los investigadores, al introducir el concepto de vulnerabilidad y, particularmente de vulnerabilidad social en situaciones de desastres, intentaban dar cuenta de las diferencias en la susceptibilidad de personas, grupos y comunidades cuando se ven expuestos a estos eventos, y de las mayores dificultades que pueden presentar para recuperarse. Al introducir este concepto ellos destacan que la amenaza permite explicar parcialmente la vulnerabilidad de personas y comunidades y, que para poder comprenderlo en toda su dimensión es necesario considerar otros elementos y en particular aquellos que reflejan su situación social (22). De manera adicional, estos autores destacaron que los desastres naturales ocurren por una interacción entre amenazas de la naturaleza y la acción de las personas (7) y por lo tanto la dimensión social debe estar siempre presente en la formulación de estrategias orientadas a reducir, mitigar el riesgo y para responder a estos eventos de manera eficaz.

A través del concepto de vulnerabilidad se intenta subrayar que cuando ocurre un desastre, las pérdidas no serán a las mismas para todas las personas. Este mayor riesgo para algunas personas da cuenta de inequidades ya existentes dentro de una sociedad, y que reflejan diferencias de cómo y dónde viven las personas, entre otros factores (23). Estas personas o grupos vulnerables, frente a eventos naturales, tienen mayores riesgos de morir, enfermarse, presentar síntomas de trastornos mentales, tener mayores pérdidas económicas, más dificultades para recuperarse, entre otras consecuencias negativas. En definitiva de verse más afectado que otros, y no solo de manera inmediata,

también en las etapas posteriores. Por esa razón, es importante caracterizar a grupos y personas vulnerables en términos de sus características individuales, y en relación al contexto en donde viven (7, 24, 25), destacando algunas características sociodemográficas y personales (por ejemplo, edad, discapacidad) y de características/elementos de su entorno (por ejemplo, acceso a infraestructura, calidad del aire, y la composición del barrio en donde habitan) permiten mejorar la respuesta y ayuda que se entrega.

A pesar de que es un concepto relativamente nuevo, en la literatura se han propuesto más de 30 definiciones de vulnerabilidad ante desastres naturales[i]. Solo para mencionar algunas de estas definiciones, Cardona (2001) (26) por ejemplo, propone que la vulnerabilidad se entiende como una carencia o déficit que subyacen a procesos políticos, económicos y sociales, y que pone en mayor riesgo a algunas personas o grupos, de modo que las condiciones sociales y del entorno son claves para poder entender la vulnerabilidad (26).

Cannon y colaboradores (2003) (9), por otro lado, proponen que la vulnerabilidad social incluye una serie de características individuales, incluyendo la condición de bienestar previa, los recursos materiales y capacidad para recuperarse, las acciones para mitigar y protegerse del individuo como de la sociedad, y de las redes sociales y de poder a las cuales puede acceder. En esta definición, los autores enfatizan aspectos que se relacionan con el individuo y sus características y las condiciones en las cuales vive. Susan Cutter (1997) (27), quien es una de las investigadoras más reconocida en esta área, define vulnerabilidad social como la posibilidad de que una persona y/o un grupo se vean afectados y sufran consecuencias negativas asociadas a una amenaza. Para esta autora, esto se explica por una interacción entre lugar dónde se da la amenaza y las condiciones sociales de la comunidad. Para ella, la amenaza es solo un elemento que ayuda a entender las consecuencias que pueden tener desastres naturales, mientras que la vulnerabilidad reconoce la importancia que tienen condiciones económicas, físicas, políticas y sociales que son desiguales y que ponen a personas y/o grupos a mayor o menor riesgo frente a amenazas naturales.

Tal como señala Cutter (1993) (28) en la mayoría de las definiciones se hace referencia a las condiciones previas que hacen que personas y grupos a ser más susceptible a verse afectados cuando ocurren desastres naturales. Las diferencias están dadas por el énfasis que se da a otros elementos adicionales. Algunas definiciones destacan el proceso de respuesta y afrontamiento a estos eventos que se da en una sociedad y que de alguna manera da cuenta de los recursos y condiciones previas que pueden o no influir en los resultados finales. Otras definiciones reconocen ambos elementos y el rol que tiene la interacción entre el evento, el entorno construido y social para dar cuenta de lugares (físicos y/o sociales) en los cuales las consecuencias de los desastres pueden ser mayores. Las definiciones adoptadas por las Naciones Unidas intentan dar cuenta de esta interacción.

Independiente de estos distintos énfasis, existe consenso entre los autores que la vulnerabilidad se asocia a una pérdida potencial por parte de los individuos y las comunidades, cuando enfrentan un desastre natural y durante todas las etapas del ciclo del desastre. También coinciden en que la vulnerabilidad, no es solo una caracterización social, sino que es clave reconocer el rol de las condiciones sociales, económicas, materiales, físicas y del entorno vivido. Todas estas condiciones se conjugan para dar cuenta de cuán preparadas están las personas y comunidades, como enfrentan estos eventos, las consecuencias y como se da el proceso de recuperación. En estas definiciones también se intenta enfatizar el carácter multi-dimensional del constructo y por lo tanto de la importancia que juegan

[i] Katharina Thywissen en su glosario incluye 36 definiciones de vulnerabilidad frente a desastres naturales. Ver: http://www.webcitation.org/5uKeY3sGL

factores de distinto nivel: individual, colectivo, social, etc. Para poder entender esta vulnerabilidad en las personas y comunidades es necesario incorporar elementos que dan cuenta de la capacidad para responder al evento (por ejemplo, evacuar de manera eficaz), hasta cómo llevar a cabo el proceso de recuperación (21). Esto hace que sea un concepto complejo y difícil de evaluar/medir (7, 29).

Por esa razón, para evaluar la vulnerabilidad de las personas y comunidades es importante incluir variables que den cuenta de las condiciones personales y colectivas de las personas y comunidades antes de la ocurrencia del desastre, entre éstas las condiciones iniciales de bienestar, condiciones de vida y de recuperación, autoprotección, protección social y de la comunidad (por ejemplo, estrategias de mitigación) y redes sociales y políticas, además del lugar en el cual habitan (30). Todas estas condiciones de base permiten comprender la vulnerabilidad y cómo personas, comunidades y grupos sociales se ven afectados tras un desastre natural.

Los estudios que han abordado la vulnerabilidad social han encontrado de manera sistemática que personas de nivel socioeconómico bajo sufren más cuando ocurren desastres naturales independiente de la unidad de análisis a partir de la cual se mida, es decir como un indicador individual o colectivo (31). Los autores concuerdan en señalar que la clase social es el factor que contribuye de manera más importante a la vulnerabilidad social (32). En este factor se reconoce el rol que juegan el ingreso económico, la educación, los ahorros y la posibilidad de acceder a recursos de distinto (por ejemplo, económico, político, social) tipo al verse enfrentados a desastres naturales (33). El status social también refleja la capacidad que tienen las personas y comunidades para enfrentar el desastre y recuperarse más o menos rápido y potencialmente para acceder a espacios de poder que ayuden a mejorar su respuesta frente a estos eventos. Por ejemplo, en un estudio realizado en Nueva Orleans con personas que fueron afectadas por el Huracán Katrina, muestra que si bien, las inundaciones afectaron a un número grande de personas, sin discriminar por condición socioeconómica, los autores encontraron que las condiciones socioeconómicas previas influyeron en la capacidad de respuesta y en la recuperación posterior. Las personas de nivel socioeconómico bajo se demoraron mucho en recuperarse y volver a reconstruir una vez que pasó la emergencia (34).

La investigación en vulnerabilidad social también muestra que mujeres, niños, adultos mayores y discapacitados son otros grupos vulnerables. En el caso de las mujeres, se explica por las condiciones de trabajo más precarias, pero también por el rol de cuidador que deben asumir dentro y fuera de la familia, cuyas demandas aumentan después de ocurrido un desastre (35-41). Por otro lado, niños y adultos mayores dependen de otras personas para poder responder a estos eventos, condición que puede afectar la respuesta inmediata al evento. Los adultos mayores pueden presentar problemas de movilidad, audición y otras limitaciones físicas que, por ejemplo interfieran en la recepción de los mensajes de alerta y en la conducta de evacuación en casos de inundaciones y tsunamis (31, 42-44). También se reconoce que un porcentaje importante de adultos mayores, cerca del 80%, presenta alguna enfermedad crónica que puede interferir en el proceso de preparación, respuesta y recuperación frente a un desastre natural (45). Más aún, según Mokdad y colaboradores (2005) (46), los problemas crónicos de salud pueden verse exacerbados cuando ocurren desastres naturales, en particular por problemas secundarios producidos por el desastre (por ejemplo, falta de agua potable, problemas en el alcantarillado, aumento de enfermedades infecciosas), por estresores secundarios asociados, por dificultades para acceder a cuidado médico habitual, discontinuidad en el tratamiento, entre otros factores (46). En esta misma línea, en algunos estudios, se ha descrito la interrupción en los tratamientos de pacientes con enfermedades crónicas. En un estudio realizado en Japón después de una inundación que afectó a más de 3000 familias, se encontró que un 9% de los pacientes entrevistados que estaban en tratamiento

por alguna enfermedad crónica interrumpió su tratamiento después de ocurrido el desastre. Este porcentaje fue mayor, en un 23%, entre las personas que evacuaron. Ellos no estaban preparados para llevar sus fármacos y tuvieron problemas para acceder al tratamiento posteriormente y, dentro de ese grupo, fueron los adultos mayores quienes eran más probable que interrumpieran su tratamiento que otros grupos (47).

En el caso de los niños, los investigadores sugieren que esta mayor vulnerabilidad se explica porque ellos pueden no disponer de herramientas para responder de manera efectiva frente a los desastres, ellos dependen de otros para subsistir, para tomar decisiones en estos eventos y del apoyo emocional que se les entregue (48). La literatura, si bien es más limitada, muestra este resultado de manera consistente, e investigadores como Bonanno y La Greca han abordado este problema con el objetivo generar propuestas para poder entregar las herramientas y la ayuda necesaria a este grupo (4). Un estudio realizado con más de 300 niños escolares que fueron expuestos al Huracán Andrew, encontraron que los síntomas de estrés post traumático presentes en las mediciones realizadas a los 3, 7 y 10 meses después del evento, dependieron de la exposición al evento y otros eventos secundarios, del apoyo social disponible y las estrategias de afrontamiento utilizadas (49). En otro estudio realizado después del tsunami ocurrido en Indonesia en el año 2004, los autores encontraron que el riesgo de mortalidad era más alto entre niños, adultos mayores y mujeres. Estos autores señalan que esta mayor tasa se explica por las mayores dificultades que ellos tuvieron para evacuar cuando ocurrió el tsunami, y debido a que muchos hombres estaban en el mar pescando, no se vieron afectados de igual manera por la ola y tampoco pudieron apoyar la evacuación de su familia (50).

En otro estudio realizado con niños que se vieron expuestos al Huracán Ike, los autores encontraron una relación entre estrés post traumático, sedentarismo y aumento de peso en niños expuestos. Ellos observaron que la exposición al evento, la amenaza percibida no solo se asoció con síntomas de estrés post traumático, pero también con un aumento en las conductas sedentarias y en la obesidad, un problema de salud que puede tener importantes consecuencias para los niños a largo plazo (51). Este estudio es interesante porque da cuenta de otras consecuencias en la salud a las cuales pueden verse expuestos los niños. En esta misma línea, Rath y colaboradores (2007) (52) estudiaron las consecuencias en la salud en 531 niños y adolescentes con y sin enfermedades crónicas después de verse expuestos al huracán Katrina. Los autores encontraron que los participantes con patología crónica, visitaron en tasas más altas servicios de salud y presentaron más sintomatología psicológica, comparado con aquellos sin problemas de salud previos (52).

Los discapacitados, así como los pacientes crónicos, son reconocidos como otro grupo vulnerable cuando ocurren desastres naturales. La investigación sugiere que las personas con discapacidad tendrán más dificultades para movilizarse y responder a las alertas. Muchos de ellos necesitan de la ayuda de otras personas para responder de manera efectiva a los desastres (53-55). También se muestra que la intensificación de los síntomas puede ser una consecuencia asociada a la exposición a los desastres dado que los cuidados de salud pueden verse interrumpidos (45). Ejemplo de esto, surge de un informe elaborado después de ocurrido el huracán Katrina en los Estados Unidos, en que muestra que las personas con discapacidad tuvieron pérdidas materiales importantes de elementos clave para su cuidado de salud (por ejemplo, casa, sillas de ruedas y otros elementos importantes para su cuidado), y comparado con personas sin discapacidad tuvieron más dificultades para poder volver a sus hogares y reconstruir (54). Pero se sabe menos de estos grupos y de las consecuencias asociadas por la exposición a desastres naturales.

Un grupo adicional que se reconoce como vulnerable corresponde a los inmigrantes y minorías étnicas, sin embargo, menos investigadores han estudiado a este grupo. La investigación muestra, por ejemplo, que la probabilidad de responder de manera efectiva frente a señales de alarma es menor en estos grupos y por lo tanto evacuar cuando es necesario es menor en el caso de inmigrantes (56). En otros estudios se señala que los inmigrantes están en mayor riesgo de verse afectados por las consecuencias de los desastres y durante el proceso de recuperación. Por ejemplo, en un estudio realizado en Texas, Estados Unidos, después de una inundación, se evaluaron las consecuencias en la salud de una muestra de 475 personas que se vieron afectadas por este desastre. Los investigadores encontraron que los inmigrantes reportaron tener más problemas de salud física y mental como consecuencia del desastre. Los investigadores señalan que esta mayor vulnerabilidad está explicada en parte por limitaciones por el idioma, dificultades para acceder al sistema de salud, y la condición de ilegalidad (57).

En resumen, la literatura en vulnerabilidad social sugiere que personas de nivel socioeconómico bajo, niños, adultos mayores, mujeres, discapacitados, enfermos crónicos e inmigrantes son más susceptibles a verse expuestos a las consecuencias de un desastre natural. Más aún, es probable, que estén menos preparados, se vean más expuestos a estresores secundarios y tomen más tiempo para recuperarse (para ver un resumen de los factores que inciden en la vulnerabilidad ante desastres por parte de los distintos autores, ver Tabla 1).

Tabla 1. Vulnerabilidad Social: Resumen de Factores y conceptos en la literatura

Concepto de vulnerabilidad	Factores implicados	Autor
Condiciones sociales y de entorno son claves para entender la vulnerabilidad	Carencia o déficit de: Procesos políticos, económicos y sociales (afectan diferenciadamente a grupos de personas)	Cardona, 2001(26)
Centrado en características individuales y, características y condiciones en las que vive cada individuo	Condición de bienestar previa a desastre, recursos materiales, capacidad de recuperación, acciones de mitigación y protección individual y social, redes sociales y de poder	Cannon et al (2003) (9)
Posibilidad de que una persona o un grupo de personas se vea afectado o sufran consecuencias negativas asociadas a una amenaza	Interacción entre el lugar de la amenaza y condiciones sociales de la comunidad (condiciones económicas, físicas, políticas y sociales desiguales)	Cutter (1997) (27)
Centrado en la clase social y su importancia en la vulnerabilidad social	Ingreso, educación, ahorros y posibilidad de acceder a recursos una vez que ocurre el desastre	Burton y Cutter (2008) (32), Masozera, Bailey, Kerchner, (2007) (34)

Centrado en interacción con nivel educacional de las personas	Nivel educacional, ingreso, situación laboral	Cutter, Buroff, Shirley (2003) (33)
Caracterización en grupos sociodemográficos: niños, adultos mayores y su interacción con consecuencias post desastre	Factores centrados en la dependencia de estos grupos respecto a otras personas, presencia de enfermedades crónicas	Mokdad et al (2005) (46), Cutter, Mitchell, Scott (2000) (31); Mileti, O'Brien (1992) (42); Hewitt (1997) (43); Ngo (2001) (44); Tomio, Sato, Mizumura (2010) (47)
Grupos vulnerables específicos: niños	Toma de decisiones, dependencia de otros para subsistir, apoyo emocional que se les entregue, consecuencia en salud física y mental (niños), apoyo en la evacuación familiar y rol de los hombres en comunidades pesqueras	Lagreca, Silverman, Vernberg, Pristein (1996) (49); Rofi, Doocy, Robinson (2006) (50); Lai, Lagreca y Llabre (2014) (51)
Grupos vulnerables específicos; discapacitados y pacientes crónicos	Dificultad en desplazamiento y responder a alertas, interrupción en cuidados de la salud en caso de pacientes crónicos	White et al (2006) (54); MacGuire et al (2007) (53); Rosenkoetter et al (2007) (55); Aldrich y Benson, (2007) (45)
Grupos vulnerables específicos: inmigrantes y minorías étnicas	Probabilidad de responder de manera efectiva a señales de alarma, evacuación, tiempos de recuperación, salud física y mental como consecuencia de los desastres, limitaciones en idioma, acceso a sistema de salud y condición de ilegalidad	Sorensen (2000) (56); Collins, Jiménes, Grineski (2013) (57)

Cutter y otros autores (25, 33, 58), sin embargo, destacan que elementos de nivel territorial son importantes de reconocer y caracterizar al intentar evaluar vulnerabilidad. Son factores que se relacionan con el ambiente construido y que juegan un rol importante en las pérdidas económicas, las lesiones y la mortalidad entre otras consecuencias. Entre estos factores, los autores destacan la proximidad a recursos de salud, que les permitan llegar rápidamente a buscar y encontrar ayuda. La disposición de infraestructura pública, ya sean caminos, agua potable y la calidad de cada uno de éstos. En comunidades más pequeñas, con recursos más limitados y una baja calidad de la infraestructura, las personas pueden verse más afectadas por el evento, y recibir ayuda más tardía por problemas de acceso. Esta variable de un nivel distinto y con indicadores de otro tipo hace más compleja la evaluación. En este sentido, uno de los desafíos más importantes para medir vulnerabilidad es caracterizar estas variables.

Cuantificar la vulnerabilidad social es un desafío en sí mismo, puesto que hay características que remiten a los individuos y agregarlos en unidades espaciales para poder generar una medición abordable implica no sólo un salto de escala, sino en lo que respecta a la vulnerabilidad vivida individualmente y en qué elementos se visibilizan. Es en este espacio de lo heterogéneo donde también se diferencia la exposición a un potencial evento, en donde conviven espacios con distintas vulnerabilidades y a las cuales se debe atender cuando ocurre un desastre por el impacto que pueda tener esta vulnerabilidad en fases posteriores de recuperación al mismo y que dan cuenta de los procesos de adaptación (19, 59). Uno de los desafíos más complejos con esta medición es poder clarificar a qué nivel de agregación es posible de medir y si permite caracterizar a distintas sociedades y las condiciones en las cuales se encuentran para poder determinar quiénes están mejor preparados y si es posible intervenir antes de que ocurran los eventos. Para dar cuenta de la complejidad del fenómeno y los aspectos centrales que involucra este tipo de vulnerabilidad, ver Tabla 2.

Tabla 2. Aspectos centrales de la vulnerabilidad social ante desastres naturales

Vulnerabilidad social da cuenta de características de personas y/o grupos que son más susceptibles de verse afectados en situaciones de desastres
Alude a la capacidad que tienen personas y comunidades para anticiparse, enfrentar, resistir y recuperarse
Afecta en todo el ciclo del desastre, no solamente en la exposición y en los efectos inmediatos, también en la recuperación, mitigación y preparación
Incluye distintos factores y no son únicos
Reconocer la importancia del ambiente construido y de la interacción con la naturaleza

En la medición de vulnerabilidad se reconocen al menos dos enfoques, uno que considera la vulnerabilidad ante desastres que indica el potencial de pérdida basado en elementos materiales y sociales, agregado territorialmente. El segundo enfoque busca evaluar la vulnerabilidad en su desagregación a nivel más individual y familiar como sugiere la literatura en desastres (60, 61). Si bien puede ser concebido como más simple, también requiere reconocer variables que son de nivel agregado y por lo tanto hace también compleja su evaluación.

5. La medición de la vulnerabilidad social y la creación de indicadores

En la literatura se han propuesto indicadores de vulnerabilidad ante desastres naturales y, en estos se ha consensuado la importancia de acoger la naturaleza multidimensional del concepto. En Cutter (2003) (7) y como lo han planteado los casos de estudio que se han realizado a la fecha, como Armas y Gavris (2013) o Zhou, Wu, Wu (2014) (25, 58), son un aporte sustantivo para la comprensión de la vulnerabilidad social ante desastres naturales. En estos casos de estudio se ha realizado un esfuerzo por cuantificar la vulnerabilidad incorporando variables demográficas y

sociodemográficas, pero además variables físicas del entorno en los cuales se localizan los asentamientos humanos. De esta manera se ha incorporado también una vulnerabilidad espacial (7) que considera características propias del territorio, tales como: crecimiento demográfico, tasas de urbanización, crecimiento económico en la medida de lo posible.

Entre los aspectos que se incluyen en la medición de vulnerabilidad social y en los que existe mayor consenso, están los siguientes: caracterización demográfica, condiciones de vivienda, educación y empleo (7, 29, 62-64). Estas características se distribuyen heterogéneamente en el territorio y es por eso que las inequidades sociales llaman la atención sobre la vulnerabilidad social (7, 24). A partir de lo anterior distintos estudios han complejizado el concepto en pos de incorporar la naturaleza multidimensional que caracteriza la vulnerabilidad. De este modo, Cutter 2003 (7) enfatiza en el aspecto de la interacción entre vulnerabilidad social y física. Esta vulnerabilidad recoge necesariamente las características del entorno. El acercamiento conceptual al medioambiente en este contexto ha sido a través de los aportes en ciencias ambientales, sobre todo en lo que va en el cálculo de indicadores de vulnerabilidad a través de metodología de evaluación multicriterio (25, 65). Dado que los indicadores de vulnerabilidad ante desastres naturales consideran la vulnerabilidad social y la física, dentro de la vulnerabilidad social los indicadores varían de un país a otro, pese a que existen indicadores que tradicionalmente han sido utilizados para medir vulnerabilidad social, los cuales son descritos a continuación.

Por una parte, los índices que se han utilizado más ampliamente con fines de caracterización y comparación espacio temporal de la vulnerabilidad social son el Índice de Desarrollo Humano (medido por país y actualizado en el tiempo, considera calidad de vida, ingreso per cápita, educación), Necesidades Básicas insatisfechas (creado para poder medir y comparar la vulnerabilidad social en países que conforman la Región Latinoamericana, considera acceso a servicios básicos, características de la vivienda, educación) y las Líneas de pobreza (que distingue entre hogares pobres y no pobres, indigentes y no indigentes). Estos indicadores han introducido mejoras metodológicas y han incrementado las variables consideradas con el tiempo, atendiendo también a la naturaleza multidimensional del concepto, cuestión que surge con más fuerza a partir de la década de los '70 cuando se desarrollan con más vigor los determinantes sociales de la salud y la hipótesis de que la pobreza, exclusión y deprivación no sólo dependen del ingreso (66).

Si bien la vulnerabilidad tiene que ver con la pobreza, no necesariamente las personas no pobres (basado en Línea de pobreza) no son vulnerables. Como se ha descrito, la vulnerabilidad es un concepto dinámico y complejo y aunque ha habido esfuerzos por rescatar esa complejidad incorporando nuevas variables, sigue siendo difícil de caracterizar.

6. Indicadores de vulnerabilidad social en contexto de desastres naturales y estudios de caso

La creación de indicadores de vulnerabilidad social aplicados a desastres naturales considera por una parte la teoría expuesta en indicadores de vulnerabilidad social en sí misma, pero también considera variables de entorno, dentro de los cuales destaca el aporte de las ciencias ambientales, por la naturaleza multidimensional del fenómeno. En este sentido, la vulnerabilidad social en desastres se ha intentado medir a través de indicadores en los cuales hay un relativo consenso en las variables básicas a considerar desde la vulnerabilidad social, pero que también tienen

que reflejar esa vulnerabilidad en tanto contexto construido y en los cuales se inserta la vulnerabilidad. De esta forma surge la vulnerabilidad propia de los lugares y que no solo son caracterizados como vulnerables por concentrar la vulnerabilidad social.

Dentro de los indicadores desarrollados para medir la vulnerabilidad ante desastres naturales destaca el aporte de Cutter (2003, 2008) (7, 24), estudios de caso que basados en Cutter (2003) (7) han variado las variables consideradas atendiendo al contexto del caso de estudio (25, 58, 67). El planteamiento esencial de Cutter (2003) (7) es que hay variables que caracterizan la vulnerabilidad en términos agregados, a pesar de que se refieren a características individuales demográficas y socioeconómicas, pero que también tienen relación con características del entorno, haciendo que no solo las personas sean vulnerables, sino los lugares también, pudiendo de esta manera diferenciar las vulnerabilidades de los lugares.

Así como en el acápite anterior se describieron los indicadores que han sido utilizados tradicionalmente para medir la vulnerabilidad social en América Latina y otras partes del mundo, en lo que respecta a vulnerabilidad ante desastres naturales, estudios de caso (25, 58, 67) han realizado un esfuerzo por medir esta vulnerabilidad a través de 2 indicadores principales: Índice de vulnerabilidad social (SOVI) y el Índice de vulnerabilidad multi-criterio espacial (SEVI). El cálculo de SOVI considera las siguientes dimensiones: riqueza o estado socioeconómico (ingreso, poder político, prestigio), densidad de entorno construido, dependencia económica del sector de producción en que se emplea la población, edad, stock de vivienda y régimen de tenencia (arriendo versus propietario de una propiedad), etnia, raza, ocupación, dependencia de infraestructura (crítica: puentes, agua, comunicaciones, alcantarillado), desarrollo comercial e industrial (densidad de construcciones destinadas a comercio e industria), desempleo (7). Variaciones al cálculo de este SOVI han surgido en estudios de casos, atendiendo a la particularidad de los mismos (25). El SEVI por su parte, incorpora variables obtenidas a través de la unidad espacial escogida (25). Además, la metodología subyacente difiere para ambos casos ya que supone que el SOVI es lineal y el SEVI es ponderado para cada variable. El peso de cada variable en el caso del SEVI es dado por modelos de análisis jerárquicos en toma de decisiones (65) y el input de variables está determinado por la unidad espacial existente (las variables incorporadas están dadas por el espacio considerado). Ambos índices se han utilizado comparativamente diferenciando la metodología de obtención de resultados, pero utilizando el mismo input de variables (25).

En el caso chileno, los esfuerzos por medir la vulnerabilidad social han permanecido intactos durante los últimos 20 años y ha sido reciente la incorporación de una mirada multidimensional del fenómeno, sobre todo en lo que respecta a los datos proporcionados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), que recientemente incorporó variables de vivienda, educación y salud (20). En otros casos de estudios internacionales, las escalas espaciales de medición también son más pequeñas que la escala comunal, llegando a lo más ampliamente usado que es el distrito censal, sin embargo otros estudios (58) también lo hacen a una escala mayor (provincia). Estos esfuerzos por medir la vulnerabilidad a distintas escala espaciales y con distintos datos da cuenta también de un tópico que está en desarrollo, en donde hay relativo consenso de las variables, pero nada taxativo aún respecto de la incorporación de estas variables de entorno.

Un estudio llevado a cabo en Iquique (68), comparó vulnerabilidad social con los daños catastrados 6 meses después del terremoto del 1 de abril de 2014 y la relación entre daños y vulnerabilidad social basado en el modelo de Armas y Gavris (2013), y Cutter (2003) (7, 25), indicó que no había mayor relación entre ambos, sin embargo en

la distribución a escalas más detalladas de los daños catalogados como menores o leves, las zonas más vulnerables sí concentraban mayor cantidad de estos mismos, aunque la distribución de daño total siguió un parámetro más aleatorio dentro de la ciudad. No obstante, a pesar de esa distinción en el daño predominante que hubo en vivienda, esta población es dependiente de recursos que no son generados de manera autónoma para repararse, dejando así estos tiempos de recuperación a los tiempos que sigan las distintas escalas de administración territorial.

Los indicadores de vulnerabilidad social admiten la importancia de una unidad de análisis no sólo concentrada en población definida como especialmente vulnerable (embarazadas, adultos mayores, niños), sino el hogar, como una unidad familiar básica (aunque no tengan parentesco, pero donde sí hay un presupuesto único para los miembros que constituyen un hogar), en donde aunque sus propios recursos se destinen a población especialmente vulnerable, marcan la pauta en cuanto a esta unidad familiar que adquiere especial importancia cuando se enfrentan a este tipo de eventos. Y esto, aunque la escala territorial escogida sea detallada, incide en cómo recogemos la naturaleza del fenómeno para poder estudiarlo desde unidades de análisis que sean relevantes en la cotidianeidad de la vulnerabilidad.

7. Conclusiones

En el presente capítulo hemos presentado algunos de los aspectos que consideramos centrales respecto de la vulnerabilidad social en contextos de desastres naturales y evidencia cómo la vulnerabilidad se manifiesta en esta mayor susceptibilidad a verse afectado cuando ocurren desastres naturales. La naturaleza de la vulnerabilidad social ante desastres es compleja en distintos aspectos, dentro de los cuales destacan su multidimensionalidad al incorporar variables de entorno, la dificultad metodológica implícita para medirla (el salto desde una escala individual a una territorialmente agregada), la decisión territorial sobre la escala adecuada para su medición y la unidad de análisis en pos de entender la naturaleza misma del fenómeno y la importancia de la familia en este contexto.

En la vulnerabilidad social ante desastres naturales, debemos tener en cuenta las distintas fases que componen a un desastre natural y a partir de las cuales se dinamiza el concepto de vulnerabilidad. De esta forma, la vulnerabilidad ante desastres se entiende como una función de las fases comprendidas en un desastre: exposición, reacción, protección, recuperación, reconstrucción (44), pese a que en términos de preparación y mitigación se distinguen 3 fases incorporadas: prevención, respuesta, recuperación (38, 39) ¿Qué sucede con la vulnerabilidad social cuando la ponemos en contexto de cada una de estas fases? Entender el concepto de vulnerabilidad social ante desastres naturales permite entender también por qué ante las distintas fases de un desastre habrá una respuesta diferenciada en tanto recursos, capacidad de enfrentarlos, resiliencia y salir adelante después de ellos y el tiempo de recuperación (7, 25). Los desastres naturales son dinámicos en el tiempo y la vulnerabilidad también lo es en tanto puede ser considerada en cada una de las fases mencionadas.

A pesar de que el desarrollo del tema ha estado más desarrollado durante los últimos 20 años y con una proliferación en la literatura internacional centrado en los últimos 10, es importante advertir que aún no existe un consenso tan claro respecto a qué indicadores son los más adecuados, y los estudios de caso dan cuenta de su exploración propia en contextos territoriales específicos, de una necesidad por medir esta vulnerabilidad por su importancia cuando ocurre un evento de este tipo, en donde los altos costos dan cuenta no sólo de un desembolso

monetario por parte de los afectados y el Estado, sino un costo también en vidas y en tiempo para poder volver al estado previo al desastre. En este sentido se entiende también a la vulnerabilidad social ante desastres como una suerte de resiliencia y capacidad para sobrellevar y salir adelante luego del desastre.

Lo anterior pone en la mira la necesidad por aplicar los indicadores que ya se han creado y avanzar en lo que respecta a la particularidad de cada caso, en donde la vulnerabilidad en el espacio y los espacios de vulnerabilidades resaltarán en una u otra medida en qué dimensiones somos más vulnerables. En este sentido cabe la importancia de la escala territorial decidida y aplicada para los estudios de caso, en donde están enfocados cada vez más en la elección de escalas territoriales más pequeñas, en el entendido de que aunque las administraciones territoriales locales dan cuenta de una realidad que sucede en su territorio agregado también, es necesario para tomar medidas dirigidas, saber dónde se encuentra esa vulnerabilidad para saber a quiénes acudir primero cuando ocurra un desastre.

Es por este motivo, que dada la administración local de los territorios, es fundamental desarrollar estudios más acabados (tanto conceptual como territorialmente) para constatar cómo esta vulnerabilidad se distribuye en el espacio, para conocer qué amenazas enfrentamos (y aquí la debida importancia de estudios de riesgo que permitan dar cuenta de la exposición a la que están sometidos por vivir en ese lugar) y quiénes estarían más propensos a tener una pérdida potencial mayor frente a un evento como este, no tanto por cuánto cuesta su reconstrucción, sino también porque no pueden generar esos recursos. La importancia de la vulnerabilidad ante desastres naturales adquiere una relevancia crucial cuando se consideran los tiempos de recuperación y mitigación en un plazo más largo y cuando sabemos de antemano que son familias que requieren una ayuda externa y en el menor tiempo posible cuando eso ocurra.

En resumen, avanzar en la comprensión de la vulnerabilidad para desastres naturales es muy importante para que logremos comprender lo que pone a las personas y comunidades en riesgo, y cuáles son las medidas que podemos implementar para poder mitigar o reducir este riesgo (7). Avanzar en este abordaje es esencial para poder estar mejor preparados y alcanzar, lo que distintas organizaciones han intentado promover, que es construir sociedades más resilientes. Solo con una sólida base científica para la comprensión de este problema podremos alcanzar estos resultados.

Uno de los desafíos que supone una caracterización más acabada de la vulnerabilidad social en desastres naturales tiene que ver con la comprensión del fenómeno en tanto características individuales y agregadas, pero también incorporando la dimensión colectiva del fenómeno, respecto a la unidad familiar y las distintas organizaciones comunitarias que se manifiestan en un espacio dado. El salto desde lo individual a lo colectivo, desde las escalas territoriales agregadas, hasta las escalas territoriales que permitan llegar a esa vulnerabilidad vivida en comunidad, permitirán ahondar en una dimensión del fenómeno que aún no se ha explorado a cabalidad, pero que pueden ser claves cuando desde una caracterización de la vulnerabilidad se puede trabajar en la resiliencia y un mejor enfrentamiento a las consecuencias provocadas por los desastres.

8. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- Este grupo vulnerable está caracterizado por variables intrínsecas, fundamentalmente de tipo sociodemográfico, de los grupos humanos, pero también por variables territoriales que dan cuenta de la exposición y de la fragilidad que pueden experimentar infraestructuras que resultan críticas cuando ocurre un desastre natural (como red de alcantarillado, salud). Se sabe también que la creación de indicadores para medirlos y poder dirigir políticas públicas enfocadas en este grupo es una tarea compleja por la disponibilidad de datos y por las distintas escalas de agregación territorial que están en juego.
- Por otra parte, si bien la vulnerabilidad social en desastres se distribuye heterogéneamente a través del espacio, hay grupos demográficos que son especialmente vulnerables por sus características, como adultos mayores, discapacitados, niños, inmigrantes, en donde además de la exposición a amenazas naturales, están en situación de vulnerabilidad adicional por su dependencia respecto a otros (sobre todo en el caso de movilidad para discapacitadas, adultos mayores, niños), el rol protector que asumen las mujeres y la relación con otros factores relevantes que puede intensificar su vulnerabilidad en este sentido como violencia u otros.
- Adicionalmente, ante desastres naturales la vulnerabilidad se presenta en distintos momentos del desastre, convirtiéndolo así en un fenómeno heterogéneo en el espacio y en el tiempo.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- Cuando ocurren los desastres naturales, la salud física, mental y social se ven afectadas. De lo revisado en el capítulo, hay 2 formas principales de impacto en la salud. La primera de ellas tiene que ver con cómo se intensifican ciertas condiciones de salud (sobre todo en pacientes crónicos), una vez que ocurre un desastre. Esto dado por la dependencia a infraestructura que puede resultar dañada y que interrumpe tratamientos por eso, como a las consecuencias mismas de los desastres (por ejemplo en niños y el sedentarismo posterior a los desasters).
- Además, el efecto que puede tener en salud mental (estrés post traumático, depresión) incide en que se dilate aun más la recuperación post desastre, dado no solamente por la vulnerabilidad social en general, sino por precondiciones de salud, llegando incluso a deteriorarlas e impactando así en las otras fases que componen los desastres (prevención, respuesta, recuperación, mitigación).
- Un segundo problema de esta relación tiene que ver con el acceso a salud que hay después de un desastre natural. Muchas veces, suministros básicos quedan dañados y no se puede contar con ellos, aun en la red de salud, lo que provoca un menor acceso en términos no sólo de distancia o proximidad, sino de la viabilidad de este acceso sobre todo en población adulto mayor, discapacitados y otros grupos que requieren atención inmediata por enfermedades crónicas.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social?

- Por lo pronto lo que se ha hecho para mejorar el estado de vulnerabilidad social ante desastres naturales es concretar el esfuerzo por capturar la complejidad del fenómeno y poner a disposición conceptos básicos que la caracterizan. Este proceso no ha estado exento de divergencias y consensos básicos para su estudio.
- Por otra parte, la identificación de grupos especialmente vulnerables y su relación con la vulnerabilidad social ante desastres supone un desafío adicional en la atención que se pueda dar a estos como grupos específicos: inmigrantes, adultos mayores, niños, mujeres.
- Desde las instituciones estatales ha habido distintas iniciativas, fundamentalmente centradas en los programas y políticas dirigidas por el Ministerio de Desarrollo Social, el cual ha hecho grandes esfuerzos por caracterizar la vulnerabilidad social, a través de su medición y a través del apoyo con programas específicos a los más vulnerables ligados a la pobreza (por ejemplo: Fosis, programa Puente).
- Por otra parte ONEMI, en su rol de coordinación frente a los desastres en Chile, requiere saber dónde y quiénes son los más vulnerables, pues esto permitiría saber dónde destinar más ayuda en el momento de la respuesta y coordinar la inspección posterior para los catastros de daños que permiten a su vez encauzar la reconstrucción.
- Existe en este sentido un desafío de coordinación en los esfuerzos por conocer quiénes y dónde están los más vulnerables, sobre todo en escenarios de desastres naturales, los cuales afectan transversalmente a la población, visibilizan la vulnerabilidad social que muchas veces se solapa en la cotidianeidad.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de salud?

- Los desastres naturales afectan transversalmente a la población, afectando su salud física, mental y social. En este sentido, hay un desafío por caracterizar y precisar la población vulnerable considerando estos aspectos y necesitamos comprender mejor como la vulnerabilidad pone en riesgo a las personas para desarrollar algunos problemas en particular.
- Hoy en día, sin embargo, existe una mayor preocupación e interés de parte de los equipos de salud por entregar una respuesta efectiva y también interés en formación de capital humano que permita responder de manera más eficaz frente a estos eventos.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- La incorporación de la vulnerabilidad social ante desastres como un tema de política pública amerita atención urgente, dada la creciente cantidad de desastres naturales que acontecen en Chile y la atención sobre grupos especialmente vulnerables sobre los cuales se ha avanzado en programas específicos (vulnerabilidad en vejez, mujeres, discapacitados). Aunar estos esfuerzos e integrarlos en una vulnerabilidad social ante desastres respondería a una necesidad constante en el país en que vivimos.

- Esta integración llama también a atender la complejidad del fenómeno, en el entendido de que la vulnerabilidad social es dinámica en el tiempo y en el espacio. Esto resalta el rol de las instituciones frente a la emergencia, sobre todo ONEMI y el fortalecimiento de los esfuerzos locales y multisectoriales. Esto atañe tanto a la caracterización de la vulnerabilidad como a la coordinación entre los distintos actores que está involucrados en ese proceso y a nivel territorial frente a la emergencia (barrio, comuna, región, país).

Referencias

1. USGS. Magnitude 8 and Greater Earthquakes Since 1900 2012 [cited 2015 20 de mayo]. Available from: http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqarchives/year/mag8/magnitude8_1900_date.php.
2. (CSN) CSN. Sismos Importantes y/o Destructivos (1570 a la fecha). s.f. ed2014.
3. Em-dat. Natural Disasters Trends 2011. Available from: http://www.emdat.be/natural-disasters-trends.
4. Bonanno GA, Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. . Weighing the costs of disaster consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. Psychological Science in the Public Interest. 2010;11(1):1-49.
5. Norris FH, & Elrod, C. L. . Psychosocial consequences of disaster. Methods for disaster mental health research. 2006:20-42.
6. Cook A, Watson, J., van Buynder, P., Robertson, A., & Weinstein, P. . 10th Anniversary Review: Natural disasters and their long-term impacts on the health of communities. Journal of Environmental Monitoring. 2008;10(2):167-75.
7. Susan Cutter BB, W. Shirley. Social Vulnerability to Environmental Hazards SOCIAL SCIENCE QUARTERLY. 2003;48(2):242-61.
8. Cutter SL, Burton, C. G., and Emrich, C. T. Disaster Resilience Indicators for Benchmarking Baseline Conditions. J Homel Secur Emerg. 2010;7(51):1-22.
9. Cannon T, Twigg, J., & Rowell, J. Social vulnerability, sustainable livelihoods and disasters. Report to DFIP Conflict and Humanitarian Assistance Department (CHAD) and Sustainable Livelihoods Support Office2003.
10. UNDP. Reducing Disaster Risk. A challenge for development. New York, USA: 2004.
11. Flanagan BE, Gregory, E. W., Hallisey, E. J., Heitgerd, J. L., & Lewis, B. . A social vulnerability index for disaster management. Journal of Homeland Security and Emergency Management. 2011;8(1).
12. Figueroa RA. Número de Desastres en Chile 1900-2009. 2014.
13. Em-dat. Country profile Natural Disasters Chile 2015 [cited 2015 02 de junio]. Available from: http://www.emdat.be/country_profile/index.html.
14. Guha-Sapir DH, D. & Hoyois, P. Thirty years of natural disasters 1974-2003: the numbers. Presses universitaires de Louvain: 2003.
15. Tagle E, & Santana, P. . El terremoto de 2010 en Chile: respuesta del sistema de salud y de la cooperación internacional. Rev Panamericana Salud Pública. 2011;30:160.
16. Nahuelpán E VJ. El terremoto/tsunami en Chile. Una mirada a las estadísticas médico legales. 2010.
17. Bedregal P, Carvallo, C., Hernández, L. L., & Prado, P. . Estrés post-traumático post terremoto 27F en cuidadores de niños preescolares: Factores asociados del cuidador, de la familia y la crianza. Revista chilena de pediatría. 2013;84(1):51-8.
18. Ministerio de Desarrollo Social GdC. Encuesta post terremoto: Principales resultados. Efectos en la calidad de vida de la población afectada por el terremoto/tsunami. s.f.
19. Ministerio del Interior GdC. Plan Nacional de Protección Civil. Instrumento indicativo para la Gestión Integral Decreto N° 156. 2002.
20. Ministerio de Desarrollo Social GdC. Una medición de la pobreza moderna y transparente para Chile (CASEN 2013). Ministerio de Desarrollo Social, 2015.
21. J B. Measuring vulnerability to promote disaster-resilient societies: Conceptual frameworks and definitions. In: Birkmann J, editor. Measuring vulnerability to natural hazards: Towards disaster resilient societies. Nueva York: United Nations University2006.
22. Bankoff G, Frerks, G., & Hilhorst, D. . Mapping vulnerability: disasters, development, and people: Routledge; 2004.
23. Peek L, & Stough, L. M. . Children with disabilities in the context of disaster: A social vulnerability perspective. Child development. 2010;81(4):1260-70.
24. Susan Cutter LB, Melissa Berry, Christopher Burton, Elijah Evans, Eric Tate, Jennifer Webb. SOCIAL SCIENCE QUARTERLY. Global Environmental Change. 2008;18(4):598-606.
25. I Armas AG. Social vulnerability assessment using spatial multi-criteria analysis (SEVI model) and the Social Vulnerability Index (SoVI model)- a case study for Bucharest, Romania. Natural Hazards and Earth System Sciences. 2013;13:1481-99.

26. Cardona OD. Estimación holística del riesgo sísmico utilizando sistemas dinámicos complejos: Universidad Politécnica de Cataluña; 2001.

27. Cutter SL, Mitchell, J. T., & Scott, M. S. . Handbook for conducting a GIS-based hazards assessment at the county level. : University of South Carolina, Columbia, SC.; 1997

28. Cutter SL. Living with risk: the geography of technological hazards. London: Edward Arnold; 1993.

29. Communities and local government U. The English Indices of Deprivation 2010 United Kingdom: 2011.

30. Cannon T, & Müller-Mahn, D. . Vulnerability, resilience and development discourses in context of climate change. Natural hazards. 2010;55(3):621-35.

31. Cutter SL, Mitchell, J. T., & Scott, M. S. . Revealing the vulnerability of people and places: a case study of Georgetown County, South Carolina. Annals of the Association of American Geographers. 2000;90(4):713-37.

32. Burton C, & Cutter, S. L. . Levee failures and social vulnerability in the Sacramento-San Joaquin Delta area, California. Natural Hazards Review. 2008;9(3):136-49.

33. Cutter SL, Boruff, B. J., & Shirley, W. L. . Social vulnerability to environmental hazards. Social science quarterly. 2003;84(2):242-61.

34. Masozera M, Bailey, M., & Kerchner, C. . Distribution of impacts of natural disasters across income groups: A case study of New Orleans. Ecological Economics. 2007;63(2):299-306.

35. Blaikie P, Cannon, T., Davis, I., & Wisner, B. . At risk. Natural hazards, people's vulnerability and disasters. 1994.

36. Enarson E, & Scanlon, J. Gender patterns in flood evacuation: A case study in Canada's Red River Valley. Applied Behavioral Science Review. 1999;7(2):103-24.

37. Morrow BH, & Phillips, B. D. . What's Gender'Got to Do With It'? International journal of mass emergencies and disasters. 1999;17(1):5-13.

38. Fothergill A. Gender, risk, and disaster. International Journal of Mass Emergencies and Disasters. 1996;14(1):33-56.

39. Peacock W, B. H. Morrow, and H. Gladwin. Hurricane Andrew and the Reshaping of Miami: Ethnicity, Gender, and the Socio-Political Ecology of Disasters. Gainesville: University Press of Florida; 1997.

40. Cutter SL, Holm, D., & Clark, L. The role of geographic scale in monitoring environmental justice. Risk Analysis. 1996;16(4):517-26.

41. Peacock WG, Morrow, B. H., & Gladwin, H. . Hurricane Andrew and the reshaping of Miami: ethnicity, gender, and the socio-political ecology of disasters. Miami: International Hurricane Center; 2000.

42. Mileti DS, & O'Brien, P. W. . Warnings during disaster: Normalizing communicated risk. National Emergency Training Center. 1992.

43. Hewitt K. Regions of Risk: A Geographical Introduction to Disasters. Essex, UK: Longman; 1997.

44. Ngo EB. When Disasters and Age Collide: Reviewing Vulnerability of the Elderly. Natural Hazards Review. 2001;2(2):80-9.

45. Aldrich N, & Benson, W. F. . Peer reviewed: disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. Preventing chronic disease. 2008;5(1).

46. Mokdad AH, Mensah, G. A., Posner, S. F., Reed, E., Simoes, E. J., & Engelgau, M. M. . When chronic conditions become acute: prevention and control of chronic diseases and adverse health outcomes during natural disasters. Prev Chronic Dis. 2005;2(Suppl 1):A04.

47. Tomio J, Sato, H., & Mizumura, H. . Interruption of medication among outpatients with chronic conditions after a flood. Prehospital and disaster medicine. 2010;25(01):42-50.

48. Peek L. Children and disasters: Understanding vulnerability, developing capacities, and promoting resilience-an introduction. Children Youth and Environments. 2008;18(1):1-29.

49. La Greca AM, Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein, M. J. . Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. Journal of consulting and clinical psychology. 1996;64(4):712.

50. Rofi A, Doocy, S., & Robinson, C. . Tsunami mortality and displacement in Aceh province, Indonesia. Disasters. 2006;30(3):340-50.

51. Lai BS, La Greca, A. M., & Llabre, M. M. . Children's sedentary activity after hurricane exposure. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2014;6(3):280.

52. Rath Bea. Adverse health outcomes after Hurricane Katrina among children and adolescents with chronic conditions. Journal of health care for the poor and underserved. 2007;18(2):405-17.

53. McGuire LC, Ford E. S. & Okoro, C. A. . Natural disasters and older US adults with disabilities: implications for evacuation. Disasters. 2007;31(1):49-56.

54. White GW FM, Rooney C, Cahill A. Assessing the impact of Hurricane Katrina on persons with dissabilities. University of Kansas and University of New Mexico, 2007.

55. Rosenkoetter M, et al. Perceptions of older adults regarding evacuation in the event of a natural disaster. Public Health Nursing. 2007;24(2):160-8.

56. Sorensen J. Hazard warning systems: review of 20 years of progress. Natural Hazards Review. 2000;1(2):119-25.

57. Collins TW, Jimenez, A. M., & Grineski, S. E. . Hispanic health disparities after a flood disaster: Results of a population-based survey of individuals experiencing home site damage in El Paso (Texas, USA). Journal of Immigrant and Minority Health. 2013;15(2):415-26.

58. Yang Zhou NL, Wenxiang Wu, Jidong Wu. Assessment of provincial social vulnerability to natural disasters in China. Natural Hazards. 2014;71(3):2165-86.

59. Nations U. Preparación ante los desastres para una respuesta eficaz. Nueva York y Ginebra: ONU, 2008.

60. Quarantelli EL. Evacuation behavior and problems: findings and implications from the research literature. 1980.

61. Margarita Bernales PR, Andrea Vásquez, editor Terremoto y alerta de tsunami como experiencia comunitaria- familiar en Chile. III Congreso Chileno de Salud Pública y V Congreso Chileno de Epidemiología; 2014; Santiago, Chile.

62. Feres JC MX. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina: Cepal; 2001.

63. Social MdD. Canasta Básica de Alimentos. s.f.

64. Vargas J. Políticas públicas para la reducción de la vulnerabilidad frente a los desastres naturales y socio-naturales. 2002.

65. Saaty T. The Analytic Hierarchy Process. New York: McGraw-Hill; 1980.

66. Castaño LSÁ, & Stella, L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Revista Gerencia. 2009:69-79.

67. Roshani Palliyaguru DA, David Baldry. Constructing a holistic approach to disaster risk reduction: the significance of focusing on vulnerability reduction. Disasters. 2014;38(1):45-61.

68. Andrea Vásquez EK, editor Configuracion espacial de la vulnerabilidad socio-territorial ante un desastre natural: el caso de Iquique y el terremoto 2014. XI Congreso Chileno de Sismología e Ingeniería Sísmica; 2015.

Acerca de los autores

Andrea Vásquez, MSc

Geógrafo, Magister en Desarrollo Urbano de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinadora de Investigación en el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Sus líneas de investigación son: geodemografía y sus aplicaciones en vulnerabilidad social ante desastres naturales y deprivación, impacto de la deprivación en contextos urbanos y su relación con acceso a salud. Email: arvasque@uc.cl

Paula Repetto, PhD

Psicóloga y Magister en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Psicología de la Salud, Departamento de Comportamiento y Educación en Salud, Universidad de Michigan, Estados Unidos. Profesora Asociada de la Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile, Directora Programa Magister en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Investigador Principal del Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales. Líneas de investigación: psicología de la salud, desastres naturales y su relación con salud, conductas de tabaquismo y alcoholismo en adolescentes. Email: prepetto@uc.cl

Sylvia Ramis, BSc

Psicóloga de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ayudante de Investigación en el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Líneas de investigación: psicología de la salud, prevención en salud adolescente. Email: sramis@uc.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre desastres naturales en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

1. ¿Qué podemos hacer para estar mejor preparados para enfrentar la vulnerabilidad social ante desastres naturales? En términos generales la discusión bibliográfica de la vulnerabilidad social ante desastres se ha centrado en las características individuales de la población, y no hay una mirada más amplia a reportes de casos positivos de la misma.

2. En esta misma línea, la incorporación de medidas sobre capital social y algunas variables de cohesión social son relevantes e impactan en la caracterización de la vulnerabilidad social. Un ejemplo de esto ocurre con los inmigrantes, un grupo poblacional heterogéneo, que muchas veces enfrenta barreras idiomáticas que dificultan la acción post desastre y la preparación ante los mismos, la generación de redes de apoyo es fundamental para su recuperación post desastre.

3. Hace falta una medición única y que permita acercarnos al fenómeno con las particularidades que tiene el caso chileno (considerando el incremento de población inmigrante en las últimas décadas), precisando las variables que se incorporarían en la medición de la vulnerabilidad.

4. Lo anterior supone un desafío para la formación de capital humano en las carreras de salud y educación y en otras áreas. La incorporación de un curso formativo general ante desastres permitiría asentar el tema como un tópico necesario de ser abordado en términos profesionales y de investigación y que no sean eventos aislados que cuando suceden se atienden de manera espontánea, dando lugar a la improvisación y descoordinación.

5. Finalmente, la recuperación de un desastre natural implica distintas dimensiones presentes: económica, de salud física y emocional. Para esto la coordinación multinivel es fundamental para atender la vulnerabilidad social desde el territorio vivido hasta las instituciones centrales. En ese sentido, la explicitación de roles y el qué hacer frente a los desastres y la población vulnerable permitirá mejorar la acción post desastre.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Andrea Vázquez**, MS. Coordinadora de Investigación CIGIDEN, Facultad de Ingeniería, Pontificia Universidad Católica de Chile. arvasque@uc.cl
- **Paula Repetto**, PhD. Profesor Asociado, Escuela de Psicología. Investigadora Principal CIGIDEN, Pontificia Universidad Católica de Chile. prepetto@uc.cl
- **Margarita Bernales**, PhD. Profesora Facultad de Medicina CAS-UDD. margaritabernales@udd.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- Dada la frecuencia de ocurrencia de desastres naturales en Chile y las consecuencias que tienen para las personas y las comunidades, medir la vulnerabilidad social permitiría identificar y apoyar a quienes son más vulnerables y encauzar acciones particulares orientadas a estos grupos en las distintas fases del desastre: mitigación, preparación y respuesta, dada la naturaleza dinámica del concepto.
- Los desastres naturales visibilizan la vulnerabilidad de personas y comunidades al afectar transversalmente a distintos grupos, dejando entrever la necesidad de reconocer estos grupos y coordinar los esfuerzos de ayuda para responder a las necesidades de estas personas, que considere: (1) desde la caracterización y el trabajo cotidiano con los grupos más vulnerables (Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional de Discapacidad, Servicio del Adulto Mayor) hasta (2) el trabajo con la población más vulnerable en contexto de desastres. En este último caso, el rol de la Oficina Nacional de Emergencia (Onemi) y su coordinación con los otros estamentos del Estado se vuelve imprescindible, al mismo tiempo que el desarrollo de políticas que permitan diferenciar los roles ante la emergencia y delimitar las responsabilidades de cada institución respecto a la respuesta ante la emergencia, especialmente enfocados en la población y grupos más vulnerables.

2. ¿Qué se sabe de este tema a la fecha en Chile?

- Los grupos vulnerables están poco visibilizados y no sabemos bien dónde están ni qué los caracteriza Necesitamos tener esta información para su uso en la Administración Pública como en la investigación para continuar avanzando en esta materia a nivel país.
- La vulnerabilidad social es un concepto multidimensional y respecto a esto Chile cuenta con instrumentos que permiten acercarse al fenómeno en términos espaciales y temporales que permitirían caracterizar mejor a estas personas y grupos. La Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica es un instrumento que se ha implementado desde el año 1985 y que se aplicó también post terremoto 2010 (CASEN Terremoto). Esto da cuenta de que contamos con un instrumento estandarizado que nos permite una aproximación medible a la vulnerabilidad social en el tiempo y que puede llegar a las escalas espaciales de comunas, el último estamento de administración territorial en Chile.

- A pesar de la cantidad de eventos que ocurren en Chile, parece que aún no dimensionamos la cantidad de desastres que ocurren, ni su variabilidad. Sólo en el año 2015 han ocurrido más de 4 eventos (erupción Volcán Calbuco, Villarrica, 2 inundaciones en el norte del país).
- En general el énfasis ha estado puesto en la ocurrencia de terremotos y tsunamis, los cuales aparecen más espaciados en el tiempo pero se ha atendido de forma más bien somera a los otros tipos de desastres (erupciones, remoción en masa, inundaciones) y ante esto, los grupos más vulnerables son quienes se ven más afectados.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Hace falta la generación de una política pública para la emergencia que permita la delimitación de roles y coordinación ante los desastres naturales y considere la vulnerabilidad de las comunidades y las personas en las acciones que se llevan a cabo.
- Además, necesitamos medir vulnerabilidad con mayor precisión para poder contar con una caracterización más acabada de la vulnerabilidad y mejores instrumentos.
- En este sentido los desastres naturales son una oportunidad para visibilizar y entender la complejidad de la vulnerabilidad social y los costos en cuanto a daños físicos, emocionales y sociales que sufre esta población cuando ocurren estos eventos.

SECCION III GRUPOS ESPECIFICOS

Capítulo 2

Salud y Pobreza en Chile

Javiera Flaño, MD, MSc

Asesora técnica en Salud, Fundación América Solidaria

Andrea Rioseco, MD

Instructor Adjunto, Departamento de Medicina Familiar, Pontifica Universidad Católica de Chile

Benito Baranda, PhD

Presidente Ejecutivo, Fundación América Solidaria

Resumen

Salud y pobreza están íntimamente relacionados y de manera bidireccional. Las condiciones en que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, conocidos como los determinantes sociales de la salud, afectan directamente la situación y condiciones de salud de una persona y viceversa. Por su parte, la salud es una de las mayores herramientas con que cuenta una persona, y al verse su salud afectada puede privarlo de oportunidades, no permitiéndole salir de su condición de pobreza e incluso también llevándolo a empobrecer a causa de esta. A pesar que histórica y globalmente la pobreza solía definirse y medirse desde una mirada económica, hoy en día ha adquirido gran relevancia la medición multidimensional de la pobreza, asociada a un concepto de esta mucho más amplio, complejo e integral. Al verse la salud afectada por la situación de pobreza y viceversa, se ven interferidas las oportunidades de una persona de alcanzar su máximo potencial, lo que impide llevar una óptima vida social, económica y productiva. Aquellos que viven en situación de pobreza se ven más afectados en su salud en términos de acceso y atención en salud, así como también en la prevalencia de patologías y problemáticas de salud, y presentan peores indicadores en salud. Hay esfuerzos y programas nacional e internacionalmente destinados a disminuir las inequidades en salud, y a controlar la vulnerabilidad social y sus efectos en la salud de aquellas personas que viven en situación de pobreza. Estos programas deben ser transversales, coordinados e integrados, incluyendo la temática de salud en todas las políticas y abarcando los determinantes sociales que son los principales causantes de estas inequidades en problemas en salud en Chile y el mundo.

Palabras claves: salud, pobreza, pobreza multidimensional, determinantes sociales de la salud, atención primaria en salud, salud mental, equidad.

1. Introducción

Pobreza y salud están íntimamente relacionados de manera bidireccional. La salud es quizá el componente más importante del capital humano, ya que permite que una persona pueda alcanzar su máximo potencial, pueda desarrollar una vida económica, social y productiva, y así estar preparado para enfrentar adversidades (1). El concepto de salud es definido por la OMS como "***un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades***" (2,página 1). La salud de una persona o grupo de personas, a su vez, está determinada por las condiciones en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud (3). Estas condiciones son los llamados determinantes sociales de la salud y son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas (3). La salud es un derecho básico de las personas y todos debieran poder disfrutar de éste. Este derecho no sólo abarca una atención de salud accesible y aceptable desde el punto de vista cultural y de calidad, sino también los diferentes factores determinantes de la salud, como el acceso al agua potable, a condiciones sanitarias, a educación y a información (4).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias. Vale decir, estos explican las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. El no contar con una salud compatible para trabajar, o que dificulte el trabajo, puede llevar a una persona y familia a empobrecer (2). Por otra parte, el concepto de pobreza, que tradicionalmente se ha relacionado a un concepto más

bien económico, hoy se entiende no solamente en estos términos, sino como una combinación de factores, que llevan a una falta de oportunidades en varios ámbitos que impiden el pleno desarrollo de una persona. "***Es una problemática compleja que tiene múltiples causas y se expresa en diversas dimensionas de la vida de las personas y sus hogares"*** (5,página 17). En este capítulo, entendemos el concepto de pobreza como *un "fenómeno complejo que limita fuertemente la libertad de las personas y familias para desarrollar sus capacidades e integrarse a la sociedad, impidiéndoles realizarse y aportar sus propias riquezas a la comunidad donde viven. Este fenómeno no es inherente al ser humano, sino propio de las condiciones que enfrenta y que le impiden un desarrollo pleno; la pobreza es una construcción humana de carácter relacional, social, cultural y económico"* (5,página 17).

Se entiende entonces como a través de los determinantes sociales en salud se relacionan los conceptos de salud y pobreza, y como por lo tanto la salud es un determinante de la pobreza y vice-versa.

2. Relevancia del tema

Aquellas personas o poblaciones que viven en situación de pobreza presentan en general peores resultados en los indicadores de salud. Esto se puede ver reflejado en indicadores como la mortalidad en menores de 5 años, la mortalidad materna, la esperanza de vida y en los años de vida potencialmente perdidos (AAVPP), entre otros, todos los cuales se relacionan directamente –y de manera bidireccional- con los niveles de pobreza y desarrollo de una población. Por un lado las situaciones de vida, incluyendo las condiciones de vivienda y segregación, trabajo e ingresos, entre otros, influyen directamente en la salud de las personas. De igual forma, el estado físico y psicológico de las personas en situaciones de pobreza y exclusión impactan inevitablemente, por ello se puede afirmar sin equívocos que el estado de salud también determina el acceso a oportunidades. Aquellos que presentan más problemas relacionados a la salud deben destinar más recursos a las atenciones y destinar más tiempo a ellas, así como también tienen menos oportunidades de trabajo.

En efecto las personas en situación de pobreza tienen un riesgo aumentado de experimentar pérdidas en su nivel de bienestar o empobrecer a causa de enfermedades y gastos inesperados, impostergables o imprescindibles en salud, pues disponen de menos recursos y se encuentran más desprotegidos para enfrentar estas situaciones, ya sea por privaciones económicas o sociales (6). Superar las condiciones de exclusión social y pobreza, con todas las amenazas que esto implica para la entera dignidad del ser humano, debe involucrar acciones constantes que involucren el bienestar físico y psicológico de las personas, familias y comunidades, sólo así es posible imaginar una salida estable de las condiciones de vida que vulneran derechos humanos universales y básicos.

3. Definiciones y mediciones de pobreza en el mundo

Hay muchas definiciones de pobreza, y distintos enfoques de esta. Hoy en día los más reconocidos y aceptados, son los enfoques de pobreza desde los derechos, las capacidades y las necesidades. Hoy se entiende el concepto de pobreza no sólo como una carencia económica, sino que debe ser comprendida en sus dimensiones subjetivas, abordando el concepto de bienestar y desarrollo. La pobreza es multidimensional en sus manifestaciones, expresadas como superposición de carencias e insatisfacción en diversas áreas como educación, salud, vivienda, trabajo, entre

otros, que son esenciales para el bienesar y desarrollo. Así mismo la pobreza es multifactorial en sus causas. Su generación y persistencia responden a razones situacionales, coyunturales y estructurales, como baja acumulación y movilización de activos, presencia de siniestros o riesgos incontrarrestables así como también, el efecto de prácticas políticas, económicas y culturales que limitan la participación de ciertas personas en la distribución de los beneficios y oportunidades inherentes a los procesos de desarrollo y crecimiento (7).

A pesar que cada vez adquieren más importancia y aceptación las mediciones multidimensionales de la pobreza, tradicionalmente el concepto de pobreza ha estado relacionado a la carencia de bienes y servicios básicos para satisfacer las necesidades vitales de una persona. De acuerdo a esto es que históricamente la pobreza ha sido medida según la capacidad económica de las personas o grupos de personas, pues representa el acceso a los bienes y servicios que permitirían a las personas satisfacer sus necesidades básicas y por lo tanto superar dicha precaria situación. La medición económica de la pobreza permite ser representada a través de una única variable monetaria que a su vez la hace comparable transversalmente, sin embargo hay diferentes metodologías para esta medición.

"La medida tradicional de pobreza compara los ingresos per cápita de los hogares con un punto de referencia o umbral, que se conoce como línea de pobreza. En términos generales, esta medición admite variantes absolutas y relativas. Una línea de pobreza absoluta corresponde a un monto de ingreso que se mantiene constante en el tiempo. En cambio, en la medición de pobreza relativa se compara el ingreso de las familias no contra un umbral de ingresos fijo, sino contra algún punto de la distribución de ingresos del país, por ejemplo, fijando la línea en el equivalente al 50% de la mediana de los ingresos de la población" (5,página 19). Dentro de las medidas más utilizadas internacionalmente destaca aquella usada por el Banco Mundial, la cual define una línea de pobreza fija y constante entre países que representaría un mínimo para vivir. Este mínimo se define como US$1,25 al día por persona para identificar la pobreza extrema (1.011 millones de personas estimadas en el mundo el año 2011) y US$2.50 para la pobreza (2.723 millones de personas estimadas en el mundo el año 2011) (valores en Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) (8).

Otra medida es aquella que usa la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que usa la metodología de la Canasta de Satisfacción de Necesidades Básicas para los distintos países de la región. Esta considera umbrales absolutos de satisfacción de las necesidades básicas (167 millones de personas viven en pobreza en América Latina según la CEPAL el año 2014). Sin embargo, incorpora un componente relativo en tanto la línea de pobreza no es necesariamente fija en el tiempo, sino que puede actualizarse según evolucione la estructura de gasto de los hogares y los precios (5).

Por otra parte, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), utiliza medidas de pobreza relativas que se definen como el 50% y el 60% del ingreso mediano del país. Esta medida es dependiente de la distribución del ingreso, puesto que sólo hay avances en reducción de pobreza cuando hay menor desigualdad (5).

En los esfuerzos por complementar las medidas tradicionales basadas en los ingresos y en ampliar el concepto de pobreza, actualmente ha adquirido gran relevancia y uso a nivel mundial el método de medición de pobreza multidimensional en base a un doble sistema de umbrales desarrollado por S. Alkire y J. Foster. Este método primero evalúa si se cumplen o no los umbrales de satisfacción para una serie de indicadores y luego considera en situación de pobreza a quienes tienen más de un determinado número de indicadores insatisfechos. Así se determina el tanto porcentaje de hogares con carencias sociales como la intensidad de la pobreza (5).

4. Definiciones y mediciones de pobreza en Chile

En Chile hasta el año 2013 se medía la pobreza mediante un método indirecto y absoluto, basado en los ingresos. Indirecto porque usaba los ingresos como un indicador de la capacidad de satisfacer ciertas necesidades básicas multidimensionales, y absoluto en cuanto correspondía a un nivel de ingresos fijo que no dependía de la evolución de la distribución del ingreso en el tiempo. Esta medición se calculaba en base a la Canasta de Satisfacción de Necesidades Básicas, la cual a su vez se basaba en una Canasta Mínima de Alimentos (CBA) que está formada por un conjunto de alimentos que permiten satisfacer el mínimo de requerimientos nutricionales diarios. Según esto, un hogar está en situación de pobreza extrema si su ingreso mensual no permite satisfacer las necesidades alimentarias básicas de sus miembros (9). Luego, la multiplicación de esta línea de pobreza extrema o CBA por el factor de Orshansky (que corresponde al inverso de la proporción del gasto en alimento sobre el gasto total, para el grupo de referencia) define la línea de pobreza, la cual nos entrega el costo total de satisfacer las necesidades mínimas tanto alimentarias como no alimentarias. Para la clasificación de los hogares en estas categorías el ingreso del hogar se define como la suma del ingreso autónomo del hogar, las transferencias monetarias que recibe el hogar del Estado y una imputación por concepto de arriendo de la vivienda, cuando ésta es habitada por sus propietarios (10).

El valor de la canasta básica como el coeficiente de Orshansky difieren entre zona urbana y rural. De acuerdo a esto, un hogar es pobre cuando su ingreso per cápita es inferior a 2 veces el valor de una canasta básica de alimentos en la zona urbana, y a 1,75 veces en la zona rural. Esto porque se asume que la zona rural tiene mayor nivel de autoconsumo. De acuerdo a esta metodología en Chile la línea de la pobreza y de pobreza extrema a Noviembre 2011 era de $72.098 y $36.049 (por hogar mensual) en zona urbana respectivamente y de $48.612 y $27.778 en zona rural, respectivamente (10). En términos de población, esto corresponde a un 14,4% de la población chilena viviendo en situación de pobreza y 2,8% en situación de pobreza extrema en dicha fecha.

Al definir la pobreza como algo netamente económico, y por tanto medirla sólo basado en los ingresos, quedan fuera muchos factores y condiciones que influyen y determinan el tener estos menores ingresos, así como también quedan excluídos otros aspectos que también son percibidos como situaciones de pobreza. Hoy se entiende que la pobreza es una problemática compleja y no puede reducirse sólo al tener. Se sabe que también está expresada en los ámbitos del ser, hacer y estar.

Acorde a esto al nivel de desarrollo de Chile, y entendiendo que la pobreza es un fenómeno más complejo, es que se hace necesaria la medición de carencias en otras dimensiones diferentes al ingreso. Es por esta razón que desde el año 2013 se instaura en Chile, además de una medición por ingresos, una segunda medición multidimensional de la pobreza, acorde al método desarrollado por A. Salkire y J. Foster. Esta nueva metodología, utilizada en la última encuesta CASEN el año 2013, permite una visión más amplia y completa de las condiciones y situación de vida de las personas. Abre la posibilidad de analizar en mayor detalle y profundidad las distintas características de la pobreza en Chile, ya sea por no contar con los ingresos necesarios para adquirir una canasta básica de consumo o por sufrir carencias en otras dimensiones del bienestar, educación, salud, vivienda, trabajo y seguridad social (11).

Esta medición incorpora prácticas usadas internacionalmente que contemplan el actual nivel de desarrollo del país y de los estándares más altos, que incluyen:

- Una actualización de la línea de pobreza y pobreza extrema realizada a partir de la Canasta Básica de Alimentos y de la Canasta Básica de Bienes y Servicios No Alimentarios. Además, redefinir el valor de la línea de pobreza extrema en 2/3 del valor de la línea de pobreza (el valor varía según el numero de habitantes del hogar).
- Uso de escalas de equivalencia en que se definen distintas líneas de pobreza y de pobreza extrema, dependiendo del tamaño del hogar.
- No ajuste a sistema de cuentas nacionales; esto es que se deja de practicar el ajuste de las variables de ingreso a las estimaciones de la Cuenta de Ingresos y Gastos de los Hogares del Sistema de Cuentas Nacionales.
- Ampliación de la imputación por concepto de arriendo en donde se considera, además de la imputación en caso de viviendas habitadas por sus propietarios, también una imputación por concepto de arriendo en el caso de viviendas cedidas y en usufructo.

Por su parte, en Chile, la medición de pobreza multidimensional, incluye 4 dimensiones, cada una con 3 indicadores: (i) Educación, (ii) Salud, (iii) Trabajo y seguridad social, y (iv) Vivienda. De acuerdo a esto un hogar se considera en situación de pobreza si tiene 25% o más de carencias en los indicadores que componen cada medida, lo que es equivalente a una dimensión completa. Dentro de la dimensión salud, los indicadores son (11):

- Malnutrición (desnutrición o riesgo de desnutrición, sobrepeso u obesidad) en niños/as de 0-6 años.
- Adscripción al sistema de salud, según si no está asociado a un sistema previsional y no tiene otro seguro complementario.
- Atención, entendida como aquellos que no recibieron atención de salud en los últimos 3 meses o no tuvieron cobertura, estando dentro del sistema AUGE-GES.

Dentro de las dimensiones existe un núcleo de necesidades relevantes sobre las cuales hay bastante acuerdo internacional. La elección de las dimensiones a incluir para Chile fue en base a juicios normativos, disponibilidad de información y consenso público proveniente de procesos participativos que permiten conocer las valoraciones y perspectivas de la población, especialmente de quienes viven en situaciones de pobreza (esto fue obtenido de hallazgos del estudio “Voces de los Pobres”). Se consideró que las dimensiones seleccionadas fueran constituyentes esenciales del bienestar, de modo que carencias en ellas tengan efectos sustantivos en la calidad de vida de las personas, descartándose dimensiones subjetivas, que la obtención de un estándar mínimo aceptable en cada dimensión deba realizarse a través de bienes y servicios que mayoritariamente no se adquieren con ingresos en los mercados, y que existieran datos disponibles y extraíbles de la encuesta poblacional CASEN (5). En cuanto a los indicadores de salud, fueron elegidos principalmente por la disponibilidad de datos (5).

Descrito lo anterior, y de acuerdo a la última encuesta CASEN 2013, en Chile encontramos los siguientes índices de pobreza medidos tanto por metodología de ingresos (nueva y antigua) como de pobreza multidimensional. De acuerdo a la *antigua medición de pobreza por ingresos* hay un 5,3% y 2,5% de personas que viven bajo la línea de pobreza y pobreza extrema respectivamente, sumando 7,8% de personas en situación de pobreza total, que corresponden a un 6,5 % de los hogares del país. En comparación, y de acuerdo a la *nueva metodología de medición por ingresos*, un 9,9% y 4,5% de personas viven bajo la línea de pobreza y pobreza extrema respectivamente, sumando un 14,4% de personas en situación de pobreza total, correspondientes a un 12,8% de los hogares. Además se aprecia que hay una gran diferencia de personas que viven en situación de pobreza según zona urbana o rural siendo de un 12,4% v/s 27,9% respectivamente, y en pobreza extrema un 3,8% v/s 9,6% urbano y rural respectivamente. Esto corresponde a que un 10,9 % de los hogares en zona urbana y a un 25,4% en zona rural son pobres.

Distribuidos por sexo, existen un 15% de mujeres v/s un 13,7% de hombres que viven en situación de pobreza, y un 4,8% mujeres que viven en situación de pobreza extrema, muy similar al 4,2 % de hombres. Al comparar las personas que viven bajo situación de pobreza, según edad, podemos ver que el grupo más afectado son aquellos entre 4 a 17 años con un 21,6% viviendo en esta situación, seguidos por aquellos entre 30 y 44 años correspondientes a un 13,7% y en tercer lugar aquellos entre 18 y 29 años con un 13,3%.

De acuerdo a la *medición de pobreza multidimensional* hay un 20,4% de la población en situación de pobreza, correspondientes a un 16% de los hogares de nuestro país. Sin embargo, y de acuerdo a los indicadores evaluados en cada dimensión, la dimensión salud es la que menos contribuye a esta cifra con un 12,2 %, en contraste con la dimensión trabajo que es aquella de mayor contribución con un 32,5%. Dentro de la dimensión salud el porcentaje de hogares carentes en indicadores de salud son un 6,1% correspondientes al indicador previsión, un 4,8% correspondientes al indicador atención y un 4,7% correspondientes al indicador malnutrición infantil (11).

5. Consecuencias en salud más frecuentes de la pobreza en el mundo

5.1. Descripción general

Una buena salud permite el adecuado desarrollo y funcionamiento físico y mental, siendo imprescindible por tanto para el desarrollo social, económico, laboral y para el bienestar de una persona. Así mismo, carencias en este ámbito significan limitaciones en el acceso a oportunidades en otros ámbitos: oportunidades sociales, educacionales, laborales y afectación en la calidad de vida (5). Los determinantes sociales de la salud determinan en gran parte la salud de una persona. Y estas condiciones afectan de manera negativa la salud de una persona u hogar en situación de pobreza (3). A su vez, una persona que no cuenta con una salud compatible para trabajar, o que esta dificulte su trabajo, tiene mayor riesgo de empobrecer (2).

Las personas que viven en situación de pobreza tienen un menor acceso a la salud en términos de atención, financiamiento, tiempos de espera y calidad, así como también acceso a seguros complementarios, condiciones de saneamiento, educación y otras dimensiones que impactan en la salud de estas poblaciones. Por lo mismo tienen un mayor riesgo de enfermedad y discapacidad (12).

Son estas mismas personas quienes poseen un gran riesgo de empobrecimiento por catástrofe. Esto se entiende como que una vez que tienen una enfermedad, accidente o requieren una atención en salud, el desembolso que deben hacer es mayor que su capacidad de pago (o ingresos), empobreciéndose aún más a causa de esto. Y a la vez, por enfermedad pierden potenciales días de trabajo, disminuyendo su capital económico. Todo esto reduce y dificulta las posibilidades de salir del círculo de pobreza (13–15). Anualmente, más de 100 millones de personas caen en situación de pobreza a causa de los los gastos de atención en salud (16).

5.2. Diferencias de salud entre países según nivel de pobreza e ingreso

Los problemas de salud que enfrentan las personas dentro de un mismo país, o poblaciones entre países, difieren según el nivel de ingresos y desarrollo tanto a nivel personal como a nivel de país. Aquellos países que tienen un menor PIB tienen como principales causas de morbimortalidad enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis, la malaria y el VIH, afectaciones peri y neonatales con altos índices de mortalidad infantil y mortalidad materna, y problemas relacionados a la desnutrición. Todos estos problemas están estrechamente relacionados a los determinantes sociales afectando de manera negativa mayormente a aquellos países menos desarrollados.

Por otra parte, las principales enfermedades que afectan a aquellos países de mayores ingresos son enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, las enfermedades respiratorias, problemas de salud mental y el cáncer. Esto se debe en parte a los estilos de vida y factores de riesgo relacionados y, según algunos autores proponen, también a la magnitud de la brecha entre ricos y pobres en dichos países, lo que se conoce como *pobreza relativa* y se asocia al modelo psicosocial de producción de enfermedad (17). Es así como los indicadores de salud, tales como tasas de mortalidad infantil y materna, carga de morbimortalidad y esperanza de vida, entre otros, se ven estrechamente relacionados al nivel de ingresos y/o a situaciones de vulnerabilidad como lo es la pobreza. Esto se puede observar al evaluar y comparar indicadores de poblaciones diferentes dentro de un mismo país, así como indicadores nacionales entre diferentes países. Ejemplos de estos a través del mundo son:

- En Indonesia, la mortalidad materna es de 3 a 4 veces superior entre los pobres que entre los ricos.
- En el Reino Unido, la mortalidad de los adultos de los barrios más pobres multiplica por 2,5 la de los adultos de los barrios menos pobres.
- El bebé de una mujer boliviana sin instrucción tiene una probabilidad de morir del 10%, mientras que el de una mujer que haya cursado por lo menos la enseñanza secundaria tiene una probabilidad de morir del 0,4%.
- Una niña que nace en Lesotho tiene una esperanza de vida al nacer de 42 años menos que una que nace en Japón.
- En Uganda, la tasa de mortalidad de menores de cinco años entre las familias del quintil más rico es de 106 por 1000 nacidos vivos, mientras que en el quintil más pobre es de 192 por 1000 nacidos vivos, lo que supone que casi una quinta parte de los bebés que nacen vivos en las familias más pobres acabarán muriendo antes de cumplir cinco años. En comparación, la tasa de mortalidad promedio de menores de cinco años en los países de ingresos altos es de hasta 7 por 1000 nacidos vivos (16).

5.3. Pobreza mundial y malnutrición

A pesar que en el mundo hay alimento suficiente para todas las personas que habitan en él, actualmente 795 millones de personas pasan hambre, de las cuales el 98% viven en regiones en desarrollo, y casi 200 millones de niños padecen desnutrición crónica. De estos, el 90% vive en Asia y África (18,19).

La malnutricion tiene efectos negativos que impactan en la morbimortalidad, educación y productividad. Más de una tercera parte de las defunciones infantiles se atribuyen a la desnutrición, y la pobreza es una de sus principales causas. Los niños con desnutricion ven afectados su desarrollo físico e intelectual, con consecuencias que pueden ser permanentes y determinar su futuro, además de perpetuar la transmisión intergeneracional de la pobreza. Se estima que más de la mitad de las muertes en menores de 5 años, de las cuales un 60% estan asociadas a las desnutrición, son atribuibles a unas pocas enfermedades, especialmente neumonía, diarrea, malaria, sarampión y HIV/SIDA, las cuales además son altamente prevenibles.

La pobreza se asocia a falta de alimentos y a pobre saneamiento ambiental. Estas condiciones, a su vez, llevan a una alimentación insuficiente, a una inadecuada atención en salud y un riesgo aumentado de otras enfermedades, interfiriendo en el adecuado desarrollo de una persona. A su vez, la desnutrición también actúa como "círculo vicioso". Las mujeres desnutridas tienen bebés con peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo cada año nacen 19 millones de niños con bajo peso.

La desnutrición, al afectar todo el desarrollo del infante, disminuye su rendimiento escolar, el aprendizaje de habilidades y limita su capacidad de convertirse en un adulto que pueda desarrollar todas sus potencialidades, con una vida social y productiva plena, contribuir a la sociedad y romper el círculo de la pobreza en su propia familia y comunidad (18,20,21).

5.4. Pobreza mundial y salud materno-infantil

También podemos ver reflejado el efecto de la pobreza en la salud materno-fetal. Cada año hay 14 millones de madres adolescentes (12 a 19 años), de las cuales más del 90% viven en países en desarrollo. Sumado a esto, diariamente 1600 mujeres y más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones prevenibles del embarazo y del parto. De estas muertes, casi el 99% se produce en países en desarrollo. Así mismo, 90% de la mortalidad neonatal también ocurre en los países en desarrollo. Todo esto está relacionado con la pobreza al estar esta íntimamente ligado a la falta de educación, de atención profesionalizada del parto, de atención de complicaciones y emergencias obstétricas, a malnutrición materna y a enfermedades infecciosas, entre otras. Todas estas son condiciones prevenibles que determinan gran parte de las muertes materno-infantiles (22).

Otra consecuencia de la pobreza en la salud materno-infantil se puede ver en las inmunizaciones. Se sabe que son una de las intervenciones sanitarias más costoeficaces, previniendo anualmente aproximadamente 2,5 millones de defunciones en niños/as en todo el mundo. Sin embargo, actualmente hay aproximadamente 21,8 millones de lactantes que no reciben estas vacunas, y la mayoría de ellos viven en situación de pobreza (23).

6. Salud y pobreza en Chile

Chile es hoy considerado un país desarrollado por lo que muchas de las consecuencias en salud descritas previamente no son características. Sin embargo, y debido a la gran desigualdad en la distribución de la riqueza que existe en nuestro país, las personas en situación de pobreza igualmente ven más afectada su salud. Chile, al igual que el resto de los países desarrollados, está enfrentando el envejecimiento de su población y la transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a condiciones crónicas en los últimos 30 años. Actualmente hay un claro predominio de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión, las enfermedades respiratorias, los trastornos depresivos, el cáncer y los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, que representan dos tercios de la carga de morbi-mortalidad de la población para el año 2007 (24). Sin embargo, la distribución dentro del país de estas enfermedades, al igual que la distribución de ingresos, no es equitativa y son las personas que viven en situación de pobreza las más afectadas (25).

De acuerdo a la última encuesta nacional de salud (ENS) realizada el año 2010 la mayor parte de los problemas de salud crónicos evaluados muestran una gradiente inversa con el nivel educacional, siendo el grupo con menos de 8 años de educación formal los que tienen una mayor prevalencia de todas las patologías crónicas evaluadas, como se muestra en la Tabla 1 (25). Se observan gradientes estadísticamente significativas en las personas con menor nivel educacional para muchos problemas de salud aún controlando por el efecto de la composición por sexo y edad, denotando la conjunción de otros factores que determinan que los estratos con mayor privación socieconómica presenten mayor carga de morbilidad y factores de riesgo.

En relación al consumo de tabaco y de alcohol, la ENS muestra que en segmentos de mayor nivel educacional el consumo es mayor que en niveles de menor educación, esto se debe probablemente a las políticas de impuestos a estos bienes que determinan un alto precio de ellos en nuestro país, haciéndolos menos accesibles para los estratos socioeconómicos más bajos. La mayor prevalencia de problemas por abuso o dependencia de alcohol se encuentra en los estratos socioeconómicos bajos. Esta información que fue corroborada por la Encuesta Nacional de Drogas en Población General (ENPG) del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA) de 2010 mostró que la tasa de abuso de alcohol en NSE bajo es de 6,6%, en NSE medio de 4,6% y en NSE alto de 5,1% (26).

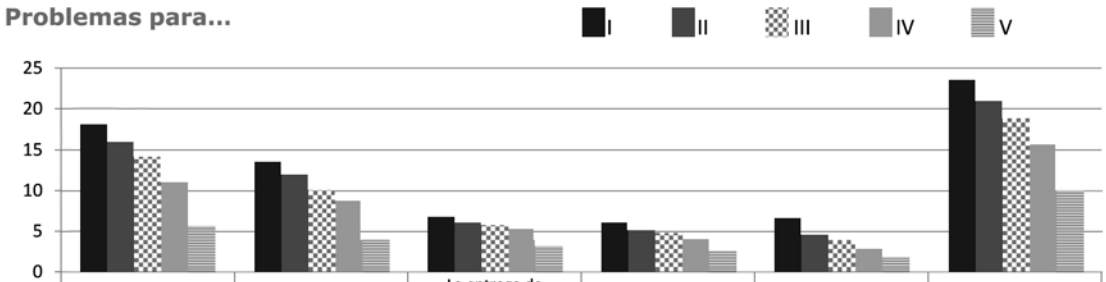
Tabla 1 Problemas de salud con mayor prevalencia estadísticamente significativa en estratos educacionales bajos, independiente de la edad (25).

Problema de salud	<8 años de estudio	8-12 años de estudio	>12 años de estudio
Hipertensión arterial	51,1 %*	22,8%	16,7%
Dislipidemia HDL	48,5%*	48,8%	37,2%
Obesidad	35,5%*	24,7%*	18,5%
Consumo excesivo de sal	97,5%*	96,2%*	93,7%
Consumo de:			
• Frutas y verduras	14,2%*	15,0%	18,0%
• Cereales integrales	7,4%*	12,1%	22,8%
• Pescados o mariscos	31,5%*	38,9%	46,8%
Sd. Metabólico	47,8%*	32,7%	26,4%
Síntomas respiratorios crónicos	37,2%*	23,5%	18,0%
Síntomas digestivos	5,9%*	2,9%	2,5%
Hipotiroidismo	27,2%*	19,9%	12,7%
Sedentarismo	96,9%*	88,6%*	82,2%
Síntomas depresivos	20,8%*	18,4%*	11,8%
Deterioro cognitivo del adulto mayor	17,2%*	3,2%	3,0%

*Diferencias estadísticamente significativas

Por otra parte, los indicadores de salud generados en base a información aportada por la Encuesta Casen de 2013 (17) muestran como la pobreza se asocia a varios problemas de salud en nuestro país. En relación al acceso a la salud y la atención, las personas con menor ingreso reportan más problemas en cuanto a la atención. Se incluyen dentro de estos problemas, dificultades para conseguir una hora, para ser atendidos, para el pago de la atención debido al costo, para el traslado y acceso físico al lugar de atención y para recibir los medicamentos necesarios en su centro de salud o problemas de acceso a estos por costo (Figura 1).

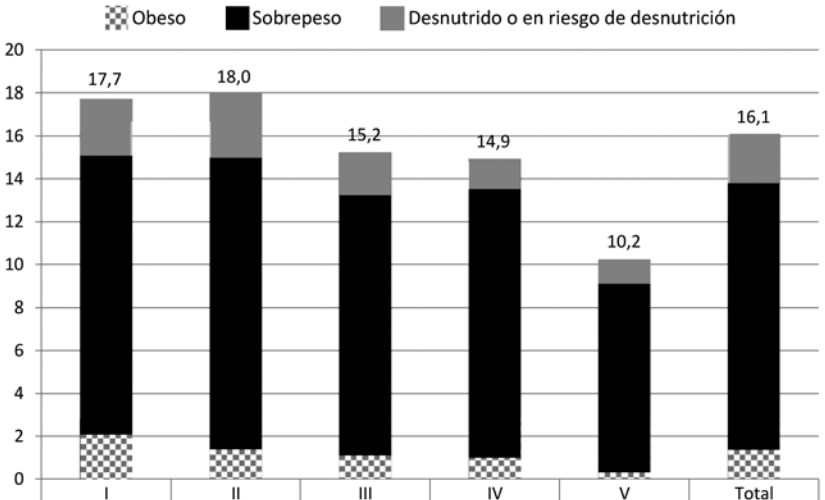
Figura 1 Porcentaje de la población de 15 años o más que tuvo algún problema de acceso a atención de salud en los últimos 12 meses según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, por tipo de problema (27).



	Conseguir una cita/ atención (hora)	Ser atendido	La entrega de medicamentos en el est. de salud o acceso a ellos por su costo	Pagar por la atención debido al costo	Llegar a la consulta, hospital, consultorio, etc.	Presenta alguno de los problemas consultados
I	18,14	13,57	6,85	5,98	6,64	23,63
II	15,96	11,93	6,14	5,11	4,63	21,03
III	14,14	9,98	5,87	4,80	4,08	18,76
IV	11,06	8,72	5,34	3,96	2,95	15,73
V	5,73	4,08	3,14	2,55	1,72	9,87

Esta misma encuesta mostró cómo se relacionan pobreza y salud a través de los problemas nutricionales. En Chile, las personas en situación de pobreza son las más afectadas, en especial los niños/as y embarazadas. En la Figura 2 se observa malnutrición infantil en Chile según ingresos familiares, siendo los quintiles de menores ingresos los más afectados. Por las características del país la malnutrición se manifiesta principalmente como malnutrición por exceso, en contraste con lo que se observa en países en desarrollo.

Figura 2 Porcentaje de niños/as de 0 a 6 años en situación de malnutrición según estado nutricional reportado por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar (27).

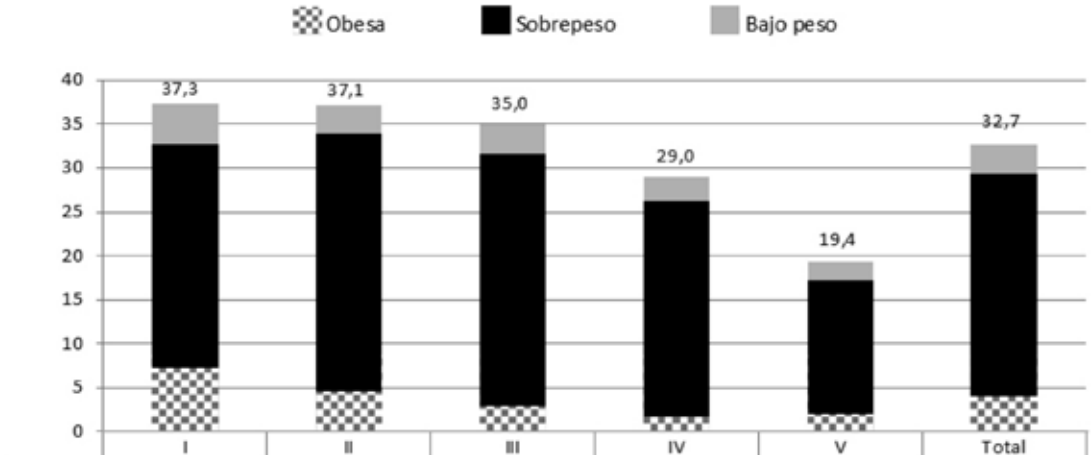


	I	II	III	IV	V	Total
Desnutrido o en riesgo de desnutrición	2,65	3,02	1,99	1,40	1,15	2,27
Sobrepeso	12,99	13,60	12,13	12,54	8,78	12,44
Obeso	2,08	1,38	1,10	0,98	0,30	1,36

En relación a la nutrición materna, también es posible evidenciar la relación entre ingresos y estado nutricional como vemos en la Figura 3. Embarazadas de los tres quintiles inferiores son las que presentan más problemas nutricionales, tanto de malnutrición por déficit como por exceso, y en especial las mujeres pertencientes al primer quintil, siendo aquellas con más porcentaje tanto de obesidad como bajo peso.

Figura 3 Distribución de mujeres de 12 a 49 años embarazadas y nodrizas según estado nutricional reportado, por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar (27).

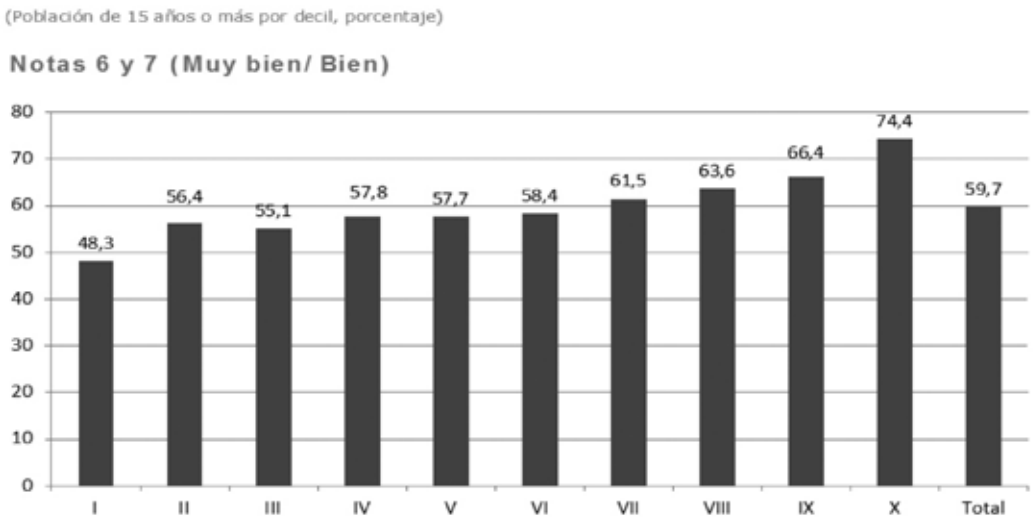
(Mujeres de 12 a 49 años embarazadas y nodrizas por quintil, porcentaje)



	I	II	III	IV	V	Total
Bajo peso	4,60	3,25	3,40	2,77	2,21	3,37
Sobrepeso	25,59	29,21	28,67	24,64	15,19	25,27
Obesa	7,14	4,64	2,96	1,61	1,99	4,05

En la Figura 4 observamos cómo perciben las personas su salud. Aquellos pertencientes al decil más pobre son los que en menor porcentaje reportan un estado de salud bueno o muy bueno, siendo sólo un 48,3% de los mayores de 15 años. En contraste, aquellos pertenecientes al decil de mayores ingresos, son los que en mayor porcentaje reportan un estado de salud bueno o muy bueno, siendo un 74,4% de los mayores de 15 años.

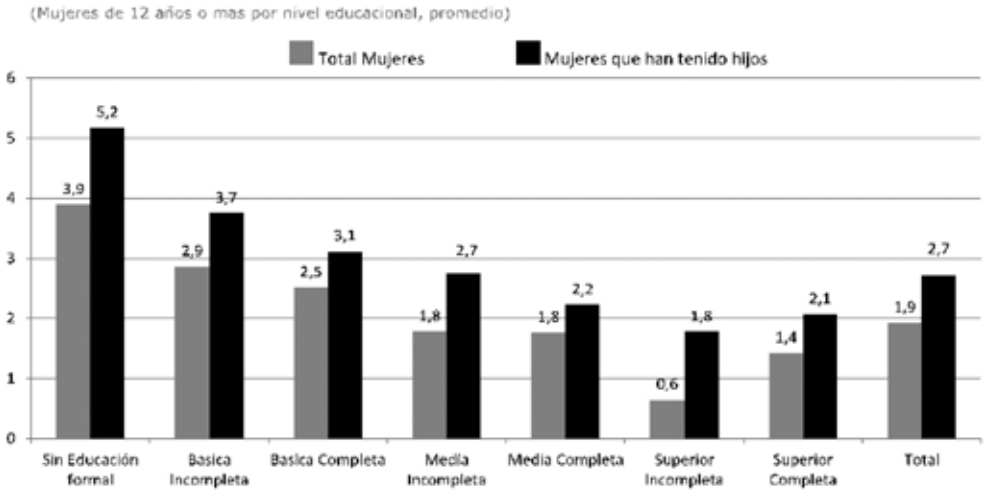
Figura 4 Porcentaje de la población de quince años o más que reporta un estado de salud bueno o muy bueno (notas 6 y 7) por decil de ingreso autónomo per cápita del hogar (27).



En los Gráficos 5, 6 ,7 y 8 podemos ver algunos de los efectos de la pobreza en la salud materna, específicamente en el tema de planificación familiar y embarazo adolescente (12-19 años) con todos los demás riesgos asociados que esto conlleva.

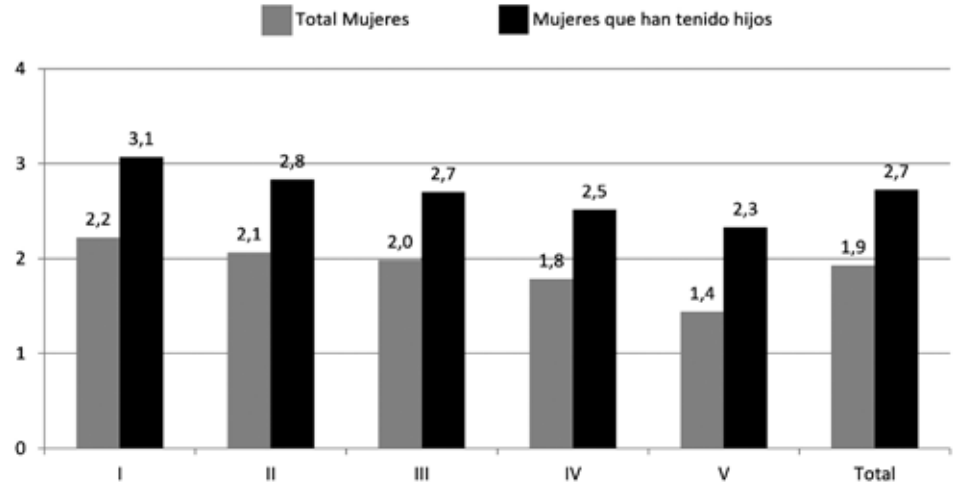
En Chile, el promedio de hijos nacidos vivos en mujeres mayores de 12 años es de 2.7 hijos/as. Sin embargo, en aquellas mujeres sin educación formal, este promedio aumenta a 5.2, como vemos en la Figura 5.

Figura 5 Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años o más por nivel educacional (27).



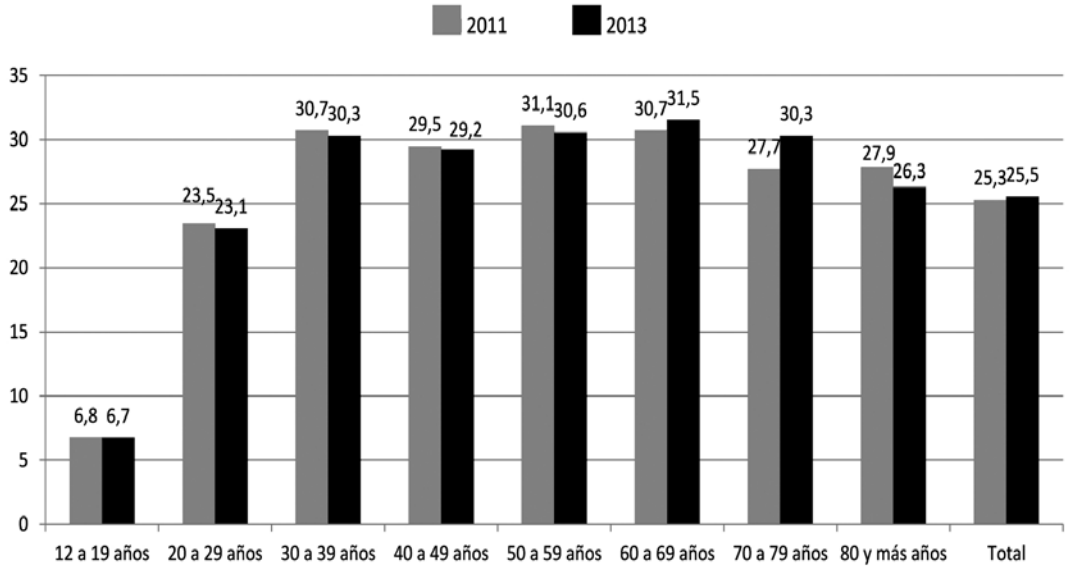
Respecto al mismo tema, pero asociado a quintil de ingresos, vemos que en el primer quintil, el promedio es de 3.1 hijos/as y decae progresivamente a medida que aumenta el quintil de ingresos hasta alcanzar un promedio de 2.3 en aquellas mujeres del quintil más rico (Figura 6).

Figura 6 Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años o más por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar (27).



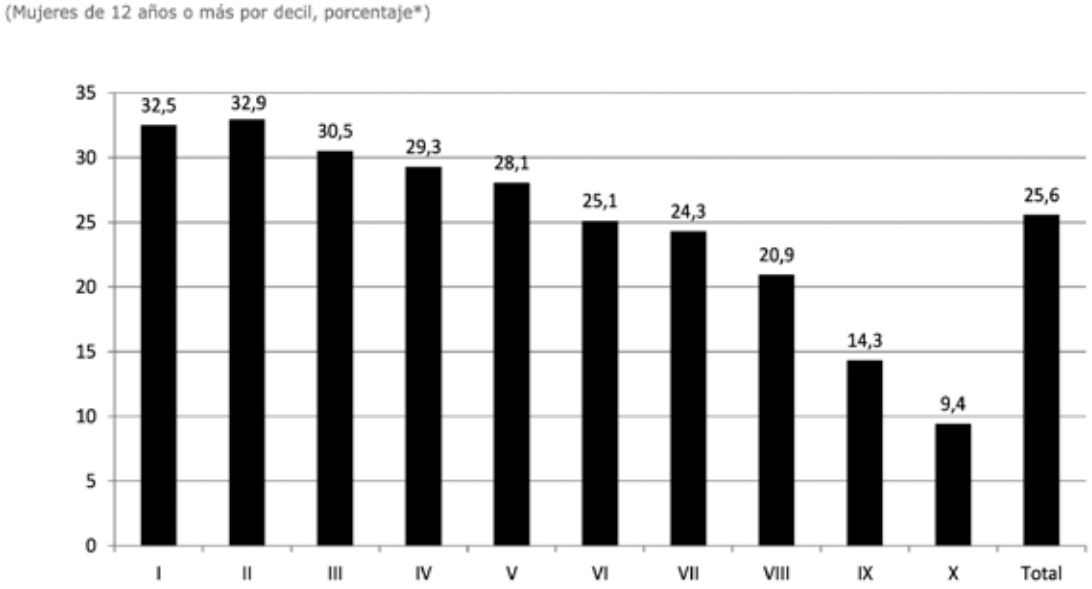
En la Figura 7 se observa que el porcentaje de mujeres madres adolescentes es de 25, 5%. Esto porcentaje varía desde 38,7 % en aquellas mujeres sin educación formal a 8,9 % en aquellas con educación superior completa.

Figura 7 Porcentaje de mujeres de 12 años o más que han sido madres adolescentes por tramo de edad (27).



Al analizar el embarazo adolescente según decil de ingresos, vemos que el porcentaje total es de 25,6%, variando desde un 32,5- 33 % en aquellos dos deciles más pobres y alcanzando un 9,4% en el decil más rico (Figura 8).

Figura 8 Porcentaje de mujeres de 12 años o más que han sido madres adolescentes por decil de ingreso autónomo per cápita del hogar (27).



Otra consecuencia del cambio del perfil epidemiológico experimentado en los últimos 30 años en Chile ha sido el aumento de la prevalencia de los problemas de salud mental. Más de un tercio de la población ha tenido trastornos psiquiátricos en su vida, siendo los más prevalentes la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,2%), la distimia (8,0%) y trastornos por consumo de alcohol y drogas con un 11% y 8,1%, respectivamente (28,29). En la última ENS un 17,2% de la población reportó haber presentado síntomas depresivos el último año y el 21,1% de la población reportó el diagnóstico médico de depresión alguna vez en la vida, siendo ambos porcentajes mayores en personas con menor nivel educacional (25). Asociado a esto, el acceso a tratamiento de salud mental de los beneficiarios de ISAPRES es 8 veces mayor al de los beneficiarios de FONASA (30).

Queda en evidencia como en Chile la salud se ve afectada por la situación de pobreza a través de mayor prevalencia de enfermedades crónicas, más problemas asociados al abuso de sustancias, más problemas en el acceso y la atención en salud, peor autopercepción del estado de salud, más problemas nutricionales y más embarazo adolescente con todos sus riesgos asociados, entre otras.

7. Innovaciones existentes para prevenir o controlar la pobreza

A nivel mundial algunas de las medidas que han mostrado efectividad en la reducción de la pobreza son los microcréditos, la universalización de la escolaridad (en particular aquella de la primera infancia por sus efectos duraderos) y las transferencias monetarias. Estas medidas también han sido implementadas en Chile. Los *microcreditos* son préstamos pequeños de dinero ofrecidos por una institución financiera a personas que no disponen de aval o garantía de devolución, accediendo a ellos con los intereses bancarios habituales. Así, no quedan en manos de los prestamistas con malas prácticas. El objetivo es que emprendedores de los sectores sociales más desfavorecidos puedan financiar un proyecto de negocio, potenciando la estabilidad económica personal y familiar a través de la autonomía financiera y satisfacción de necesidades básicas.

Los microcréditos se hicieron conocidos en la década de los 80, luego de que Muhammad Yunus fundara el Banco Grameen de microcréditos en Bangladesh. En la actualidad se brinda servicio a más de ocho millones de prestatarios y más de 80.000 aldeas en dicho país, con muy buenos resultados. A partir de esta experiencia se fueron replicando en varias partes del mundo. En Chile se han implementado desde la década de los 80 y han sido entregados principalmente por ONGs, cooperativas y luego por algunos bancos. Actualmente, algunas organizaciones de la sociedad civil, como Fondo Esperanza y Banigualdad se dedican a microcréditos en nuestro país (31,32).

La *educación* tiene un rol crucial en la superación de la pobreza. Respecto a la universalización de la escolaridad, se sabe que esta interviene actuando a diferentes niveles para quebrar el círculo de la pobreza. Especialmente la educación inicial (estimulación oportuna) ha sido reconocida como una de las estrategias de superación de la pobreza que más impactan en los seres humanos de manera integral, tanto las investigaciones de las neurociencias (33) como las realizadas desde la economía por James Heckman y otros investigadores (34,35).

Tener experiencias educativas positivas y constantes, es uno de los pilares para lograr el bienestar, desarrollar la autonomía y ejercer la libertad. Por eso, acceder a la educación formal permite alcanzar una vida social y productiva, que a su vez permite alcanzar un mayor desarrollo. Histórica e internacionalmente, los niveles básicos y medio de educación son reconocidos como esenciales para cualquier persona. Hoy se considera también como esencial la educación en las etapas iniciales de la vida (36).

En Chile hay varias políticas de protección social y programas que apuntan a lograr la universalización de la escolaridad. La educación básica y media conforman la educación obligatoria en nuestro país, y está en proyecto de ley la inclusión de un año de educación parvularia de manera obligatoria. Sin embargo, la reciente reforma tributaria permitirá la universalización de la educación preescolar desde el nivel de sala cuna, en especial en los sectores de mayor pobreza, lo que indudablemente afectará de manera positiva el desarrollo integral de las personas desde la infancia temprana. Gracias a estos esfuerzos al año 2011 la escolaridad promedio de la población chilena era de 10.6 años, la tasa de asistencia neta a la educación básica era sobre el 89%, siendo su distribución relativamente equitativa entre los diferentes quintiles de ingreso, variando entre 91,5% - 93,8%; y un 44,1% de los niños/as menores de 6 años asistían a algún establecimiento de educación parvularia (7,37).

Los programas de *transferencias monetarias* son transferencias de dinero entregadas por el estado a hogares o personas en situación de pobreza que deben cumplir ciertas condiciones relacionadas con inversión en

capital humano. El objetivo es aumentar el consumo en el corto plazo al mitigar las restricciones de liquidez, y favorecer la acumulación de capital humano para romper el ciclo de la pobreza en el largo plazo. Con este objetivo de fortalecer el capital humano, la mayoría de los programas se orientan a alcanzar un mayor acceso en salud y educación, especialmente de niños/as. A través del dinero entregado, los programas de transferencia favorecen la liquidez de los hogares, la acumulación de ahorros preventivos e incluso la inversión (38).

El programa de transferencias más grande es el Programa Banco de Familia (PBF) en Brasil. Este abarca a un 25% de la población del país y busca: (i) prevenir el trabajo infantil en los menores de 14 años; (ii) asegurar que los niños/as completen la educación secundaria; (iii) motivar el uso de los servicios de salud, especialmente de embarazadas y de menores de 7 años. Hasta ahora, diversos estudios han evaluado los efectos del PBF en pobreza, inequidad, gastos y seguridad alimentaria, educación, utilización de servicios de salud y efectos nutricionales. Una de las más importantes consecuencias de este programa es la baja del índice de GINI (indicador de desigualdad según ingreso en un país) desde el año 2001, atribuyéndose un 25% de esta caída al PBF.

Destacan también mayores gastos familiares en las familias inscritas que en el grupo de comparación, especialmente gasto en comida. Se mostró un aumento de 79% respecto de la línea de base en la cantidad de alimentos comprados por aquellas familias que mostraban severa inseguridad alimentaria, en comparación con un 60% de aumento en aquellas familias que habían reportado seguridad alimentaria de base. Adicionalmente, el promedio de transferencias por el PBF de US$30 se asoció a un incremento de un 52% en la seguridad alimentaria dentro de las familias inscritas. Por otro lado, se realizó un estudio de medidas antropométricas de 22,375 menores de 5 años en situación de pobreza para evaluar los resultados nutricionales de aquellos que pertenecen a familias adscritas al PBF. Se observó que el PBF puede llevar a mejores indicadores nutricionales en menores de 12 a 59 meses adscritos al programa (39). A pesar de estos avances, aún es prematuro dar una evaluación final positiva al PBF, pues se debe analizar su comportamiento a lo largo del tiempo.

En Chile, existe el sistema Chile Solidario del Ministerio de Desarrollo Social, dentro del cual se incluyen programas de transferencias monetarias, al que se suma el Ingreso Ético Familiar.

8. Innovaciones existentes para prevenir o controlar problemas de salud de personas en situación de pobreza

8.1. Innovaciones en un sistema de salud mixto

En Chile el sistema de salud se caracteriza por ser mixto, es decir, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de servicios de salud. En el sistema público existe un seguro social de salud que opera sobre la base de un esquema de reparos y es administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entregando los mismos beneficios para todos los asegurados. El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud (ISAPREs) basados en contratos individuales, en el que los beneficios otorgados dependen de la prima cancelada y por productores de salud particulares que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los de FONASA por la modalidad de libre elección (40).

Actualmente en nuestro país predomina el sector estatal, que es el que atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedad (29). El 78,29% de la población chilena se atiende en FONASA. La última encuesta CASEN 2013 mostró que este porcentaje es mayor a menor nivel socioeconómico (27). Por otro lado, el 14.23% de la población esta afiliada a las ISAPRES. Este porcentaje corresponde en su mayoría a los 3 deciles más ricos de la población.

Los sistemas de salud en Chile ofrecen una cobertura teórica universal, dada tanto por la protección social como los tipos de seguros públicos y privados, al menos respecto a la atención básica. Además, se garantiza atención de algunas enfermedades prioritarias al 100% de población, siendo de esta manera los pobres sin seguro formal automáticamente considerados beneficiarios de FONASA.

8.2. El caso de la erradicación de la desnutrición infantil en Chile

Durante las últimas décadas, en nuestro país ha habido muchos avances en temas económicos, de salud y de protección social. Sin embargo, aún existe una notoria inequidad en salud que en general se relaciona con importantes desigualdades en determinantes sociales estructurales (orientados a la brecha dada por la jerarquía social según nivel socioecnómico, género o étnia), que a su vez determina en gran medida la distribución desigual del acceso a la salud y la concentración de estilos de vida nocivos para salud en grupos de bajo nivel socioeconómico. A pesar de esto, se han desarrollado en Chile algunas políticas y programas con muy buenos resultados, como lo es por ejemplo la erradicación de la desnutrición infantil. En este sentido, entre 1960 y 2000 por medio de políticas intersectoriales y el compromiso de múltiples sectores, Chile logró erradicar la desnutrición infantil, pasando de una prevalencia de 37% a 2,9% en menores de seis años.

Lo central en este logro fue la existencia de una política de Estado de lucha aplicada de manera sostenida durante décadas, independientemente de los cambios políticos y económicos que sufrió el país en ese periodo, y abordando el problema de una manera integrada y transversal. Se implementaron diversos programas y acciones de manera simultánea, los cuales se caracterizaron por su alta focalización (lograron alcanzar a más de un 80% de los grupos objetivos) y por la integralidad de las intervenciones, que abordaban los distintos factores que inciden en la aparición y mantención de la desnutrición infantil.

Las estrategias incluían amplia cobertura de la atención primaria de salud con incorporación de controles pre y post natales y de niño sano, implementación de programas de alimentación complementaria de cobertura nacional (PNAC) así como focalizados en grupos específicos, creación de programas de recuperación de niños desnutridos, control de la natalidad por medio de programas de planificación familiar, educación de las madres, programas de agua potable y saneamiento ambiental, tratamiento de las principales patologías prevalentes, promoción de la lactancia materna, vacunaciones, y participación de la comunidad en la atención primaria. A su vez, se establecieron programas de suplementación de micronutrientes como el hierro, zinc y cobre, para grupos específicos. Además, el sistema de salud amplió su cobertura a todo el territorio nacional y constituyó una red de salud de complejidad creciente con postas rurales, centros de atención primaria y hospitales.

Otros elementos relevantes que facilitaron este logro fueron la continuidad en la implementación de los programas, la estabilidad en el marco institucional en que los programas se ejecutaron, la formación de recursos humanos en el tema, la existencia de sistemas de vigilancia nutricional, el desarrollo de la investigación y el conocimiento en el área la participación de la comunidad científica y de los profesionales de la salud en la toma de decisiones política, y la participación activa de la población en la demanda de servicios de salud y programas de alimentación complementaria.

La experiencia chilena muestra que es imprescindible realizar acciones de política en las áreas diversas como de salud, nutrición, educación y saneamiento ambiental. Todo esto actúa de manera sinérgica para mejorar las condiciones de vida de la población, en especial de aquellos que viven en situación de pobreza. Todas las estrategias dirigidas a problemas de salud deberían considerar iniciativas en muchas áreas, coordinando un trabajo intersectorial que apunte a la sinergia y complementariedad de programas y que evite las superposición de estos, en pro de una mayor eficiencia en la utilización de los recursos y el máximo de beneficio posible en la población (41,42). Estrategias intersectoriales similares más recientes son la cobertura geográfica universal en salud, el programa nacional de inmunizaciones, la atención profesionalizada del parto, y el programa Chile Crece Contigo.

8.3. La innovación del enfoque de salud primario en Chile

En la década de los 90 la evidencia de estudios demostraron que una Atención Primaria de Salud (APS) "más fuerte", como las de en Inglaterra, Dinamarca o España, obtenían mejores indicadores de eficiencia y efectividad (43), mejores indicadores de salud como en mortalidad infantil y años de vida potencialmente perdidos, mejores niveles de satisfacción usuaria y menores gastos en salud, que países con una APS "más débil" como EE.UU o Alemania (44).

Chile consideró esta evidencia y se adscribió a consensos internacionales de Promoción de la Salud como la de Alma Ata de 1978 y comenzó a fortalecer su atención primaria. Se crearon además algunos ejemplos destacables en este tema, como por ejemplo la red de Ancora UC, desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile en el contexto de la Reforma de Salud Chilena. Este proyecto se planteó como una estrategia innovadora para contribuir a enfrentar los problemas del nuevo perfil epidemiológico de nuestro país y contemplaba un cambio en el modelo de atención de salud primaria. El primer centro de salud familiar (CESFAM) de esta red fue inaugurado en 2005 en la comuna de Puente Alto y actualmente cuenta con tres centros, dos en la comuna de Puente Alto y uno en la comuna de La Pintana. Los resultados obtenidos luego de 7 años (periodo 2005-2012) mostraron que estos CESFAM lograron una mayor efectividad clínica expresada en reducciones del 25% de las derivaciones a especialidades secundarias, 70% de consultas de urgencia y 30% de hospitalizaciones respecto a otros CESFAM de las mismas comunas. Estas diferencias se mantuvieron al ajustar por variables socioeconómicas. Estos efectos se asociaron además a una alta satisfacción usuaria y representaron un ahorro estimado de 1.690 millones de pesos chilenos para el sistema de salud el año 2010. Estos resultados son consistentes con experiencias similares desarrolladas en Canadá, Inglaterra y Brasil y enfatizan el impacto de positivo de una atención primaria integral y resolutiva (45).

8.4 La innovación del cuidado comunitario de la salud mental

Otra innovación en salud primaria que ha demostrado buenos resultados a nivel internacional y se está actualmente implementando en Chile es en el ámbito de la salud mental. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría fue iniciado en nuestro país el año 2001 y cumple con todos los lineamientos del informe de salud mental de 2001 de la OMS (46). Entre las recomendaciones generales de este informe destaca como cuestión clave el cambio desde la atención institucionalizada a la atención en la comunidad reforzada por la reserva de camas en hospitales generales para los casos agudos. Como refiere este informe, durante la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio de paradigma en la atención de salud mental, principalmente a causa de tres factores independientes; grandes progresos en psicofarmacología, el movimiento de derechos humanos que se convirtió en un fenómeno de alcance internacional, y la incorporación de un componente mental a la definición del concepto de salud por la OMS. La combinación de estos acontecimientos ha impulsado el abandono progresivo de la atención en grandes instituciones custodiales en favor de una atención comunitaria más abierta y flexible, la cual persigue una asistencia de buena calidad y la habilitación de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.

En la práctica, la atención comunitaria entraña el desarrollo de una amplia gama de servicios de ámbito local, con algunas características como:

- Servicios cercanos al domicilio, que incluyan atención en el hospital general para los casos agudos y residencias para estancias largas en la comunidad.
- Intervenciones relacionadas con las discapacidades además de con los síntomas.
- Tratamiento y atención específicos para el diagnóstico y las necesidades de cada persona.
- Una amplia gama de servicios que respondan a las necesidades de las personas con trastornos mentales y comportamentales.
- Servicios coordinados entre los profesionales de la salud mental y los organismos comunitarios.
- Servicios ambulatorios antes que residenciales, incluidos los que permitan el tratamiento a domicilio.
- Colaboración con los cuidadores y respuesta a sus necesidades.
- Legislación en apoyo de los aspectos citados.

9. Conclusiones

Pobreza y salud se relacionan directamente y de manera bidireccional a través de los determinantes sociales de la salud. Es por esto que, para disminuir las inequidades en salud, debemos abordar el problema desde su origen, interviniendo así en los factores que causan estas inequidades. Hoy en día la pobreza no solo se define como una carencia económica y por lo tanto para su superación es necesario abordarla desde una mirada integral.

Las personas que viven en situación de pobreza ya sea por ingresos como en forma multidimensional, así como también aquellos países con menores niveles de desarrollo económico, ven más afectada su salud ya sea por limitaciones en el acceso a una atención, en la calidad de las prestaciones, en los riesgos de empobrecer a causa

de la salud o por la prevalencia de ciertas patologías, afectando así todo su desarrollo. Dentro de esto, destacan los efectos de la pobreza en la salud infantil y materna.

En Chile y el mundo, se han hecho diversos esfuerzos para disminuir las inequidades en salud y mejorar la salud de aquellas personas más afectadas. Esto a través de políticas y programas enfocados principalmente en personas en situación de vulnerabilidad social. Estas innovaciones han tenido éxito y han dejado en evidencia que las políticas y programas dejen contar con un enfoque inter trans-sectorial, que incluya a la salud en todas las políticas. Es imprescindible coordinar los esfuerzos para una acción intersectorial con objetivos de equidad compartidos, donde la salud es una de las dimensiones fundamentales para la inclusión social y superación de la pobreza, entendiendo así que la equidad sanitaria es uno de los indicadores centrales para lograr esto y alcanzar un desarrollo de país más integral.

En los ejemplos descritos, vemos como fundamental el fortalecimiento de la atención primaria en salud. Es allí donde se pueden lograr grandes avances, desde una perspectiva de promoción y prevención de la salud poblacional. Así se podrá mantener una población saludable que pueda alcanzar su máximo potencial para llevar una vida plena y romper el círculo de la pobreza.

10. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- Hay varias y distintas formas de definir y medir pobreza. Histórica e internacionalmente, lo más usado es una definición económica determinada por ingresos.
- Pobreza y salud se ven relacionados bidireccionalmente.
- En el mundo, hay 2.723 millones de personas que viven en situación de pobreza y 1.011 millones en pobreza extrema el año 2011, bajo la definición del Banco Mundial. En América Latina hay 167 millones que viven en situación de pobreza.
- En Chile, de acuerdo a la última CASEN 2013 y acorde a la nueva metodología de medición por ingresos de pobreza, un 9,9% y 4,5% de personas viven en situación de pobreza y pobreza extrema respectivamente, siendo un total de 14,4%.
- Actualmente se usa en Chile además una metodología que mide pobreza multidimensional.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- Pobreza y salud están íntimamente relacionados principalmente a través de los llamados determinantes sociales de la salud. Es decir, las condiciones en que una persona, nace, vive, trabaja y se desarrolla, determinan en gran parte su salud y viceversa.
- Las personas que viven en situación de pobreza tienen menor acceso a la salud en términos de atención, financiamiento, tiempos de espera y calidad. Así como también menor acceso a seguros complementarios, y otras oportunidades y condiciones que impactan en su salud. Tienen mayor riesgo de enfermedad, discapacidad y empobrecimiento por catástrofe.

- Las causas y prevalencias de las enfermedades y condiciones de salud varían por nivel socioeconómico y de desarrollo económico del país.
- En Chile, hay un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles y su distribución no es equitativa. Existen gradientes inversas entre estos problemas de salud y el nivel educacional. Así mismo, aquellos en situación de pobreza se ven más afectados por problemas de salud mental, por embarazo adolescente, y por problemas nutricionales, entre otros.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social?

- Hay diferentes programas y políticas que apuntan a lograr una mejor distribución de los recursos y a la superación de la pobreza. Estos no deben ser solo en el ámbito de salud, sino también de educación, trabajo, vivienda e integración e inclusión entre otros. Para lograr mejores y más eficientes resultados, el tema debe ser abordado de forma multidimensional, trans-sectorial e interdisciplinaria.
- Hoy en día los programas de transferencias monetarias, de microcréditos y la universalización de la escolarización son estrategias amplia e internacionalmente usadas para combatir la pobreza.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de salud?

- Reforzar la atención primaria en salud. Darle un enfoque multidimensional y con participación comunitaria a la salud.
- Abordar los determinantes sociales de la salud y trabajar desde la raíz del problema, llegando a la salud desde diferentes ángulos y ámbitos.
    - Incluir no solo la salud física sino también la salud mental.
    - Trabajar desde la premisa de la salud en todas las políticas.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Trabajar de forma coordinada con los demás sectores. No mirar la salud como algo aislado, sino incluir una mirada desde la perspectiva salud en las políticas y programas de todas las diferentes áreas. Trabajar en equipo ya sea dentro del ámbito salud como también con otros ámbitos.
- Abordar los problemas de acuerdo a la realidad epidemiológica, poblacional y económica. De acuerdo a esto, ver la necesidad de adecuar las mallas curriculares de las diferentes carreras del área de la salud para enfrentar el cambio epidemiológico y la desigualdad en salud, enfatizando en el profesionalismo y la responsabilidad social.
- También abordar de manera respetuosa y con integración, la salud de todas las minorías, tales como étnicas, sexuales y religiosas. Teniendo políticas de integración transcultural así como innovación integrada, incluyendo la innovación científica, social y económica.

- Por último incluir y abordar los temas emergentes sobre todo en países en desarrollo o aquellos cuyas consecuencias afectan principalmente a los más pobres, como lo son las enfermedades crónicas, los problemas relacionados al urbanismo descontrolado y desregulado y aquellas enfermedades y problemáticas de salud asociadas al cambio climático.

Referencias

1. Narayan D, International Bank for Reconstruction and Development, editors. Can anyone hear us? Voices of the poor. 3. print. New York: Oxford Univ. Press; 2002. 343 p.

2. Organizacion Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 48a Edición. 2014 [Internet]. Organización Mundial de Salud; 2014. Available from: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7

3. OMS. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Available from: http://www.who.int/suggestions/faq/es/

4. Organización Mundial de la Salud. Influencia de la pobreza en al salud. Informe de la secretaría. Organización Mundial de Salud; 2003.

5. Jordán R, Arellano MS, Baranda B, Larrain L, Larrañaga O, Repetto A, et al. Informe Final. Comisión para la medición de la pobreza. MDS, Ministerio de Desarrollo Social; 2014.

6. Fábregas S, Lugo M, Leon F, Lugo R. Inequidades en la prestación de servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe. 2012.

7. Fundación Superación de la Pobreza. Resumen Ejecutivo. Umbrales Sociales para Chile. Una nueva mirada sobre la pobreza. 2013.

8. The World Bank. Poverty and Equity Data [Internet]. Available from: http://povertydata.worldbank.org/poverty/home/

9. Observatorio Social. Canasta Bàsica de Alimentos [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social; Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipc_pob_descripcion.php

10. Indicadores de Pobreza. Casen 2011 [Internet]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/pobreza_casen_2011.pdf

11. Ministerio de Desarrollo Social. Casen 2013. Situación de la pobreza en Chile Presentación de la nueva metodología de medición de la pobreza y síntesis de los principales resultados. 2014 Enero.

12. WHO. Health Topics. Poverty [Internet]. Available from: http://www.who.int/topics/poverty/en/

13. Arriagada I, Miranda F, Aranda V, United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Social Development Division. Políticas y programas de salud en América Latina: programas y propuestas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social; 2005.

14. Olavarría Gambi M. ACCESO A LA SALUD EN CHILE. Acta Bioethica [Internet]. 2005 [cited 2015 Apr 30];11(1). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

15. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Pública. 2002 Jun;11(5-6):316–26.

16. Salud OM de la, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. [Internet]. OMS; 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

17. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. Soc Sci Med 1982. 2015 Mar;128:316–26.

18. UNICEF. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. [Internet]. UNICEF; 2011. Available from: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf

19. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos. [Internet]. FAO; 2015. Available from: http://www.fao.org/3/aa5ef7f6-edc8-4423-aae3-88bf73b3c77c/i4646s.pdf

20. CEPAL, UNICEF. Desafíos. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. 2006 Abril;(Numero 2). Available from: http://hdl.handle.net/11362/35978

21. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M. Child Health: Reaching the Poor. Am J Public Health. 2004 May;94(5):726–36.

22. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud de la mujer [Internet]. 2009. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/women/es/

23. Organización Mundial de la Salud. Vacunas e inmunización : situación mundial. Resumen de orientación. Tercera edición. Organización Mundial de Salud; 2009.

24. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Informe final estudio carga de enfermedad y carga atribuible. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública; 2008.

25. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Informe encuesta nacional de salud (ENS) Chile 2009-2010. Capítulo V. Resultados. Ministerio de Salud Chile; 2010.

26. Ministerio de desarrollo social. Informe política social 2012. Capítulo Salud. Ministerio de Desarrollo Social;

27. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013 .Salud. Síntesis de Resultados [Internet]. 2014 Enero. Available from: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/p_sectoriales_casen2013.php

28. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P. Cargar del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. 2007;135:1591–9.

29. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Pública. 2005 Nov;18(4-5):346–58.

30. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública., Minoletti A, Alvarado R, Rayo X, Minoletti M. Sistema de salud mental de Chile. Segundo Informe. WHO-AIMS; 2014.

31. Grameen Bank. Banking for the poor [Internet]. Available from: http://www.grameen-info.org/

32. Fundación Superación de la Pobreza, Goethe-Institut, Santiago de Chile. Microcréditos contra la pobreza. Un diálogo interdisciplinario. 2005.

33. The Open University. El cerebro en desarrollo. La primera infancia en perspectiva. [Internet]. Bernard Van Leer Foundation; 2012. Available from: http://www.bernardvanleer.org/Spanish/Home/Mission/Science-behind-investing.html

34. Heckman JJ. SCHOOLS, SKILLS, AND SYNAPSES. Econ Inq. 2008 Jul;46(3):289–324.

35. Heckman JJ, Masterov DV. The Productivity Argument for Investing in Young Children. Rev Agric Econ. 2007 Sep;29(3):446–93.

36. World Bank Group, Strategy 2020. Aprendizaje para todos. Invertir en conocimientos y las capacidades de las personas para fomentar el desarrollo. Resumen Ejecutivo [Internet]. Banco Mundial; 2011. Available from: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/ESSU/463292-1306181142935/Spanish_Exec_Summary_2020_FINAL.pdf

37. Ministerio de desarrollo social. Informe política social 2013. Ministerio de Desarrollo Social; 2013.

38. Higinio Maldonado J, Moreno R, Giraldo Perez I, Barrera Orjuela C. Programas de transferencias condicionadas e inclusión financiera: Oportunidades y desafíos en América Latina. [Internet]. IDRC-CRDI; 2011. Available from: http://www.idrc.ca/EN/Programs/Social_and_Economic_Policy/Supporting_Inclusive_Growth/Documents/Informe-completo-PTCeIF-JHM-v200511.pdf

39. Pacheco Santos L, Paes-Sousa R, Falcao Silva T, Medeiros da Fonseca AM. The Brazilian experience with conditional cash transfers: A succesful way to reduce inequity and to improve health. In Rio de Janeiro, Brasil: WHO; 2011. Available from: www.who.int/social_determinants/

40. Aedo C. La Reformas en la salud en Chile. In: La transformación económica de Chile. 2a. ed. Santiago de Chile: Centro de estudios públicos; 2001.

41. Gattini C, Alvarez Leiva J. Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y sistema de salud en Chile. [Internet]. Organizacion Panamericana de la Salud; 2011. Available from: http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf

42. Organización Panamericana de la Salud S. La erradicación de la desnutrición infantil en Chile. Segunda Parte. Available from: http://bvsde.per.paho.org/texcom/nutricion/LOW/LOW-2.pdf

43. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy Amst Neth. 2002 Jun;60(3):201–18.

44. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.

45. Puschel K, Tellez A. Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. 2013;(130):23–5.

46. Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental : nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Genebra: OMS; 2001.

Acerca de los autores

Javiera Flaño, MSc

Médico Cirujano de la Universidad del Desarrollo y Msc Global Health Science de la Universidad de Oxford. Es Asesora técnica en salud de la Fundación América Solidaria e Investigadora asociada del equipo de estudios sociales en salud UDD. Además es co-fundadora de la Corporación Caminando Sin Heridas. Interesada en la medicina social, desigualdades sociales en salud, salud global, salud pública en general, ayuda humanitaria y cooperación internacional. Ha trabajado en atención primaria, en programas de gestión hospitalaria, en varios operativos médicos a personas en situación de vulnerabilidad social y post desastres naturales, en ONGs, y actualmente asesorando el área de investigación y los proyectos de salud de América Solidaria. Email:jflano@americasolidaria.org

Andrea Rioseco, MD

Médico familiar de la Universidad Católica e Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina de la misma Universidad. Trabaja desde 2010 en un CESFAM de la Red Ancora UC como médico familiar y en docencia de pre y post grado a estudiantes de la Universidad Católica. Email: arioseco@uc.cl

Benito Baranda, PhD

Presidente ejecutivo de América Solidaria Internacional, fundación creada en Chile en el año 2002 que hoy también cuenta con oficinas en Colombia, Estados Unidos, Haití, Perú y Uruguay, y que ha trabajado en 13 países del continente. Baranda es hoy uno de los principales líderes sociales en Chile y la región convocando al sector empresarial, gobiernos y sociedad civil a trabajar en conjunto por la superación de la pobreza de Chile y de todo el continente. Estudió sicología clínica en la Pontificia Universidad Católica de Chile, es magíster en Ciencias del Matrimonio y de la Familia en la Pontificia Lateranense de Roma y es doctor en Sociología con mención en exclusión social de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Fue becario del programa Eisenhower Exchange Fellowships (Philadelphia, EEUU). Ha integrado diversas comisiones asesoras presidenciales en materias de pobreza, políticas de infancia, programas educacionales, participación de la sociedad civil, durante los gobiernos de los Presidentes Eduardo Frei, Ricardo Lagos, Michelle Bachelet y Sebastián Piñera. Entre los más recientes, integró la Comisión Asesora Presidencial para la Medición de Pobreza convocado por Sebastián Piñera; y el Consejo Asesor Presidencial contra los conflictos de interés, tráfico de influencias y corrupción, convocado por Michelle Bachelet. Fue director social durante 20 años de la Fundación Hogar de Cristo y hoy, junto a su trabajo en América Solidaria, Benito Baranda integra los directorios de las fundaciones Superación de la Pobreza, Itaú-Social (Chile), INVICA, Colunga y Fernando González; integra el Consejo Superior de la Universidad Católica de Temuco; y es vicepresidente de la Fundación Cidevi. Email:benitobaranda@americasolidaria.org

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre Salud y Pobreza

Principales recomendaciones para políticas y programas

1. **Fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS):** acercar de diversas formas la salud a la comunidad. Fortalecer la capacidad resolutiva de la APS, mediante la realización de procedimientos diagnósticas y terapéuticos (o aumentar la cantidad y disponibilidad de estos). Fortalecer la promoción en salud e incluir las medicinas complementarias con conocimiento y promoción de estas. Fortalecer y/o crear programas en la APS para personas, especialmente niños/as con capacidades especiales. Incorporar gimnasios (terapia física) y cocinas a la APS. Incorporar el tema de la salud en el trabajo, a cargo de la APS y no de las empresas (enfocado también en lo preventivo, algo del tipo EMPA).

2. **Fortalecer el enfoque comunitario de salud:** especialmente en relación a la salud mental y a las enfermedades crónicas.

3. **Satisfacción de los usuarios:** en relación a los determinantes sociales de la salud, medir satisfacción y percepción de los usuarios. Los determinantes sociales impactan y afectan en la atención, la calidad y principalmente en la sensación de injusticia. Entonces es importante medir satisfacción en programas y atención, que quizá no disminuyen la mortalidad dado la naturaleza de estos pero sí aumentan la percepción de calidad, lo cual es muy importante para los usuarios.

4. **Estrategia de salud en todas las políticas:** asegurar este enfoque a través de todos los sectores y a todos los niveles de gobernanza. Incluyendo todo lo que esto abarca, como es la transparencia, rendición de cuentas, acceso, colaboración, etc. Ver como afectan la salud temas específicos como la vivienda y el trabajo, y diseñar estrategias acorde a estas dimensiones.

5. **Integración transcultural:** integrar e incluir a las minorías étnicas del país, acogiendo sus bases y creencias tanto médicas y en salud como las culturales. Ejemplo de esto es el Hospital Intercultural de Cañete.

6. **Innovación integrada en salud:** incluir innovación científica, social y económica de manera combinada para mejorar el área de la salud.

7. **Medición multidimensional de la pobreza:** dentro de la dimensión salud, es importante saber como los indicadores de esta dimensión se correlacionan con la realidad, y que los indicadores sean decididos no solo de acuerdo a los datos disponibles sino por su verdadero reflejo de la realidad.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Jorge Jiménez**. MPh, Profesor Titular Departamento de Salud Pública Pntificia Universidad Católica de Chile. Asesor Senior Departamento de Desarrollo estratégico Minsal. Presidente Foro Nacional del Cáncer. jjimened@gmail.com.
- **Klaus Puschel**. MSc Profesor Títular, Director Escuela de Medicina Pontificia Universidad católica de Chile. kpuschel@med.puc.cl.
- **Martín Plaza**. Médico Familiar Red Ancora UC. Presidente Corporación Acercando Salud. martin.plaza@gmail.com.
- **Javiera Flaño**. MSc Asesora Técnica América Solidaria. jayaflano@gmail.com

1. ¿Por qué este tema es importante?

- Hay varias y distintas formas de definir y medir pobreza. Histórica e internacionalmente, lo más usado es una definición económica determinada por ingresos.
- Pobreza y salud se ven relacionados bidireccionalmente.
- En el mundo, hay 2.723 millones de personas que viven en situación de pobreza y 1.011 millones en pobreza extrema el año 2011, bajo la definición del Banco Mundial. En América Latina hay 167 millones que viven en situación de pobreza.
- En Chile, de acuerdo a la última CASEN 2013 y acorde a la nueva metodología de medición por ingresos de pobreza, un 9,9% y 4,5% de personas viven en situación de pobreza y pobreza extrema respectivamente, siendo un total de 14,4%.
- Actualmente se usa en Chile además una metodología que mide pobreza multidimensional.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- Pobreza y salud están íntimamente relacionados principalmente a través de los llamados determinantes sociales de la salud. Es decir, las condiciones en que una persona, nace, vive, trabaja y se desarrolla, determinan en gran parte su salud y viceversa.

- Las personas que viven en situación de pobreza tienen menor acceso a la salud en términos de atención, financiamiento, tiempos de espera y calidad. Así como también menor acceso a seguros complementarios, y otras oportunidades y condiciones que impactan en su salud. Tienen mayor riesgo de enfermedad, discapacidad y empobrecimiento por catástrofe.
- Las causas y prevalencias de las enfermedades y condiciones de salud varían por nivel socioeconómico y de desarrollo económico del país.
- En Chile, hay un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles y su distribución no es equitativa. Existen gradientes inversas entre estos problemas de salud y el nivel educacional. Así mismo, aquellos en situación de pobreza se ven más afectados por problemas de salud mental, por embarazo adolescente, y por problemas nutricionales, entre otros.

3. ¿Qué hace falta por mejorar?

- Trabajar de forma coordinada con los demás sectores. No mirar la salud como algo aislado, sino incluir una mirada desde la perspectiva salud en las políticas y programas de todas las diferentes áreas. Trabajar en equipo ya sea dentro del ámbito salud como también con otros ámbitos.
- Abordar los problemas de acuerdo a la realidad epidemiológica, poblacional y económica. De acuerdo a esto, ver la necesidad de adecuar las mallas curriculares de las diferentes carreras del área de la salud para enfrentar el cambio epidemiológico y la desigualdad en salud, enfatizando en el profesionalismo y la responsabilidad social.
- También abordar de manera respetuosa y con integración, la salud de todas las minorías, tales como étnicas, sexuales y religiosas. Teniendo políticas de integración transcultural así como innovación integrada, incluyendo la innovación científica, social y económica.
- Por último incluir y abordar los temas emergentes sobre todo en países en desarrollo o aquellos cuyas consecuencias afectan principalmente a los más pobres, como lo son las enfermedades crónicas, los problemas relacionados al urbanismo descontrolado y desregulado y aquellas enfermedades y problemáticas de salud asociadas al cambio climático.

SECCION III GRUPOS ESPECIFICOS

Capítulo 3

Violencia contra la mujer y sus consecuencias en salud en Chile

Javiera Hauser, PhD

Docente postgrado en Terapias de Arte, mención Arte Terapia, Universidad de Chile.
Presidenta Asociación Chilena de Arte Terapia, ACAT.

Victoria Cáceres, PhD

Coordinadora Académica del Doctorado en Ciencias de la Educación, mención Educación Intercultural, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile.

Resumen

En el presente artículo se expone el concepto de vulnerabilidad en su uso en las políticas públicas, especialmente en lo que tiene relación con el abordaje de la violencia contra la mujer. En la primera parte se muestran comprensiones y estructura asociada al concepto tan usado en la actualidad para trabajar con las asimetrías sociales, como se observa en el plano de la educación, de la salud, la psicología o los ámbitos jurídicos. En la segunda parte se presenta y analiza el problema de la violencia contra la mujer, presentando datos que dan cuenta de su presencia en el ámbito de la salud y los avances jurídicos internacionales. Finalmente, en el tercer momento se desarrolla el tema de la violencia contra la mujer en Chile.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, vulnerabilidad social, salud, Chile

1. Vulnerabilidad, definición y estructura

Es hoy reconocido que nuestra sociedad chilena es desigual y heterogénea, pues contiene diversos grupos tanto económicos como sociales y culturales que poseen características y necesidades que empiezan a valorarse como legítimas demandas. La etapa histórica en la cual se apreciaba y aspiraba a una sociedad compacta y homogénea como el ideal, ya no es considerada de la misma forma. Las nuevas tecnologías de la comunicación nos han hecho estar en contacto con culturas y personas que no conocíamos y que no tenían posibilidad de influir en nuestra cotidianidad. De esta forma, ahora estamos en estrecha relación con diversos grupos humanos y sectores gracias a las redes sociales y a los avances en tecnologías de la información y la comunicación. Como consecuencia de este fluido intercambio, hoy reconocemos mejor las diferencias y también la necesidad de entrar en contacto desde la existencia de algunos mínimos éticos.

"En la intención de comprender a sectores diferentes de nuestra sociedad, y de cualquier otra, ayuda la definición del término de vulnerabilidad que hace Chambers (1) quien expone que la vulnerabilidad tiene dos dimensiones: la exposición a contingencias y tensiones y la dificultad de enfrentarse a ellas. Es decir, para él, existe un elemento externo de riesgo que le es ajeno a la persona, y un elemento interno que se relaciona con la indefensión, la ausencia de medios en la persona para contender tales riesgos sin sufrir daño. Resulta entonces una suerte de horizontalidad en que lo externo y lo interno colaboran en la expresión de la vulnerabilidad. Esta visión sin duda es interesante para enfrentar, por medio de las políticas públicas, la descripción de las situaciones que le son externas a las personas víctimas de discriminación o exclusión y las acciones que desde la persona violentada pueden ser estudiadas y, eventualmente, reparadas" (3).

La vulnerabilidad es considerada hoy como la identificación y reconocimiento que se hace de sectores de la población en las que las diferencias ocupan una posición de desigualdad y discriminación (2). Es decir, en ciertas situaciones niños, niñas, mujeres, y adultos mayores se verán afectados por asimetrías de poder y desigualdades sociales en sus oportunidades de surgir, florecer y cuidar de sí. El tema a destacar en esta oportunidad, es que hay grupos, mujeres por ejemplo, que están en desmedro de otros. Estas personas son quienes deben estar, a nuestro juicio, en el objetivo de políticas públicas cada vez más específicas y focalizadas.

El término vulnerabilidad cuenta en nuestros días con un gran compromiso social. Le corresponde explicar la causa que se encuentra más allá de la evidente desigualdad presente en los seres humanos. De acuerdo con Feito (3) este concepto hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano. Es decir, se centra en intentar evidenciar las especificidades de las personas que se acercan a estar sometidas a daño o a tratos injuriosos y degradantes. Entendiendo de esta forma que los seres humanos, por nuestra naturaleza, estamos expuestos a sufrir daños que atentan contra la mantención de la vida. Así, todos podríamos ser vulnerables, de forma transitoria o permanente, en algún momento de nuestras vidas. Este concepto de vulnerabilidad tiene variadas dimensiones. Feito resalta tanto la dimensión *antropológica*, que afirma una condición de vulnerabilidad del ser humano en cuanto tal, como una dimensión *social*, la que incorpora una mayor debilidad o disposición generada por el medio social al que se pertenece, a las condiciones de vida. De esta manera, emergen no sólo personas vulnerables sino que también se crean *espacios de vulnerabilidad* y *poblaciones vulnerables*. Este aspecto del término que se analiza abre la posibilidad para definir situaciones determinadas, lugares y sectores sociales donde las asimetrías de poder permiten la expresión de la discriminación. Así, podríamos definir por ejemplo, como lo hacen algunas agencias internacionales, situaciones que aumentan las posibilidades de que se presente violencia contra mujeres en ciertos espacios de vulnerabilidad social.

Como ya se ha señalado, la vulnerabilidad ha comenzado a ser un término muy utilizado en ciertos ámbitos, especialmente se ha relacionado al estudio o justificación de problemas éticos derivados de la investigación en poblaciones vulnerables. Así también el concepto se ha irradiadado al análisis, ya más específico, de las particulares condiciones de fragilidad en que ciertos ambientes o situaciones socio-económicas ubican a las personas que la sufren (3).

En la actualidad podemos ver que el concepto de vulnerabilidad se encuentra asociado a las demandas de las políticas públicas que buscan disminuir la desigualdad y la exclusión social. De acuerdo a Delors y Hubert (4) se ha llegado a la afirmación de que existen ciertos espacios sociales de vulnerabilidad, que representarían un particular clima o unas determinadas condiciones desfavorables que exponen a las personas con mayores riesgos a situaciones de falta de poder o control. Dicha pérdida de poder y control los limita en la difícil tarea de acceder al cambio de sus circunstancias, y por tanto, en definitiva a la desprotección que experimentan (4). Esta consideración de la vulnerabilidad nos interesa y preocupa en tanto la responsabilidad de ser vulnerable es una construcción socio-cultural y también individual. Al destacar la fragilidad de quien es objeto de discriminación, el concepto de vulnerabilidad se abre de forma clara a la posibilidad de empoderar a las personas, grupos o espacios que viven la exclusión social y así propiciar ámbitos de participación ciudadana e inclusión.

Estimamos que el concepto de vulnerabilidad permite abordar la problemática de la violencia contra la mujer, puesto que esta consiste en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Corresponde a una situación de exclusión tanto individual como familiar y que transciende a generaciones con su carga de discriminación. También nos parece que la vulnerabilidad permite hacer referencia a la limitación del desarrollo personal que implica la violencia y cómo las mujeres víctimas tienen problemas para alcanzar el máximo de sus potencialidades. La expresión de la violencia contra la mujer es el reflejo de las relaciones desiguales entre varones y mujeres, en un determinado espacio de vulnerabilidad. Este tema ha salido al ámbito público y reclama respuestas y acciones de los gobiernos, agencias internacionales y movimientos sociales.

El término sobre el cual nos hemos detenido presenta aspectos relacionados con la necesidad de empoderamiento de las mujeres vulneradas víctimas de violencia, como complemento importante al apoyo externo que necesitan para salir de dicha situación de vulneración de derecho y abuso. Reconocemos el enorme potencial del concepto de vulnerabilidad en cuanto a la recuperación de la capacidad de enfrentar y eventualmente solucionar problemas derivados de la fragilidad, la exclusión y la desigualdad de las mujeres en Chile.

2. Violencia contra la mujer y sus efectos en salud en el mundo

A lo largo de todo su ciclo vital las mujeres de muchos países del mundo no tienen un acceso equitativo a los servicios básicos de salud. De acuerdo a Carme Valls-Llobet (5), esta es la gran asignatura pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres: introducir la variable de la diferencia de género masculino y femenino en el corazón mismo de la investigación, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial.

De acuerdo a Mujeres y Salud de la plataforma de acción #Beijing20 (6) de ONU Mujeres, las niñas en el mundo a menudo reciben menos atención que los niños en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles. En la adolescencia y a lo largo de sus años de fecundidad, la mujer carece de asesoramiento adecuado y de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en muchos países, en especial en los del tercer mundo. El resultado es un aumento del riesgo de embarazos no deseados y a edad prematura, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Más aún, en algunos casos las niñas pueden enfrentar riesgos de salud incluso antes de nacer. Antes y después de nacer, un bebé puede ser víctima de feticidio o infanticidio debido simplemente a las preferencias sociales y culturales de los varones. Por otra parte, a escala mundial, más de 700 millones de mujeres ya estaban casadas a los 18 años de edad. El físico poco desarrollado de las jóvenes adolescentes, en especial antes de los 15 años, aumenta el riesgo de mortalidad materna y de enfermedades, a menudo con complicaciones severas.

En lo relativo al VIH/SIDA, esta es la principal causa de muerte mundial entre mujeres en edad reproductiva (15-45 años) en países de bajos y medianos ingresos. Las mujeres jóvenes (15-24 años) tienen un 50% más de probabilidades de contraer el VIH que los varones. Además, solo el 67% de las embarazadas VIH positivas recibieron medicamentos antirretrovirales en 2013. Hoy se estima que 225 millones de mujeres en el mundo tienen necesidades de métodos de anticonceptivos sin atender. Respecto a violencia, una de cada 3 mujeres ha sufrido violencia física o sexual, principalmente por el compañero íntimo. Además del trauma físico y emocional, las mujeres abusadas sufren mayores tasas de depresión, alcoholismo e infecciones de transmisión sexual (6).

¿Por qué hoy es necesario visibilizar, prevenir y tratar la violencia contra las mujeres en el mundo? Desde que en 1996 la OMS (7) acordó que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública global e instó a los estados miembros a evaluar la dimensión de este fenómeno. Desde esa fecha no han dejado de realizarse esfuerzos en casi todos los países para atender esta problemática. Tales esfuerzos se traducen en estudios, investigaciones y grupos de trabajo que, desde las distintas áreas de conocimiento, tienen como objetivo contribuir a caracterizar el fenómeno con el anhelo influir en la generación de políticas públicas.

En la discusión sobre violencia y género, es necesario hacer mención a los estereotipos y roles de género hegemónicos que juegan un papel dominante en las situaciones de violencia. Echar la culpa a la víctima, como lo plantea Mullender (8), es una tendencia social muy extendida que se focaliza en las mujeres violentadas, prefiriendo ignorar el dominio, poder y control que los varones han ejercido desde siglos atrás sobre ellas. La relevancia de los estereotipos y roles es muy significativa porque estos tienden a legitimar la actitud del varón y a culpabilizar socialmente a la mujer (8). Esta visión se observa cuando las políticas públicas se orientan en las mujeres violentadas y se centran en el desarrollo de habilidades psicológicas, y ofertan otras competencias para enfrentar la violencia. Si bien estas medidas son necesarias, ciertamente son insuficientes ya que ocultan la real dimensión del problema.

De acuerdo a Watts & Zimerman (9), la violencia basada en el género no existe en la nomenclatura médica, pese a que visibiliza que lo que está en juego: la desigual y subordinada distribución del poder en las relaciones entre varones y mujeres en diversos espacios públicos y privados. Otro punto de atención es que la violencia no se da sólo en la casa, es mucho más amplia y no está determinada únicamente por el espacio privado en que se ejerce. Profundizando en la desigualdad y subordinación como ejercicio de la asimetría de poder, Pierre Bourdieu (10), sostiene que la violencia simbólica se establece por la adhesión de quien es dominado/a y se siente obligado a conceder al dominador cuando no dispone de otro instrumento de conocimiento que el que comparte con el dominador, para representarse a sí mismo y a la relación entre ambos. De este modo, la dominación simbólica actúa a través de las categorías de percepción, conocimiento y acción, que producen efectos permanentes en la relación. Estas ideas apoyan la mantención de la desigualdad y la subordinación, que en sí mismas constituyen formas de violencia de género.

Aceptando que la violencia contra las mujeres es un problema de la salud pública, la atención de salud entonces requiere de intervenciones integrales y coherentes para el conjunto del sistema de salud. Es un deber contar con un discurso institucional y técnico frente a la violencia que regule la variabilidad e improvisación de las respuestas profesionales, y que permita responder de forma profesionalizada y con seguridad a las vicisitudes que presenta la atención a este grave problema para la salud de las mujeres. Sin duda que aquí se abre un debate pendiente en la formación inicial y capacitación permanente de profesionales y funcionarios de la salud.

Debemos considerar además que en la actualidad muchas naciones se encuentran en una vorágine de transformaciones sociales, económicas y políticas. A nivel nacional y latinoamericano han ocurrido algunos hitos que han ido filtrando bajo la puerta su influencia de manera lenta, casi imperceptible, pero no menos eficiente. Ejemplo de aquello son las campañas contra la violencia hacia la mujer, impulsadas por los diferentes gobiernos de la región Latinoamericana, programas de acogida para mujeres víctimas y sus hijos y la promulgación de leyes contra la violencia y la discriminación. Así, lo que ayer era una característica propia de una sociedad, hoy no se acepta tan fácilmente. Las mujeres se encuentran más dispuestas a denunciar los actos de violencia que sufren o a los que están expuestas. Esto no ocurría hace un par de décadas atrás.

En relación a la modificación de la cultura, podemos señalar que las transformaciones culturales son multicausales, esto es que no existe una instancia única y fundacional que las instaure. En este proceso, han concurrido una serie de factores. Uno de ellos, es la aprobación en 1948 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (11), aprobada por la Asamblea de la ONU. Este hito es clave, aunque en la actualidad todavía existe un intenso debate jurídico con respecto a la implementación de sus inspiraciones en los diferentes países miembros. Por

otra parte, las Naciones Unidas, en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (12), resolución 48/104 de la Asamblea General del 20 de diciembre de 1993; define la violencia contra las mujeres como "t*odo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*".

De acuerdo a la ONU Mujeres la salud física y mental es un derecho humano fundamental, pues forma la base para el bienestar y la participación en todos los aspectos de la vida. Si bien la biología incide en la salud, las normas sociales, las decisiones políticas y el nivel de progreso económico también lo hacen, y todos ellos contienen patrones de discriminación de género. Esto quiere decir que la salud plena es más esquiva para las mujeres en el mundo actual. Por su parte, los marcos jurídicos en la región como el Observatorio de Equidad de Género en Salud (13) señalan que la ley chilena no apunta central ni ampliamente hacia la violencia contra las mujeres, sino que se concentra de manera exclusiva en la violencia intrafamiliar. En diciembre del año 2010 el Ministerio de Justicia modificó el Código Penal y la Ley Nº 20.066 (14) (7 octubre de 2005) sobre Violencia Intrafamiliar, estableciendo el "Femicidio" y aumentando las penas aplicables a este delito. Ese mismo año se reforman las normas sobre parricidio y así se establece la ley 20.480 (15) (18 diciembre de 2010). La elaboración de estos marcos legales permite visibilizar el problema de la violencia contra las mujeres, crear debates en la ciudadanía y desarrollar medidas de prevención, tratamiento y reparación del daño desde las esferas políticas.

Sin embargo, en la región latinoamericana existen otras formas más complejas de enfrentar el tema de la violencia, siendo por ejemplo Argentina un referente de mayores avances en políticas públicas contra la violencia hacia las mujeres. En este país se elaboró el 2009 la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (16). Esta legislación tipifica y define jurídicamente la violencia física, sexual, psicológica, económica, patrimonial y simbólica, basándose en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Convención de Belém do Pará (17) (del 9 de junio de 1994). Esta Convención aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA), asume el compromiso de los países miembros de prevenir, atender, erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres. Entiende, en su artículo 1, por violencia contra la mujer a "*cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto en el ámbito público como en el privado*". Resulta evidentemente inspirador para el trabajo por la erradicación de la violencia contra la mujer la creación de estos marcos legales más amplios y complejos.

Tratando de ser más específicos para analizar y comprender la magnitud del fenómeno de la violencia contra la mujer, las Naciones Unidas (18) dan un importante paso al elaborar una cuidadosa tipificación de las diferentes formas de violencia contra la mujer, las que a continuación se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1 Formas y manifestaciones de violencia contra la mujer en diversos escenarios (19), según clasificación de las Naciones Unidas (2006) .

Escenario de la violencia	Caracterización de hechos de violencia
Violencia contra la mujer dentro de la familia	• Acto sexual, psicológico y físicamente coercitivo practicado contra mujeres adultas y adolescentes por una pareja actual o anterior, sin el consentimiento de la mujer. • Infanticidio de niñas y selección prenatal del sexo. Matrimonio precoz. • Violencia relacionada con la dote, ablación o mutilación genital femenina. • Crímenes cometidos en nombre del "honor" y maltrato de viudas. ***En nuestro país** existe abordaje legal para la violencia contra la mujer, en lo referente a actos violentos de tipo sexual, psicológicos y físicos. No obstante, no hay suficientes medidas de prevención y reparación del daño causado. Cabe señalar que la violencia psicológica necesita de mayor de visibilización en la realidad nacional y que se le considere como un acto de violencia contra la mujer.
Violencia contra la mujer en la comunidad	• Homicidio de la mujer por razones de género, perpetrada por parientes, amigos, conocidos, vecinos, compañeros de trabajo o extraños. • Incluye iniciación sexual forzada y violencia sexual en citas. • Acoso sexual o comportamiento sexual no deseado. • Explotación sexual y acoso por parte de entrenadores, espectadores, representantes, miembros de la familia o de la comunidad. • Involucra a numerosos actores, incluso la familia, intermediarios locales, redes internacionales delictivas y autoridades de inmigración. • Puede tener fines de explotación sexual o laboral. ***En nuestro país** existe un acercamiento jurídico hacia estos aspectos; sin embargo, no se destacan con fuerza como el ejercicio de una doble violencia hacia la mujer poseedora de una posición de subalternidad como el caso de una empleada y su jefe o una mujer y su esposo. En este espacio se hace necesario desarrollar planes de sensibilización amplios que ayuden a la transformación de una concepción cultural que posterga y victimiza a las mujeres. Asimismo, a nivel nacional existe un vacío respecto a la violencia entendida como acoso laboral, centrada específicamente en actos de violencia contra la mujer trabajadora. Igualmente, está presente el desafío en avanzar hacia una legalización del aborto y reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres. Además, existen vacíos legales, sanitarios, educativos en relación a la trata de mujeres en el ámbito sexual y laboral.

Violencia contra la mujer cometida o consentida por el Estado	• Actos de violencia sexual, acoso, atentados al pudor. • Vigilancia inadecuada en la intimidad de las mujeres privadas de libertad. • Acoso sexual, verbal, torturas, tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. • Uso de esterilización para controlar el comportamiento reproductivo de la población femenina o de un subgrupo determinado. ***En nuestro país**, los aspectos de acoso sexual y atentados al pudor si bien son susceptibles de ser tratados jurídicamente, son complejos en su explicitación y muy poco abordados a nivel social. Por ejemplo, el rol sexual de la mujer en la publicidad en la que la mujer es presentada como objeto de deseo y moneda de cambio para acceder a bienes, está ampliamente aceptado socialmente. Así, se profundiza la violencia contra la mujer al naturalizar estos comportamientos, se legitiman y mantienen.
Violencia contra la mujer en conflictos armados	• Homicidios, torturas y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. • Raptos, mutilaciones y desfiguraciones. • Reclutamiento forzado de mujeres combatientes. • Violencia sexual, esclavitud sexual, explotación sexual. • Desapariciones forzadas, prisiones arbitrarias. • Matrimonios forzados, prostitución forzada, abortos forzados, embarazos forzados y esterilización forzada. ***En nuestro país** desde el año 1990 no se reconocen actos de violencia contra la mujer por parte del Estado. Cabe señalar que estos actos crueles y diferentes formas de torturas son reportados por las comunidades mapuches del país. Tampoco se aprecian medidas de reconocimiento y reparación del daño a mujeres víctimas de la dictadura.

Violencia contra la mujer y discriminación múltiple	• Raza, origen étnico, casta, clase. • Condición de migrante, refugiada. • Edad, religión, orientación sexual, estado matrimonial, discapacidad. • Condición de portadora o no de VIH. ***En nuestro país**, producto de la globalización, tenemos un ingreso de mujeres inmigrantes que es necesario conocer en detalle tanto en aspectos cuantitativos como en tanto sus necesidades, expectativas, dolores, tipos de trabajo, etc. Este ámbito necesita de información para las políticas públicas. Esta misma necesidad de conocimiento se hace presente en las mujeres con discapacidad del país y mujeres de las culturas originarias. En relación a la violencia contra la orientación sexual de las mujeres, los varones han alcanzado mayor reconocimiento y visibilización de sus derechos sexuales y reproductivos que las mujeres.

Fuente: Natalia Gherardi, "La violencia contra las mujeres en la región", Si no se cuenta, no cuenta. Información sobre la violencia de las mujeres, Cuadernos de la CEPAL, No 99 (LC/G.2510-P), Diane Alméras y Coral Calderón (Coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2012. Publicación de las Naciones Unidas, No de venta: S.12.II.G.8.

*Comentarios de las autoras respecto de la situación nacional para cada tipo de violencia contra la mujer.

Como se puede apreciar en el cuadro precedente, la violencia contra la mujer y las niñas tiene diferentes formas y manifestaciones que sin duda alguna afectan la salud. La violencia ejercida es grave y en ocasiones recurrente, pudiendo provocar graves daños y secuelas, e incluso causar la muerte. Como hemos revisado, la violencia contra la mujer ha sido un instrumento activo de discriminación que ha permitido construir, alimentar y dar solidez a una forma de desigualdad social en la que la mujer está en condición de sumisión, subordinación y limitación de su plena emancipación. Este tipo de violencia, además de ser una manifestación del desequilibrio histórico entre mujer y varón, se caracteriza por llevar aparejada una situación de dominación, o intento de dominación, de lo masculino por sobre lo femenino. Así vemos que desde los tiempos más remotos, la violencia contra la mujer ha estado enraizada en las más profundas tradiciones del dominio masculino. Se presenta como una vieja fórmula para mantener ciertos privilegios fundamentados en la religión, en las tradiciones, en las reglas sociales de convivencia y en los estilos de simbolización. Estas han reducido históricamente a la mujer a un mero objeto al servicio del desarrollo y placer del varón. Por todo ello es muy difícil, conceptualmente hablando, intentar separar la "desigualdad" de la "violencia contra la mujer", por ser esta última la manifestación suprema de la desigualdad y la muestra más severa de la dominación secular de un género sobre otro.

3. Algunos alcances de la violencia contra la mujer a nivel nacional

3.1. Descripción general

Las mujeres, sólo por el hecho de ser mujeres, en muchas ocasiones viven diversas formas de violencia de parte de sus parejas o de su entorno que van desde el control hasta la agresión física. Esto se justifica porque en muchas culturas, incluida la chilena, todavía se cree que los varones tienen derecho a controlar la libertad y la vida de las mujeres. Es esta una concepción que en muchos sectores de la sociedad está naturalizada y se hace necesario identificarla como un aspecto sociocultural que puede y debe ser modificado. Un ejemplo de esta realidad es la Encuesta Nacional de VIF y Delitos Sexuales del año 2012 (20), donde se señala que el 31,9% de las mujeres entre 15 y 65 años declara haber sufrido alguna forma de violencia por algún familiar, pareja o ex pareja, alguna vez en su vida. Las regiones con mayor prevalencia de violencia en Chile son Bío- Bío con un 43,5%, seguida de Arica-Parinacota con un 41,7% y la Araucanía con un 36,8%. Por el contrario, las regiones con menores índices de violencia son Tarapacá con 12,1%, Aysén con 13,6% y Magallanes con 20%.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (21), realizada por el Ministerio del Interior el año 2008, informó que la prevalencia de cualquier tipo de violencia doméstica contra mujeres de 15 a 59 años alcanzaba un 35,7% en nuestro país. Del total de estas mujeres, el 32,6% había sido simultáneamente víctima de violencia psicológica, física y sexual. Los principales riesgos identificados para mujeres de 15 a 59 años que vivían violencia psicológica eran: (i) mantener relaciones abusivas/controladoras con su pareja (49%); (ii) poseer creencias que justificaban las agresiones contra la mujer (46,8%); (iii) haber sido víctima de violencia física en la infancia (42%) (21).

Existe en Chile una cultura de naturalización de la violencia contra la mujer. Así lo demuestra el Observatorio Contra el Acoso Callejero (22) que presentó los resultados de su segundo estudio ¿Está Chile dispuesto a sancionar el acoso callejero? (Marzo, 2015). Entre los hallazgos del estudio se destaca que tres de cada cuatro personas ha sufrido acoso sexual callejero en Chile en los últimos 12 meses. Es decir, un 75% de la población. En el caso de las mujeres, la cifra llega al 85% y de los hombres, al 55%. La encuesta también reveló que los casos de acoso sexual callejero son frecuentes: dos de cada cinco personas ha sufrido roces o tocaciones en el espacio público, y un 23% de las mujeres ha sufrido algún tipo de acoso grave (persecución, exhibicionismo, masturbación). Además, el 97% de mujeres entre 18 y 34 años declaran haber sufrido acoso callejero por lo menos una vez al año, cuatro de cinco una vez al mes, la mitad una vez a la semana, y dos de cada 10 con frecuencia diaria. Los datos presentados informan de la gran presencia que tiene a nivel nacional el acoso sexual callejero, como conducta cotidiana y de expresión cultural. Dicha naturalización o normalización invisibiliza este tipo de acoso como expresión de violencia de elevada prevalencia en nuestro país.

3.2. Ley de Violencia Intrafamiliar

A nivel nacional, y de acuerdo a la ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar, se considera que la *violencia familiar* es toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus integrantes, que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica, o incluso la libertad, de otra persona de la familia. Observamos en esta ley que tiene que existir una relación de parentesco o consanguineidad para que ésta se establezca. Los más vulnerables en las familias son las principales víctimas: mujeres, niñas, niños, personas dependientes y ancianos. Todas las formas de violencia familiar tienen en común que existe un abuso de poder y de confianza. Dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil a nivel internacional y nacional conocer sus verdaderas dimensiones y consecuencias. Sin embargo, es válido destacar que cada avance jurídico y de políticas públicas abren nuevos espacios de reflexión y debate que permean a la ciudadanía y cambian la realidad, preparando así nuevas posibilidades de avances en igualdad y protección hacia las mujeres.

Como se ha expresado en apartados anteriores, las manifestaciones de la violencia sobre la salud de las mujeres pueden adoptar muy diferentes formas de presentación, afectando tanto la esfera física como la emocional y la relacional. La aparición y severidad de síntomas físicos y psicológicos se han relacionado con la frecuencia y la duración del maltrato. Asimismo, síntomas de ansiedad y depresión se asocian con la severidad del tipo de agresión, por ejemplo, intento de estrangulamiento o amenaza con armas (23). Según la OMS (24), el impacto de la violencia de pareja sobre la salud de las mujeres puede persistir largo tiempo después de que ésta haya terminado. La violencia de pareja contra las mujeres se asocia con frecuencia a violencia contra los hijos (25) (26). En ellos se detectan consecuencias nocivas tanto si son víctimas como si son testigos (25).

Como hemos señalado, la violencia contra la mujer está reconocida en la legislación chilena (ley 20.066) como *violencia intrafamiliar* (VIF). Esto implica todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de la mujer dentro del contexto familiar. La violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos, atenta contra la dignidad de las personas, el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad y destruye la familia y su entorno. La violencia intrafamiliar (VIF) con enfoque de género habitualmente requiere la concurrencia de una serie de elementos:

- El agresor siempre es un hombre.
- La víctima siempre es una mujer.
- Ha de existir entre ambos una relación afectiva de pareja o ex pareja.

3.3. Algunas estrategias de prevención y control

En Chile, a partir del 2007 el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) inició el programa *Casas de Acogida*, cuyo objetivo principal es la protección de las mujeres víctimas de violencia de pareja que se encuentran en situación de riesgo grave y/o vital. Cabe señalar que el SERNAM en relación a cobertura tiene presencia a nivel nacional. Cada casa tiene una capacidad de entre 10 a 20 usuarias, incluyendo de 20 a 40 hijos e hijas. Hoy en día y de acuerdo a los datos entregado por este servicio, a nivel nacional hay 24 casas de acogida en todo Chile, con una cobertura total de 1168 mujeres y 2336 hijos e hijas. La población beneficiaria del proyecto la constituyen mujeres de 18 o más años, con o sin hijos, que se encuentren en riesgo grave o vital en contexto de VIF. Dichas mujeres ingresan por las

vías establecidas por SERNAM, las que corresponden a Ministerio Público y Tribunales de Familia. Cada mujer puede ingresar con hasta dos hijos que no pueden ser mayores de 12 años de edad. Estas casas de acogida funcionan con dineros públicos, sin embargo, la administración es realizada por Fundaciones y ONGs, quedando el SERNAM como creador y supervisor de las normativas de funcionamiento.

El año 2008 el Ministerio de Salud de Chile promulgó la Política de Salud en Violencia de Género, la cual incorporó la detección y primera respuesta a la violencia como procedimiento de rutina en los servicios de atención en salud. Se advierte que en la actualidad, el Ministerio de Salud no proporciona datos acerca de la implementación de esta política en sus términos originales. La detección y primera respuesta a la violencia sólo se está realizando a mujeres embarazadas, como parte del programa Chile Crece Contigo. La ausencia de este procedimiento en el Programa de Salud de la Mujer y en la rutina de atención a mujeres consultantes en los servicios de urgencia reduce el alcance de la política promulgada el 2008 y muestra que prevalece un patrón que privilegia la atención de las mujeres sólo en virtud de su función reproductiva. Se aprecia también una distancia entre la promulgación de la política pública y la implementación de la misma, esta brecha constituye un desafío importante para lograr una implementación de la política de salud en violencia de género para todas las mujeres del país.

3.4. Desafíos pendientes en esta materia en Chile

Un desafío relevante pendiente es el incremento de los fondos públicos para llevar a cabo los costos de una política amplia de la violencia intrafamiliar. En relación a este aspecto, el estudio realizado por SERNAM (20) buscó cuantificar los costos económicos de la VIF (costos directos, indirectos e intangibles), señalando que los "o*rganismos estatales en su conjunto gastan $32.417.28.5 en materia de VIF (75% para atención, 11% para prevención, 8% para protección y 5% para sanción)*". Estos datos dan cuentan de una mirada asistencialista en la implementación de la política, quedando pendiente en su ejecución las áreas de prevención, protección y sanción.

Otro desafío de tipo político es la protección y recuperación de mujeres que han experimentado algún tipo de violencia. Según el Observatorio de Equidad de Género en Salud (OEGS), se hace necesario garantizar a las mujeres víctimas de violencia el acceso a la justicia y la sanción de los agresores, revirtiendo la situación de impunidad que reflejan los registros administrativos del Ministerio Público, pues menos de un 10% de los casos terminan con una sentencia condenatoria, y las medidas accesorias establecidas en el artículo 9º de la ley de VIF (obligación de abandonar el ofensor el hogar que comparte con la víctima, prohibición de acercarse a la víctima o a su domicilio, lugar de trabajo o de estudio, etc.) son cada vez menos utilizadas. Estos datos que reflejan la baja tasa de sanciones y condenas hablan de una impunidad en el 90% de los casos que llegan a tribunales, lo que nuevamente constituye un desafío enorme para el Estado.

Es necesario subrayar la oportunidad que representa el empoderamiento y apoyo a las mujeres que sufren algún tipo de violencia. Con frecuencia las mujeres se sienten en la obligación de mantener relaciones sexuales con su pareja independientemente de sus deseos siendo en ocasiones abiertamente violadas. Las mujeres que están sumergidas en un proceso de violencia están paralizadas debido a la relación de dominio que ejercen sus parejas. Como afirma Hirigoyen (27) en su libro El Acoso Moral, el primer acto del depredador consiste en paralizar a su víctima para que no pueda defenderse. Así pues, las mujeres no consienten, no son cómplices y no son débiles, sino que el proceso de depreciación a que están sometidas les impide tomar decisiones. No pueden negarse cuando no

desean una relación sexual, ni tampoco proponer el uso de preservativos o utilizar otros anticonceptivos, no están en condiciones de negociar. Esta dominación conduce a la mujer a una ausencia de autonomía que se traduce en insatisfacción y contribuye a incrementar la morbilidad y el riesgo de pobre salud, incluyendo por ejemplo embarazo no deseado. Podemos ver que esta realidad lleva a la necesidad de promover la idea que las mujeres puedan denunciar estas agresiones sexuales. Para ello se debe considerar, también, el apoyo terapéutico, financiero, legal y de protección para las víctimas.

En relación a la salud mental de los hijos e hijas de las mujeres agredidas, se observa la presencia de ansiedad así como síntomas psicosomáticos. El resultado de las experiencias violentas puede dar lugar al desarrollo de síndrome de estrés postraumático, si bien los síntomas pueden diferir de los descritos para los adultos. El evento traumático en la infancia puede ocasionar manifestaciones de miedo o terror y desesperanza. Sin embargo, con más frecuencia se observa una mezcla de síntomas entre los que se incluyen alteraciones afectivas, cognitivas y cambios del comportamiento, siendo estos últimos los más frecuentemente descritos. Dado que con frecuencia las víctimas de la violencia contra la mujer son también parte su familia, se produce una prolongación de la violencia y de los efectos traumáticos que pueden abarcar varias generaciones.

Como hemos visto, la trascendencia de las distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres, como expresión extrema de la discriminación de género y de las desiguales relaciones de poder entre varones y mujeres, se ha tornado en una preocupación pública. Como consecuencia, se ha reconocido la obligación de los Estados de asegurar las condiciones para una vida sin violencia. En nuestro país, hay abundante cobertura noticiosa para dar conocer estos delitos dada la crueldad o lamentable espectacularidad de sus hechos. Sin embargo, faltan aún políticas que realmente se encarguen en el largo plazo de abordar estas temáticas no sólo en relación a la acogida social, jurídica y económica para quienes son vulneradas, sino también a incluir al perpetrador de alguna manera y que se exprese en la modificación, a nivel social, de las conductas violentas.

Ante la presencia de los datos anteriormente expuestos, el sector salud cumple un papel fundamental en este proceso, ya que en muchas ocasiones tendrá la oportunidad única de mantener contacto y generar confianza en las mujeres que viven situaciones de violencia, apoyando los primeros pasos hacia su atención, contención y protección. En ese sentido, es elocuente el llamado de la OMS (28) a integrar las nuevas directrices clínicas y normativas sobre la respuesta del sector salud a la enseñanza clínica para que el personal y los profesionales de la salud comprendan el verdadero alcance de su responsabilidad - y la potencialidad de su adecuada atención- y derivación a servicios integrales que deben instalarse en cada país.

4. Consideraciones Finales

En nuestra sociedad, la mujer está afectada en mayor medida que el varón al riesgo de exclusión debido a su desequilibrada posición en la sociedad actual (producción, distribución y consumo de servicios), en el marco de la globalización económica, del debilitamiento de los derechos sociales y del efecto protector del Estado de Bienestar. Este juicio da pie para renovar la necesidad existente en cuanto a hacer visible la vulnerabilidad que viven las mujeres en nuestra sociedad, insistiendo en el peligro de la naturalización del problema de la violencia contra la mujer. Esto trae como consecuencia la ausencia de políticas públicas sociales y de salud que puedan transformar en acciones reales las grandes declaraciones sobre los derechos de las personas y de las mujeres que sufren de violencia a nivel internacional. Nos interesa resaltar además el mayor riesgo de vulnerabilidad en las mujeres que presentan alguna condición de discapacidad.

La sociedad chilena actual está cruzada por diversos temas que la tensionan a nivel de las familias y de su interacción. La búsqueda de trabajo remunerado fuera del hogar ha traído como consecuencia una reestructuración de los roles tradicionales lo que implica un desafío de las dinámicas de género convencionales y, en algunos casos, una cuota de insatisfacción de ambos o de uno de los integrantes de la pareja. Esta incorporación masiva al ámbito laboral no ha ido de la mano de adecuadas políticas públicas de apoyo al cuidado y educación de las hijas y los hijos, quedando más bien su solución en el ámbito privado y llenando de tareas y demandas de origen doméstico a la mujer quien ve aumentada sus obligaciones, y en ocasiones culpas y agotamiento. El estrés derivado de este funcionamiento social mantenido en el tiempo predispone a un tipo de ejercicio de la violencia al interior de la familia.

Un aporte, a nuestro juicio, es tratar la problemática de la violencia contra la mujer como una tríada que incluye un vértice de salud que se esmera en el diagnóstico y tratamiento del problema, otro judicial que se aproxima a la definición de culpables y el establecimiento de sanciones, y un tercer vértice que se dibuja desde las ciencias sociales. Este tercer aspecto se refiere a intentar abordar este problema como una manifestación de diversidad cultural que en su interior porta un conjunto de roles en cuyos esquemas los varones y mujeres se ubican en posiciones diversas a medida avanzan por el ciclo vital. Nos parece que esta visión ofrece la posibilidad de abordar, por medio de agencias de socialización ya instaladas en la sociedad, la idea del respeto y el diálogo como ámbitos privilegiados de desarrollo personal. Creemos en la necesidad de que el sujeto de los estudios y políticas en torno a violencia contra la mujer incorporen características, percepciones, creencias y expectativas de la mujer. Además, se hace imprescindible incluir al varón -en tanto esposo, marido, compañero, pareja, hijo- en la educación y las políticas socioculturales sobre su participación en la temática de la violencia contra la mujer.

En nuestra opinión, la promoción de la salud de las mujeres aporta a la disminución de la vulnerabilidad, ya que entrega herramientas de autoconocimiento, información y participación respecto a su salud y a la de la comunidad. Como señala Carme Valls-Llobet (5), significa restituir a las mujeres el derecho a la salud, el cual se articula a través de unos derechos que han sido progresivamente alienados por los poderes religiosos, políticos y médicos. Dichos derechos son: (i) Derecho a decidir sobre su cuerpo, (ii) Derecho a su sexualidad y sensualidad, (iii) Derecho al propio deseo, (iv) Derecho a ser o no ser madre, (v) Derecho a participar en las decisiones relacionadas con su salud, (vi) Derecho a participar en la organización de los servicios de salud, (vii) Derecho a acceder a los recursos de salud.

Como hemos podido revisar a lo largo de este capítulo, la violencia contra la mujer es un problema social y de salud pública. Se hace necesario trabajar en la visibilización y abordaje multidisciplinario de este problema, dada su complejidad y frecuencia. Reconocer la importancia de eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, significa avanzar en cuotas crecientes de salud en la población, en igualdad de oportunidades y trato entre mujeres y varones, así como, en el mejor ejercicio de la democracia en nuestro país.

5. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- La vulnerabilidad es considerada hoy como la identificación y reconocimiento que se hace de sectores de la población en las que las diferencias ocupan una posición de desigualdad y discriminación.
- En ciertas situaciones niñas y mujeres se verán afectados por asimetrías de poder y desigualdades sociales en sus oportunidades de surgir, florecer y cuidar de sí.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad con el proceso de investigación?

- A lo largo de todo su ciclo vital, las mujeres de muchos países del mundo no tienen un acceso equitativo a los servicios básicos de salud.
- De acuerdo a ONU Mujeres las niñas en el mundo a menudo reciben menos atención que los niños en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles.
- Más aún, en algunos casos las niñas pueden enfrentar riesgos de salud incluso antes de nacer. Antes y después de nacer, un bebé puede ser víctima de feticidio o infanticidio debido simplemente a las preferencias sociales y culturales de los varones.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar esta vulnerabilidad?

- La ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar considera que la *violencia familiar* es toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus integrantes, que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica, o incluso la libertad, de otra persona de la familia.
- En Chile, a partir del 2007 el SERNAM inició el programa *Casas de Acogida*, cuyo objetivo principal es la protección de las mujeres víctimas de violencia de pareja que se encuentran en situación de riesgo grave y/o vital.
- El año 2008 el Ministerio de Salud de Chile promulgó la Política de Salud en Violencia de Género, en el cual se incorporó la detección y primera respuesta a la violencia como procedimiento de rutina en los servicios de atención en salud.

4. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Desde el ámbito político o de responsabilidad pública han de impulsarse planes, programas, acciones y medidas que sitúen la igualdad entre mujeres y varones como una prioridad.
- Se debe desarrollar en los sistemas de salud, educación, social y judicial programas de formación continuada que tengan en cuenta los diversos temas de vulnerabilidad, violencia y género, orientado a todas personas que trabajan en dichos sistemas. Asimismo, estas capacitaciones deben incluir el desarrollo de habilidades profesionales que les permitan establecer relaciones simétricas con las y los usuarias/os.
- Se deben desarrollar políticas públicas que aumenten las escuelas públicas pre-escolares para menores de tres años. También son precisos servicios post-escolares y asistencia familiar para las mujeres trabajadoras.
- Se necesitan más recursos para la prevención y detección precoz de la violencia contra las mujeres y mejorar la colaboración entre los servicios de salud, sociales, educación policiales y judiciales.

Referencias

1. Chambers R. Rural development: putting the last first. Londres: Longman; 1983.
2. Arcos E, Muñoz L, Sánchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, et al. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. Rev Med Chile. 2011;139(6):739-47.
3. Feíto L. Vulnerabilidad. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2007;30.
4. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. Soc Sci Med. 2000;50(11):1557-70.
5. Valls-Llobet C. Salud comunitaria con perspectiva de género. Revista Comunidad. 2014.
6. salud My. La Plataforma de Acción de Beijing cumple 20 años. #Beijing20 2015 [fecha de acceso 10 de mayo de 2015]. Available from: www.onumujeres.org , www.beijing20.unwomen.org/es.
7. OMS. Violencia contra la mujer un tema de salud prioritario 1996 [fecha de acceso 27 julio de 2015]. Available from: http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf.
8. Mullender A. La Violencia Doméstica, una Nueva Visión De un Viejo Problema. Ibérica EP, editor. Barcelona2000.
9. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet. 2002;359(9313):1232-7.
10. Bourdieu P. La Dominación Masculina. Barcelona, Spain: Anagrama; 2000.
11. UN. Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea de la ONU 1948 [fecha de acceso 28 de mayo de 2015]. Available from: http://www.un.org/es/documents/udhr/.
12. UN. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, resolución 48/104 de la Asamblea General 1993 [fecha de acceso 28 de mayo de 2015]. Available from: http://www.uji.es/bin/organs/ui/legisla/int/7-r48-104.pdf.
13. PAHO. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Violencia de Género en Chile. Monográfico 2007-2011 Santiago de Chile2013 [fecha de acceso 29 de mayo de 2015]. OPS/OMS, 2013 (N°4 Documentos OPS/OMS en Chile)]. Available from: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=123&ltemid.
14. Chile BdCNd. Ley Nº. 20.066 de 22 de septiembre de 2005, Establece Ley De Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Justicia 2005 [fecha de acceso 6 de mayo de 2015]. Available from: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242648.
15. Chile BNdCd. Ley Nº 20.480 de 14 de diciembre de 2010, modifica el código penal y la Ley Nº20.066 sobre violencia intrafamiliar, estableciendo el "feticidio", aumentando las penas aplicables a este delito y reforma las normas sobre parricidio, Ministerio de Justicia 2010 [fecha de acceso 6 de mayo de 2015]. Available from: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1021343&idParte=9080592&idVersion=2010-12-18.
16. UNICEF. Ley de la Provincia de Buenos Aires Nº 12.569 de Violencia Familiar. Decreto reglamentario 2.875/05 Ley Nacional Nº 26.485 de Protección Integral de las Mujeres. Decreto reglamentario 1011/10 de 1 de abril del 2009, Dirección General de Coordinación de Políticas de Género Ministerio de Justicia y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires 2011 [fecha de acceso 7 de mayo de 2015]. Available from: http://www.unicef.org/argentina/spanish/LEYES12569-26485imprime.pdf.
17. OAS. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer 1996 [fecha de acceso 7 de mayo de 2015]. Available from: http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html.
18. ONU. Secretariado General de Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer 2006 [fecha de acceso 7 mayo de 2015]. Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf.
19. CEPAL. Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe (LC/G.2626) Santiago de Chile2014 [fecha de acceso 7 de mayo de 2015]. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37185/S1500499_es.pdf?sequence=4.
20. SERNAM. Encuesta Nacional de VIF y Delitos Sexua 2012 [fecha de acceso 11 de mayo del 2015]. Available from: http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMjM1MTAxOQ==-Encuesta_Nacional_de_Victimización_por_Violencia_Intrafamiliar_y_Delitos_Sexuales_2012.
21. Deuc Mdly. Encuesta Nacional de victimización por violencia intrafamiliar por delitos sexuales 2008 [fecha de acceso 8 de mayo de 2015]. Available from: http://www.seguridadpublica.gov.cl/filesapp/presentacion_violencia_intrafamiliar_v2.pdf.

22. OCACHILE. Observatorio Contra el Acoso Callejero y Fundación Cultura Salud lanzan estudio con apoyo de ONU Mujeres y la Unión Europea 2015 [fecha de acceso 11 de mayo de 2015]. Available from: http://www.ocacchile.org/wp-content/uploads/2015/03/Informe-Encuesta-OCAC-2015.pdf.

23. Villavicencio P, Sebastián J. Violencia Doméstica: su impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres. Madrid: Ed. Instituto de la Mujer; 2001.

24. OMS. Violencia contra la mujer inflingida por su pareja 2014 [fecha de acceso 9 de mayo de 2015]. Available from: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/.

25. García-Moreno C. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud Washington, D.C.: OPS, © 2003 2003 [fecha de acceso 12 de junio de 2015]. (Publicación Ocasional No. 12)]. Available from: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/responde.pdf.

26. Varela N. Íbamos A Ser Reinas. Mentiras Y Complicidades Que Sustentan La Violencia Contra Las Mujeres. 2° Edicion ed. Barcelona: Crónica Actual; 2002.

27. Hirigoyen M. El Acoso Moral. El Maltrato Psicológico en la Vida Cotidiana. Barcelona: Editorial Piados; 1999.

28. OMS. Campaña mundial de prevención de la Violencia 2012 [fecha de acceso 25 de julio de 2015]. Available from: http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/es/index.html.

Acerca de los autores

Javiera Hauser, PhD

Doctora en Aplicaciones del Arte en la Integración Social y Máster en Estudios Interdisciplinares de Género, Universidad de Autónoma de Madrid. Especialista en Arte Terapia, Universidad de Chile. Docente postgrado en Terapias de Arte, mención Arte Terapia, Universidad de Chile. Presidenta Asociación Chilena de Arte Terapia, ACAT. Email: javierahauser@gmail.com

Victoria Cáceres, PhD

Doctora y Magíster en Educación. Enfermera, Universidad Católica de Chile. Coordinadora Académica del Doctorado en Ciencias de la Educación, mención Educación Intercultural, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile. Email: victoria.caceres@usach.cl

Recomendaciones para mujeres que sufren de violencia en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

A partir del análisis presentado en este capítulo se puede establecer una serie de recomendaciones generales con respecto a la consideración de mujeres que sufren de violencia en Chile y el mundo. Antes de ofrecer el detalle de dichas recomendaciones, hay dos ideas generales centrales a exponer:

- Consideramos que en todos los niveles de actuación, desde el político hasta el estrictamente técnico, debe procurarse un desarrollo que garantice resultados positivos y equilibrio para el conjunto de la sociedad. Desde el ámbito político o de responsabilidad pública han de impulsarse planes, programas, acciones y medidas que sitúen la igualdad entre mujeres y varones como una prioridad objetiva a trabajar en paralelo y transversalmente en todo el modelo de desarrollo regional.
- Es imposible pretender que con una actuación aislada y centrada en la ejecución técnica se pueda conseguir una meta como avanzar en igualdad social para mujeres y varones. No obstante, la preparación de los diferentes equipos multidisciplinarios es imprescindible para conseguir un desarrollo práctico de los planteamientos en políticas públicas contra la vulnerabilidad y la no violencia.

A continuación presentamos recomendaciones para mejorar, visibilizar, prevenir y atender la violencia contra las mujeres:

1. **Se debe considerar que a nivel nacional e internacional se especifican diversos tipos de violencia, como se ha señalado en la clasificación de las Naciones Unidas (2006):**

- Violencia contra la mujer en el ámbito de pareja o dentro de la familia.
- Violencia contra la mujer de carácter simbólica.
- Violencia contra la mujer de carácter sexual.
- Violencia contra la mujer en el ámbito laboral.
- Violencia contra la mujer en la comunidad.
- Violencia contra la mujer consentida o cometida por el Estado.
- Violencia contra la mujer en contextos de desastres, conflictos armados, la trata o comercio de mujeres.
- Violencia contra la mujer y discriminación múltiple.
- Violencia contra la mujer de carácter obstétrica.

- Violencia contra la mujer y las libertades reproductivas.
- Violencia contra la mujer y que integran la diversidad sexual.
- Violencia contra la mujer migrante.
- Violencia contra la mujer de los pueblos originarios

2. Sobre los sistemas de información y la disminución de la violencia contra la mujer:

- Que se incluyan en los sistemas de salud, educación, social y judicial programas de formación continuada que tengan en cuenta los diversos temas de vulnerabilidad, violencia y género, orientado a todas personas que trabajan en dichos sistemas. Asimismo, estas capacitaciones deben incluir el desarrollo de habilidades profesionales que les permitan establecer relaciones simétricas con las y los usuarias/os.
- Que se promueva una disposición favorable entre las y los profesionales para que incorporen el género, la vulnerabilidad y la violencia en las acciones técnicas correspondientes.
- Que se creen comisiones que valoren los sistemas de información más adecuados para aumentar el conocimiento sobre la violencia hacia la mujer. Como primer paso se debería poner en marcha un sistema de información centralizado que recoja los datos mínimos necesarios en los servicios de urgencia, atención primaria, comisarías, fiscalía y centros educativos.
- Que se incorpore en la prevención y atención de mujeres víctimas de violencia de género, intervenciones que provengan de las terapias artísticas creativas. Específicamente, se ha demostrado como eficaz el trabajo en arte terapia con enfoque de género para la prevención y atención en violencia contra las mujeres y las niñas.

3. Sobre políticas públicas de género y violencia:

- Que se desarrollen políticas públicas que aumenten las escuelas públicas pre-escolares para menores de tres años. También son precisos servicios post-escolares y asistencia familiar para las mujeres trabajadoras.
- Que se disponga de más recursos para la prevención y detección precoz de la violencia contra las mujeres y mejore la colaboración entre los servicios de salud, sociales, educación policiales y judiciales. Especialmente sería necesario realizar programas de formación entre los profesionales de esas disciplinas que puedan tener contacto con las niñas, adolescentes y mujeres que han o están sufriendo violencia.
- Que se fomenten programas de intervención para reducir los embarazos entre adolescentes y el alto número de partos con cesárea.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Eduardo Torres**. Director de Espacio Crea, Codirector Magister en Arteterapia Universidad del Desarrollo. eduardotorres@udd.cl
- **Camila Ovalle**. Grupo de Investigación sufrimiento, salud mental y trabajo, Programa de Psicoanálisis Universida de Chile. Profesora Postítulo Arteterapia Universidad de Chiile. camilaovallesazie@gmail.com.
- **Daniela Gloger**. Directora Magister en Arteterapia Universidad del Desarrollo dgloger@udd.cl
- **Javiera Hauser, PhD MSc**. Profesora Postítulo Arteterapia Universidad de Chile. javierahauser@gmail.com
- **Victoria Cáceres, PhD**. Coordinadora Académica de Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación Mención Educación Intercultural. Facultad de Humanidades Universidad de Santiago de Chile. victoria.caceres@usach.cl
- **Alexandra Obach, Phd**. Profesora Facultad de Medicina CAS-UDD. aobach@udd.cl

1. ¿Por qué este tema es importante?

- La vulnerabilidad es considerada hoy como la identificación y reconocimiento que se hace de sectores de la población en las que las diferencias ocupan una posición de desigualdad y discriminación.
- En ciertas situaciones niñas y mujeres se verán afectados por asimetrías de poder y desigualdades sociales en sus oportunidades de surgir, florecer y cuidar de sí.
- A lo largo de todo su ciclo vital, las mujeres de muchos países del mundo no tienen un acceso equitativo a los servicios básicos de salud.
- De acuerdo a la ONU Mujeres (2015) las niñas en el mundo a menudo reciben menos atención que los niños en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles.
- Más aún, en algunos casos las niñas pueden enfrentar riesgos de salud incluso antes de nacer. Antes y después de nacer, un bebé puede ser víctima de feticidio o infanticidio debido simplemente a las preferencias sociales y culturales de los varones.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- La ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar considera que la *violencia familiar* es toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus integrantes, que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica, o incluso la libertad, de otra persona de la familia.
- En Chile, a partir del 2007 el SERNAM inició el programa *Casas de Acogida*, cuyo objetivo principal es la protección de las mujeres víctimas de violencia de pareja que se encuentran en situación de riesgo grave y/o vital.

- El año 2008 el Ministerio de Salud de Chile promulgó la Política de Salud en Violencia de Género, en el cual se incorporó la detección y primera respuesta a la violencia como procedimiento de rutina en los servicios de atención en salud.

3. ¿Qué hace falta por mejorar?

- Desde el ámbito político o de responsabilidad pública ha de impulsarse planes, programas, acciones y medidas que sitúen la igualdad entre mujeres y varones como una prioridad.
- Se debe desarrollar en los sistemas de salud, educación, social y judicial programas de formación continuada que tengan en cuenta los diversos temas de vulnerabilidad, violencia y género, orientado a todas personas que trabajan en dichos sistemas. Asimismo, estas capacitaciones deben incluir el desarrollo de habilidades profesionales que les permitan establecer relaciones simétricas con las y los usuarias/os.
- Se deben desarrollar políticas públicas que aumenten las escuelas públicas pre-escolares para menores de tres años. También son precisos servicios post-escolares y asistencia familiar para las mujeres trabajadoras.
- Se necesitan más recursos para la prevención y detección precoz de la violencia contra las mujeres y mejorar la colaboración entre los servicios de salud, sociales, educación policiales y judiciales.

Capítulo 4

Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Visiting Research Fellow, Department of Health Sciences, University of York

Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research

Patricia Bustos, MSc(c)

Encargada de programas de la Subdirección de Atención Primaria de Salud,
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Resumen

La migración es un reconocido determinante social en el mundo y en Chile. La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014. Existen varias razones que podrían justificar que algunos grupos migrantes internacionales en Chile sean vulnerables: (i) los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo; (ii) existe una proporción desconocida de inmigrantes que residen hoy en Chile en situación irregular; (iii) muchos migrantes realizan remesas de sus ingresos en Chile; (iv) la evidencia internacional y nacional propone que los inmigrantes experimentan distintos grados de vulnerabilidad por la experiencia migratoria en sí misma y por condiciones de vida en el país receptor. Inmigrantes en Chile auto-reportan, en promedio, mejores resultados de salud que la población local, posiblemente por un proceso de selección natural y por la edad de quienes migran (la mayoría adultos jóvenes). No obstante, el efecto del "migrante sano" desaparece en grupos con nivel socioeconómico bajo y en quienes han residido por más de 10 años en Chile. Además, según datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud. Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante internacional. El país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia y estas declaraciones requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios centrales y locales, junto con una oportuna evaluación.

Palabras claves: Migración internacional, Chile, vulnerabilidad social, acceso a salud, resultados en salud

1. La migración internacional como fenómeno global determinante de vulnerabilidad social

Los movimientos migratorios son tan antiguos como el hombre. Este se movilizaba de un territorio a otro buscando mejores lugares de caza, refugio y seguridad para el sustento de su manada y de esta manera asegurar la supervivencia de su especie (1). Hoy en día las personas siguen moviéndose por el mundo (2). Dadas las facilidades de acceso a información, el avance en las comunicaciones y el menor tiempo y costo de los traslados, el llegar de un lugar a otro resulta hoy en día más rápido y menos costoso que en el pasado (3).

Diversos autores y organizaciones internacionales han elaborado definiciones de migración internacional y migrante, lo que reafirma la complejidad del análisis del fenómeno migratorio. La OIM, define migración internacional como el movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo (4). Estas personas para ello han debido atravesar una frontera. Las Naciones Unidas define migrante internacional, a la persona que vive fuera de su lugar de residencia habitual por al menos un año (5).

La migración es un reconocido determinante social en el mundo (6) y en Chile (7). Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que esta población sea potencialmente vulnerable y que su movimiento transfronterizo tenga gran impacto en salud pública (8-11). A nivel mundial, se estima que existen alrededor de 200 millones de personas migrantes internacionales (2, 5). Cifras del año 2011 muestran que en América Latina y el Caribe, unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país (4). En general, los

EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente migración dentro de la región latinoamericana, la llamada migración Sur-Sur, sobre todo el movimiento de personas que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la región (12).

¿Por qué migrar a Chile? Chile es un país de alto ingreso con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de alrededor de $ 20 000 (USD) según datos del 2014 del Fondo Monetario Internacional. Cuenta en 2015 con una población de 18 millones de habitantes según recientes estimaciones del Instituto Nacional de Estadística de Chile. En las últimas décadas ha experimentado grandes cambios económicos y demográficos, una mejora progresiva de las condiciones de salud de la población, la disminución de la mortalidad infantil y general y el aumento de la esperanza de vida (13). Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe (14-16). Estas características hacen de Chile un país de atracción para comunidades que experimentan en sus países de origen violencia, inseguridad política, desempleo y conflicto armado.

Con todo, no todos los grupos sociales en Chile se han beneficiado de estos avances sociales en la misma medida (17). Existen profundas diferencias en el estado de salud de la población que reside en nuestro país cuando se compara según sexo, región, ruralidad, nivel socioeconómico, etnia (18, 19) y en migrantes internacionales que experimentan bajo nivel socioeconómico (20). En Chile, el quintil más rico de la población por ejemplo concentra el 56,8% de la riqueza mientras que el quintil más bajo solo el 4,1%. El coeficiente de Gini, un marcador de desigualdad de ingreso en una población, es de 0,48 en nuestro país, lo que se considera un alto nivel de desigualdad social (21).

La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014 (más de 441.000 personas según datos recientes del Departamento de Extranjería y Migración). Esta corresponde a la tasa de inmigrantes más alta observada desde 1950 en Chile (Figura 1 y Tabla 1). Entre 2002 y 2014 la tasa de crecimiento medio anual de la inmigración ha sido de 13,2% mientras que el de la población total residente en Chile de 1,5% anual.

Durante las dos últimas décadas, América del Sur y otros países asiáticos han aumentado su tasa de inmigración regional. Desde hace un par de décadas Chile ha experimentado un “nuevo patrón migratorio” (4). Este nuevo patrón consiste en una importante mayoría de inmigrantes provenientes de otros países de América Latina, en busca de oportunidades laborales (Tabla 2). También ha ido aumentando la inmigración femenina en nuestra región, entre ellos Chile, para trabajar en los servicios manuales y domésticos (Figura 2).

Figura 1 Número de personas migrantes internacionales en Chile según datos censales y CASEN 2013.

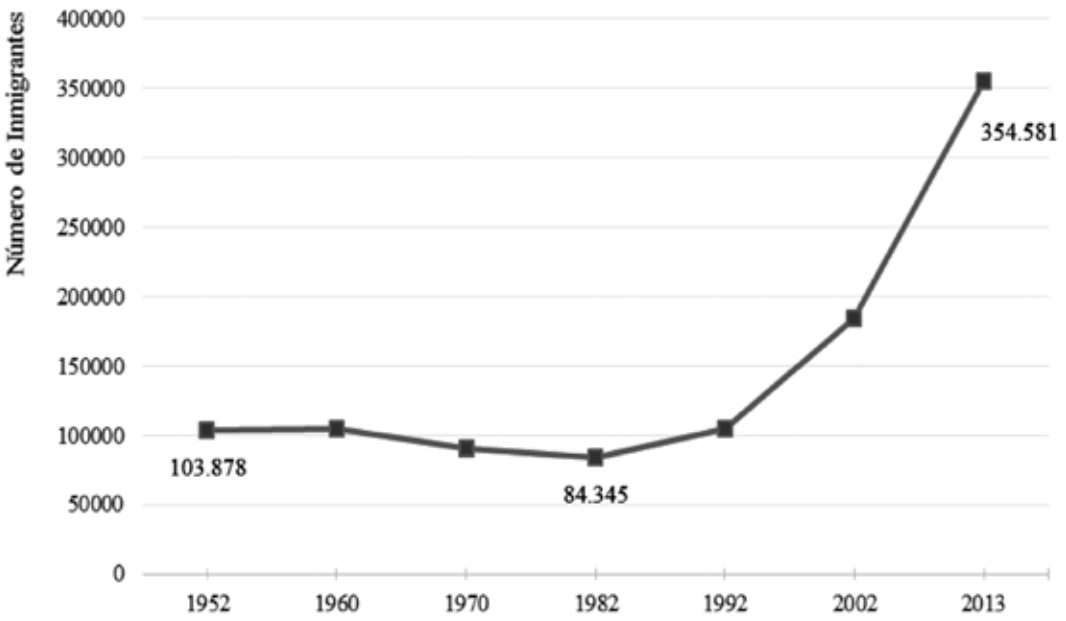


Tabla 1 Número y proporción de población nacional y migrantes internacionales en CHILE: 1854-2014, según Datos Censales 1854-2002 y Departamento de Extranjería y Migración de Chile para el 2012

Años censales y estimación 2014	Población de Chile	Tasa de crecimiento medio anual	Población extranjera	Proporción extranjeros	Tasa de crecimiento medio anual	Europeos sobre extranjeros	Latinoamericanos sobre extranjeros	Otros sobre extranjeros
	N	%	N	%	%	%	%	%
1854	1.439.120	-	19.569	1,36	-	34,8	56,7	8,5
1865	1.819.223	2,1	21.982	1,21	1,0	53,7	41,4	4,9
1875	2.075.971	1,3	25.199	1,21	1,4	62,3	33,0	4,7
1885	2.057.005	-0,1	87.077	4,23	11,0	30,1	67,2	2,7
1895	2.695.652	2,7	79.056	2,93	-1,0	55,4	41,8	2,8
1907	3.231.496	1,5	132.312	4,09	4,2	53,3	42,7	4,0
1920	3.731.593	1,1	114.114	3,06	-1,1	59,9	31,2	8,9
1930	4.287.445	1,4	105.463	2,46	-0,8	60,0	24,6	15,4
1940	5.023.539	1,6	107.273	2,14	0,2	67,2	21,7	11,1
1952	5.932.995	1,4	103.878	1,75	-0,3	55,9	23,4	20,7
1960	7.374.115	2,7	104.853	1,42	0,1	60,9	26,1	13,0
1970	8.884.768	1,9	90.441	1,02	-1,5	53,3	34,4	12,3
1982	11.275.440	2,0	84.345	0,75	-0,6	31,8	54,5	13,7
1992	13.348.401	1,4	114.597	0,86	3,0	20,1	65,1	14,8
2002	15.116.435	1,2	184.464	1,22	5,8	17,2	71,8	11,0
2014	17.819.054	1,5	477.450	2,68	13,2	6,3	85,2	8,5

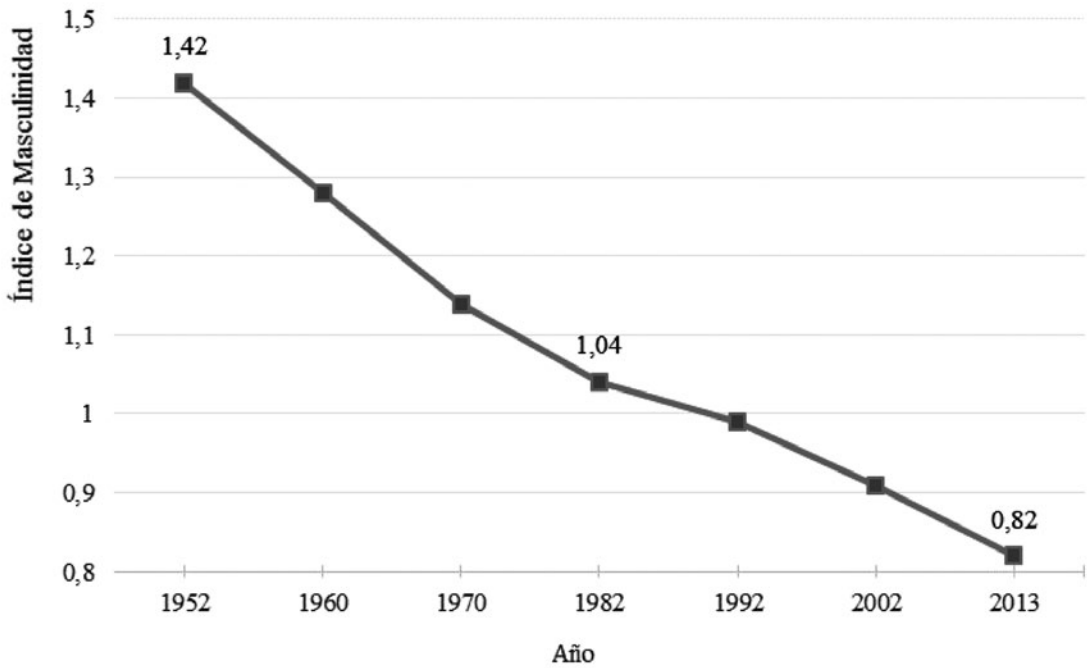
Fuente: Ordenamiento y cálculos del autor de este artículo sobre la base de los Censos de Población 1854 – 2002. Tabla elaborada por Agar el 2011 y actualizada el 2015 (22).

Para 2014 la fuente es el Departamento de Extranjería y Migración de Chile. Son estimaciones basadas en personas con residencia definitiva. La distribución por región de procedencia las ha realizado el autor sobre la base de residencias definitivas 2013. Para la población de Chile 2014 se ha considerado la estimación oficial del Instituto Nacional de Estadísticas.

Tabla 2 Estimación de migrantes internacionales residentes en Chile por país de origen, tomado de Departamento de Extranjería y Migración 2014

País de origen	Total	Porcentaje
Perú	166.932	38%
Argentina	66.332	15%
Bolivia	34.201	8%
Ecuador	22.918	5%
Colombia	22.647	5%
España	12.926	3%
Estados Unidos	11.853	3%
Brasil	11.394	3%
China	7.278	2%
Alemania	6.569	1%
Resto de países	77.655	18%
TOTAL	441.592	100%

Figura 2 Índice de masculinidad de personas migrantes internacionales en Chile según datos censales 1952-2002, para 2013 se usaron datos CASEN



2. ¿Qué se sabe sobre los migrantes internacionales y su posible vulnerabilidad social en Chile?

Existen varias razones que podrían justificar que algunos grupos migrantes internacionales en Chile sean vulnerables. En *primer lugar*, los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo (7); el solo hecho de haber nacido fuera de Chile no los hace un grupo similar entre sí. Características como el país de origen, su identidad cultural y étnica, las razones y condiciones en las cuales se migró, situación legal y laboral al llegar al país, entre otras, producen grandes diferencias en las condiciones de vida y riesgo de vulnerabilidad en la población migrante en Chile. Asumir que los migrantes internacionales son homogéneos entre sí, y que estrategias políticas para este grupo en su conjunto serán igualmente efectivas independiente de su país de origen o condiciones de vida en Chile es sin duda arriesgado. Existen tres ejemplos claros que describen la alta heterogeneidad de la población migrante internacional en Chile. El primero es el amplio abanico de países que han inmigrado a Chile en los últimos años. Según datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN (2006, 2009, 2011 y 2013), los dos principales países que importan habitantes a nuestro país son Argentina y Perú, pero ha habido un aumento significativo de inmigrantes de Colombia y de otros países no latinos en años recientes. Existen en total personas provenientes de más de 60 países distintos en Chile en la actualidad (Figura 3).

El segundo ejemplo tiene que ver con las condiciones económicas de los inmigrantes en nuestro país (7). Según datos de la CASEN, la desigualdad por ingreso es más acentuada en población inmigrante que en población chilena. Es decir, la brecha entre ricos y pobres según quintil de ingreso autónomo del hogar es mayor en inmigrantes que en chilenos (Figura 4). El tercer y último ejemplo tiene relación con la localización geográfica de los migrantes internacionales en Chile, los cuales tienden a organizarse en “bolsones comunales” en la región metropolitana y en la zona norte del país, aun cuando se pueden observar migrantes en todo el territorio chileno. Dicha localización no es azarosa, sino que responde a procesos de cadenas sociales migratorias, que hace confluir migrantes de mismos países de origen en vecindarios y comunas específicas, tal y como ha sido evidenciado en otros países (23). En Chile, más del 60% de la población inmigrante se concentra en la región metropolitana, le sigue la región de Antofagasta con 7%, la de Tarapacá con 6% y la de Valparaíso con un 5% (Figura 5).

Figura 3 Países de origen de migrantes internacionales en Chile, según datos CASEN entre 2006 y 2013

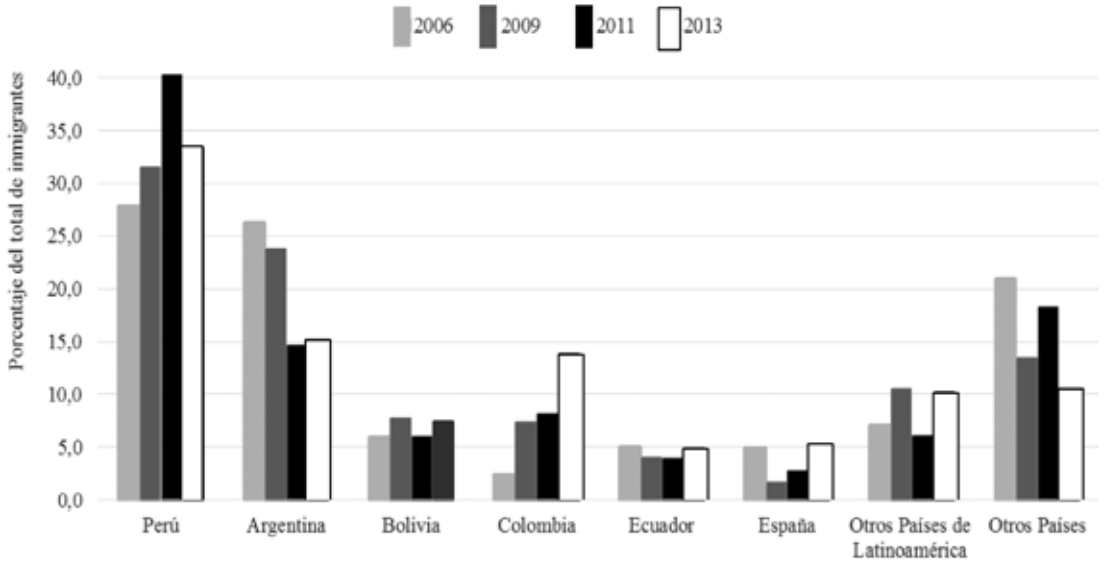


Figura 4 Ingreso del hogar reportado por migrantes internacionales en Chile, según datos CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013

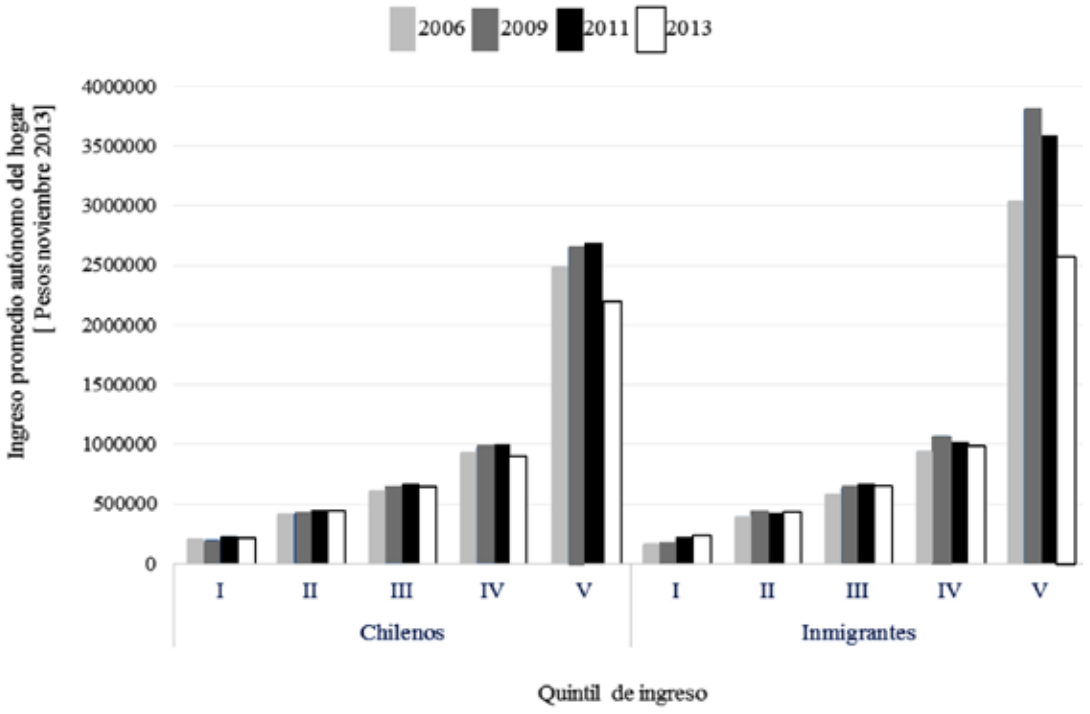
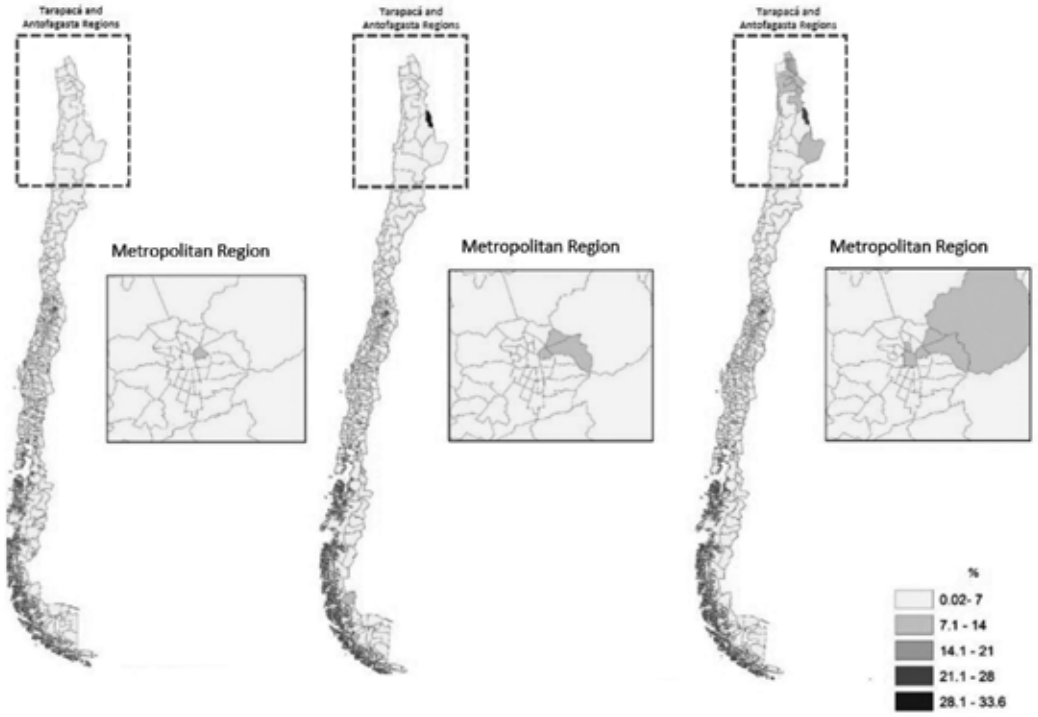


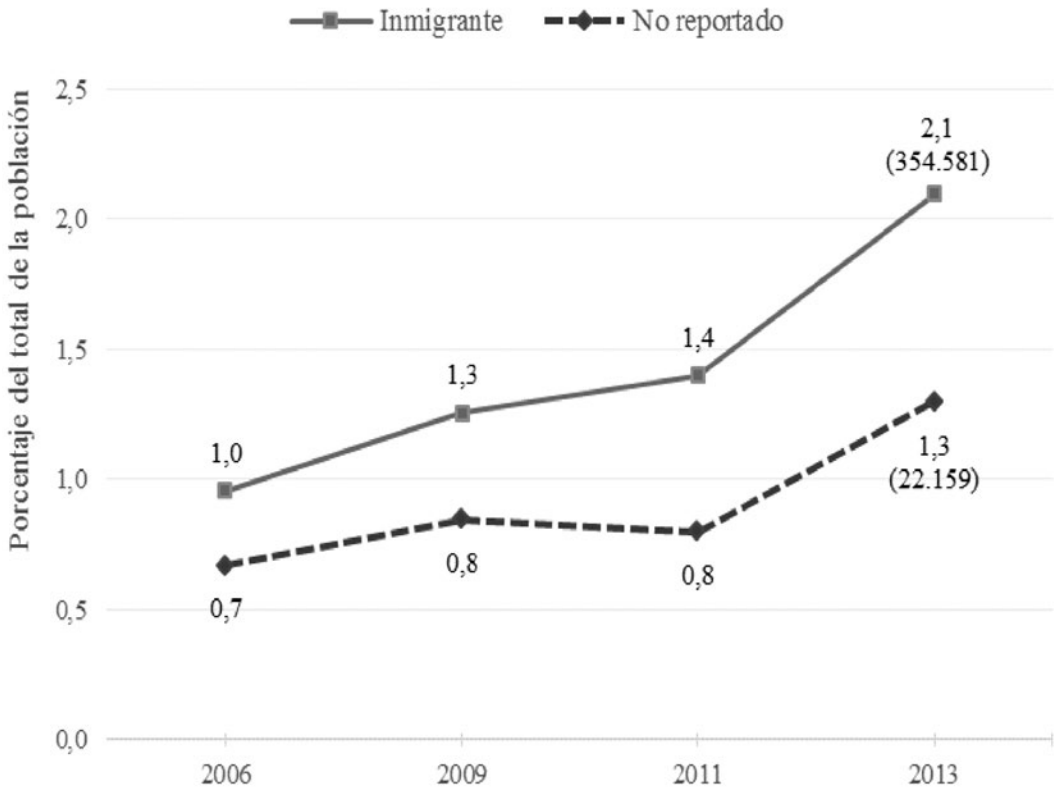
Figura 5 La distribución espacial de la población migrante internacional en Chile, según comunas del país, de acuerdo a datos Censales 1992, 2002 y 2012 (en ese orden los mapas de izquierda a derecha), Vásquez & Cabieses 2015 (en prensa)



En *segundo lugar,* existe una proporción desconocida de inmigrantes que residen hoy en Chile en situación irregular. Esto ocurre por diversas razones, por ejemplo porque la migración ocurrió a través los llamados "huecos migratorios" como la playa, la línea del tren o las montañas para cruzar la frontera, en lugar de un paso formal habilitado. De lo que se conoce sobre esta situación en Chile, la mayoría de los migrantes internacionales cruzan la frontera por vías legítimas, pero es sin duda un punto de tensión y una causa para ser deportado al país de origen si es detectado. Otra razón es la burocracia que hoy existe para lograr el carnet de identidad de residente en Chile, que demora 5 a 6 meses en Santiago, pero puede demorar hasta 8 meses en regiones, mucho más tiempo que lo que la visa de turista permite. Con documentación de visa en trámite el migrante está considerado como legal o documentado, pero ésta también puede demorar más tiempo del que permite la visa de turista en regiones. Al mismo tiempo, migrantes que llegan al país por trabajo con frecuencia no consiguen contrato formal o este expira al poco tiempo. Afortunadamente, hoy en día la nueva visa laboral permite cambio de empleador y con 1 año de continuidad laboral, incluso trabajo independiente, dando derecho a la residencia definitiva para migrantes internacionales que deseen obtenerla. En todos estos casos, un grupo creciente de migrantes internacionales en Chile decide quedarse, pese a no tener documentación, con el anhelo de mejorar sus condiciones de vida (24). Cabe señalar, no obstante, que de acuerdo al registro del Departamento de Extranjería y Migración de Chile la mayoría de los migrantes internacionales en Chile se encuentran o con visa de residente o visa temporal (en trámite); y es un grupo menor el que se sabe se encuentra en situación irregular.

En *tercer lugar,* muchos migrantes realizan remesas de sus ingresos en Chile, enviando dinero a sus países de origen donde se encuentran padres, esposos, e incluso hijos (remesas se definen como sumas de dinero ganadas por migrantes que son remitidas a sus países de origen) (25). Una posible idea general acerca de la cantidad de migrantes en situación irregular en Chile lo da la encuesta CASEN, la cual desde el año 2006 incorpora la pregunta: cuando usted nació, ¿dónde vivía su madre? (26). Un porcentaje no menor de personas, en forma consistente a través de los años, prefiere no responder a esta pregunta (Figura 6). Estudios exploratorios en este subgrupo de población dan cuenta de que son personas más jóvenes y más empobrecidas que los que sí reportan ser migrantes internacionales en dicha encuesta (26). Es necesario relevar que la pregunta de CASEN es por lugar (comuna o país) de nacimiento de la madre. Quienes no responden a esa pregunta no son necesariamente inmigrantes, pueden ser personas chilenas que no saben en qué comuna vivía su madre al momento de él nacer. Por esta razón, es *imposible* asumir que aquellos datos "perdidos" en esta pregunta de la encuesta CASEN verdaderamente representan a migrantes internacionales en situación irregular, y esta información debe tomarse con precaución. Es solamente evidencia exploratoria para levantar nuevas hipótesis para futuras investigaciones en esta materia.

Figura 6 Proporción de personas que reportan ser migrantes y personas que prefieren no responder a esta pregunta, según datos CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013



En *cuarto lugar*, la evidencia internacional propone que los migrantes internacionales pueden experimentar distintos grados de vulnerabilidad por la experiencia migratoria en sí misma (27-29). La migración no solo se determina por el traspaso de un área geográfica en un momento puntual, sino que es un proceso dinámico (30). La migración se relaciona con desplazamientos a cierta distancia geográfica significativa y en muchos casos con cierta voluntad de permanencia (31). Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar. La decisión de migrar involucra un proceso social, pues incluye el idioma, la cultura, la historia personal y familiar, y el país de destino no representa necesariamente hoy la residencia definitiva, a diferencia de lo que ocurría hace un par de décadas (5). La llamada "migración circular" (32, 33) es un fenómeno reportado a nivel mundial, con grupos de migrantes que se movilizan entre países, usualmente fronterizos, de acuerdo a las oportunidades de trabajo temporal que aparecen en las distintas estaciones. Lo mismo con empleados de empresas multinacionales que son re-instalados en distintos países cada cierto tiempo. Ante un mismo fenómeno, la migración circular, se pueden encontrar grupos de migrantes internacionales de alto nivel socioeconómico y que no perciben grandes riesgos de vulnerabilidad, mientras que existen otros que viven en situación de precariedad e inseguridad laboral.

Falta comprender mejor la experiencia migratoria en Chile, en especial de las migraciones irregulares, de tal forma de velar por la seguridad de quienes están experimentado riesgos en sus países de origen, riesgos al cruzar la frontera, y riesgos al instalarse en el nuevo país. Una vez en suelo chileno, existen además desafíos culturales que también son frontera. Distancias en visiones culturales, tradiciones, estilos de vida, formas de enfrentar la enfermedad, entre otros, ocasionan una nueva experiencia migratoria, más allá de la frontera geográfica. Existe amplia evidencia internacional sobre experiencias de estigma y discriminación (34), estrés (35) y problemas de salud mental (36) en población migrante en todo el mundo. La experiencia migratoria es entonces exigente y compleja en sí misma, y puede vulnerar los derechos humanos, el bienestar y la salud de quienes hoy migran, en particular en aquellos que lo hacen en condiciones mínimas de protección y seguridad (37).

3. Consecuencias en salud de la vulnerabilidad social de migrantes internacionales

El país posee pocos datos estadísticos oficiales en relación a la prevalencia de enfermedades o condiciones de salud de los inmigrantes. Algunos estudios más recientes que abordan temas de salud y migración en Latinoamérica y Chile son los de Cabieses (7, 20, 24, 26, 38-40), Agar (41, 42), Vásquez de Kartzow (43, 44), la consultora Demoscópica (45), Fundación Instituto de la Mujer (46), la Organización Internacional de Migración (OIM) en Chile (47), Alvarado (48), la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile (49) y Yáñez y Cárdenas (50). Estos estudios, en su mayoría, reflejan el efecto del migrante sano para la población total inmigrante en Chile (los inmigrantes en promedio auto-reportan menos problemas de salud que la población local chilena), pero destaca la existencia de subgrupos de inmigrantes con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Inmigrantes con bajo nivel socioeconómico reportan peores resultados de salud que los demás grupos migrantes y muy similar a los resultados de la población local en Chile, pese a ser, en promedio, más jóvenes que los chilenos (7, 26). No obstante este patrón general, hay estudios que

evidencian las pobres condiciones de vida y su relación con problemas de salud mental en grupos específicos de migrantes internacionales en Chile, como lo es el caso de peruanos en el centro de Santiago (51).

Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular (52, 53). En Chile según datos de la encuesta CASEN 2011, el 14% del total de personas nacidas en el extranjero no pertenecen a ningún sistema previsional, de este porcentaje el mayor grupo corresponde al colombiano con un 30% del total que dice no pertenecer a ningún sistema previsional de salud, seguido por el boliviano (19%), ecuatoriano (13%) y peruano (12%). Datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud. El grupo con mayor dificultad de acceso a salud en Chile es el que se encuentra en situación irregular, de acuerdo a un estudio realizado el año 2004 por Corporación Colectivo Sin Fronteras.

Si bien existe evidencia de acceso a cuidado prenatal y de infancia y hasta los 18 años por parte de algunos migrantes en situación irregular, se han reportado diferencias en acceso y trato entre regiones y comunas del país que requieren de un abordaje más integral y sostenido. Se ha descrito además en resoluciones exentas del Ministerio de Salud (2014) que existe dificultad para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de salud, esto es probablemente aún más difícil en población migrante en situación irregular. Aspectos como el trato y sentirse discriminadas desde el personal de salud ha sido reportado por mujeres embarazadas peruanas en atención primaria en nuestro país.

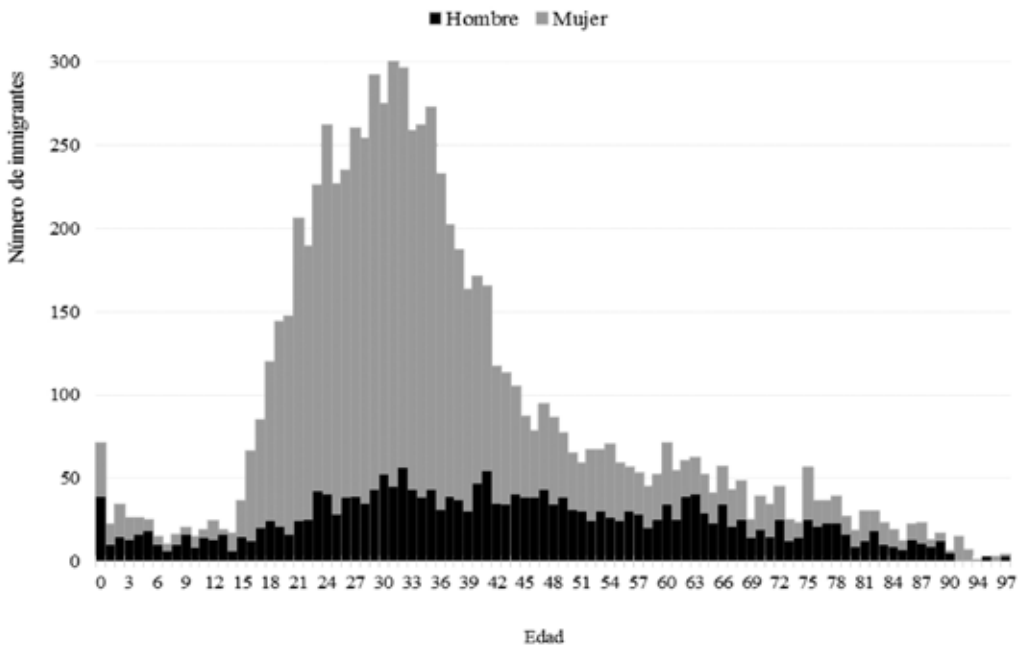
Datos de egresos hospitalarios en Chile del año 2012 indican que las principales causas de egreso en migrantes internacionales en general en Chile serían parto (48%), causas externas (9%), tumores (8%) y sistema digestivo (8%) (Tabla 3, Tabla 4 y Figura 7). La mayoría de las tasas de egreso se concentran en edad reproductiva y en mayores de 60 años de edad (Figura 7 y Tabla 4). De acuerdo a la revisión sistemática de Almeida et al el año 2013, las mujeres representan un grupo vulnerable, especialmente las mujeres inmigrantes durante el periodo de embarazo (54). La evidencia internacional propone diversas razones que dan cuenta de la especial vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes embarazadas. Entre estas destaca el menor acceso a los cuidados prenatales en mujeres inmigrantes en situación irregular (55), acceso tardío a los controles del programa de salud sexual (56), dificultades de acceso a programas de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos (55), mayor riesgo de depresión postparto (57) y riesgo de enfermedades asociadas al embarazo (58). Respecto de los países de origen de migrantes internacionales con algún egreso hospitalario el 2012, destacan los de Perú y Bolivia (ver Tabla 5).

Tabla 3 Tasas de capítulos de egreso hospitalario por parte de migrantes internacionales en Chile el 2012, datos según DEIS

	Egresos inmigrantes			Egresos Chilenos	
	Cantidad	Egresos (%)	Egresos (%) Sin embarazo	Egresos (%)	Egresos (%) Sin embarazo
Capítulo I: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	140	1,7	3,0	2,6	3,3
Capitulo II: Tumores (Neoplasias).	700	8,4	14,8	7,0	9,0
Capitulo III: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de inmunidad.	32	0,4	0,7	0,6	0,7
Capitulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	154	1,8	3,3	2,9	3,7
Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento.	80	1,0	1,7	1,7	2,2
Capítulo VI: Enfermedades del sistema nervioso central.	117	1,4	2,5	1,6	2,1
Capítulo VII: Enfermedades del ojo y sus anexos.	33	0,4	0,7	1,1	1,4
Capitulo VIII: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea.	18	0,2	0,4	0,4	0,5
Capítulo IX: Enfermedades del sistema circulatorio.	372	4,4	7,9	7,6	9,7
Capitulo X: Enfermedades del Sistema Respiratorio.	311	3,7	6,6	10,0	12,8
Capitulo XI: Enfermedades del Sistema Digestivo.	678	8,1	14,4	12,6	16,2
Capitulo XII: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.	61	0,7	1,3	1,5	1,9
Capitulo XIII: Enfermedades del Sistema Osteomuscular.	378	4,5	8,0	4,1	5,2
Capitulo XIV: Enfermedades del sistema Genitourinario.	489	5,8	10,4	8,2	10,5
Capitulo XV: Embarazo, parto y puerperio.	3653	43,7		19,4	
Capitulo XVI: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.	39	0,5	0,8	2,2	2,8
Capitulo XVII: Malformaciones congénitas, deformidades y anormalidades cromosómicas	61	0,7	1,3	1,2	1,6
Capitulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.	144	1,7	3,1	2,7	3,5
Capitulo XIX y XX: Consecuencia de causas externas y Causas extremas de morbilidad y mortalidad.	758	9,1	16,1	9,4	12,0
Capitulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.	150	1,8	3,2	3,4	4,3

Figura 7 Edad de egresos hospitalarios, según sexo, para inmigrantes, Chile 2012

7.1 Incluyendo egresos por partos en mujeres inmigrantes



7.2 Excluyendo egresos por partos en mujeres inmigrantes

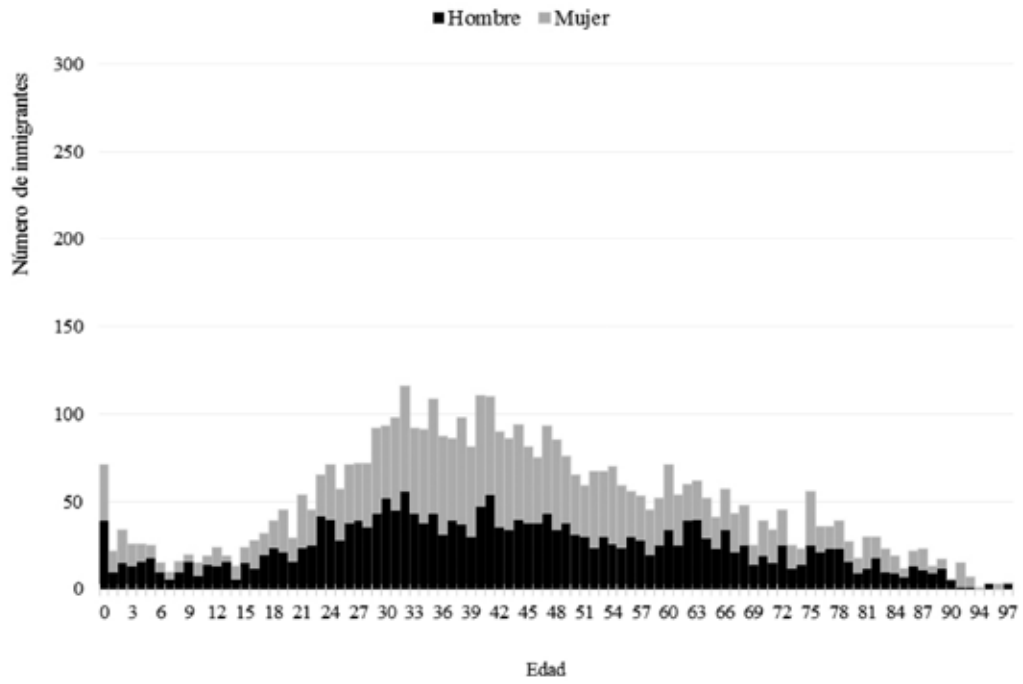


Tabla 4 Tasa específica (x100) de egresos hospitalarios y porcentaje del total de egresos, en inmigrantes, según tramos de edad, Chile 2012. Datos poblacionales proyectados desde encuesta CASEN 2013

	Total	Porcentaje del total de egresos (%)	Tasa
Edad			
[0-14]	359	4,29	0,8
[5-29]	2749	32,85	2,5
[30-44]	3126	37,36	2,6
[45-59]	1015	12,13	2,0
60 ó MÁS	1119	13,37	3,9

Tabla 5 Distribución de los egresos hospitalarios en inmigrantes en Chile según país de origen el 2012, datos según DEIS

	Cantidad de egresos	Porcentaje del total de egresos (%)	Porcentaje del total de inmigrantes (%)
Perú	2596	0,16	31,02
Bolivia	1330	0,08	15,89
Latinoamérica más México	1261	0,08	15,07
Europa	981	0,06	11,72
Argentina	666	0,04	7,96
Colombia	646	0,04	7,72
América del norte	390	0,02	4,66
Asia	292	0,02	3,49
Otro	206	0,01	2,46

La información sobre la salud de los inmigrantes en Chile y Latinoamérica es escasa, especialmente en aquellos en situación irregular (26). Hoy se desconocen importantes factores relacionados a la salud, como razones de migración, nivel socioeconómico y de salud antes de migrar, efectos en segundas y terceras generaciones de inmigrantes, y variaciones en estatus contractual y legal en el tiempo. Esto cobra especial relevancia al considerar la heterogeneidad demográfica y económica de este grupo (59). Es necesario desarrollar más estudios cuantitativos y cualitativos focalizados a la población inmigrante, idealmente de manera longitudinal y de representación nacional. Sólo de esta manera se podrá orientar de manera efectiva estrategias que faciliten la protección de la salud de la población en Chile, independiente de su edad, género, raza o estatus migratorio.

4. ¿Qué se ha desarrollado para proteger las condiciones sociales de migrantes internacionales vulnerables en Chile?

A pesar del aumento progresivo del número de inmigrantes internacionales, es importante reconocer que la legislación chilena no ha tenido una política clara en términos de inmigración (60). No obstante, ha establecido algunos criterios de ingreso como por ejemplo el mejoramiento técnico, mano de obra calificada e incluso "perfeccionar las condiciones biológicas de la raza" (pág. 1) como señala el Decreto con Fuerza de Ley Nº69 de 1953. Durante el período del Gobierno Militar se dicta el Decreto Ley Nº 1.094 de 1975, Ley de Extranjería vigente en la actualidad, el que establece categorías de extranjeros al momento de ingreso en calidad de turistas, residentes oficiales e inmigrantes; y regula la residencia y permanencia definitiva, entre otros aspectos. Además indica el impedimento de ingreso al país a personas que alteren el orden social, agitadores, los que no puedan ejercer profesión, los que carezcan de recursos para vivir en Chile o padecer ciertas enfermedades.

El Decreto Supremo Nº 597 de 1984 corresponde al Reglamento de Extranjería y establece los requisitos para obtener cédula de identidad personal. En la normativa chilena, el Departamento de Extranjería otorga permisos de turismo hasta por 90 días prorrogables por otros 90 días adicionales, residencia temporaria por el plazo de un año, pudiendo extenderse por igual periodo para personas sujetas a trabajo, estudiantes y aquellos con vínculos familiares, ex residentes, por mencionar algunos. Por último, se brindan permisos de residencia definitiva para extranjeros que deseen permanecer de manera indefinida en Chile, que se puede solicitar por motivos laborales, de estudios o por vínculos con chilenos.

Cada año aumenta la cantidad de personas que solicitan residencia temporal y permanencias definitivas, especialmente de países fronterizos, como se muestra en la Tabla 6. El año 2009 aproximadamente el 78% de los permisos de residencia temporal se entregaron a países de la región y un 61% corresponden a países fronterizos. En 2013 se entregaron 14.479 permisos de residencia definitiva a personas de países fronterizos lo que representa el 55,71% del total de permisos otorgados ese año.

Tabla 6 Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile el 2009, 2011 y 2013

	2009		2011		2013	
País	**Visas otorgadas**	**%**	**Visas otorgadas**	**%**	**Visas otorgadas**	**%**
Perú	27.582	48,34%	30.699	40,21%	39.251	29,70%
Bolivia	3.635	6,37%	7.156	9,37%	26.861	20,33%
Argentina	3.851	6,75%	3.849	5,04%	5.974	4,52%
Otros países	21.993	38,54%	34.633	45,36%	60.053	45,45%
Total	57.059	100%	76.337	100%	132.139	100%

Fuente: Registro de Permisos de Residencia Temporal otorgados año 2009, 2011 y 2013, Departamento de Extranjería y Migración.

Se han elaborado algunos convenios que buscan asegurar garantías puntuales relacionadas a derechos sociales de inmigrantes en Chile. En el gobierno del Presidente Frei en 1998 se realizó el proceso de regularización migratoria extraordinaria y en el gobierno del presidente Lagos, se incluyen atenciones de salud a embarazadas, convenios con países del MERCOSUR, y declaración de respeto de los derechos laborales de los migrantes. El año 2007 se estableció además un convenio entre Departamento de Extranjería y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para asegurar el acceso a la red de salud pública a aquellas personas que soliciten refugio, mientras se estudia su situación definitiva.

En el año 2008, durante el gobierno de Michelle Bachelet, se emite la resolución Nº 009 sobre "Política Nacional Migratoria" que menciona la integración de los inmigrantes al país, la sanción al tráfico de ellos y la modernización de la legislación migratoria. Ese mismo año Chile reitera su adhesión a los principios establecidos en las normas y convenios internacionales en la Octava Conferencia Sudamericana sobre Migraciones del 2008, donde se enfatiza el aporte de las personas migrantes en el desarrollo económico, cultural y social, tanto de los países de destino como los de origen (61). El año 2009 se crea además el Consejo de Política Migratoria, que tiene como misión asesorar, coordinar a instituciones del Estado, e incorporar organismos internacionales y académicos que generen acuerdos y decisiones respecto a los flujos migratorios. Este consejo se reactiva el año 2014 y está en funcionamiento en la actualidad.

5. ¿Qué se ha desarrollado para proteger la salud de migrantes internacionales en Chile?

No se cuenta con un marco normativo explícito que aborde para la población inmigrante al tema de la protección social en general, y de la salud en particular. No obstante, existen importantes logros alcanzados en Chile respecto de la población inmigrante. Cualquier residente independiente de su situación legal, incluso en situación irregular, puede acceder a los beneficios de la provisión de salud que señala la Ley de atención universal en Chile, en casos de emergencias, del control prenatal y de salud infantil y adolescente para menores de 18 años, en igualdad de condiciones que sus pares chilenos (Resolución Exenta 1914 del Ministerio del Interior, 2008). Por esta misma resolución del 2008 los niños y adolescentes migrantes, incluso en situación irregular, tienen derecho a residencia de estudiantes. El ordinario 3229 del 11 de junio de 2008 permite regularizar a niños y embarazadas migrantes en Chile independiente del status migratorio de los padres. Esta normativa tuvo reconocimiento de Naciones Unidas en informe de DDHH del 2009.

Destacan la normativa para la inmigrante embarazada, para el inmigrante menor de edad, y de atención gratuita para inmigrantes peruanos viviendo en pobreza (62, 63). El año 2009 se constituye el grupo asesor de salud de los inmigrantes y refugiados (SIR-Ministerio de Salud) que continúa su ejercicio hasta hoy. Este grupo ha desarrollado un programa de salud para inmigrantes que se está piloteando este año en el centro y norte del país (Resolución Exenta N°24, 2015), en los servicios de salud priorizados de Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Valparaíso, San Antonio, Central, Sur y Norte. El programa de salud del migrante llamado "Acceso a la atención de salud a personas inmigrantes" (Resolución Exenta 1266, 2014).

El propósito de este programa de salud para personas inmigrantes es contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población inmigrante, con énfasis en la no regulada, que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación internacional y nacional vinculados con los inmigrantes y los derechos humanos. Sus objetivos específicos son: (i) ampliar la información sobre derechos y deberes en salud de la población inmigrante en general, a través de estrategias diversas que consideren su activa participación social en las instancias correspondientes (ii) mejorar el acceso y calidad de la atención a población inmigrante, con pertinencia a su condición y con énfasis en grupos más vulnerables, (iii) establecer, aplicar y evaluar protocolos y modelos de atención adecuados a la condición migratoria, orientadas a mejorar acceso, calidad y efectividad de las acciones sanitarias. Este programa se combina con lo señalado recientemente en la circular A 15/ 06 de junio del 2015, donde se instruye otorgar atención de salud primaria a personas inmigrantes sin documentos oficiales.

Cabe destacar además que existen acuerdos internacionales especiales, como por ejemplo con el Perú, que facilitan la adaptación de cualquier inmigrante de ese país a Chile (ej. Acuerdo de seguridad social recíproco para inmigrantes peruanos en Chile y chilenos en el Perú). Por otra parte, cualquier inmigrante documentado puede inscribirse en el consultorio correspondiente a su sector comunal y formar parte del sistema público de salud (62, 63).

Por otra parte, existen instituciones independientes del Estado que prestan asistencia a inmigrantes como Instituto Chileno Católico de Migración (INCAMI) dependiente del Organismo de la Conferencia Episcopal de Chile; la Cruz Roja, la Fundación Ciudadano Global, Servicio Jesuita a Migrantes y Refugiados que entregan asesoría legal, atención psicológica, acompañamiento familiar y apoyo social a migrantes y sus familias (www.ciudadanoglobal.cl), Instituto de la Mujer, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), entre otras.

En síntesis, el país ha realizado importantes esfuerzos en materia de protección social y de salud de inmigrantes internacionales, pero aún queda mucho por hacer. Las condiciones para solicitar residencia, la falta de compromiso de algunas empresas para contratación y condiciones laborales para migrantes, la indocumentación de muchos inmigrantes han dificultado el proceso de inclusión y el acceso a los beneficios sociales y de salud de inmigrantes y sus familias. El apoyo social y de cuidado de la salud que es otorgado por el Estado es limitado, con lo cual emergen organizaciones civil con un rol más protagónico. Estas últimas prestan servicios de asistencia jurídica, facilitan redes de apoyo y orientación a los migrantes internacionales, sobre todo en los primeros meses en el país. La salud del inmigrante requiere entonces la necesidad de generar iniciativas que favorezcan la comunicación entre el sector salud y las expectativas que los migrantes tienen respecto de los beneficios a los que pueden acceder, disminuyendo las barreras interculturales y mejorando la satisfacción con el sistema de salud.

6. Discusión: desafíos pendientes en este tema en Chile

Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante internacional. El país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos, y ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso y uso de beneficios sociales y prestaciones de salud por parte de este grupo. Todas estas declaraciones, políticas y programas requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr el impacto deseado de protección de grupos de migrantes internacionales que experimentan algún tipo de vulnerabilidad social.

La migración internacional en Chile presenta en la actualidad una de las tasas más altas de su historia y es posible suponer que se mantendrán o aumentarán en las próximas décadas. El complejo y dinámico proceso de globalización que se ha instalado en el mundo en los últimos 50 años nos permite recoger experiencias pasadas de países que han sido polo de atracción de migrantes internacionales, y el profundo impacto que tienen la existencia -o ausencia- de políticas migratorias, sociales y de salud que verdaderamente protejan la calidad de vida y el bienestar familiar, laboral y social de dichas personas. Esta evidencia histórica es una oportunidad para que Chile tome las decisiones correctas.

Nuestro país ha ratificado la declaración de Adelaida del 2010 y apoya el enfoque de salud en todas las políticas como mandato presidencial. Esto promueve que el Ministerio de Salud, alineado con los Objetivos de la Década 2011-202, colabore con otros sectores de gobierno, académicos y civiles para promover la salud de toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante. Esto es un imperativo ético, legal y social que requiere de mayor apoyo y desarrollo.

7. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014.
- Hay migrantes internacionales que experimentan vulnerabilidad social. Se conocen por ejemplo problemas de hacinamiento, malas condiciones de vivienda y precariedad, en especial en el norte de Chile. Migrantes más vulnerables viven en barrios con violencia, delincuencia, pocas áreas verdes, entre otras. La situación de trabajo de algunos de ellos, que es informal, los pone en riesgo de accidentes y traumatismos laborales que incrementan su vulnerabilidad social.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- Inmigrantes en Chile auto-reportan, en promedio, mejores resultados de salud que la población local. No obstante, el efecto del “migrante sano” desaparece en grupos con nivel socioeconómico bajo y en quienes han residido por más de 10 años en Chile.

- Según datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud.
- A la fecha en Chile no hay sistematización ni monitoreo continuo de la situación global de las poblaciones migrantes en Chile. Falta diálogo entre distintos actores que están hoy levantando información relevante para que sea integrada y logre apoyar en forma más adecuada el desarrollo de políticas y programas sociales y de salud.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social?

- A pesar del aumento progresivo del número de inmigrantes internacionales, es importante reconocer que la legislación chilena no ha tenido una política clara en términos de inmigración.
- En el año 2008 se emite la resolución Nº 009 sobre "Política Nacional Migratoria" que menciona la integración de los inmigrantes al país, la sanción al tráfico de ellos y la modernización de la legislación migratoria.
- El año 2009 se crea además el Consejo de Política Migratoria, que tiene como misión asesorar, coordinar a instituciones del Estado, e incorporar organismos internacionales y académicos que generen acuerdos y decisiones respecto a los flujos migratorios.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de salud?

- La Ley de atención universal en Chile, en casos de emergencias, del control prenatal y de salud infantil y adolescente para menores de 18 años, en igualdad de condiciones que sus pares chilenos (Resolución Exenta 1914 del Ministerio del Interior, 2008).
- El ordinario 3229 del 11 de junio de 2008 permite regularizar a niños y embarazadas migrantes en Chile independiente del status migratorio de los padres. Esta normativa tuvo reconocimiento de Naciones Unidas en informe de DDHH del 2009.
- El año 2009 se constituye el grupo asesor de salud de los inmigrantes y refugiados (SIR-Ministerio de Salud) que continúa su ejercicio hasta hoy. Este grupo ha desarrollado un programa de salud para inmigrantes que se está piloteando este año 2015 en el centro y norte del país.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Nuestro país ha ratificado la declaración de Adelaida del 2010 y apoya el enfoque de salud en todas las políticas como mandato presidencial.
- Es necesario que el Ministerio de Salud, alineado con los Objetivos de la Década 2011-202, colabore con otros sectores de gobierno, académicos y civiles para promover la salud de toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante. Esto es un imperativo ético, legal y social que requiere de mayor apoyo y desarrollo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los siguientes expertos:

Lorenzo Agar, Médico, Ministerio de Desarrollo Social por su revisión crítica de este capítulo y el material de apoyo utilizado en la Tabla 1 y la información de egresos hospitalarios solicitados por él al DEIS.

Iris Delgado, MSc, del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud CEPS de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; y **Marcela Oyarte**, BSc, investigadora del Equipo de Estudios Sociales en Salud; por su apoyo en la actualización de tablas y gráficos presentados en este manuscrito.

Financiamiento

Este capítulo fue elaborado con apoyo del fondo Fondecyt 11130042 de CONICYT, Chile.

Referencias

1. Vásquez R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? Rev chil pediatr 2009;80(2):161-7.

2. United Nations. Trends in total migrant stock: the 2005 revision. Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/

3. Nelson S. Global trends, local impact: the new era of skilled worker migration and the implications for nursing mobility. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2013;26 Spec No 2013:84-8. Epub 2014/05/28.

4. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.

5. United Nations. World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003. Available from: www.un.org.

6. Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. World Hosp Health Serv. 2010;46(3):5-7. Epub 2010/12/16.

7. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? International journal of environmental research and public health. 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.

8. Akhavan S, Bildt C. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. Ethnicity & health. 2004;9:S93-S4.

9. Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo--The Oslo Health Study. Osteoporos Int. 2005;16(6):623-30. Epub 2004/09/15.

10. Azerkan F, Zendehdel K, Tillgren P, Faxelid E, Sparen P. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. Int J Cancer. 2008;123(11):2664-70. Epub 2008/09/05.

11. Beiki O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. Eur J Cancer. 2009;45(1):107-18. Epub 2008/10/03.

12. Alvarado I, Sanchez H. Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet]. 2002 9th February 2011. Available from: http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf.

13. Albala C, Vio F. Epidemiological transition in Latin America: The case of Chile. Public health. 1995;109(6):431-42.

14. Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org. ; 1991.

15. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008;179(12):1289-92. Epub 2008/12/03.

16. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. Health Aff (Millwood). 2010;29(12):2161-70. Epub 2010/12/08.

17. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? J Med Ethics. 2008;34(9):e13. Epub 2008/09/02.

18. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. Cadernos de saude publica. 2002;18(4):1053-66. Epub 2002/07/16. Desigualdades en la provision de asistencia medica en el sector publico de salud en Chile.

19. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. [Information for health equity in Chile]. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2002;11(5-6):374-85. Epub 2002/08/07. Informacion para la equidad en salud en Chile .

20. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. Revista medica de Chile. 2013;141(10):1255-65. Epub 2014/02/14.

21. Ortiz M, Cummins M. Desigualdad Global la distribución del ingreso en 141 países. New York: USA: 2012.

22. Agar L. Migrations internationales et diversité culturelle au Chili: Les défis de la postmodernité. (2011). . France: Université Paris Descartes Sorbonne; 2011.

23. Banerjee B. Social networks in the migration process: empirical evidence on chain migration in India. Journal Of Developing Areas.

1983;17(2):185-96. Epub 1983/01/01.

24. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2012;32(2):161-7. Epub 2012/10/27.

25. International Organization for Migration. Glosario sobre migración Ginebra, Suiza: 2006.

26. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. BMC public health. 2012;12:1013. Epub 2012/11/23.

27. Goldade K. "Health is hard here" or "health for all"? The politics of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica. Medical anthropology quarterly. 2009;23(4):483-503. Epub 2010/01/23.

28. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC public health. 2008;8:93. Epub 2008/03/28.

29. Riosmena F, Jochem WC. "Vulnerability, Resiliency, and Adaptation: The Health of Latin Americans during the Migration Process to the United States". Realidad, datos y espacio : revista internacional de estadistica y geografia. 2012;3(2):14-31. Epub 2012/01/01.

30. Freeman M, Baumann A, Blythe J, Fisher A, Akhtar-Danesh N. Migration: a concept analysis from a nursing perspective. Journal of advanced nursing. 2012;68(5):1176-86. Epub 2011/11/03.

31. Sukamdi. [The typology of migration: developing an alternative concept]. Populasi. 1991;2(1):57-64. Epub 1991/01/01. Tipologi migrasi: suatu alternatif pengembangan konsep.

32. Bigsten A. The circular migration of smallholders in Kenya. Journal of African economies. 1996;5(1):1-20. Epub 1996/01/01.

33. Ellis M, Conway D, Bailey AJ. The circular migration of Puerto Rican women: towards a gendered explanation. Int Migr. 1996;34(1):31-64. Epub 1996/01/01.

34. Morawa E, Erim Y. [The interrelation between perceived discrimination, depressiveness, and health related quality of life in immigrants of Turkish and Polish origin]. Psychiatrische Praxis. 2014;41(4):200-7. Epub 2013/07/23. Zusammenhang von wahrgenommener Diskriminierung mit Depressivitat und gesundheitsbezogener Lebensqualitat bei turkisch- und polnischstammigen Migranten.

35. McClure HH, Snodgrass JJ, Martinez CR, Jr., Eddy JM, Jimenez RA, Isiordia LE. Discrimination, psychosocial stress, and health among Latin American immigrants in Oregon. American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council. 2010;22(3):421-3. Epub 2009/10/22.

36. de Vries WM, Smits CH. [Searching for rest in one's soul: the experience of mental health complaints in older Moroccan immigrants]. Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie. 2005;36(5):194-202. Epub 2005/12/15. Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen.

37. Martin SS. Exploring discrimination in american health care system: perceptions/experiences of older Iranian immigrants. Journal of cross-cultural gerontology. 2012;27(3):291-304. Epub 2012/06/28.

38. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. PloS one. 2014;9(8):e105347. Epub 2014/08/21.

39. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2013;34(1):68-74. Epub 2013/09/06.

40. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. International journal for equity in health. 2012;11:68. Epub 2012/11/20.

41. Agar L. Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas Chile: Ministerio de Salud / Organización Internacional para las Migraciones / Organización Panamericana de la Salud. Santiago, 2010.

42. Agar L. Niños inmigrantes: políticas públicas en salud. In: Fronteras ECS, editor. Niños y niñas migrantes: Políticas Públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: 2007.

43. Vasquez de Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra.¿ Estamos preparados? Revista Chilena de Pediatría. 2009;80:161-7.

44. Vasquez de Kartzow R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago , Chile. Rev Chilena de Pediatria. 2012;83(4):366-70.

45. Demoscópica C. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. . 2009.

46. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Santiago de Chile 2007.

47. IOM, UNICEF, ACNUR, . Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Santiago de Chile. : 2012.

48. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. Revista Chilena de Salud Pública. 2008;12:37-41.

49. Chile CPdlUd. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para Inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago de Chile: 2008.

50. Yañez S, Cardenas M. Acculturation Strategies , Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant. Revista Salud y Sociedad. 2010;1:51-70.

51. International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en poblacion immigrante en la comuna de Independencia2008 March 2011. Available from: http://www.oimconosur.org/notas/buscador.php?nota=716.

52. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. Maternal and child health journal. 2013;17(2):292-8. Epub 2012/03/09.

53. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. Soc Sci Med. 2010;70(2):329-36. Epub 2009/11/07.

54. Moreira-Almeida L, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias D. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. Revista Maternal and child health journal. 2013;17(8):1346-54.

55. Kusuma YS, Kumari R, Kaushal S. Migration and access to maternal healthcare: determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India. Tropical medicine & international health : TM & IH. 2013;18(10):1202-10. Epub 2013/08/07.

56. Alderliesten ME, Vrijkotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2007;114(10):1232-9. Epub 2007/07/28.

57. O'Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2010;17(10):917-28. Epub 2010/11/17.

58. Higginbottom G, Vallianatos H, Forgeron J, Gibbons D, Mamede F, Barolia R. Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14(1):370. Epub 2014/12/04.

59. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Pan American Journal of Public Health 2013;(under review).

60. Perez R. Los efectos de la migración. Ethos gubernamental. 2006;4:111-23.

61. CSM, OSUMI. DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO SOBRE MIGRACIÓN, DESARROLLO Y DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MIGRANTES Montevideo, Uruguay: 2008.

62. Departamento de Extranjeria y Migracion. Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990. . Ministerio del Interior. ; 2007 [cited 2008 November]; Available from: http://www.extranjeria.gov.cl/filesapp/migraciones.pdf

63. Departamento de Extranjeria y Migracion. Preguntas frecuentes acerca de la inmigración en Chile. Secretaria y Admistracion General, Sistema de Gestion de la Calidad [Internet]. 2010 [cited November 2011. Available from: http://www.extranjeria.gov.cl/faq.html

Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Es epidemióloga social. Es profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Trabaja desde el año 2008 en migración y salud; otras líneas de investigación son desigualdad social en salud y salud global. Ha participado en múltiples proyectos de investigación desde el 2000 en Chile, Reino Unido y España. En equidad en salud ha asesorado a la Organización Panamericana de Salud y a diversos servicios de salud de Chile. Email: bcabieses@udd.cl

Patricia Bustos, MSc(c)

Se ha desempeñado en labor clínica, de gestión y liderado equipos de trabajo en atención primaria en Consultorios y Centros de Salud Familiar en la región de Magallanes y Metropolitana. Ha trabajado en el sector público y privado en áreas de traumatología y rehabilitación. Es docente de pregrado en Universidades de la Región Metropolitana en asignaturas de Atención Primaria de Salud, Salud Pública y Salud Ocupacional en diversas carreras de la salud. Actualmente se desempeña como Asesora en el Departamento de Modelo de Salud Familiar y Promoción de la Salud en la Subdirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central. Email: patricia.bustosc@redsalud.gov.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre migrantes internacionales en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

Hacia la recuperación de un enfoque de determinación social de la salud…

1. **Enfoque de derecho y de participación ciudadana:** como parte del mejoramiento de la inclusión social, el bienestar y la salud migrante, es fundamental potenciar el enfoque de derecho y de participación de la población migrante. En muchos países del mundo, la población migrante se ve vulnerada en sus derechos pese a ser un aspecto central del "desarrollo y florecimiento de cualquier ser humano a lo largo de su vida" (M. Marmot, 2010, The Marmot Review). La consideración de la persona migrante como un igual en sus derechos en Chile es un mínimo necesario que debemos atender y proteger en forma activa en el país. La salud es un reconocido reflejo de cómo las sociedades de definen, organizan y protegen. La creciente población migrante en Chile nos ofrece la oportunidad de re-definir quiénes constituyen nuestra sociedad y cómo proteger a cada uno de ellos en igualdad de condición jurídica, cívica y de salud.

2. **Enfoque de curso de vida:** mucho de lo que falta comprender sobre la vida y salud del migrante podría develarse si obtuviésemos información de condiciones de vida y salud de personas migrantes a lo largo de su vida. El proceso de migrar tiene al menos tres momentos críticos: antes de migrar (el proceso de preparación), la migración misma (el movimiento fronterizo y cultural involucrado), y el tiempo de vida en el país receptor (choque inicial, intentos de integración, aculturación y asimilación, refuerzo de la propia tradición o enculturación). Chile podría orientarse a obtener información de al menos los dos momentos finales, con el anhelo de generar cohortes de migrantes de todas las edades a lo largo del tiempo. Si bien es un esfuerzo mayor, el valor y potencial de esta información será enorme, pues permitirá encontrar los "puntos críticos" y las verdaderas "ventanas de oportunidad" para intervenir en el control y protección de la salud de las personas migrantes en Chile.

Hacia una articulación de los esfuerzos actuales y futuros del país…

3. **Mejorar registros y monitoreo continuo:** es necesario desarrollar e implementar un sistema de registro y monitoreo continuo de condiciones de vida y salud de migrantes en Chile. Esto permitiría generar evidencia actualizada de manera eficiente, más allá de la visión tradicional diagnóstica y hacia una estrategia de inteligencia integral y sustentable para situación migrante en Chile. El proceso de migrar es complejo y multidimensional, y como consecuencia, su registro debe dar cuenta de dicho dinamismo. Por ejemplo, el registro podría ser a nivel central con apoyo en unidades locales municipales. Esto permitiría prevenir el problema que hoy existe en otras temáticas de salud de desagregación y

pobre armonización de la información que se recolecta. El registro debiera ser de base individual y confidencial, para protección de migrantes en alguna situación de vulnerabilidad social.

4. **Integrar los esfuerzos nacionales en redes de colaboración:** aun cuando el enfoque multisectorial es un mínimo necesario, es importante que la sociedad chilena y Latinoamericana se organice en torno a la temática de migración y salud. Si bien existen importantes y reconocidos esfuerzos en derechos humanos para migrantes a nivel internacional y nacional por ejemplo, es menos lo que se ha organizado en torno a migración y salud en particular. ONGs, grupos académicos y de investigación, colectividades de personas migrantes, entre otros, tienen un enorme potencial si logran organizarse y desarrollar estrategias concretas para un mejor Chile, más competente culturalmente, más justo y más inclusivo.

5. **Enfoque multisectorial de políticas y de metas sanitarias:** uno de los mayores desafíos para nuestro país es el alcanzar un verdadero enfoque de "salud en todas las políticas" que se corresponde con la perspectiva de determinación social de la salud. Para ello, es urgente catalizar el intercambio de lenguaje y visiones entre sectores sociales, gubernamentales y académicos interesados en la salud y condiciones de vida de migrantes internacionales en Chile. La meta común debería ser el alcanzar las metas sanitarias propuestas para incrementar la equidad social en salud en nuestro país, incluyendo indicadores críticos sobre salud y vida de extranjeros.

Hacia un enfoque de competencia cultural en salud…

6. **Sensibilización a trabajadores de salud primaria y secundaria:** es urgente realizar sensibilización a trabajadores de salud de nivel primario y secundario, tanto del sector público como privado. Esta sensibilización debería incluir a todos los estamentos, técnicos, profesional y administrativo, e incluso a servicios externos como aseo. Debería además, tener un enfoque de educación continua, y no solo una capacitación puntual, para reforzar conceptos y en especial actitudes y conductas positivas hacia la población migrante.

7. **Formación de capital humano con competencia cultural en salud:** en forma simultánea a sensibilizar a quienes ya trabajan con población migrante o chilena en nuestro país, es urgente discutir en torno a un giro en la formación curricular desde el pregrado en Chile. El país tiene la oportunidad hoy de fortalecer y profundizar la formación de capital humano con competencia cultural en salud, es decir, capaz de adaptarse de manera respetuosa y empática al sistema de creencias que cada persona que atiende trae, sea este diferente al propio por razones ideológicas, religiosas, étnicas, culturales, o de cualquier otra naturaleza. Se propone revisar las mallas curriculares de la formación de profesionales de la salud y debatir en torno a cómo alcanzar actitudes, conocimientos y destrezas en competencia cultural en salud en Chile.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Báltica Cabieses**, Epidemióloga social, PhD, Profesora Titular Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, bcabieses@udd.cl
- **Cecilia Moya**, Enfermera, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud de Chile, cmoya@minsal.cl
- **Claudia Padilla**, Profesora referente del programa de inmigrantes, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud de Chile, cpadilla@minsal.cl
- **Marcela Correa**, Cientista Política, MSc Gobernabilidad y Gestión Pública, Coordinadora Nacional de Incidencia, Directora de Santiago, Servicio Jesuita de Migrantes, marcela.correa@sjmchile.org
- **Florencia Saffino**, Trabajadora social, Coordinadora Nacional Área Social, Servicio Jesuita de Migrantes, florencia.saffiro@sjmchile.org
- **Mireya Valdebenito**, Socióloga, MSc Ciencias Sociales, Consultora Demoscópica, mvaldebenito@demoscopica.cl
- **Alexandra Obach**, PhD, Profesora Asociada Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, aobach@udd.cl
- **Elena Morote**, inmigrante peruana, Co-Directora Organización Comunitaria Habla Mujer, Miembro del Colectivo y Centro de Estudios Amauta, comuna de Recoleta, región metropolitana, elmodu@hotmail.com

1. ¿Por qué este tema es importante?

- Es un tema global: La magnitud de la migración a nivel internacional y de Chile, cada vez involucra a más países y personas. La migración es un tema de relevancia para todo el mundo, aun cuando ocurra en otros países distintos al nuestro.
- La migración responde a un anhelo humano de una mejor vida: las personas migrantes usualmente buscan cada vez mayor equidad y mejor condiciones de vida, mayor calidad de vida. Se anhela vivir en una sociedad más inclusiva, respetuosa y abierta.
- Es un tema urgente de derechos humanos: migrar es un derecho humano, pero cómo se migra afecta la vida de las personas. Migrantes en situación irregular de tránsito sufren, en algunas situaciones, graves de abuso, trata y esclavitud, tortura, entre otras. La migración en algunos casos lamentablemente se ha asociado a violaciones a derechos humanos en todo el mundo.
- Nos conduce a mirar al mundo como una gran comunidad global: los límites territoriales se van perdiendo. En este sentido, la migración es una oportunidad de encuentro global.
- Provoca desencuentros sociales y humanos: negaciones a personas migrantes en frontera, migraciones selectivas, rechazo a personas refugiadas, entre otras situaciones de conflicto.

- Los migrantes tienen necesidades de salud específicas: es importante visibilizar y reconocer las necesidades particulares de las poblaciones migrantes en Chile, de tal forma de atender sus condiciones sociales y de salud urgentes.
- Chile tiene población migrante en situación irregular: existen desafíos en nuestro país en dar una respuesta real a necesidades de salud de migrantes en situación irregular y que hoy se desconocen. El sistema de salud en Chile y la sociedad en su conjunto tiene el desafío de acoger, visibilizar e incluir a estas poblaciones en forma oportuna y respetuosa.
- La migración tiene impacto en salud pública en Chile: las problemáticas de salud de las poblaciones migrantes en Chile se asocian a la re-emergencia de enfermedades transmisibles que estaban erradicadas o controladas en nuestro país (ej. TBC, Chagas). La población migrante además se encuentra en Chile con las problemáticas de salud de la población local y factores de riesgo como consumo de tabaco y alcohol, influyendo en las dinámicas de la epidemiologia nacional.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- La situación general de migración en Chile: país que se ha fortalecido como país receptor de migrantes en los últimos años, por su estabilidad económica y política. A nivel mundial Europa y USA son los mayores receptores, pero en Latinoamérica Chile se ha convertido en polo de atracción de migrantes del cono sur. La imagen internacional de Chile como "el nuevo sueño americano" en particular desde colombianos, con la idea de que si llegas a Chile y trabajas es garantía que podrás surgir.
- Los desafíos fronterizos: Se conocen casos de trato diferencial en las fronteras de Chile, por color de piel o país de origen por ejemplo, lo que ha facilitado el tránsito ilegal y en algunos casos el abuso de derechos humanos.
- La información es parcelada y desintegrada: hay cifras puntuales, estudios de bolsones de migrantes particulares, pero no hay sistematización ni recolección integrada de la situación global de las poblaciones migrantes en Chile. Falta diálogo entre distintos actores que están hoy levantando información relevante para que sea integrada y logre apoyar en forma más adecuada el desarrollo de políticas y programas sociales y de salud. La calidad de los registros públicos en esta materia por ejemplo requiere de mejoras en cómo se registra el estatus migratorio y su importancia para un diagnóstico sistemático de vida y salud de población migrante en Chile.
- Las condiciones de vida de los migrantes en Chile: se conocen problemas de algunos grupos de migrantes de hacinamiento, malas condiciones de vivienda y precariedad, en especial en el norte de Chile. Migrantes más vulnerables viven en barrios con violencia, delincuencia, pocas áreas verdes, entre otras. La situación de trabajo de algunos de ellos, que es informal, los pone en riesgo de accidentes y traumatismos laborales que incrementan su vulnerabilidad social.
- Las necesidades de salud de migrantes: los migrantes son grupos humanos muy diversos en Chile desde su origen geográfico y cultural, y son tratados además en forma diferencial en Chile según nacionalidad. La vulnerabilidad en salud de migrantes internacionales es reflejo de procesos sociales como violencia,

trabajo informal y sin protección, y accidentes. Hay desafíos sobre cómo el migrante aprender a navegar el sistema de salud chileno, que es complejo incluso para la población chilena. Reserva de horas, listas de espera, horas de espera para lograr la atención, entre otros, son desafíos compartidos del sistema de salud para toda la población que reside en Chile. Por esta razón se han activado mecanismos de referencia en grupos civiles organizados que hoy facilitan el acceso y uso del sistema de salud. Existe especial preocupación por la salud mental del migrante en Chile, por el proceso de migrar mismo, por dejar atrás a los hijos o la familia, y por los procesos de discriminación, conflicto y exclusión que algunos de ellos experimentan en Chile.

3. ¿Qué hace falta por mejorar?

- Visibilizar a los migrantes en Chile: Es urgente generar estudios más sólidos e idealmente longitudinales sobre trayectorias de vida de migrantes en Chile, en especial aquellos en menor nivel socioeconómico. Hay que además mejorar el uso de los estudios de mayor calidad que se han generado a la fecha en esta temática, en conciencia de las limitaciones de registro y sesgo de dichos esfuerzos de investigación. El desafío de visibilizar no solo a migrantes documentados, sino en situación irregular e infantes hijos de migrantes en Chile.
- Enfoque pragmático de la investigación y construcción cultural de este fenómeno: Falta por ejemplo un enfoque que combine la investigación cuantitativa y cualitativa (esto es un enfoque de epidemiología sociocultural), entre otras miradas, que permita generar evidencia científica más profunda y cercana a la realidad migratoria nacional, su complejidad y diversidad sociocultural.
- Mejorar la integración: Falta integrar iniciativas, estudios y propuestas que hoy existen sobre vida y salud de migrantes en Chile. Mientras se siga trabajando en forma desarticulada en iniciativas asiladas, seguirá siendo difícil comprender el verdadero fenómeno migratorio, su complejidad, heterogeneidad y necesidades urgentes para políticas y programas de salud. Es urgente un sistema integrado de registro de información en este tema, no solo para migrantes sino para diversos grupos culturales.
- Falta mirada de estado multisectorial en este tema: Hay limitaciones en nuestro país para atender en forma más oportuna y respetuosa las necesidades sociales y de salud de migrantes en Chile. Hay sobrecarga de trabajo asistencial en APS y hospitales. Más aún, enfoques instalados en el sistema de salud de Salud Familiar o Intercultural no responden a las complejidades actuales de la diversidad cultural incluyendo a la población migrantes.

- Para salud: las personas migrantes que llegan no siempre son vulnerables sociales o en salud per se, pero quedan en situación de vulnerabilidad por la ausencia de políticas integrales sociales y de salud en Chile. Por ejemplo, personas migrantes que quedan en situación de calle o en situación irregular. Esto es importante no solo para migrantes de primera generación sino también de segunda generación (hijos de migrantes nacidos en Chile) que están hoy invisibilizados en registros nacionales sociales y de salud.
- Es urgente instalar un enfoque de competencia cultural en salud: los trabajadores de salud y trabajadores sociales deben acercarse a la visión cultural de las poblaciones migrantes, saliendo del enfoque paternalista del cuidado en salud y acercándose a un enfoque de competencia cultural que promueva el respeto y el encuentro de culturas en cada intercambio entre trabajadores de salud y persona migrante.
- Es urgente mejorar el acceso: al nivel hospitalario en salud hay menos información y hay gran desafío sobre cómo pagar en caso de hospitalizaciones, que permite incrementar acceso cuando sea necesario y reducir salidas tempranas de quienes no tienen cómo pagar. A nivel primario es importante corregir el incentivo de metas sanitarias que promuevan el acceso y registro en cualquier momento el ciclo vital, por ejemplo el ingreso de mujeres migrantes embarazadas que llegan tarde al centro de salud. En ambos casos, es urgente capacitar y sensibilizar a los trabajadores de salud sobre este tema. Además, es urgente mejorar la entrega de información que reciben en sus comunidades los migrantes, que es poca e incluso incorrecta que confunde y dificulta la inclusión social y en salud del migrante.

Capítulo 5

Vulnerabilidad social y Salud en Pueblos Indígenas

Alexandra Obach, PhD

Profesor Asociado Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Resumen

La situación de los pueblos indígenas en materia de salud, tanto en Chile como en la región, se caracteriza por estar vinculada a las situaciones de exclusión y discriminación históricas a las que han estado sometidos estos pueblos. Diversos estudios han demostrado brechas sistemáticas entre la salud de población indígena y no indígena, dejando de manifiesto la situación de vulnerabilidad de esta población. Esta situación se agudiza si se toma en consideración la ausencia de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud, lo que dificulta la tarea de identificar los perfiles epidemiológicos de las poblaciones indígenas del país. Además, la falta de enfoques de género y generacional en salud y pueblos originarios dejan en una situación de mayor vulnerabilidad a mujeres y jóvenes indígenas, grupos particularmente expuestos a mayores vulnerabilidades en salud. Estrategias de salud intercultural implementadas en la región y en el país se han configurado como alternativas que buscan superar la subordinación de los pueblos indígenas en materia de salud. Dichas estrategias, sin bien han significado importantes avances en la materia, no conllevan necesariamente un cambio en las condiciones de vida ni en la representación simbólica de lo indígena en la sociedad, así como tampoco dan respuestas a las construcciones de identidad indígena que se producen en la actualidad, principalmente en los contextos urbanos. Se propone revisar el concepto mismo de salud intercultural para, de este modo, superar los esencialismos en materia de salud y pueblos indígenas, y proponer modelos que apunten hacia la construcción de nuevos vínculos en materia de salud y pueblos indígenas.

Palabras clave: sistemas de salud, pueblos indígenas, salud intercultural, determinantes sociales de la salud, vulnerabilidad en salud

1. Cultura y salud en los pueblos indígenas de la región

Los indígenas históricamente han estado presentes y lo están hasta la actualidad en toda América Latina. Su presencia es altamente heterogénea -tanto cultural como numéricamente- en los distintos países, llegando a representar el 62,2% de la población en el caso de Bolivia; 41% en Guatemala; 24% en Perú; 15,3 en México; y 4,6 en Chile (1).

Si bien cada pueblo originario tiene sus propias particularidades y mantiene relaciones específicas con los Estados de cada país, los grupos indígenas de América Latina comparten una historia común, marcada por los procesos de conquista y colonización cuyos efectos continúan hasta hoy, dejando a los pueblos originarios en situación de pobreza, marginalidad y exclusión que, según algunos autores, se ha convertido en una característica estructural para las poblaciones indígenas de la región (2). Diversos autores (3-6) sostienen que la problemática indígena latinoamericana está marcada por el proceso de mestizaje, cuya matriz colonial desplegó un discurso de poder caracterizado por la negación de lo indígena -basado en la idea de raza- y una sobrevaloración de lo "blanco" occidental, vinculado a la modernidad. En este marco, por largos períodos en las sociedades mestizas latinoamericanas lo nacional recubrió lo étnico, invisibilizando a los indígenas y sus problemáticas particulares, siendo los indígenas trasformados por los Estados en campesinos pobres o bien como parte de la población pobre de las ciudades (2, 7). Esta negación histórica de lo indígena, impulsada por la matriz colonial del mestizaje (4) ha ido de la mano de diversas políticas e ideologías económicas y sociales implementadas en diferentes tiempos en la región -entre ellas el liberalismo del siglo XIX, el desarrollismo del siglo XX, y el neoliberalismo de finales del siglo pasado y de

principios del siglo XXI- las cuales, si bien han dado un tratamiento diferenciando a la cuestión indígena, no han sido eficaces en evitar la marginación de los pueblos originarios (8). Dicha marginación ha dejado a los pueblos indígenas en una situación de vulnerabilidad vinculada tanto a la discriminación étnico-racial existente hasta la actualidad, como a la exclusión sistemática en el acceso a bienes materiales y simbólicos, y de los procesos de adquisición o reconocimiento de sus derechos específicos (2).

Desde los años 90 la región ha vivido un cambio radical respecto a la cuestión indígena. La existencia de los pueblos originarios fue quedando de manifiesto a través de los diversos movimientos de reivindicación étnica producidos en los distintos países (9-11), llevando a éstos al reconocimiento de su carácter pluriétnico y pluricultural (12). De la mano de estos procesos la región ha sido testigo en las últimas décadas de la emergencia de una serie de demandas por parte de los pueblos indígenas, las cuales buscan superar las inequidades históricas que sufren en diversas áreas producto de múltiples factores, entre ellos, las condiciones de colonización, la pérdida de las formas de vida tradicionales, la migración y la urbanización, el empobrecimiento, el desempleo, la pérdida de sus territorios e idiomas, los obstáculos para la participación política y el racismo institucionalizado, entre otros (1).

En lo relativo a salud se han demostrado brechas sistemáticas entre la población indígena y no indígena de la región, expresadas en tasas más elevadas de morbimortalidad en todos los pueblos indígenas, por ejemplo, en lo relativo a la mortalidad infantil y su incidencia, y la mortalidad por tuberculosis (12). Esto deja de manifiesto la manera en que las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas son consecuencia directa de una historia de exclusión, marginación y vulnerabilidad. Dichas condiciones no se explican solo a través de la variable étnica sino que se relacionan con los contextos económicos, políticos, de género, entre otros, de la sociedad en su conjunto. El marco de referencia que permite un mejor acercamiento al análisis de la vulnerabilidad en salud de los pueblos indígenas desde una mirada macrosocial, es el modelo de determinantes social de la salud de la OMS (DSS) (2008). Los DSS se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, y que impactan sobre la salud. Dichas condiciones se organizan en diferentes niveles: estructurales, intermedios e individuales. Dentro de los niveles estructurales se encuentran los contextos políticos y socioeconómicos, los que configuran las posiciones desde las cuales las poblaciones se estratifican de acuerdo a los ingresos, educación, ocupación, género, etnia, entre otras variables. Dichas posiciones dan lugar a los determinantes de nivel intermedio, los que hacen mención a la posición de las personas dentro de las jerarquías sociales donde, en función de su condición social, los individuos experimentan diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a diversas condiciones que comprometen su salud. Las principales categorías de los determinantes intermedios de la salud son: circunstancias materiales, psicosociales, factores biológicos y de comportamiento, y el propio sistema de salud en tanto determinante social de la salud (13). De este modo, el modelo de determinantes sociales de la salud centra su atención en las diferencias en las condiciones de salud entre los estratos sociales, y se enfoca en el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y, por lo tanto, injustas (14). Asumir el desafío de transformar las inequidades en salud de los pueblos indígenas requiere una mirada amplia de la problemática que incluya, de acuerdo al modelo de DDS, los diversos niveles comprometidos. Para esto es necesario integrar diversos enfoques tanto en el análisis de la problemática como en las acciones y programas que se lleven a cabo, entre ellos de pertinencia cultural, de derechos y participación, para su adecuado abordaje.

2. Salud y Pueblos Indígenas en Chile

Chile, al igual que el resto de la región, es un país pluriétnico y pluricultural. Esto se debe en gran medida al hecho que los pueblos indígenas siguen estando presentes, aumentando incluso en cantidad de personas que se autoidentifican como tales en los últimos años. En la actualidad existen nueve pueblos indígenas oficialmente reconocidos, estos son, Aymara, Atacameños, Colla, Diaguitas, Quechua, Rapa Nui, Mapuche, Yámana y Kawashkar. De acuerdo a datos del censo del año 2002, el 4,6% de la población dice pertenecer a alguno de estos pueblos originarios del país. Según el mismo instrumento, la distribución de la población indígena chilena según su pertenencia étnica es muy heterogénea siendo el pueblo mapuche el con mayor población, estimándose en 604.349 habitantes, la cual se concentra en las regiones de La Araucanía (33,6%), Metropolitana (30,3%) y Los Lagos (16,6%). La heterogeneidad tanto espacial como social y cultural propia de los pueblos indígenas del país no siempre es considerada a la hora de abordar a esta población, por lo mismo tanto desde la opinión pública como desde el mundo académico se habla de la "cuestión indígena" en circunstancias de que cada pueblo originario tiene sus problemáticas particulares (15). Aun así, como grupo comparten ciertas características que los sitúan en una posición de alta vulnerabilidad en comparación a la población nacional no indígena.

De acuerdo a los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2013, las personas pertenecientes a algún pueblo indígena presentan mayores índices tanto de pobreza, como de pobreza extrema. Asimismo, presentan mayores tasas de analfabetismo (5,0 versus 3,6 de la población no indígena), la cual aumenta en las zonas rurales (10,1 indígenas en zonas rurales versus 3,1 indígenas zonas urbanas). Los niveles educativos, según datos de la misma fuente, también son menores en la población indígena, así como las tasas de desocupación, entre otros indicadores. Si bien estas cifras dejan entrever la situación desfavorable de la población indígena en distintas áreas, lo que no se cuestiona son las razones por las cuales esta población se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad social, las circunstancias sociales y políticas tanto históricas como actuales que han llevado a que la población indígena se posicione como uno de los grupos en mayor desventaja social en nuestro país.

En materia de salud, hasta la fecha resulta difícil explicitar los perfiles epidemiológicos de las poblaciones indígenas del país dada la ausencia, en muchos casos, de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud (12). Esta situación no es exclusiva de Chile sino que está presente en toda la región, donde se evidencia una falta de información sistemática y actualizada respecto a la situación de salud de los grupos indígenas en los sistemas estadísticos de salud. A este vacío se le suma la falta de pertinencia cultural cuando dicha identificación existe, ya que la mayoría de las definiciones de salud y enfermedad se realizan desde clasificaciones biomédicas (1). Esto se explica por el hecho que los perfiles epidemiológicos aún se construyen desde una mirada netamente biomédica, donde el riesgo es concebido como un factor individual y no como parte del grupo o de la sociedad de pertenencia. Esta mirada biomédica de la epidemiología no cuestiona los mecanismos de producción de la enfermedad, por ejemplo, la relación entre las desigualdades económicas, la explotación o los mecanismos de dominación con los factores socioeconómicos, y éstos con los hábitos de salud de los grupos sociales (16). Junto con la biomedicalización de los sistemas de registro, se suma a la problemática la manera en que los funcionarios del Estado, encargados de aplicar los instrumentos de registro epidemiológico, se enfrentan a la diversidad cultural y la plasman o invisibilizan en los registros de salud. Es decir, no son solo los instrumentos de registro los que desde su génesis biomédica occidental dejan fuera la posibilidad de incorporación de otras lógicas de pensar la salud,

la enfermedad y el cuerpo, sino también quienes aplican dichos instrumentos también imponen barreras para la inclusión social y la valoración de la diversidad.

Los principios de la epidemiología sociocultural apuntan a superar la visión sesgada de la epidemiología tradicional al sostener que la cultura influye la salud humana y los patrones de enfermedad (17). Es una propuesta que busca ampliar y profundizar la mirada epidemiológica, atendiendo al contexto y el carácter intrínsecamente relacional en que se generan o potencializan procesos patogénicos de alcance colectivo (18). En Chile existen interesantes esfuerzos llevados a cabo con el fin de desarrollar una epidemiología sociocultural que permita estimar las brechas de equidad entre poblaciones indígenas y no indígenas en algunas de las regiones con mayor concentración indígena (12). Algunos resultados de dichos esfuerzos dan cuenta de información relevante en materia de salud y pueblos indígenas, entre ellos una mayor sobremortalidad de la población indígena en todos los grupos de edad y sin distinción de sexo ni área de residencia, y mayores tasas de mortalidad infantil (12, 19, 20). Si bien existe un patrón diferenciado respecto a estos indicadores entre los distintos pueblos indígenas, en términos generales son más elevados que el de la población no indígena (12). Tal como sostienen Pedreros y Oyarce, esto *"estaría indicando que uno de los determinantes estructurales de este perfil es la etnia, que actuaría como un estratificador social por medio de la discriminación. Es decir, no son los modos de vida indígenas los que condicionan el mayor daño, sino la relación étnica con los no indígenas o, dicho de otro modo, la posición subordinada de estos pueblos en la estructura social del país"* (12).

La identificación de la etnia en tanto determinante estructural de la salud nos lleva a reflexionar en torno a las necesidades de fondo en materia de salud y pueblos indígenas, donde el levantamiento de perfiles epidemiológicos pareciera no ser suficiente, sino que lo que se requiere es la creación de nuevas metodologías en cuya génesis este incorporada la cosmovisión indígena, ya que de otro modo se seguirán produciendo perfiles sesgados, incapaces de responder las preguntas centrales en esta materia, entre ellas, ¿por qué se están enfermando los pueblos indígenas?, ¿de qué se enferman?, ¿cómo se sanan los pueblos indígenas de sus enfermedades?

3. Salud Mental, Tuberculosis y Salud de las Mujeres en pueblos indígenas: tres problemáticas para la reflexión

El siguiente apartado da cuenta de tres temáticas específicas en salud que en la literatura aparecen como relevantes entre los pueblos indígenas del país. Dichas temáticas son salud mental, Tuberculosis (TBC) y salud de las mujeres. Todas ellas son abordadas por la literatura, de manera general, desde una perspectiva que sitúa a esta población en una posición de riesgo como consecuencia de conductas individuales, pero son escasos los abordajes realizados tomando en consideración el enfoque de determinantes sociales de la salud así como los contextos sociales y culturales en los cuales los pueblos indígenas están insertos. En este marco, se propone realizar una relectura de estas temáticas, intentando delinear reflexiones que puedan abrir preguntas y debate en materia de salud.

3.1. Salud mental y suicidio en jóvenes indígenas

Uno de los temas de salud que preocupan por su mayor incidencia en población indígena son los relativos a salud mental y suicidio, situación que se agudiza entre los jóvenes indígenas (21, 22). De acuerdo a los datos de la

Sexta Encuesta Nacional de Juventud (23) la gran mayoría de los/las jóvenes indígenas del país (54,7%) pertenece a los segmentos socioeconómicos bajos (D y E), y viven principalmente en zonas urbanas (77,4% residen en zonas urbanas, y un 22,6% en zonas rurales). De acuerdo a datos de la misma fuente, existe una vinculación entre la percepción de discriminación que sienten los y las jóvenes indígenas con factores que en el imaginario social se vinculan con la etnicidad (como por ejemplo, el color de piel). La percepción de discriminación por condición de etnicidad aparece como un elemento de importancia para los propios jóvenes que declaran pertenecer a algún pueblo indígena. En efecto, un 20% de ellos señala haberse sentido discriminado siempre, casi siempre u ocasionalmente, por "pertenecer a un pueblo originario o etnia". Dicha percepción de discriminación por la condición étnica la asocian también a factores tales como la condición socioeconómica. Esta situación de discriminación afecta poderosamente la salud mental de los jóvenes indígenas ya que conlleva una serie de consecuencias, entre ellas, exclusión social, sensación de extrañamiento al interior de la propia sociedad en la que se habita, entre otras. Esto sitúa a los jóvenes indígenas en una posición de vulnerabilidad tanto social como en materia de salud, vulnerabilidad que en la actualidad se extrema con ejemplos como las altas tasas de suicidio juvenil, las cuales tienen una incidencia importante entre población indígena (21, 22).

Pedreros (22) asocia los altos índices de problemas de salud mental y de suicidio en jóvenes indígenas con la violencia estructural a la que estarían sometidos, entendida ésta como *"la opresión sistemática causada por la pobreza, racismo y sexismo"* (22). De acuerdo a la autora, varias investigaciones asocian la violencia estructural con altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia que existen actualmente en los pueblos indígenas, y se ha demostrado que impactan principalmente en los jóvenes y que "*podrían estar en la base de la mayor prevalencia de problemas mentales que presentan hoy día los jóvenes indígenas respecto a sus mayores y de sus pares no indígenas"* (22). La autora destaca la falta de información que existe sobre jóvenes indígenas en América Latina, además de los escasos estudios sobre suicidios en estos pueblos en toda la región. A pesar de este vacío, sostiene que las cifras revelan que existe una mayor mortalidad por suicidio en indígenas respecto a los no indígenas, y que la incidencia en este tipo de muertes en jóvenes está aumentando (22). Se señala que respecto a estas muertes, existe gran heterogeneidad entre pueblos y áreas, en el caso de Chile las tasas más altas estarían entre los jóvenes aymara del área del Servicio de Salud Arica y los pewenches del área del Servicio de Salud Bío Bío (22). Al analizar estas cifras surgen una serie de inquietudes producto del vacío de conocimiento que existe respecto a esta temática, por ejemplo, la falta de investigación local, contextualizada, que de luces respecto a las transformaciones culturales que están sucediendo en territorios específicos, situación que podría estar llevando a que los jóvenes indígenas se suiciden. Podríamos aventurar una reflexión respecto a esta materia sosteniendo que las transformaciones culturales antes mencionadas han impactado de manera profunda los estilos de vida de las zonas rurales habitadas tradicionalmente por población indígena, lo que ha forzado la migración de la población joven hacia las ciudades. Esto ha traído una serie de consecuencias, entre ellas, la pérdida de referentes simbólicos para dicha población, la cual cuando regresa a la comunidad rural ya no encuentra sentido en aquella propuesta de vida (24). Esto se debe en parte a la situación de pobreza material que viven los pueblos indígenas en la actualidad, pero mayormente a los procesos de empobrecimiento cultural, lo cual tiene un impacto directo en la salud de las personas y, en este caso, en los jóvenes indígenas.

3.2. TBC: inequidades en las condiciones de vida y salud

Otra de las temáticas de salud presentes en los pueblos indígenas son las altas tasas de morbimortalidad por tuberculosis*, "enfermedad mundialmente entendida como trazadora de inequidad dado que su mayor determinante es la situación de pobreza y marginalidad social"* (12). Pese a que Chile ha llevado a cabo una efectiva tarea en el control de esta enfermedad, disminuyendo las tasas de incidencia de la enfermedad de 65 por 100.000 habitantes a 13,1 por 100.000 en 2011, esta enfermedad se mantiene en forma endémica con tasas relativamente elevadas en algunas regiones tales como Arica, Iquique y Osorno, regiones con una importante concentración de población indígena (19).

Diversos factores ponen a la población indígena en un riesgo mayor de contraer la enfermedad, entre ellos, condiciones de vida desfavorables, los efectos de la migración campo-ciudad, modelos de salud-enfermedad distintos al científico occidental, falta de adecuación cultural de los servicios de salud, entre otros (20). Dichas condiciones desfavorables se relacionan con procesos históricos de exclusión y negación de lo indígena en la sociedad, lo que ha generado marginación de la población indígena y, a la vez, una pérdida de los referentes tradicionales propios de estas culturales. Esto ha empobrecido a los pueblos indígenas en todos los ámbitos, por ejemplo, en los alimenticios con la pérdida de las tradiciones culinarias propias, situándolos en una posición de mayor vulnerabilidad social y de salud ya que han tenido que generar cambios en su dieta al incorporar tradiciones occidentales pero con grandes falencias nutritivas producto de los contextos de empobrecimiento y marginación a los que muchas veces están expuestos (25). Condiciones de la vivienda es otro tema que afecta directamente la salud de pueblos indígenas y está en estrecha relación con las tasas de TBC, así como también condiciones laborales, entre otros determinantes sociales que merecen ser revisados a la hora de abordar esta temática y su impacto en población indígena. Es decir, surge la necesidad de situar la reflexión en torno a la alta incidencia de TBC en población indígena fuera del círculo de las conductas individuales de riego y entenderla como una problemática social amplia que involucra procesos históricos y de relación conflictiva entre el Estado y los pueblos indígenas cuyas consecuencias se traducen directamente en la salud de esta población.

3.3. Salud de las Mujeres Indígenas: una tarea pendiente

Por último, la escasa presencia de una perspectiva de género en el abordaje de la cuestión indígena deja invisible la situación de vulnerabilidad en salud de las mujeres indígenas. Tal como sostiene De la Cadena (26), el género es uno de los ejes fundamentales para la construcción de jerarquías étnicas. Las estructuras patriarcales utilizadas en el proceso de colonización han llevado a la indianización de las mujeres y con ello, a situarles en el último peldaño de la estratificación social. Esta idea se evidencia ya que, como plantea Calfio y Velasco (27), las poblaciones indígenas han sido víctimas de abusos sistemáticos desde la colonización, siendo las mujeres las que más experimentan violaciones a sus derechos humanos. Una de las consecuencias de esto es la escasa investigación en torno a salud y mujeres indígenas. Un estudio realizado por Dides y Pérez (28) revela la ausencia de pertinencia étnica en investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile, lo que deja en una situación de mayor vulnerabilidad a esta población, especialmente a las mujeres indígenas, debido "*a la falta de datos respecto a la frecuencia, recurrencia y/o incidencia del, por ejemplo, uso de métodos anticonceptivos y atenciones del embarazo, parto y puerperio, esterilizaciones voluntarias, cáncer cervicouterino y de mamas, VIH/SIDA-ETS, entre otros"* (28). En

esta misma línea, un estudio realizado por Valdebenito et al. (29) pone de manifiesto la distancia que existe, en el caso de las mujeres aymara, entre las políticas de salud intercultural y la realidad cultural de dicha población, dejándolas a ellas en una situación de vulnerabilidad frente a los cambios modernizadores que experimenta la cultura aymara.

Al igual que en las temáticas anteriores de salud mental y TBC en pueblos indígenas, respecto a la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas la literatura informa respecto a la falta de incorporación de una perspectiva cultural más amplia en el abordaje de estas temáticas, la carencia de una reflexión respecto a la manera en que los indicadores que construyen las vulnerabilidades en los pueblos indígenas están dados por patrones occidentales que sitúan, en este caso, a las mujeres indígenas como población de riesgo. Se requiere de una reflexión profunda respecto a la cosmovisión propia de los pueblos indígenas en materia de salud sexual y reproductiva, y de la capacidad de los programas de salud de incorporar dichos modelos explicativos para dar cabida a la cosmovisión propia de cada pueblo en estos ámbitos

4. Salud Intercultural: antecedentes y alcances de una política de salud indígena

El siguiente apartado tiene por objetivo dar a conocer la manera en que la salud intercultural se ha implementado tanto en la región como en el país, realizar una mirada crítica respecto a este fenómeno y generar un diálogo respecto a los desafíos que se plantean en esta materia.

4.1. Implementación de la salud intercultural en la región

Una de las acciones que se han llevado a cabo tanto en el país como en la región para disminuir las consecuencias en salud derivadas de la vulnerabilidad social de este grupo ha sido el desarrollo de la denominada "salud intercultural", concepto que hace referencia a un conjunto de acciones y políticas que tienden tanto a visibilizar e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, como a generar una comunicación y diálogo entre personas pertenecientes a distintas culturas (30). Martínez y Larrea definen la salud intercultural "como *la propuesta de relacionar, de manera más armónica y humana, los sistemas biomédicos y tradicionales, que a la práctica la población utiliza"* (31). Cunningham (32) por su parte sostiene que la interculturalidad en salud apunta a acciones que permitan que todos los sistemas de salud cuenten con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.

En América Latina varios países han desarrollado una serie de estrategias que tienen como objetivo potenciar las diversas iniciativas indígenas en este campo, así como implementar programas de salud intercultural en los que confluyan los saberes tradicionales y la atención alópata, estableciendo regulaciones y normativas para la ejecución de dichas prácticas. Estas acciones se desarrollan en concomitancia con movimientos de reivindicación identitaria por parte de la población indígena (31, 33). Las acciones locales en materia de salud intercultural han estado promovidas por diferentes organismos internacionales que buscan fomentar el vínculo entre salud, cultura e identidad, entre ellas, la OMS a través del reconocimiento de las medicinas tradicionales y la institucionalización de las mismas desde el *Programa de Medicinas Tradicionales*, el cual generó un reconocimiento explícito sobre el papel de las medicinas

tradicionales en el mundo (34, 35). Esta estrategia fue impulsada básicamente para lograr una cobertura en salud en el denominado "tercer mundo", en contextos donde la biomedicina no podía acceder o poseía escasos recursos para lograr esta tarea. La UNESCO por su parte, a través del reconocimiento de la diversidad cultural en sus múltiples documentos y el rescate del patrimonio cultural que representan tanto los agentes de las medicinas tradicionales como la herbolaria medicinal de dichos sistemas médicos (36); los movimientos ecologistas que buscan promover cuidados de salud "naturales"; entre otros. En todas estas iniciativas se concede a las medicinas tradicionales una especial competencia en los ámbitos de los aspectos psicosociales y culturales de la enfermedad (illness), en contraste con el dominio biomédico en el campo de la enfermedad (disease) (37).

4.2. La instalación de la salud intercultural en Chile

En Chile, la incorporación de un enfoque de derechos y de participación en la reforma sanitara generó el contexto adecuado para que se hicieran realidad las demandas que existían por parte de los pueblos originarios en cuanto a implementar estrategias de atención de salud que tuvieran pertinencia cultural. En esta línea, en Chile la interculturalidad aplicada a los ámbitos de la salud comenzó a articularse con el reconocimiento de la situación de subordinación de las poblaciones indígenas, su histórica condición de marginalidad y dominación, y la explicitación que la única posibilidad concedida a estos grupos para acceder a los servicios del Estado (salud, educación, justicia, etc.) es a través de la adaptación a los patrones y formas culturales dominantes, lo que implica una renuncia a su peculiar identidad étnica (38).

En los ámbitos de salud esto implicó la constatación de que en el país existe una medicina de prestigio, con poder y reconocimiento, la biomedicina o también denominada "modelo médico hegemónico" (39), y otras medicinas subordinadas a dicho modelo, como las indígenas y las populares, que no son reconocidas, no son oficiales y no son valoradas desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto. Diversas experiencias de proyectos de salud intercultural han dado cuenta de las dificultades que se enfrentan al no considerar a las medicinas subordinadas (entre ellas las indígenas) ni la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. *Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud intercultural, especialmente en países con altos índices de población indígena* (30).

En Chile, la salud intercultural comenzó a configurarse con la vuelta a la democracia en los años 90 y se materializó a través de dos programas específicos: el Programa Orígenes, desde su componente de salud intercultural; y el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas que surge al alero del MINSAL (40). A nivel asistencial, la primera experiencia en salud intercultural se produjo en el hospital Makewe, en la comuna de Padre las Casas, que hasta entonces había estado en manos de la iglesia anglicana y, en el año 1999 es entregado en comodato a la Asociación Mapuche Makewe Pelale (41). En este hospital por primera vez se incorporaron formalmente las atenciones médicas tradicionales mapuche y, además, era la primera experiencia administrada por una organización indígena. A esta experiencia le siguieron el centro de salud familiar Boroa Filulawen y el centro de salud mapuche Ñi Lawentuwün, ambas coordinadas en un inicio por organizaciones mapuche (41).

Estas primeras experiencias desarrolladas en áreas rurales devinieron posteriormente en la proliferación masiva de diversos programas de salud intercultural en contextos urbanos, la gran mayoría de ellos a nivel de Atención

Primaria. Este nivel de atención en salud, que desde las últimas reformas opera a través de un Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario, surgió como el más propicio para la implementación de estos programas ya que es el espacio biomédico donde mayormente se fomentan políticas con enfoque de equidad, participación y desarrollo humano en la búsqueda de mejora en los resultados sanitarios. No así los niveles secundarios y terciarios, donde la instalación de experiencias en salud intercultural ha sido considerablemente más baja (40).

4.3. Una mirada crítica de las acciones y programas de salud intercultural implementados en el país

De acuerdo a Bolados (41) con el tiempo las diferentes experiencias de salud intercultural en el país han ido perdiendo autonomía ya que han debido alinearse a la cultura administrativa del Estado a fin de obtener los recursos ofrecidos por éste. Junto con esto, han debido alinearse a la cultura biomédica, caracterizada por operar desde un paradigma biologista, individualista, a-histórico, mercantilista y de alta eficacia pragmática (42), en oposición a las medicinas indígenas las cuales operan a través de una visión holística de la salud y el cuerpo humano, y otorgan gran valor a la comunidad y al contexto social en los procesos de salud-enfermedad (38). En este sentido, históricamente la biomedicina ha negado lo cultural dentro de su quehacer, premisa que se rompe parcialmente con la inclusión de la salud intercultural aun cuando, de acuerdo a Comelles (43) dicha inclusión no cuestiona ni pone en juego la racionalidad médica, sino que corresponde más bien a elementos añadidos dentro de los protocolos clínicos. En este sentido, Boccara (44), sostiene que la salud intercultural se construye como un subcampo de un campo burocrático mayor, el de la salud pública, tanto desde el punto de vista institucional como administrativo y conceptual, representando de este modo una nueva estrategia de dominación del sujeto indígena. En la mismo línea, algunos autores hablan de la *burocratización de la salud intercultural* en Chile, concepto que denota una crítica a estas políticas entendiéndolas como acciones que apelan a la superación de la pobreza e inclusión social de las poblaciones indígenas excluidas por el sistema económico actual, pero no a verdaderas reivindicaciones étnicas (41).

Al respecto, Walsh (45) plantea que la interculturalidad se ha instalado como tema de moda en la región, que le resta cualquier sentido crítico, político, constructivo y transformador. La autora hace una distinción entre tres perspectivas en interculturalidad: la relacional, que hace referencia al contacto e intercambio entre culturas; la funcional, perspectiva liberal que busca ser funcional al sistema existente, sin tocar las causas de la asimetría y desigualdad social y cultural; y la perspectiva crítica, propuesta que cuestiona el modelo societal vigente apuntando a la construcción de un nuevo tipo de ordenamiento social. De acuerdo a la autora, la perspectiva funcional es la que ha orientado y definido la mayoría de las políticas interculturales en la región, buscando la "inclusión" de grupos e individuos históricamente excluidos, pero que no abogan por una propuesta de cambio cultural profundo en las relaciones social entre las sociedades nacionales y los pueblos indígenas. En esta línea la autora sostiene que lo que se ha implementado en la región hasta la fecha no es salud intercultural propiamente tal, sino más bien procesos de apaciguamiento de los pueblos indígenas a través de políticas y programas de salud. Esto nos lleva a la reflexión respecto la conformación cultural diversa de nuestra sociedad y la cabida, o no cabida, que le damos a dicha diversidad. Varias son las voces que sostienen que los pueblos indígenas se forman de manera diferente al resto de la población occidental y, por ende, conforman un grupo diferenciado. Desde esta lógica las reflexiones en materia de salud intercultural debieran ir hacia la lucha por la autonomía de la salud de los pueblos indígenas, más que al sometimiento de los pueblos indígenas hacia la lógica occidental de la medicina alópata. Las indagaciones desde

estas perspectivas apuntan entonces a explorar en las razones por las que la población indígena se enferma desde un enfoque amplio y poblacional como el de determinantes sociales de la salud, identificar los modelos explicativos propios de cada cultura indígena, los cuales dan cabida a los procesos de salud-enfermedad-atención desde la cosmovisión de cada pueblo, así como a sensibilizar a la sociedad en los paradigmas de salud propios de los pueblos indígenas, más que en la biomedicalización de la población indígena y la patologización de los procesos de la vida, cuyos significados varían de acuerdo a cada cultura.

5. Los desafíos actuales de la interculturalidad en salud

A partir de la reflexión anterior se puede inferir que los programas de interculturalidad en salud implementados en el país han tenido diferentes repercusiones tanto en la población indígena como en la no indígena, y en el sistema de salud público -especialmente en la atención primaria-. Uno de los aspectos que merece especial atención tiene que ver con el impacto de estas estrategias de salud en contextos urbanos, territorios que en la actualidad contienen el mayor porcentaje de población indígena pero que, hasta la fecha, han sido poco estudiados en relación a la constitución de identidad étnica que allí sucede. En Chile, recién durante la década de los noventa, dado los resultados del Censo de Población y Vivienda de 1992, el cual arrojaba que cerca de un 80% de la población indígena del país se concentraba en zonas urbanas, se comenzó a plantear la temática indígena urbana y con ello a ser objeto de interés de las ciencias sociales y preocupación de las políticas y programas del Estado. Aun así, a pesar de los datos, la cuestión indígena en general sigue estando constreñida tanto para la opinión pública como para los especialistas, a la territorialidad rural y de comunidad, invisibilizando de esta manera la realidad indígena urbana del país (11). Algunos autores establecen que la población indígena urbana se encuentra en condiciones de vida que los lleva a identificarse con la población pobre de las urbes, pero al mismo tiempo sostienen que esta población vive experiencias de discriminación étnica y racial que le otorgan características particulares a sus procesos de construcción identitaria y de posicionamiento social (46, 47). Además, se considera necesario distinguir entre aquel sujeto indígena migrante procedente de una comunidad rural y que conservaba el idioma y las tradiciones versus aquellos indígenas nacidos en la ciudad que, en muchos casos, desconocen la cultura indígena y se identifican mayormente con la cultura global. Estas distancias entre las identidades étnicas urbanas dan cuenta de "procesos de transición identitaria" que viven los sujetos indígenas en la actualidad (24), algunos apegados a las pautas tradiciones de la cultura y otros distanciados de ellas y motivados por pautas culturales propias de las sociedades globalizadas. Al respecto, Mascareño (48) sostiene que el concepto mismo de cultura indígena debe ser puesto en duda ya que, de acuerdo al autor, no funciona como categoría explicativa para comprender a la población indígena actual, sino que sería más bien una categoría política utilizada para la reivindicación de ciertos derechos y como arma de inclusión social. Este uso e interpretación de la cultura iría en contra de las experiencias cotidianas de los sujetos, donde los límites entre los indígenas y los no indígenas se vuelven difusos e interpenetrados en muchos aspectos ya que, según el autor, vivimos en sociedades dominadas por la interpenetración cultural, en las cuales las constelaciones simbólicas no conocen límites geográficos, territoriales o comunitarios. Es decir, tanto la población indígena como no indígena están imbricados dentro de una red simbólica de significados que traspasa los límites culturales tradicionalmente establecidos.

Esta mirada propone nuevos desafíos en materia de salud y pueblos indígenas, enfoques que dejen de lado las perspectivas esencializadoras de las culturas. Tal como sostiene Pedreros, gran parte de la investigación en salud intercultural ha buscado el rescate y revalorización de la medicina tradicional, basándose en el supuesto de que los sistemas médicos indígenas son elementos de identidad étnica. Esta postura usualmente se basa en una concepción esencialista de la cultura, que supone que existe tal "cultura" y niega los procesos de aculturación, hibridación, mestizaje, entre otros (49). Los contextos actuales conllevan el desafío de incorporar en las investigaciones en salud intercultural las configuraciones de las identidades indígenas contemporáneas, ancladas en un escenario social caracterizado por la fluidez tanto de los vínculos humanos como de las instituciones sociales, donde la globalización genera un diálogo entre lo global y lo local, y las identidades cobran fuerza, pero no las caracterizadas por un sentido colectivo e inmutable, sino aquellas que en apariencia se muestran estables y sólidas, pero que en su interior son frágiles, efímeras y vulnerables (50). Tal como sostiene Barbero, *nos hallamos, de un lado, ante la explosión de los fundamentalismos identitarios y, del otro, ante la fragilidad de la identidad individual y de una creciente fragilización de toda identidad* (51).

En estos escenarios surge la duda respecto a cómo los contextos actuales están impactando en los ámbitos de la salud de las identidades indígenas contemporáneas. Cómo las tendencias de visibilización de la diferencia -procesos vinculados a la globalización y sus consecuencias-, están generando nuevos comportamientos en torno al cuidado de la salud, como también nuevas institucionalidades en salud. Además, cómo los actuales escenarios sociales exponen a los sujetos indígenas a nuevas vulnerabilidades en salud, las cuales incluyen tanto las vulnerabilidades históricas antes analizadas, pero además se suman nuevas complejidades propias de las sociedades modernas globalizadas, entre ellas los procesos migratorios al interior de la región y su impacto para los pueblos indígenas, salud indígena desde una perspectiva de género, salud en adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de participación, derechos y pertinencia cultural, entre otros. En este escenario se plantea la urgencia de revisar el concepto de interculturalidad en salud, poniendo en la discusión la necesidad de observar tanto las prácticas de los sujetos así como de las instituciones para comprender los significados que la diversidad en salud en materia indígena está teniendo en la actualidad, y la manera en que lo global se funde con lo local para dar como resultado productos terapéuticos nuevos, originales, cuyos alcances tanto terapéuticos como sociales requieren ser analizados.

6. Conclusiones

La revisión de literatura y las reflexiones realizadas en el presente artículo dejan entrever los múltiples desafíos que existen en materia de salud y pueblos indígenas en el país. La historia de inequidad y vulnerabilidad a la que han estado sometidos los pueblos originarios en el país (tanto en lo relativo a las condiciones de vida, el acceso a bienes materiales y simbólicos, entre otros), dejan en evidencia la vigencia de las políticas y prácticas heredadas de la colonización sobre este grupo, y los nuevos mecanismos que se despliegan en la actualidad para el sometimiento y dominación de los pueblos indígenas. La evidencia del impacto de dichas vulnerabilidades en la salud no es muy prolifera ni extensa, pero los datos muestran las importantes brechas que existen en esta materia. Asimismo, los programas y políticas desarrollados para aumentar la inclusión social de estos grupos desde los ámbitos de salud, y dar un reconocimiento oficial de las medicinas y los sistemas médicos indígenas han conllevado a una esencialización del sujeto indígena lo cual tiene varias consecuencias: por un lado se han invisibilizando las problemáticas propias

de salud de los pueblos indígenas generando estrategias en salud desde una lógica occidental biomédica incapaces de responder el por qué la población indígena se enferma, así como tampoco el por qué se sanan. Por otra parte, una invisibilización respecto a la construcción de identidad de los indígenas modernos, y las consecuencias de dicho proceso en los ámbitos de salud. De este modo, aparecen una serie de tareas pendientes en materia de salud y pueblos indígenas, entre ellas, el avance en el desarrollo de una epidemiología sociocultural en el país; la inclusión de la perspectiva étnica y de competencia cultural en la formación de los profesionales biomédicos, para con ello permitir una interacción y diálogo real y efectivo entre el sistema alópata y los sistemas médicos indígenas que existen en el país; conformación de equipos interdisciplinarios en investigación en esta materia que permitan ampliar la mirada tradicional con la que se ha abordado la problemática de salud de pueblos indígenas; el desarrollo de políticas intersectoriales; ente otros. Como resumen de todo lo anterior, se plantea la necesidad de revisar el concepto de interculturalidad en salud y alinearlo con las necesidades específicas de los pueblos indígenas actuales para con ello disminuir la vulnerabilidad en salud de este grupo y construir relaciones sociales equitativas, que favorezcan la diversidad, el diálogo y la comprensión mutua.

7. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- Los pueblos originarios de América Latina han vivido históricamente en situación de vulnerabilidad social: empobrecimiento, marginalidad y exclusión se han convertido en una característica estructural para las poblaciones indígenas de la región.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad social a resultados de salud?

- En los ámbitos de salud, la vulnerabilidad se visualiza en las brechas que existen entre la población indígena y no indígena de la región, expresadas en tasas más elevadas de morbimortalidad en todos los pueblos indígenas.
- Resulta difícil explicitar los perfiles epidemiológicos de las poblaciones indígenas de Chile y la región dada la ausencia de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud, así como el desarrollo de una epidemiología sociocultural.
- Los datos existentes dan cuenta de una mayor mortalidad en la población indígena en todos los grupos de edad y sin distinción de sexo ni área de residencia, y mayores tasas de mortalidad infantil. Si bien existen patrones diferenciados respecto a estos indicadores entre los distintos pueblos indígenas, en términos generales son más elevados que el de la población no indígena.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar su estado de vulnerabilidad social y su estado de salud?

- Una de las acciones que se han llevado a cabo tanto en el país como en la región para disminuir las consecuencias en salud derivadas de la vulnerabilidad social de los pueblos indígenas ha sido el desarrollo la salud intercultural, llevando a cabo acciones tenientes a incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, como a generar una comunicación y diálogo entre personas pertenecientes a distintas culturas.

4. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- La investigación en salud y pueblos indígenas en la actualidad implica necesariamente comprender las construcciones de identidad indígenas urbanas y las complejidades que allí se desarrollan. Esto supone nuevos desafíos en materia de salud y pueblos indígenas, enfoques que dejen de lado las perspectivas esencializadoras de las culturas y exploren cómo los actuales escenarios sociales exponen a los sujetos indígenas a nuevas vulnerabilidades en salud, las cuales incluyen tanto las vulnerabilidades históricas antes analizadas, pero además se suman nuevas complejidades propias de las sociedades modernas globalizadas.

Referencias

1. CEPAL. Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Santiago: Naciones Unidas. In: (CEPAL) CLyCdDC-DdPdlCEpALyeC, editor. Santiago de Chile 2014. p. 128.
2. Bello A, Rangel M. Etnicidad, "raza" y equidad en América Latina y el Caribe. In: Social DdD, editor.: CEPAL; 2000. p. 75.
3. Montecino S. Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno. Santiago de Chile: Sudamericana; 1996.
4. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. In: (Eds) TyW, editor. Construyendo interculturalidad crítica Instituto Internacional de Integración. La Paz: Convenio Andrés Bello.; 2010.
5. Morande P. Cultura y modernización en América Latina. Santiago de Chile: Universidad Catolica de Chle; 1984.
6. Paz O. El laberinto de la soledad. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1959.
7. Varas J. Capital Social y Cuestión étnica: una mirada desde la planificación social. Puntos de Fuga y arraigo Género, Comunidad y sociedad. Santiago: CEDEM; 2004.
8. Barba C, Cohen N. Perspectivas críticas sobre cohesión social. Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina. In: Sociales CLdC, editor. Buenos Aires, Argentina2011. p. 285.
9. Bengoa J. La emergencia indígena en América Latina. México. 1° ed: Fondo de Cultura Economica; 2000.
10. Bengoa J. Historia de un conflicto. Los mapuches y el Estado nacional durante el siglo XX. Santiago, Chile: Planeta; 2007. 237 p.
11. Aravena A. La identidad indígena en los medios urbanos. Procesos de recomposición de la identidad étnica mapuche en la ciudad de Santiago. Galindo GByS, editor. Temuco, Chile: Instituto de Estudios Indigenas Universida de la Frontera; 1999. 204 p.
12. Pedrero M, Oyarce A. Una metodología innovadora para la caracterizacipon de la situación de salyd de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades. Notas de la Poblacion. 2009:230.
13. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promot J Austr. 2006 Dec;17(3):180-5. PubMed PMID: 17176231.
14. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS Med. 2006 May;3(6):e106. PubMed PMID: 16681414. Pubmed Central PMCID: 1459479.
15. PNUD. Pueblos originarios y sociedad nacional en Chile. La interculturalidad en las prácticas sociales. In: Chile. P-Gd, editor. Santiago de Chile 2013.
16. Haro E JA. Epidemiología sociocultural : un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. 1a ed. Buenos Aires Hermosillo: Lugar Editorial Colegio de Sonora; 2011. 391 p.
17. Trostle J. Epidemiology and Culture: Cambridge University Press; 2005.
18. Hersch-Martinez P. [Sociocultural epidemiology: an essential aproach]. Salud Publica Mex. 2013 Sep-Oct;55(5):512-8. PubMed PMID: 24626623. Epidemiologia sociocultural: una perspectiva necesaria.
19. SEREMI. Situación de salud de la población Aymara. Indicadores básicos. In: Parinacota. SRdAy, editor. 2013a.
20. SEREMI. Diagnóstico Mulchén. Seremi Región del Bío Bío. 2013b.
21. UNICEF. Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. Panamá2012.
22. Pedrero M. Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general. Santiago de Chile: OPS-CEPAL; 2010.
23. INJUV. VI Encuesta Nacional de la Juventud. Santiago. Instituto Nacional de la Juventud. 2010.
24. Obach A, Sadler M. Significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuche en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años. . In: MIDEPLAN, editor. Santiago de Chile: Fondo de solidaridad en inversion social; 2007. p. 78.
25. Montecino S, González F. Identidades en tensión: devenir de una etno y gastropolítica en Isla de Pascua. Universum. 2012;Nº27 Vol.1, I Sem.:Universidad de Talca.
26. De la Cadena M. Las mujeres son más indias: Etnicidad y género en una comunidad del Cuzco. Isis Internacional. 1992.

27. Calfio M, Velasco F. Mujeres indígenas en América Latina: brechas de género o étnia? . In: CEPAL, editor. Santiago 2005.

28. Dides C, Pérez MS. Investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. Acta Bioethica 2007;N°13.

29. Valdebenito C, Rodríguez M, Hidalgo A, Cárdenas U, Lolas F. Salud intercultural: impacto en la identidad social de mujeres aymaras. Acta Bioethica 2006;12(2).

30. Alarcon AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Médica de Chile. 2003:1061-5.

31. Larrea C, Martinez A. Antropología Médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales. In: UOC, editor. Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, sèrie monogràfics 22. 22 2006.

32. Cunningham M. Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. In: Programa de Políticas Públicas y Salud DdSyDH, editor. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 42.

33. Fernández G. SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA. Perspectivas antropológicas. Abya-Yala E, editor. Quito2004.

34. Pardo E. Medicinas alternativas en Catalunya: desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili; 1998.

35. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. In: Salud. OMdl, editor. Ginebra 2002.

36. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005.

37. Helman C. Culture, health, and illness. 5th ed. London New York, NY: Hodder Arnold; Distributed in the U.S.A. by Oxford University Press; 2007. viii, 501 p. p.

38. L C, A C, B E, I J, AM O, A V, et al. Medicinas y culturas en la Araucanía. 2000.

39. Menendez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas-. Ciencia & Saude Coletiva. 2004:185-207.

40. Obach A. Lo propio, lo foráneo y lo diverso: salud y nuevas rutas de curación en Chile. España: Universidad de Barcelona; 2010.

41. Bolados P. Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas, Chungara. Revista de Antropología Chilena. 2012.

42. Comelles JM, Martínez A. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema; 1993.

43. Comelles JM. El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XXI. In: Fernández Juárez G, editor. Salud e Interculturalidad en América Latina. 1° Ed. ed. Quito: Abya Yala; 2004. p. 31-52.

44. Boccara G. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. Revista de Antropología Chilena. 2007.

45. Walsh C. Interculturalidad y (de) colonialidad: perspectivas críticas y políticas. Visao Global, Joacaba. 2012;V15, N°1-2.

46. Aravena A. La resignificación imaginario-social de la etnicidad como componente de participación ciudadana y política en las y los jóvenes en la Ciudad de Santiago de Chile. Observatorio de Juventud. 2009 Julio.

47. Gissi N. Segregación Espacial Mapuche en la Ciudad: ¿Negación o revitalización identitaria? Revista de Urbanismo. 2004 Enero 2004.

48. Mascareno A. Sociología de la Cultura. La deconstrucción de lo mapuche. Revista de Estudios Públicos. 2007.

49. Pedrero M. Interculturalidad en salud: reflexiones en torno a la situación en el norte de Chile. In: Salud. DdDdSySd, editor. Washington D.C.: OPS-OMS; 1998. p. 49-52.

50. Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica Argentina; 2002 2002.

51. Barbero M. Identidad y diversidad en la era de la globalización. En Diversidad Cultural. El valor de la diferencia. 1° ed. Santiago: LOM Ediciones; 2005 2005.

Acerca de la autora

Alexandra Obach, PhD

Antropóloga Social de la Universidad de Chile; Magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile; Diploma en Estudios Avanzados, Universidad de Barcelona; PhD Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Docente Investigador Universidad del Desarrollo Chile. Dirección electrónica: Email: aobach@udd.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre pueblos indígenas en chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

1. Se recomienda generar estrategias de participación efectivas de las comunidades indígenas en la construcción de programas y políticas en salud, que tomen en consideración las propuestas de las comunidades indígenas valorando su diversidad y heterogeneidad.
2. Surge la necesidad de construir nuevos criterios en salud para comprender la lógica de los pueblos indígenas en materia de salud. Se recomienda reforzar el desarrollo de una epidemiología sociocultural en el país pero revisando sus bases conceptuales, con el objetivo que permitan la inclusión de cosmovisiones no occidentales dentro de su quehacer.
3. Generar estrategias de levantamiento de perfiles epidemiológicos creados desde la cosmovisión indígena, evitando así el sesgo occidental propio de los instrumentos epidemiológicos que actualmente se utilizan.
4. Sensibilizar en el enfoque de epidemiología sociocultural a los equipos de salud alópatas y, también, a los funcionarios que aplican instrumentos que miden perfiles sociodemográficos. Esto con el objetivo de evitar la discriminación e invisibilización de la realidad indígena en salud producto de los prejuicios de dichos actores sociales.
5. Generar marco regulatorio que, además de potenciar las estrategias de salud intercultural, permite el desarrollo de una autonomía en salud indígena.
6. Revisar los programas y políticas de salud intercultural, los cuales están respondiendo a parámetros biomédicos u occidentales más que a las necesidades propias en salud de los pueblos indígenas.
7. Incorporar en los currículos de formación primaria, secundaria y superior, valores respecto a la dignidad de las personas, el respeto pleno y el relativismo cultural, todo lo cual podría contribuir a un cambio a nivel de sociedad respecto a la diversidad cultural y, por tanto, contribuir a mejorar los Determinantes Sociales de la Salud.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Claudio Millacura**, Doctor en Historia, mención Etnohistoria. Coordinador académico, Cátedra Indígena, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. claudio.millacura@u.uchile.cl
- **Elizabeth Licanqueo**. Ingeniero Angrónoma. Referente Pueblos Indígenas, Extranjeros y Género, Hospital el Carmen “Luís Valentín Ferrada”. elilincanqueo@gmail.com

- **Solange Campos**. Enfermera matrona PUC. Magister en Psicología Social Comunitaria. Doctor© en Salud Pública. Profesor Asociado, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. scampos@uc.cl
- **Michelle Sadler**. Antropóloga Social. MSc en Antropología Médica y Estudios de Género. Académica del Departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. msadler@uchile.cl
- **Alexandra Obach**, Antropóloga Social. Doctora en Antropología Social y Cultural. Magister en Estudios de Género. Profesora Asociada Facultad de Medicina CAS-UDD. aobach@udd.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La situación de los pueblos indígenas en materia de salud, tanto en Chile como en la región, se caracteriza por estar vinculada a las situaciones de exclusión y discriminación históricas a las que han estado sometidos estos pueblos.
- Diversos estudios han demostrado brechas sistemáticas entre la salud de población indígena y no indígena, dejando de manifiesto la situación de vulnerabilidad de esta población.

2. ¿Qué se sabe de este tema a la fecha en Chile?

- Existe una ausencia de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud, lo que dificulta la tarea de identificar los perfiles epidemiológicos de las poblaciones indígenas del país.
- Hay una falta de enfoques de género y generacional en salud y pueblos originarios dejan en una situación de mayor vulnerabilidad a mujeres y jóvenes indígenas, grupos particularmente expuestos a mayores vulnerabilidades en salud.
- Estrategias de salud intercultural implementadas en la región y en el país se han configurado como alternativas que buscan superar la subordinación de los pueblos indígenas en materia de salud.
- Dichas estrategias, sin bien han significado importantes avances en la materia, no conllevan necesariamente un cambio en las condiciones de vida ni en la representación simbólica de lo indígena en la sociedad, así como tampoco dan respuestas a las construcciones de identidad indígena que se producen en la actualidad, principalmente en los contextos urbanos.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Se propone revisar el concepto mismo de salud intercultural para, de este modo, superar los esencialismos en materia de salud y pueblos indígenas, y proponer modelos que apunten hacia la construcción de nuevos vínculos en materia de salud y pueblos indígenas.

Capítulo 6

Diversidad sexual y salud en Chile

Andrea Infante, MSc

Psicóloga Coordinadora de Educación. Fundación Todo Mejora.

Juliana Rodríguez, MSc

Fundación Todo Mejora y Centro Integrado de Especialidades Psicológicas.

Resumen

Los prejuicios y la discriminación son los causantes de las diferentes formas de vulneración y estados de vulnerabilidad en la población de personas diversas sexualmente. Es por esto que distintos contextos de sus vidas se ven negativamente afectados. Uno de los mayores impactos es en la salud de esta población, particularmente en la salud mental. Esto ha generado un foco especial para el desarrollo de planes de intervención, investigación y creación de herramientas de trabajo para con esta población; todo esto desde la comprensión de las experiencias de las personas diversas sexualmente y desde la comprensión de las propias necesidades de este grupo. Distintas organizaciones no gubernamentales son quienes han participado en el desafío de transformar a Chile en un país libre de discriminación y prejuicios para el bienestar de todas las personas que son diversas sexualmente, haciendo un llamado al Estado chileno en las necesidades y relevancia que tiene el grupo, tanto en el ámbito de la salud como en el educacional, entre otros. Este trabajo se ha enfocado en generar políticas públicas que reconozcan, protejan y garanticen los derechos de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI). Se busca generar una visibilización de la diversidad sexual como una realidad y característica más dentro del grupo humano, así como también realizar un trabajo continuo en la prevención del bullying homofóbico, bifóbico y transfóbico y en la prevención del suicidio adolescente LGBTI.

Palabras clave: diversidad sexual, LGBTI, discriminación, efectos en salud, Chile

1. Introducción

Para entender la problemática de la diversidad sexual en nuestro país, así como la invisibilización que enfrentan las personas sexualmente diversas, es necesario reflexionar en torno a las pautas de comportamiento y creencias culturales que existen en nuestra sociedad respecto a esta temática. De acuerdo a lo que plantean diversos autores es posible afirmar que la heteronormatividad rige y guía el pensar y actuar de las personas, dejando a un lado, y no representando, a otras formas de identificación sexual. Judith Butler (1) define la 'heteronormatividad' como un concepto que identifica a la biología de las personas (el sexo) como el destino y como reflejo del género (la influencia cultural de lo que significa ser hombre o mujer). La autora explica la idea de una relación binaria de géneros normados por el sexo y por la orientación heterosexual de las personas. El género por ende, refleja el sexo de la persona, y el sexo a su vez refleja las conductas normadas y esperadas. Aguayo (2) por su parte describe la heteronormatividad como la norma que establece la heterosexualidad como obligatoria y constitutiva del ser hombre y ser mujer y, por ende, determina las conductas aceptadas y enseñadas a las personas desde su nacimiento.

La heteronormatividad incluye los conceptos de 'sexo' y género'. Los conceptos de 'género' e 'identidad de género' han sido estudiados por varios autores (3-5); sin embargo, para el presente capítulo se utilizarán las definiciones de Butler (1). La autora define 'sexo' como aquellos rasgos biológicos que determinan a una persona ser hombre o ser mujer, por ejemplo los genitales y las hormonas (1). Por otro lado 'género' lo define como los elementos culturales que determinan lo que es femenino y masculino (1). Vargas-Trujillo (6) define género como aquel "conjunto de normas y expectativas sobre cómo deben ser y actuar las personas, por el hecho de haber sido asignadas a una de las dos categorías sexuales." (6, 7). El género por ende se entiende como una construcción social, en donde la historia amolda las representaciones de ser hombre y ser mujer. Los 'roles de género' se entienden desde la comprensión

de los conceptos de género y sexo, desde la historia de las culturas, desde las expectativas y desde las normas que guían el comportamiento de los hombres y las mujeres.

Obach, Sadler y Aguayo (8) sostienen que la sexualidad es un componente importante para la estructuración de la identidad de género en los hombres y en las mujeres también. El MOVILH (9) describe 'rol de género' desde como una acción o actitud de una persona de acuerdo a las normas sociales, políticas, culturales, éticas y religiosas que lo o la rodean. Un ejemplo de cómo los patrones de conducta y estereotipos sexuales son construidos socialmente en nuestra cultura es a través de la virginidad. Para los hombres el inicio de su vida sexual es fuente de prestigio y poder frente a su comunidad, mientras que para las mujeres es motivo de preocupación por juicios morales o por consecuencias biológicas tales como el embarazo no deseado. Otro ejemplo gira en torno a la temática de la infidelidad. Mientras que para los hombres la infidelidad muchas veces es incentivada, estimulada y aplaudida, para la mujer la infidelidad es causa de castigo y desprestigio (8). Ambos ejemplos reflejan la manera en que están estructurados los roles de género en nuestra sociedad, las expectativas y las normas impuestas a las personas dependiendo del sexo asignado al nacer. Aguayo (8) enfatiza el hecho de que el concepto de género es relacional, por lo que es construido constantemente en las relaciones entre hombres y mujeres.

2. La dominación heteronormativa y sus consecuencias en salud

Al tener una idea clara de los conceptos de 'género', 'sexo' y 'roles de género', es posible darle sentido, entender el significado y tomar conciencia de lo que implica vivir en una sociedad heteronormativa. ¿Por qué vivimos en una sociedad heteronormativa? ¿Por qué hemos aceptado y nos hemos vinculado con la premisa de que el sexo determina el género, la conducta y por ende la orientación sexual de las personas? Tomando en cuenta las ideas y premisas de Foucault, Butler (1) identifica la heteronormatividad como un mecanismo de poder y de dominación. Las culturas y las personas buscan reproducirse para mantener una identidad social. Butler (1) habla de una instauración de la heterosexualidad como norma social que incluye en tabú de la homosexualidad, por ende las personas heterosexuales gozan de privilegios y de status social. Esto conlleva diversas formas de discriminación hacia las personas sexualmente diversas, entre ellas la homofobia, lo que puede ser traducido como una suerte de castigo hacia las personas que no se rigen por la norma social heteronormativa. Esta discriminación se expresa en espacios sociales como la escuela, a través del bullying homofóbico o violencia escolar hacia niños, niñas y adolescentes sexualmente diversos (2).

Para lograr comprender las dificultades asociadas a la dominación heteronormativa en Chile, el estigma y la vulneración hacia las personas sexualmente diversas, es esencial tener en cuenta la cultura, la historia y los valores que están en la base de nuestra sociedad. Montecino (10) hace un recorrido por la matriz de la sociedad latinoamericana, específicamente la chilena. Dicho recorrido lo realiza a través del concepto de cultura (los valores, conductas, símbolos e instituciones) para entender lo que significa y lo que implica ser mujer y ser hombre, estableciendo que la historia de Chile ha construido socialmente las diferencias entre los sexos y los géneros. La autora (10) establece un paralelo de la mujer latinoamericana con la figura de la Virgen Cristiana, influencia directa de los conquistadores Españoles. El marianismo descrito por Montecino (10) refleja una figura femenina, virginal, una

mujer humilde, solidaria y preocupada por su hijo. La imagen virginal de la mujer se vuelve representación e imagen de la mujer popular e india de Latinoamérica. De acuerdo a la autora el símbolo Mariano funciona por ende como el marco cultural para entender los roles de género en Chile. La mujer indígena, cautivada, atraída y muchas veces violada por el conquistador Español, pasa a ser madre de hijos huachos. El huacho es el niño mestizo, hijo de madre indígena, entregada a su sobrevivencia y educación, de padre Español, ausente y preocupado por el poder y las tierras. Montecino (10) explica la subordinación de la mujer latinoamericana creada bajo el estereotipo de la Virgen. El hijo huacho de padre ausente y privilegiado genera un imaginario colectivo que deja espacio para el desarrollo de una figura masculina poderosa, violenta y conquistadora, fiel imagen de lo masculino en la época de la conquista. Es así como, para Montecino (10), el símbolo Mariano de la mujer y la imagen conquistadora del hombre, abren paso a un orden social caracterizado por el Machismo.

Respecto al machismo y las masculinidades, Sutherland (11) plantea la necesidad de pensar en aquellos conceptos como dispositivos instaurados en una dinámica de roles. La forma de actuar de un hombre está teñida por las acciones y pensamientos que caracterizan al sexo hombre en cada cultura. Hopman (12) define machismo como "*una realidad social de discriminación social, ligada a una mitología que divide a los individuos en superiores e inferiores, según su sexo, en donde el hombre, por razones 'naturales', es superior a la mujer*" (12, pág. 134). Hopman (12) sostiene que la imagen virginal de la mujer es un constructo de valor positivo de la misma forma que el machismo es una valoración positiva para el hombre. Sin embargo es cierto que el machismo y el marianismo generan fuerzas contrarias, en donde para el machismo "*lo femenino aparece como, por naturaleza, débil e inferior, pero también, como la santidad de la madre*" (12, pág. 135).

Aguayo, Sadler, Obach y Kimelman (2) sostienen que la construcción de las masculinidades en América Latina es parte de procesos históricos marcados por el mestizaje, la colonización y la vida republicana: "*La imagen del hombre en este contexto ha estado fuertemente vinculada con la figura del 'macho', el 'cabrón', y se define por el valor fundamental que representa el 'honor'. De esta manera, la figura masculina de poder es representada por el patriarca, el dominador, en oposición al hombre que es dependiente y dominado por otro. Esta figura de poder se reafirma en el machismo en tanto aseveración de la virilidad y de control sobre las mujeres (y sobre otros hombres)*" (2, pág. 29).

La religión Cristiana forma parte fundamental del desarrollo de los roles de género en Latinoamérica y en Chile. Es por lo mismo que, aún cuando la globalización ha ampliado las normas de conducta y las posibilidades de cambio en las personas, todavía se mantienen los símbolos, las expectativas y la experiencia compartida de lo que significa ser mujer y ser hombre (10). Montecino (10) describe el 'imaginario colectivo' como una paradoja en la cual se expanden las posibilidades de ser hombre y ser mujer, al mismo tiempo que emergen nuevas formas de opresión y prestigio para la mantención de roles de género. Al mismo tiempo que las experiencias de los hombres y las mujeres se amplían, los roles se mantienen a través de otras y nuevas formas de opresión en la sociedad. Para Montecino (10), la construcción de género permite desarrollar un espacio físico y mental para las personas, un espacio que otorga identidad y pertenencia, pero que también busca ser una distinción (oposición a la norma) velando la igualdad (pertenencia a la sociedad). En otras palabras, la construcción de género posibilita a las personas velar por la igualdad entre los sexos, así como también identificarse y tener una representación exacta en la sociedad. Este juego paradójico representa la lucha en la que estamos inmersos hoy para generar visibilidad, conocimiento y oportunidades a las personas sexualmente diversas.

La historia, la cultura y la política han creado un espacio para que la heteronormatividad no se cuestione y se entienda como el único camino dentro de la identidad sexual de las personas. Las personas que no se identifican con los roles de género establecidos, y que se identifican como sexualmente diversas, no son vulnerables por ser distintos sino que son vulnerables porque el sistema no ha creado un espacio para ellos. El sistema no ha representado la diversidad sexual desde la educación, la política, el arte y el lenguaje. La invisibilización de las personas sexualmente diversas y la normalización de la heterosexualidad ha creado un ambiente y una sociedad hostil para la diversidad, siendo la falta de educación en materia de sexualidad y de género la mayor carencia en la sociedad Chilena (13). Es por lo mismo que al entender la historia y los conceptos de sexo y género, se pueden empezar a cuestionar las normas sociales y, como consecuencia, contribuir activamente a transformarlas.

Es esencial entender la 'interseccionalidad' que se genera a la hora de conocer distintos roles de género y orientaciones sexuales en la sociedad chilena. El fenómeno de la interseccionalidad se caracteriza por dimensiones simultáneas de identidad (14). Ciertas dimensiones son parte de grupos marginados y vulnerables de la sociedad. Éstas, al interactuar, tienen como consecuencia experiencias elevadas de discriminación y de exclusión. La interseccionalidad se produce cuando existe un grupo dominante y un grupo no dominante. Cuando diversas dimensiones del grupo no dominante se entrecruzan, se produce el fenómeno de interseccionalidad. Las dimensiones que se cruzan son varias, entre ellas la raza, el grupo étnico, la clase social, la nacionalidad, la orientación sexual y la religión entre otras (14). Un ejemplo de lo anterior es el siguiente: una mujer homosexual, de clase baja, y de nacionalidad paraguaya en Chile, sufrirá mayores dimensiones y formas de discriminación que una mujer heterosexual, de clase alta y de nacionalidad chilena.

Al haber revisado la historia, la influencia de los símbolos religiosos, los roles de género, la heteronormatividad dominante en la sociedad y, finalmente, la interseccionalidad que dificulta la experiencia de las personas, se puede vislumbrar y comprender el imaginario colectivo que predomina en Chile y la problemática de la diversidad sexual. Las personas que no se identifican con la heteronormatividad y con los roles de género preestablecidos se ven vulneradas a nivel social, político y personal. La forma de pensar y de actuar de un país entero funciona con motores estructurados y regulados por la sociedad (y su historia) los cuales imposibilitan la existencia de derechos humanos compartidos y universales.

La diversidad sexual entendida bajo normas y expectativas específicas hará que sea más fácil para la sociedad emitir juicios, tener creencias no fundamentadas, mitificar, y asumir información errónea sobre su actuar, sentir y pensar. Aquellas personas que se reconocen como sexualmente diversas serán más susceptibles a este tipo fenómenos sociales (juicios, creencias y mitos), exponiéndose a la discriminación, segregación, violencia, intimidación, humillación, y rechazo social, entre otras. Montero (13) señala que en la práctica clínica con adolescentes, la información vigente es insuficiente, contradictoria y equivocada, lo que fomenta creencias ambiguas y mitos sobre la sexualidad. Señala que "*la educación sexual y los servicios de atención integrales en Salud Sexual y Reproductiva surgen como una necesidad, constituyendo pilares fundamentales para el desarrollo de cada individuo/a*" (13, pág. 1250). Lo anterior es un ejemplo del porqué las personas sexualmente diversas son aún más vulnerables a ser objeto de mitos y creencias no fundamentadas. Si ya existe una carencia en la educación sexual desde una perspectiva heteronormativa, educación sexual complementando las distintas identidades sexuales es aún más carente e inexistente.

Existe una gran falta de información y, por ende, de investigación científica en el contexto chileno en relación a sexualidad y diversidad sexual. Por lo mismo, la comprensión social de la problemática y la información entregada a la sociedad es limitada y guiada por mitos (13). La sociedad, al no cuestionar los modelos conceptuales de género vigentes, no empuja la curiosidad y necesidad de investigar y generar conocimiento nuevo en esta materia. Es así como se crea un círculo vicioso de información guiada por creencias y estereotipos, afectando directamente la salud y la experiencia de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI).

Investigar sobre diversidad sexual, y reunir datos válidos y confiables conlleva tres desafíos: (1) definir y operacionalizar la identidad con la orientación sexual, la orientación sexual e identidad de género, (2) entender que reunir participantes sexualmente diversos conlleva que la persona se exponga y acepte su identidad, lo cual no siempre es viable, y (3) obtener datos de buena calidad en poblaciones relativamente pequeñas (14). Adicionalmente, las personas que se identifican como sexualmente diversas dialogan además con otras variables que conforman la identidad de los sujetos; por ejemplo la raza, etnicidad, ubicación geográfica, estatus socioeconómico, edad, entre otros. Se produce por ende un efecto de interseccionalidad en donde las diversas categorías afectan o median la experiencia de cada sujeto, influyendo directamente en la investigación (14). Debido a lo anterior, en Chile existe poca información fidedigna sobre los efectos de la discriminación en personas sexualmente diversas, siendo una de las mayores causas de desinformación y creencias erróneas en las personas.

3. Diversidad Sexual: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales y Heterosexuales

Para comprender mejor por qué las personas diversas sexualmente son un grupo vulnerable en la sociedad, es importante remontarse a los términos más básicos: el significado de sexualidad y la diversidad dentro de esta misma. Sexualidad es un término que se ha comprendido a lo largo de la historia y a nivel global específicamente en relación a la genitalidad y a las actividades que se realizan con los genitales (6). Sin embargo, en el año 2006 la Organización Mundial de la Salud conceptualizó este término de la siguiente manera: "*La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos como el sexo, la identidad con el género y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones. Mientras la sexualidad incluye todas estas dimensiones, no todas son expresadas o experimentadas. La sexualidad está influenciada por las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo económico, lo político, lo cultural, lo ético, lo legal, lo histórico, lo religioso y por factores espirituales*" (15).

A partir de la definición de la OMS se comprende la sexualidad de manera más amplia que genitalidad y comportamiento sexual. Se entiende como un aspecto que pertenece a todo ser humano, de cualquier edad, nacionalidad, pueblo originario, cultura, sociedad, etnia, raza, religión, entre otras características. Por lo tanto, la diversidad sexual se conforma de todas aquellas diferencias y variaciones posibles que se presenten en la sexualidad. A nivel global, el grupo de personas que no se identifica con la heteronormatividad impuesta por la sociedad se identifica con la sigla LGBTI, haciendo referencia a personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales. Cabe aclarar que la heterosexualidad también se acoge dentro del espectro de diversidad sexual, sin embargo debido a la

importante influencia que la heteronormatividad tiene en la cultura, los esfuerzos de los investigadores y profesionales de la salud se concentran en educar sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y diversidad sexual, para así otorgar herramientas, educar y sensibilizar a la población con respecto a la sexualidad sana y personal (6, 9).

La sexualidad se comprende como una parte inherente de la identidad global de las personas y está compuesta por 3 dimensiones (7): la *dimensión biológica* (el sexo asignado al nacer), la *dimensión social* (el género) y la *dimensión motivacional* (la orientación sexual) (6). Estas tres dimensiones no son dependientes una de la otra. La identidad con el sexo es "*el grado de afinidad y conformidad que se tiene con la categoría asignada desde el nacimiento a partir de la apariencia externa de sus genitales*" (7, pág. 10). Al momento de nacer, la sociedad impone formas de actuar, sentir, jugar, y vestir entre otros, asignando una categoría a partir de las características biológicas. Esta imposición de género va ligada socialmente al sexo asignado al nacer. Por lo mismo, 'identidad con el sexo' e 'identidad con el género' son dos términos difíciles de dividir. Sin embargo, no son excluyentes y el sexo no determina el género, así como el género no debería determinar el sexo (7). Un ejemplo de lo anterior son los vestidos de princesa y juguetes de maternidad asignados a las niñas. Al ver un bebé con vestido rozado de princesa, la sociedad asume directamente que el bebé es mujer. Esto refleja el lazo, a veces inquebrantable, entre sexo y género impuesto por una sociedad heteronormativa. Ahora bien, un ejemplo concreto de 'identidad con el sexo' es el siguiente: un niño hombre, al estar con su madre desnudos frente al espejo dice, "la mamá es niña y yo soy niño". La verbalización del niño hombre sobre ser 'niño' refleja su propia identificación con su sexo.

Dentro de la dimensión de identidad con el sexo, existe la categoría de *Intersexual.* La intersexualidad se ha definido como un grupo de afecciones donde hay una discrepancia entre los genitales internos y externos (los testículos y los ovarios) (16). Los síntomas asociados con la intersexualidad pueden abarcar genitales ambiguos al nacer, micropene, fusión parcial entre los labios, testículos aparentemente no descendidos, entre otros (16). ¿Por qué las personas intersexuales son vulnerables y cuáles son sus dificultades en la sociedad? La heteronormatividad y la sexualidad reproductiva tienen como base dos posibles sexos con los cuales identificarse, hombre o mujer. En base a aquella clasificación binaria se proyecta lo que será la vida futura de las personas al nacer (17). Desde este paradigma identitario, las personas necesitan genitales desarrollados que se correspondan con el sexo al nacer. ¿Qué sucede cuando no es así? ¿Qué sucede cuando el clítoris es demasiado grande, o los testículos no descienden? Cabral (17) logra explicar que al no poder identificarse con el futuro y el presente que le otorga la clasificación binaria de los sexos, las personas intersexuales no tienen espacio ni cabida en la comprensión social, en la propia identificación con su cuerpo, y menos hablar de la aceptación cultural y política. Su existencia como personas intersexuales no representadas en la sociedad y en la concepción binaria de 'sexo' las hace vulnerables a discriminación y rechazo (17).

Por otro lado, la dimensión social, o identidad con el género, es el resultado de las expectativas y normas culturales asignadas al sexo (7). Vargas-Trujillo (6) define la identidad con el género como el constructo que integra la noción que tiene la persona de los atributos y comportamientos que la caracterizan, teniendo en cuenta lo que la sociedad en la que vive establece como deseable y apropiado para los hombres y para las mujeres (6). Lo anterior se refiere a las normas culturales que estructuran las formas de actuar, vestir y relacionarse de las mujeres y los hombres. Las categorías son *femenino/a, masculino/a, andrógino/a y cisgénero* (7). Las personas que se identifican con el género andrógino/a no quieren hacer diferencia entre lo femenino y lo masculino, vistiéndose y reflejando un género neutro difícil de definir ante los ojos de la sociedad. Por otro lado, 'cisgénero' es un término utilizado para

apoyar las campañas a favor de los derechos de las personas Trans (18). Las personas cisgénero son aquellas que se identifican con el género que representa el sexo asignado al nacer según la norma social (18). Por ejemplo, las mujeres que calzan con el estereotipo de mujer femenina caben dentro del concepto 'mujeres cisgénero'. La palabra 'cisgénero' es un desafío a la representación de las personas cisgénero como norma universal, por lo que su presentación y utilización la caracteriza y la sitúa como una identificación de genero más y no como la norma que no se menciona (18).

La identidad con la orientación sexual se define por el sexo de las personas que uno se siente atraído, por un lado físicamente, y por otro emocional y románticamente, reflejando el deseo de construir un proyecto en conjunto (6, 7). Existen 3 categorías: *heterosexual* (personas que se sienten atraídas por individuos del sexo opuesto), *homosexual* (personas que se sienten atraídas por individuos del mismo sexo) y *bisexual* (personas que se sienten atraídas tanto por individuos del mismo sexo, como del sexo opuesto) (6, 7).

La categoría *Trans* dentro de las categorías de la diversidad sexual es aquella más compleja ya que integra las dimensiones anteriormente descritas. El término Trans es usado para "*todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito de género: transgénero, transexuales, travestis y transformistas*"(7, pág. 11). El 'tránsito' implica, valga la redundancia, un tránsito o acomodación a otra identidad de género o identidad con el sexo (7). La categoría Trans se relaciona con la identidad de género ya que a través de la expresión de su género la persona es capaz de reflejar su tránsito, y por ende su identidad con el sexo opuesto. Una persona Trans, independientemente de su expresión de género y de su tránsito final, puede identificarse con cualquier orientación sexual (hetero, homo o bisexual). La persona *transexual* es aquella que no se identifica con su sexo biológico, por lo que siente un gran rechazo hacia sus genitales. Comúnmente, las personas transexuales empiezan el tránsito desde su género, modificando su cuerpo desde lo superficial (ingesta de hormonas, vestimenta, entre otros) hasta lo interno (vaginoplastía, faloplastía, entre otros) (7). La persona *transgénero* es aquella que no se identifica con el sexo biológico al nacer y con las expectativas sociales de género. Se diferencian de las personas transexuales ya que el rechazo hacia sus genitales no es radical al punto de optar por cirugía, logrando su bienestar y tranquilidad con el solo hecho de expresar el género con el que se identifican. La persona Trans, en éste caso transgénero, siempre se identifica con el género opuesto al esperado según su sexo al nacer (7).

La persona *travesti* es aquella que "*no se siente conforme expresando de manera exclusiva el género asignado a su sexo y busca expresarse de diferentes formas*" (7, pág. 12). Es por esto que las personas travestis tienden a vestirse y expresar el género opuesto a su sexo asignado en ciertos momentos, de manera pública o privada. Finalmente, la persona *transformista* es aquella que "*utiliza la expresión de género socialmente asociada al otro sexo con fines artísticos y de entretenimiento (con vestimenta y maquillaje)*" (7, pág. 12), exacerbando las cualidades femeninas o masculinas de la cultura.

Las personas que ya han realizado su tránsito, reconociéndose como parte de la comunidad Trans, se denominan bajo el género con el cual se identifican. Un hombre que ha realizado un tránsito para ser mujer se denomina Mujer Trans. Viceversa, una mujer que ha realizado el tránsito para ser hombre se denomina Hombre Trans. Aún así, Peña y Rodríguez (7) enfatizan el hecho de que cada persona puede llegar a identificarse, reconocerse y asumirse de diversa manera, por lo que el respeto y la aceptación es primordial.

4. Personas LGBTI en Chile: ¿Qué se sabe?

Una de las fundaciones más antiguas en Chile ligadas a la diversidad sexual es el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH). El MOVILH nació el año 1991 con el objetivo, que se mantiene a la fecha, de visibilizar la realidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros y transexuales (LGBT) en los espacios públicos y privados, diseñar acciones jurídicas, legislativas, culturales, sociales y económicas destinadas a erradicar la violación a los derechos humanos de las minorías sexuales, establecer contactos con líderes políticos, sociales y académicos y participar de diversos foros de discusión, entre otros (19). El MOVILH lleva casi 25 años luchando por los derechos de las personas LGBTI en Chile. Anualmente redactan un Informe de Derechos Humanos en el cual reportan y describen detalladamente los sucesos positivos (como leyes y marchas), además de aquellos negativos (denuncias y agresiones directas a personas) ocurridos en Chile. Es a través de éste informe que el MOVILH ha podido tener un registro de los actos de discriminación, evidencia de la vulneración de los derechos de las personas LGBTI.

Según el Informe de Derechos Humanos del año 2014 (9), los casos y denuncias de discriminación en Chile el año 2014 aumentaron en un 65%, siendo 237 casos más con respecto a los años precedentes. Según el informe del MOVILH (9), entre más receptiva y consciente está la sociedad de ciertas problemáticas sociales, más las personas vulneradas se atreven a denunciar. En el área de discriminación educacional, los casos aumentaron un 240% más que el 2013, las agresiones físicas aumentaron en un 123%, las declaraciones de odio un 90% y la discriminación institucional aumentó en un 73% (9). Las cifras del año 2014 reflejan la problemática actual de las personas LGBTI en Chile, además de la falta de conocimiento en temas de diversidad sexual. Frente a tales cifras, es inevitable cuestionarse la educación, los mitos y las creencias que hacen que las personas LGBTI sean socialmente vulneradas.

Existe mucha información sobre discriminación en el extranjero. La Organización de los Estados Americanos (20) el año 2014 reportó 770 actos de violencia en contra de las personas LGBTI en 25 estados miembros. Por otro lado, el acoso, la discriminación y las amenazas violentas son comunes en estudiantes LGBTI universitarios en EE.UU. (21). Savin-Williams (22), en su investigación sobre abuso en personas LGBTI, menciona el hecho de que la homofobia y la discriminación son problemáticas que se viven alrededor de todo el mundo y que provocan graves consecuencias. Entre ellas está la amenaza a la integridad psicológica de las personas, dificultades en el colegio, conductas que llevan a la delincuencia, abuso de drogas, prostitución y suicidio (22-24). Un ejemplo concreto de discriminación, específicamente a personas Trans, son las barreras de acceso que tienen para obtener trabajos, seguros médicos y tratamiento en la salud (25).

Teniendo en cuenta las cifras de discriminación en Chile y aquellas del extranjero, es relevante investigar las consecuencias físicas y psicológicas en las personas LGBTI. Brooks (26) menciona el modelo de Estrés de Minorías, el cual explica cómo diversas variables (discriminación, rechazo social, estrés, aislamiento social, entre otras) afectan a las personas pertenecientes a un grupo 'no dominante' o 'minoritario' en la sociedad. Es por lo anterior que es fundamental abordar la discriminación en personas LGBTI en Chile desde un prisma biopsicosocial, considerando todos los efectos que puede tener en la persona (26).

Chile ha avanzado en las temáticas de inclusión y diversidad sexual, generando leyes para la protección de las personas expuestas y vulnerables a la discriminación. Una de las primeras leyes creadas en contra de la discriminación se generó luego de un homicidio organizado a Daniel Zamudio, un adolescente homosexual. Daniel

fue acosado y agredido violentamente hasta su muerte, lo que provocó revuelo social, visibilizando a la población LGBTI y sus riesgos, las carencias legales, y la poca preocupación del gobierno. La ley número 20.609 Contra la Discriminación (Ley Zamudio) (27) tiene como objetivo principal instaurar un mecanismo judicial que permita establecer de manera efectiva los actos discriminatorios arbitrarios. Los actos discriminatorios serán entendidos como aquellos que distingan, excluyan o restrinjan a una persona sin justificación razonable. La ley protege a aquellas personas discriminadas especialmente por motivos de raza, etnia, nacionalidad, religión o creencia, orientación sexual, identidad de género, apariencia personal, entre otros (27).

La ley número 20.830 de Acuerdo de Unión Civil (28) ha sido otro gran paso hacia la lucha por los derechos de las personas LGBTI, y por ende un paso más para evitar discriminación en el área legal. El acuerdo de unión civil es un contrato judicial que permite la unión de dos personas que comparten un hogar. El propósito de esta ley es regular los efectos legales y jurídicos en la pareja, protegiendo los intereses de ambos y reconociéndolos como convivientes civiles y parientes (28).

Aún existen proyectos de leyes que reflejan un esfuerzo por crear una sociedad equitativa en derechos y oportunidades, evitando así casos de discriminación como los descritos anteriormente. El proyecto de ley de Matrimonio Igualitario busca la inclusión de diversas familias a la norma institucional. Se exigen cambios conceptuales, como por ejemplo, expresarse de “2 personas” en vez de “hombre y mujer”, o de “cónyuges” a cambio de “marido y mujer”. El proyecto exige igualdad plena independientemente de orientación sexual o identidad de género, lo que obliga a la justicia y al gobierno desarraigarse de la concepción única del matrimonio heterosexual, aceptando así la unión institucional sin discriminación (9).

Uno de los proyectos más debatidos durante el año 2015 es la ley Identidad de Género. Dicha propuesta de ley busca reconocer y dar protección al derecho de identidad de género, particularmente a las personas Trans. La invisibilización y la no representación de las personas Trans en la sociedad genera vacíos legales, experiencias de discriminación en las personas y confusión en el resto de la población. Por lo mismo, existe una urgente necesidad de velar por los derechos de las personas Trans en ámbitos sociales, institucionales y privados. Poder tener la libertad de realizar un cambio de nombre y de sexo legalmente permite a las personas tener y experimentar iguales derechos en la sociedad (9).

La promulgación de leyes es solo una de varias maneras de organizar cambios, visibilizar a la comunidad LGBTI y generar consciencia en la sociedad. Los medios de comunicación también han abierto instancias para que las personas en Chile se cuestionen sobre el sistema heteronormativo en el que están inmersos, y logren ver realidades y la diversidad sexual que ha sido tabú hasta pocos años atrás. Un claro ejemplo de esto es el programa Contacto de Canal 13 “Mi Hija es Transgénero” (29). La historia de la niña Andy, nacida como niño Baltazar, conmovió a las personas y generó discusiones en todo el país. El reportaje se centró en la historia de Andy, en cómo empezó a expresar su disconformidad con su sexo asignado al nacer, y en las experiencias de sus padres. La narración de la familia fue complementada con entrevistas hacia profesionales de diversidad sexual, brindando conocimiento sobre los niños y niñas Trans, con el fin de educar a través del ejemplo de Andy. Las personas Trans fueron reflejadas y representadas con la historia de esta Niña Trans, dejando entrever las dificultades legales, sociales y culturales que existen para estas personas. La dificultad de reinsertar a Andy a su colegio es un claro ejemplo. Los profesores, los alumnos y los apoderados reaccionaron negativamente frente a la transición de Andy, generando dudas, miedos y

cuestionamientos por parte de la comunidad. ¿Qué baño utilizaría Andy? ¿Cómo se alinearían los conocimientos básicos de los profesores, los psicólogos y los apoderados sobre diversidad sexual, específicamente sobre niños y niñas Trans? ¿Qué hacer y cómo aclarar las dudas de los alumnos cuando los profesores vienen cargados de mitos y creencias sobre la transición de un niño o niña? Estas preguntas, entre otras, se gatillaron a través del reportaje de Contacto, lo que visibilizó las dificultades y la no representación que tienen los niños y niñas Trans en Chile.

Por otro lado, protegiendo y luchando por los derechos de las personas LGBTI y la inclusión de nuevas formas de hacer familia, el MOVILH lanzó, el año 2014, el libro "Nicolás Tiene dos Papás" (30). Este libro es un cuento para niños que muestra la historia de un niño que convive con 2 padres. El lanzamiento del libro provocó muchas discusiones en torno a la institución familiar, las familias homoparentales y la posición de las personas chilenas en torno al tema. Se habló de esto en la política, en los medios de comunicación en los colegios y en ámbitos familiares. Si bien no se ha llegado a ninguna conclusión sobre las familias homoparentales en Chile, publicaciones como este libro generan discusión, cuestionamientos y hacen visible lo conflictivo de los derechos de las personas LGBTI.

El Colegio de Psicólogos de Chile (31), en Junio del año 2015, también ha mostrado una postura clara frente a las terapias 'reparativas' de la orientación sexual, desarrollando un documento con evidencias empíricas de los efectos negativos en la salud de personas que acuden a este tipo de terapias (31). Adicionalmente, el Colegio invita a las personas a denunciar a profesionales de la salud mental que hayan tratado de cambiar la orientación sexual en la terapia.

La sociedad civil también se ha movilizado para crear consciencia y dar a conocer la carencia de derechos y oportunidades de las personas LGBTI. Las movilizaciones alrededor del mundo empezaron el año 1969 en la ciudad de Nueva York. Al oeste de Manhattan, en el bar Stonewall, se produjo un motín entre travestis, transformistas y hombres gays en contra la policía neoyorquina. El motín de Stonewall fue el inicio de la lucha en contra de las represiones, por lo que un año después, en 1970, dio paso a la primera Marcha por el Orgullo Gay. Desde 1970 que las movilizaciones LGBTI se han ido expandiendo a nivel mundial, convirtiéndose en una de las semanas más alegres, emotivas, cargadas de diversas expresiones de género, disfraces, arte vanguardista y bailes. En Chile, la primera marcha por la Diversidad Sexual (Orgullo Gay) fue en el año 1999 en la ciudad de Santiago. Sin embargo, se ha ido extendiendo a otras ciudades como Concepción y Valparaíso. Fundación Iguales (32), el MOVILH (19), Todo Mejora (33), Movimiento por la Diversidad Sexual (MUMS) (34), Organizando Trans Diversidades (OTD) (35), Acción Gay (36), Fundación Daniel Zamudio (37), entre otras, son fundaciones importantes a la hora de movilizar gente, generar discusiones, realizar charlas y crear mesas de diálogo con el gobierno. Todas tienen objetivos similares los cuales se orientan hacia la difusión, la educación, y el desarrollo de Políticas Públicas, con el fin de proteger, visibilizar y concientizar a las personas sobre la diversidad sexual en Chile (19, 32-37).

5. Discriminación: Efectos en la Salud en personas LGBTI

5.1. Suicidio

Una de las consecuencias de los actos de discriminación, la invisibilización, el rechazo y la exclusión social registrados en adolescentes LGBTI es el suicidio (38). La Organización Panamericana de la Salud (38) indica específicamente la existencia de problemáticas definidas en la población de adolescentes y jóvenes LGBTI, siendo el suicidio una causa recurrente y común. Un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (39) define que Chile es el segundo país con mayor incidencia en la tasa de suicidios adolescentes en el mundo. La OCDE (39) utiliza las tasas de suicidio como un indicador del estado de salud mental de la población, el cual se relaciona con depresión, abuso de drogas y otras sustancias. Sin embargo, las tasas de suicidio tienden a no ser siempre reportadas debido al estigma asociado al acto o por el criterio utilizado para reportar (39).

La Organización Mundial de la Salud (40) determina una clara asociación entre los niveles de discriminación y el suicidio en personas LGBTI, siendo también afectadas por bullying, cyberbullying y victimización de sus pares. Las tasas de suicido en adolescentes LGBTI son más altas que en el resto de la población (14). Kann (41) realizó un estudio con adolescentes desde primero hasta cuarto medio en EE.UU. descubriendo que el grupo más vulnerable al suicidio son los niños, niñas y adolescentes LGBTI. Los niños, niñas y adolescentes LGB son cuatro veces más propensos al suicidio que sus pares heterosexuales (28). Asimismo, Ryan (42) descubrió que menores de edad LGBTI discriminados y discriminadas por sus familias son ocho veces más propensos al suicidio, y que uno de cuatro jóvenes Trans ha intentado suicidarse.

Las cifras existentes no pertenecen a la población chilena por el solo hecho de que no existen investigaciones específicas que reflejen la problemática. La OPS (38), en el ranking de países con mayores tasas de suicidio, define que una de las consecuencias de la invisibilización, el rechazo y la exclusión social en adolescentes LGBTI es la depresión. Con esta información, con el conocimiento sobre la carencia de educación sexual en Chile (13) y con los vacíos de conocimiento empírico existentes, se puede deducir que el suicidio en toda población LGBTI debe ser investigado y registrado. De esta forma se podrá intervenir, crear leyes, políticas públicas y programas adecuados. La OCDE (39) plantea el hecho de que la detección temprana de estas problemáticas psicosociales en grupo de alto riesgo, por familias y profesionales de la salud, es una parte importante para la prevención del suicidio.

Ahora bien, cabe plantearse la siguiente pregunta: de acuerdo al fenómeno de la interseccionalidad (14), ¿qué personas llegarían a intentar suicidarse en Chile? ¿Cuál es la población extremadamente vulnerable considerando los niveles de vulnerabilidad y discriminación? Es justamente éste el punto para tener presente. Las personas vulnerables al suicidio son justamente aquellas más vulnerables en el sistema cultural: inmigrantes con poco apoyo y altas tasas de discriminación; niños y niñas expuestos a violencia familiar, drogas y abusos; niños y niñas con baja escolaridad y con acceso limitado a la salud, entre otros (7, 9, 14). Para realmente tener una visión fidedigna y confiable de la población en peligro de intentos suicidios y suicidios se debe cruzar la orientación e identidad sexual con factores como la edad, el nivel socioeconómico, socioeducativo y sociodemográfico, la interculturalidad de la persona, la religión, y la raza entre otros.

Debido a las cifras internacionales, organizaciones en Chile se han hecho cargo de esta problemática. La Fundación Todo Mejora (33) (afiliada a It Gets Better U.S.A.) trabaja en la prevención del suicidio de adolescentes

LGBTI y por lograr el cumplimiento del derecho a la salud sin discriminación. Todo Mejora realiza capacitaciones, charlas y seminarios para generar conciencia sobre las tasas de suicidio y los riesgos existentes en Chile. Participa en investigaciones sobre suicidio adolescente en conjunto con Universidad Diego Portales y Cultura Salud, y ha generado la expansión de una Red de Centros de Salud Amigables a lo largo del país. Los Centros de Salud Amigables son centros capacitados por Todo Mejora en temas de diversidad sexual, por lo que están preparados para recibir y atender eficientemente y sin discriminar a personas LGBTI. La fundación brinda respuestas de apoyo a través de emails y a través de un espacio llamado "Hora Segura" en Facebook, además de contar con material empírico para profesionales de la salud sobre diversidad sexual. Para la intervención en colegios, el Área de Educación de Todo Mejora elaboró un Manual de 'Espacio Seguro' (formato traducido de un material de GLSEN (43)), el cual entrega información y herramientas para el abordaje de la diversidad sexual en la escuela y el abordaje del bullying homofóbico, bifóbico y transfóbico.

Por otro lado la asociación nacional OTD (35) de personas Trans (transexuales, transgénero, travestis e intersexuales), trabaja para desarrollar los derechos humanos y el bienestar de la comunidad mediante el empoderamiento, la organización comunitaria y la incidencia política. La OTD tiene un consejo de Infancia y Adolescencia el cual participa en mesas técnicas con el fin de brindar conocimientos y luchar por los derechos de las personas Trans. Asimismo, distintas Organizaciones No Gubernamentales que trabajan directamente con la población LGBTI participan en Mesas Técnicas Intersectoriales para diferentes áreas del gobierno. Existen mesas técnicas en el Ministerio de Salud para programas de Adolescencia y Suicidio, así como también en el Ministerio de Justicia (44).

Internacionalmente también existen proyectos concretos que pueden servir como ejemplo para utilizar en Chile en un futuro. Un ejemplo de éstos proyectos es la 'línea telefónica segura' implementado por la fundacional Estadounidense Trevor Project (45). Ésta tiene disponible un línea telefónica segura las 24 horas al día para la prevención del suicidio de adolescente LGBTI. Proyectos como éste son los que aseguran seguridad y conocimiento sobre el tema de suicido. Como mencionado anteriormente, para que Chile logre desarrollar leyes, políticas públicas y programas eficientes con respecto a las tasas de suicidio en personas LGBTI, debe generar conocimiento a través de investigaciones y estudios. Entre más información objetiva se tenga de un problema, mayores y mejores los esfuerzos para poder combatirlo.

5.2. ITSs y Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH)

La discriminación social, el desconocimiento teórico y por ende la vulnerabilidad a la que están expuestas las personas LGBTI, tiene un directo impacto en la salud de las personas. Existe un gran número de barreras en el acceso de las personas LGBTI al sistema de salud, las cuales, nuevamente, se asocian a estigmatización y creencias erróneas (14). Una de las principales dificultades en el ámbito de la salud es el estigma que impera en la atención directa hacia las personas LGBTI. Un ejemplo de esto es la actitud y los supuestos con los que trabajan los profesionales de la salud, por ejemplo, suponer que por atender a una mujer heterosexual ésta no ha tenido experiencias homosexuales. Lo anterior crea una limitación a la hora de permitir al paciente ser sincero o sincera con sus conductas, y consecuentemente al médico evaluar las conductas de riesgo (13). Así es como el conocimiento brindado pasa a ser limitado, regido por creencias y supuestos. Al brindar conocimiento teórico sobre diversidad sexual a los profesionales de la salud, la aproximación a los y las pacientes, y en consecuencia las preguntas sobre conductas sexuales, pasan a ser amigables y carentes de prejuicios o valoraciones personales (6, 13).

El Virus de Inmunodeficiencia Humano es un excelente ejemplo de estigmatización hacia personas LGBTI. En los años 80' la aparición del VIH fue directamente relacionado con los hombres gays y las conductas sexuales anales. Se denominaba "el cáncer de los gays" (14). Al ampliar el conocimiento médico, se fue desmitificando a las personas con VIH, por ende mejorando la experiencia de los pacientes. Sin embargo, en Chile aún existe una asociación directa del VIH con la homosexualidad, siendo uno de los factores clave que limita a las personas para realizarse un Test de Elisa, preguntar sobre las conductas de riesgo, y por ende estar adecuadamente informadas.

La Organización de las Naciones Unidas SIDA (ONUSIDA) (46) estima que para el año 2014 el número de personas que viven con el VIH en Chile serían 39.000, con un rango entre 32.000 y 47.000. La prevalencia en adultos entre 15 y 49 años es del 0,3%, 39.000 adultos de al menos 15 años actualmente vive con el VIH de los cuales 4.100 son mujeres. Los fallecimientos por SIDA son menos de 1.000 personas al año y por último no hay información sobre niños huérfanos por el SIDA de 0 a 17 años de edad (46). La OMS en conjunto con la OPS (47) investigó sobre la prevalencia de VIH en Sudamérica concluyendo que por la falta de conocimiento de la población LGBTI no existen intervenciones adecuadas, por ende prevención y detección temprana en las personas.

Según ONUSIDA (46), las Infecciones de Transmisión Sexual también constituyen un factor predisponente a la infección por VIH, y afectan fundamentalmente a la población joven y adulta joven de Chile. Lo anterior tiene un alto impacto en la salud pública por las complicaciones y secuelas que genera, principalmente, en mujeres y recién nacidos. En Chile la tasa de incidencia de Sífilis ha aumentado desde el año 2007, siendo para el año 2012 de 25 mil personas por cien mil habitantes. La tasa de incidencia de gonorrea ha ido en descenso, sin embargo en el 2012 existe una relativa estabilización con una tasa de 8,4 por cien mil habitantes. El grupo de edad más afectado es entre los 20 y los 24 años. La mayor proporción de casos notificados corresponde a hombres (86,0%) (46).

Por otro lado, internacionalmente se han realizado estudios con población LGBTI que demuestran que hombres gays y personas Trans tienen un mayor riesgo de contraer VIH (5, 18, 36). Halkitis (48), a través de estudios sobre VIH en la ciudad de Nueva York, descubrió que la comunidad LGBTI está constantemente expuesta a drogas, alcohol y por ende a reproducir conductas sexuales riesgosas. Halkitis (48) propone un modelo biopsicosocial para entender el contagio de VIH entre las personas LGBTI, específicamente los hombres gays. Halkitis (48) y Fernández (49) mencionan el hecho de que la necesidad de aceptación es un gatillante importante para el consumo de drogas y para la realización de conductas sexuales riesgosas. Emociones de soledad, rechazo social y discriminación son fenómenos comunes en la comunidad LGBTI, por lo que el consumo de alcohol y drogas funciona como un mecanismo externalizador para enfrentar con ellos. De esta manera las personas LGBTI evitan emociones negativas, entrando en un estado de olvido y desinterés. Sin embargo, éste mecanismo que aliviana los efectos negativos del rechazo, tiene consecuencias aún peores en las personas, como por ejemplo, la realización de conductas sexuales de alto riesgo y, por ende, exposición al contagio de ITSs y VIH (48, 49).

Teniendo en cuenta lo anterior, ¿qué esfuerzos se han hecho en Chile para la difusión, la temprana detección y la prevención de VIH en las personas LGBTI? La organización OTD ha creado una página web de salud para personas trans e intersexuales. Generaron un espacio on-line para que las personas tengan acceso a especialistas de la salud, información sobre cirugías y hormonas y leyes sobre salud sexual existentes en Chile (50). Lo anterior permite que las personas tengan conocimiento y por ende más información sobre los riesgos de una sexualidad no informada, previniendo así el contagio de VIH.

El año 1990 la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, del Ministerio de Salud fue creada, para el año 2011 pasar a institucionalizarse, denominándose Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. El Programa es el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación y evaluación global del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS en Chile y forma parte de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública (51). La misión del programa es desarrollar las Políticas Públicas de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA e ITS para disminuir la morbilidad, mortalidad, transmisión y discriminación de personas en situación de vulnerabilidad, regulando, apoyando, monitoreando y evaluando la implementación de servicios y prestaciones de calidad, con un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado (51). El programa se basa sobre el principio de Acceso Universal. Éste es un esfuerzo mundial que pretende el logro de atención, prevención y tratamiento provisto de manera integral e integrada para todas las personas y comunidades. El programa y los esfuerzos por combatir el VIH/SIDA en Chile se sostienen con un conjunto de principios éticos universales enfocados en el bienestar humano. Estos principios éticos son: derecho a la vida, respeto a los valores y creencias de las personas, derecho a la decisión en conciencia libre e informada, respeto por la dignidad de las personas, derecho a la privacidad y confidencialidad, la no discriminación y la solidaridad (51). Estos principios guían la forma e instalan las bases para enfrentar el VIH en Chile. Aún así, debe existir un alineamiento entre la prevención del VIH, la educación sexual, la desmitificación de creencias y mitos sobre la diversidad sexual y, por último, el acceso facilitado a métodos de protección, prevención y detección para las ITSs y el VIH.

6. Conclusiones

Teniendo en cuenta la revisión realizada en este capítulo, podemos constatar que la población sexualmente diversa, tanto a nivel global como a nivel país, es un grupo que ha sido vulnerado a lo largo de la historia en sus derechos humanos. Esta vulneración tiene un origen en la malinterpretación de términos básicos como la misma sexualidad humana y, por lo tanto, ha sido difícil la comprensión de la diversidad en este aspecto. También ha sido difícil la investigación de las realidades y experiencias que viven las personas LGBTI y, por ende, la elaboración de leyes, políticas públicas, acciones e intervenciones se ven directamente afectada. El no tener una comprensión y un lenguaje común de la diversidad sexual, los niveles teóricos y las posibilidades de intervención se ven limitadas.

A partir de estas dificultades, la sociedad civil se ha comprometido generando herramientas a través de Organizaciones No Gubernamentales que se han preocupado por luchar por el bienestar de la población LGBTI, a velar por sus derechos, a visibilizar su realidad como personas y a exigir leyes y políticas públicas que respalden y garanticen sus derechos.

No obstante, es fundamental reconocer que aún existen muchas falencias para lograr el bienestar integral de la población LGBTI. Como consecuencia, la salud y el acceso a ésta, presenta vacíos teóricos y de oportunidades, lo que influye directamente en el bienestar de las personas. Es necesario y urgente la comprensión de las necesidades de esta población para garantizar su bienestar. Según Halkitis (48), el estigma de no ser heterosexual, la marginalización constante de los gobiernos y las agresiones directas e indirectas hacen que esta población sea vulnerable a consumo de drogas, alcohol y a conductas sexuales de riesgo. Por lo mismo, para poder combatir y para poder sacar a las personas LGBTI del estado vulnerable en las que se encuentran, se necesita tener una mirada holística, considerando todas las variables en juego, y desarrollando programas educativos, preventivos y de apoyo.

7. Ideas fuerza

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La discriminación, el prejuicio y el desconocimiento desde la ciencia y desde la sociedad generan vulnerabilidad en las personas diversas sexualmente.
- El impacto en la salud de las personas diversas sexualmente se explicita afectando el bienestar integral de una persona. Es decir se pueden observar el malestar psicológico, malestar social y malestar físico.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad con la salud?

- Una de las principales dificultades en el ámbito de la salud es el estigma que impera en la atención directa hacia las personas LGBTI.
- Una de las consecuencias de los actos de discriminación, la invisibilización, el rechazo y la exclusión social registrados en adolescentes LGBTI es el suicidio.
- El Virus de Inmunodeficiencia Humano es un excelente ejemplo de estigmatización hacia personas LGBTI. En los años 80' la aparición del VIH fue directamente relacionado con los hombres gays y las conductas sexuales anales. Se denominaba "el cáncer de los gays".

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar esta vulnerabilidad y su salud?

- A través de diferentes acciones como el surgimiento ONGs, marchas, conversaciones entre el gobierno (a nivel intersectorial) y sociedad civil, se han establecido leyes y se han creado proyectos que han tenido incidencia en las políticas públicas.
- Desde 1970 que las movilizaciones LGBTI se han ido expandiendo a nivel mundial, convirtiéndose en una de las semanas más alegres, emotivas, cargadas de diversas expresiones de género, disfraces, arte vanguardista y bailes. En Chile, la primera marcha por la Diversidad Sexual (Orgullo Gay) fue en el año 1999 en la ciudad de Santiago.
- Fundación Iguales, el MOVILH, Todo Mejora, Movimiento por la Diversidad Sexual (MUMS), Organizando Trans Diversidades (OTD), Acción Gay, Fundación Daniel Zamudio, entre otras, son fundaciones importantes a la hora de movilizar gente, generar discusiones, realizar charlas y crear mesas de diálogo con el gobierno.

4. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- La creación de leyes, políticas públicas, una adecuada y fidedigna formación profesional, generar un lenguaje común, conocer más y de mejor forma la sexualidad y sus diversas expresiones, y por último investigar más sobre la población chilena para tener conocimiento e información.

Referencias

1. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. España2007.
2. Aguayo F, Sadler M, Obach A, Kimelman E. Talleres sobre sexualidad, paternidad y cuidado con hombres jóvenes. Manual con perspectiva de género y masculinidades para facilitadores y facilitadoras. Santiago de Chile: CulturaSalud/EME; 2013.
3. Connell R. The sociology of gender in Southern perspective. Current Sociology. 2014;64(4):550-67.
4. Lagarde M. Identidades de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. VII curso de verano "Educación, democracia y nueva ciudadanía; Universidad Autónoma de Aguascalientes1997.
5. Scott J. El problema de la invisibilidad. In: ESCANDON CR, editor. Género e historia: la historiografía sobre la mujer. Mexico: Instituto de Invertigaciones, México; 1992. p. 200 38-65.
6. Vargas E. Sexualidad…Mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable. 1era. Edicion ed. Uniandes E, editor. Bogotá, D.C., Colombia: Facultad de Ciencias Sociales-CESO, Departamento de Psicología; 1997.
7. Peña F, Rodríguez J. Orientaciones generales de atención a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales, y trans para profesionales de la salud mental. 2013.
8. Obach A, Sadler M, Aguayo F. Previniendo la violencia con jóvenes: talleres con enfoque de género y masculinidades. . CulturaSalud, SENAME. Santiago de Chile: Servicio Nacional de Menores/CulturaSalud/EME; 2011.
9. MOVILH. Movimiento de la Integración y Liberación Homosexual Santiago2015. Available from: http://www.movilh.cl/documentacion/2014/XIII%20Informe%20de%20DDHH%202014-web.pdf.
10. Montecino S. Madres y Huachos. Alegorías del mestizaje chileno. 7° edicion 2014 ed. Santiago de Chile: Catalonia; 2014.
11. Sutherland J. Estrategias y Saberes del Movimiento Homosexual. In: Olavarría J, editor. Hombres: Identidad/es y violencia Segundo encuentro de estudios de masculinidades (Identidades, cuerpos, violencia y políticas públicas). Santiago de Chile: FLACSO; 2001.
12. Hopman J. El machismo: su relación con los excesos al interior de las fuerzas armadas. In: Olavarría J, editor. Hombres: Identidad/es y violencia Segundo encuentro de estudios de masculinidades (Identidades, cuerpos, violencia y políticas públicas). Santiago de Chile: FLACSO; 2001.
13. Montero A. Educación sexual: Un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev Med Chile. 2011;139(10.
14. Committee on Lesbian G, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. Building a Foundation for Better understanding. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
15. Organization WH. Defining sexual health 2015. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.
16. MedlinePlus. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health 2015 [cited actualizado 11 de Agosto 2015]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001669.htm.
17. Cabral M. Interdicciones. Escrituras de la Intersexualidad en Castellano. Revista Latinoamericana. 2009.
18. Richards C, Barker M. The Palgrave Handbook of the Psychology of Sexuality and Gender. New York: Palgrave Macmillan; 2015.
19. MOVILH. Movimiento de la Integración y Liberación Homosexual Coquimbo2013. Available from: http://www.movilh.cl/quienes-somos/historia/.
20. Americanos OdlE. Comisión Interamericana de Derechos Humanos Washington D.C2014. Available from: http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/Anexo-Registro-Violencia-LGBTI.pdf
21. D'Augelli A. Lesbian and Gay Male Undergraduates' Experiences of harassment and Fear on Campus. Journal of interpersonal violence. 1992;7(3).
22. Savin-Williams R. Verbal and physical Abuse as Stressors in the lives of Lesbian, Gay Male, and Bisexual Youths: Associations with School Problems, Running Away, Substance Abuse, Prostitution and Suicide. J Consult Clin Psych. 1994;62(2).
23. Carrara S, Lacerda P, López D. Vivir bajo amenaza: prejuicio, discriminación y violencia homofóbica en Brasil. Debate Feminista. 2011;Vol. 43.

24. Cantor E. Cultura estudiantil y diversidad sexual. Discriminación y reconocimiento de los y las jóvenes LGBT en la secundaria. Polisemia. 2009;Vol.8.

25. Bozon M, Gayet C, Barrientos J. A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2009 May 1;51 Suppl 1:S4-S12. PubMed PMID: 19384100.

26. Brooks VR. The theory of minority stress. In: Edition VB, editor. Minority stress and lesbian women. Lexington, MA: Lexington Books; 1981. p. 71-90.

27. Chile BdCNd. Ministerio Secretaría General de Gobierno 2012. Available from: http://www.leychile.cl/N?i=1042092&f=2012-07-24&p=

28. Chile BdCNd. Ministerio Secretaría General de Gobierno 2015. Available from: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1075210&idVersion=2015-10-22

29. T13. Mi Hija es Transgenero. 2015. Available from: http://www.t13.cl/videos/nacional/programas/contacto/contacto-mi-hija-es-transgenero1

30. MOVILH. Nicolás tiene dos papás Coquimbo2015. Available from: http://www.movilh.cl/documentacion/nicolas-tiene-dos-papas.html.

31. Chile CdPd. Fundamentos Técnicos. Posición del Colegio de Psicólogos de Chile acerca de las Terapias Reparativas para curar la homosexualidad. Colegio de Psicólogos de Chile A.G 2015. p. 1: -26.

32. Fundación=Iguales. Para ser iguales hay que comenzar a actuar distinto Santiago2011. Available from: http://www.iguales.cl/nosotrxs/

33. Better TMIG. Trabajamos por la prevención del suicidio adolescente y bullying homofóbico a jóvenes LGBT Santiago2010. Available from: http://www.todomejora.org.

34. MUMS. Movimiento por la Diversidad Sexual Santiago de Chile2015. Available from: http://www.mums.cl.

35. Chile O. Organizando Trans Diversidades Santiago2015. Available from: http://www.otdchile.org/quienes-somos/.

36. Gay A. Accion Gay Santiago de Chile2013. Available from: http://www.accion gay.cl.

37. Zamudio FD. Diversidad, Familia, Educación Santiago de Chile2015. Available from: http://www.fundaciondanielzamudio.cl.

38. OPS. Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Washington DC2010. Available from: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Diretrizes-atencao-integral-a-Saude-jovens-lesbicas-gays-bissexuais-travestis-transexuais.pdf.

39. OECD. Health at a glance: OECD indicators. Choice: Current Reviews for Academic Libraries. 2011;47. PubMed PMID: 51535713.

40. World Health Organization [WHO]. Preventing suicide: A global imperative. 2014.

41. Kann L, Olsen EO, McManus T, Kinchen S, Chyen D, Harris WA, et al. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9-12--youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001-2009. Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries. 2011 Jun 10;60(7):1-133. PubMed PMID: 21659985.

42. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc. 2010 Nov;23(4):205-13. PubMed PMID: 21073595.

43. GLESN. Gay and Lesbian Education Network 2003. Available from: http://www.glsen.org/educate/resources/guides

44. Especial MTE. Propuestas para avanzar hacia un sistema educativo inclusivo en Chile: MINEDUC; 2015. Available from: http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201505141109250.INFORMEFINALMESATÉCNICAEDESPECIAL.pdf.

45. Project TT. NEED HELP? WE ARE HERE FOR YOU 24/7 2015. Available from: http://www.thetrevorproject.org/.

46. ONUSIDA. Estimaciones sobre el VIH y el sida Santiago2015. Available from: http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile/.

47. PAHO/WHO. Addressing the causes of disparities in health service access and utilization For lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) persons 2013. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/populations/lgbt_paper/en/.

48. Halkitis P, Pollock J, Pappas M, Dayton A, Moeller R, Siconolfi D, et al. Substance use in the MSM population of New York City during the era of HIV/AIDS.: Substance Use & Misuse; 2011.

49. Fernández M, Jacobs R, Warren J, Sánchez J, Bowen G. Drug use and Hispanic men who have sex with men in South Florida: implications for intervention development: AIDS Education & Prevention; 2009.

50. Trans S. Informacion en salud Trans e Intersex Santiago de Chile2012. Available from: www.saludtrans.cl

51. ONUSIDA. INFORME NACIONAL DE PROGRESO SOBRE SIDA EN CHILE

52. GARPR 2014 Chile2014. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file%2C94437%2Ces.pdf

Acerca de los autores

Andrea Infante, MSc

Psicóloga Universidad Diego Portales, Magíster en Desarrollo Humano e Intervención Social, Universidad de Nueva York. Email: a.infantesoler@gmail.com

Juliana Rodríguez, MSc

Psicóloga Universidad de los Andes Colombia, Magíster en Psicología Clínica mención Construccionismo Social y Psicoterapias Contemporáneas, Universidad Adolfo Ibáñez. Fundación Todo Mejora y Centro Integrado de Especialidades Psicológicas. Email: Jrodriguezbothe@gmail.com

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre diversidad sexual y salud en Chile

Principales Recomendaciones

1. Es necesario implementar un *programa de educación sexual* efectivo, que abarque la biología de la sexualidad, la identidad sexual (incluyendo diversidad sexual), conductas específicas y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Ampliando la educación se logrará la desmitificación de la diversidad sexual, dejando a un lado las creencias y los supuestos.

2. Programas de educación sexual e identidad sexual deben ser incluidos en *instituciones escolares* (preescolar y escolar) y *educación superior universitaria*. Mallas curriculares en carreras de la Salud (Medicina, Enfermería, entre otros) y en carreras humanistas (Psicología, Leyes, Pedagogía, Párvulo, entre otros) deben incluir educación sexual y educación sobre identidad sexual.

3. Se debe *modificar el lenguaje* utilizado para programas de salud, leyes y políticas públicas, de manera que sea un lenguaje inclusivo y sin discriminar por sexo o género (por ejemplo "Salud de la mujer" puede ser nombrado "Salud reproductiva").

4. Destinar fondos para *investigaciones* que generen conocimiento sobre problemáticas de la población LGBTI. Homofobia internalizada, depresión, trastornos ansiógenos, conductas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, suicidio, delincuencia, drogadicción, problemas cardiovasculares, cáncer, trastornos hormonales, entre otros: ¿Cómo influyen estas variables en la salud de las personas LGBTI? ¿Cómo podrían abrir oportunidades para nuevos programas, intervenciones y leyes?

5. *Modificar y explicitar las políticas de acceso a la salud*, tanto en el mundo público como privado. Realizar *protocolos y vías de mejor accesibilidad* y fluidez a atención primaria, existencia de dispensadores de preservativos en el sector público y privado y garantizar la confidencialidad, seguridad y confianza de la entrega de un servicio sin prejuicios ni estigmas asociados.

6. *Visibilizar las campañas publicitarias*, fondos y proyectos, de carácter internacional, implementables en la publicidad nacional, por lo que intervenir de esta manera permitirá inyectar nuevos recursos a la sociedad, nuevas visiones, y nuevas formas de crear conciencia.

7. *Eliminar el consentimiento de los padres* para jóvenes entre los 14 y 18 años, para que puedan acceder libremente a la realización de exámenes de salud, fomentando así la salud sexual y reproductiva responsable.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Francisca Burgos**. Psicóloga Centro Integrado de Especialidades Psicológicas
  burgos.collado@gmail.com
- **David Palma**. MSc (c) Sexualidad y Afectividad. Medico. Corporación Miles Chile
  davidpalmadiaz@gmail.com
- **Cristian Jesam**. Especialista en Fertilidad y Medicina Reproductiva. Director Fundación Todo Mejora
  cristian@todomejora.org
- **Alexandra Obach**. Phd. Profesor Facultad de Medicina CAS-UDD
  aobach@udd.cl
- **Andrea Infante**. MSc Desarrollo Humano e Invernción Social Universida de Nueva York
  a.infantesoler@gmail.com

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La discriminación, el prejuicio y el desconocimiento desde la ciencia y desde la sociedad generan vulnerabilidad en las personas diversas sexualmente.
- El impacto en la salud de las personas diversas sexualmente se explicita afectando el bienestar integral de una persona. Es decir se pueden observar el malestar psicológico, malestar social y malestar físico.

2. ¿Qué se sabe de este tema a la fecha en Chile?

- A través de diferentes acciones como el surgimiento ONGs, marchas, conversaciones entre el gobierno (a nivel intersectorial) y sociedad civil, se han establecido leyes y se han creado proyectos que han tenido incidencia en las políticas públicas.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- La creación de leyes, políticas públicas, una adecuada y fidedigna formación profesional, generar un lenguaje común, conocer más y de mejor forma la sexualidad y sus diversas expresiones, y por último investigar más sobre la población chilena para tener conocimiento e información.

Capítulo 7

Situación de discapacidad y su efecto en la salud de las personas

Paula Nahuelhual, MSc (c)
Asistente de investigación y docencia, Dirección de Investigación y Desarrollo, Teletón Chile

Carolina Giaconi, BSc
Asistente de investigación y docencia, Dirección de Investigación y Desarrollo, Teletón Chile

Resumen

La situación de discapacidad representa un estado de vulnerabilidad que afecta diversas áreas del ser humano. Por ello, el objetivo del presente capítulo es describir la discapacidad y su efecto en la salud, dando cuenta de la población que se encuentra en esta condición, las dificultades que deben enfrentar en el ámbito de la salud, e intervenciones de prevención y mejoramiento que se han realizado para disminuir la vulnerabilidad y mejorar la salud de esta población. En relación a la magnitud de la discapacidad, un 15% de la población mundial se encuentra esta situación, la que concentra otras condiciones sociales de vulnerabilidad: mayor pobreza, dificultades de acceso a la salud, menores niveles de educación y acceso al mundo laboral, dificultades para la participación y mayor riesgo de verse enfrentada a situaciones de abuso, discriminación y violencia. Entre las dificultades en el ámbito de la salud, las personas en situación de discapacidad (PsD) deben enfrentarse con problemas a causas de sus propios déficits de salud, problemas para acceder de forma oportuna a los servicios de salud y problemas derivados de factores y condiciones específicas, que pueden contribuir a empeorar el estado de su salud. En el contexto nacional e internacional, los estados, las instituciones privadas y la sociedad organizada, han iniciado múltiples iniciativas para favorecer la inclusión social de las PsD, desarrollando intervenciones en ámbitos como la salud, la educación y la participación, entre otros, logrando con ellas, mejoras sustantivas en la calidad de vida de las PsD y sus familias.

Palabras claves: Vulnerabilidad social, salud, discapacidad, inclusión social, Chile.

1. Discapacidad: definiciones y prevalencia

La discapacidad es un concepto en constante evolución, pues su significado se construye a nivel social, cultural e histórico. A modo general, es posible indicar que éste ha transitado por tres grandes momentos; el primero, se relaciona con una mirada religiosa de la discapacidad, la cual era entendida como un castigo de los dioses o como una posesión demoníaca, asociada al mal, por lo que las personas en situación de discapacidad (PsD), eran totalmente excluidas y la sociedad prescindía de ellas. Posteriormente, la discapacidad fue comprendida desde el ámbito científico, como una condición de salud que debía rehabilitarse, siendo primordial el normalizar a las personas, lo que conllevó inclusive a buscar la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la discapacidad representaba. Finalmente, desde miradas más actuales, la discapacidad ha pasado a considerarse como una condición cuyo origen no es religioso, ni puramente científico, sino más bien de orden social. Esta última construcción del concepto de discapacidad permite considerar a las PsD como un aporte a la sociedad si son valoradas y respetadas en su diferencia (1).

En la actualidad, y luego del tránsito por las distintas concepciones de discapacidad, ésta es comprendida principalmente desde tres modelos que coexisten: el modelo médico, el modelo social y el modelo biopsicosocial. El primero, relacionado históricamente a la concepción de la discapacidad y la rehabilitación, entiende la discapacidad desde una perspectiva individual, basada en la perspectiva biomédica, con foco en la intervención sobre la persona y la recuperación de su déficit (2). Por otro lado, el modelo social, relacionado con la concepción más actualizada, refiere a las variables estructurales y sociales de la discapacidad, considerando que la discapacidad es una construcción social, que surge a raíz de que la sociedad no considera a las PsD. Este modelo hace énfasis en el ejercicio de los derechos humanos y la inclusión plena y efectiva de las PsD en la sociedad (3), teniendo como principios fundamentales la

vida independiente, la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno, el diálogo civil, entre otros (1). Finalmente, el modelo biopsicosocial es aquel que articula el modelo médico y el modelo social, entregando una visión más amplia y completa de lo que significa la discapacidad. Este modelo, se recoge en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (4), que define la discapacidad como un término genérico que comprende deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación, siendo el resultado negativo de la interacción entre personas con un problema de salud y factores personales y ambientales.

En este contexto, es posible indicar que todas, sino gran parte de las personas, por lo menos alguna vez en su vida vivenciarán una situación de discapacidad, ya sea de modo transitorio o permanente. Por ejemplo, si personas con enfermedades como el asma, diabetes o depresión se enfrentan a factores ambientales desfavorables, como barreras actitudinales, discriminación o dificultad para acceder a medicamentos, podrían estar en una situación de discapacidad. Asimismo, el envejecimiento como condición permanente, y una fractura y/o cirugía como situación transitoria, y su relación con la falta de accesos físicos para personas con movilidad reducida, también pueden implicar un resultado negativo, que puede conllevar una discapacidad. La discapacidad por tanto, no es simplemente un atributo de un individuo en particular, sino que es resultado de la interacción entre una persona y su entorno.

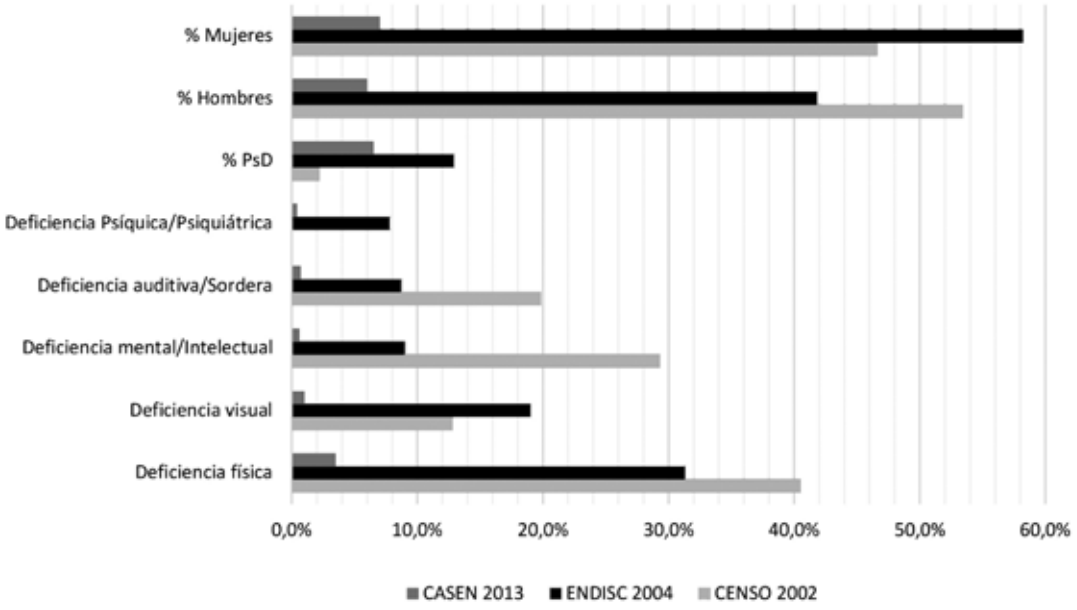
A nivel nacional, se ha adoptado la definición de discapacidad propuesta por el modelo biopsicosocial, así la ley 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, en su artículo 5° indica que persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (5).

En relación a la prevalencia de las PsD, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen más de mil millones de personas en situación de discapacidad (PsD), lo que equivale al 15% de la población mundial y agrega que ésta es una condición que va en aumento producto de la mayor presencia de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población (2). A lo anterior, se suman otras situaciones que podrían aumentar la población en situación de discapacidad, descritas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como son las enfermedades emergentes, los conflictos bélicos, la violencia social, los accidentes, el uso y abuso de alcohol y drogas, la desnutrición, la niñez abandonada, la pobreza extrema y los fenómenos y desastres naturales (6).

A nivel mundial, es difícil estimar cuál es la población en situación de discapacidad y cuáles son sus características, pues los métodos utilizados para medir dicha condición y caracterizar a las PsD varían de un país a otro y dependen de múltiples aspectos, por ejemplo los objetivos de medición, la aplicación de datos, la concepción de discapacidad utilizada, los elementos de la discapacidad evaluados, el diseño y tipo de preguntas realizadas, lo que hace muy difícil su comparación (3). En América Latina y el Caribe, las estrategias más comunes para medir discapacidad son los registros nacionales y administrativos, encuestas por muestreo específicas, y preguntas referidas a discapacidad o condiciones crónicas de salud en Censos poblacionales, siendo esta última estrategia utilizada por los 36 países que conforman la región (3). Chile actualmente cuenta con información sobre las PsD a través del último censo de población realizado el año 2002 (7), el Primer Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) realizado el año 2004 (8) y las Encuestas de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). La CASEN en su última versión del año 2013 (9), entrega resultados sobre las PsD, a través de preguntas que refieren a condiciones permanentes o

de larga duración. En la figura 1 se da cuenta de los datos estadísticos que pueden compararse a través de los tres instrumentos.

Figura 1 Datos estadísticos de la población en situación de discapacidad en Chile (9)



Si bien los datos del CENSO y la CASEN entregan datos relacionados a las PsD, es la ENDISC la encuesta que entrega datos comparables a nivel internacional, pues basa su definición de discapacidad en la CIF. Por ello, estos han de ser los datos a considerar cuando se describe a la población en situación de discapacidad del país. De acuerdo a la ENDISC, la población en situación de discapacidad en Chile representa a 1 de cada 8 chilenos, dicha condición afecta principalmente a las mujeres las que alcanzan el 58,2% del total, es decir, 1 de cada 7 mujeres y 1 de cada 9 hombres está en una situación de discapacidad. Además, ésta afecta principalmente a las personas en edad adulta, siendo el 86,1% de las PsD mayores de 29 años. La discapacidad es 4 veces más frecuente en adultos que en niños, y 14 veces más frecuente en adultos mayores. Asimismo, ésta es más frecuente en zonas rurales, donde alcanza el 15,5% de prevalencia, versus del 12,5% que alcanza en zonas urbanas (8).

En relación a la condición socioeconómica de este grupo, el 39,5% de las personas se encuentra en un nivel socioeconómico bajo, un 55,4% en un nivel socioeconómico medio y sólo el 5,08% pertenece al nivel socioeconómico alto. En cuanto a los accesos a los servicios de salud, 3 de cada 4 PsD había accedido a servicios de salud, pero sólo 6 de cada 100 PsD habían accedido a servicios de rehabilitación en el año 2004. Finalmente, en ámbito laboral, sólo un 29,2% de las PsD mayores de 15 años realiza trabajo remunerado, lo que se sitúa muy por debajo del 48,1% que corresponde al total de la población nacional (8).

2. Discapacidad y vulnerabilidad social

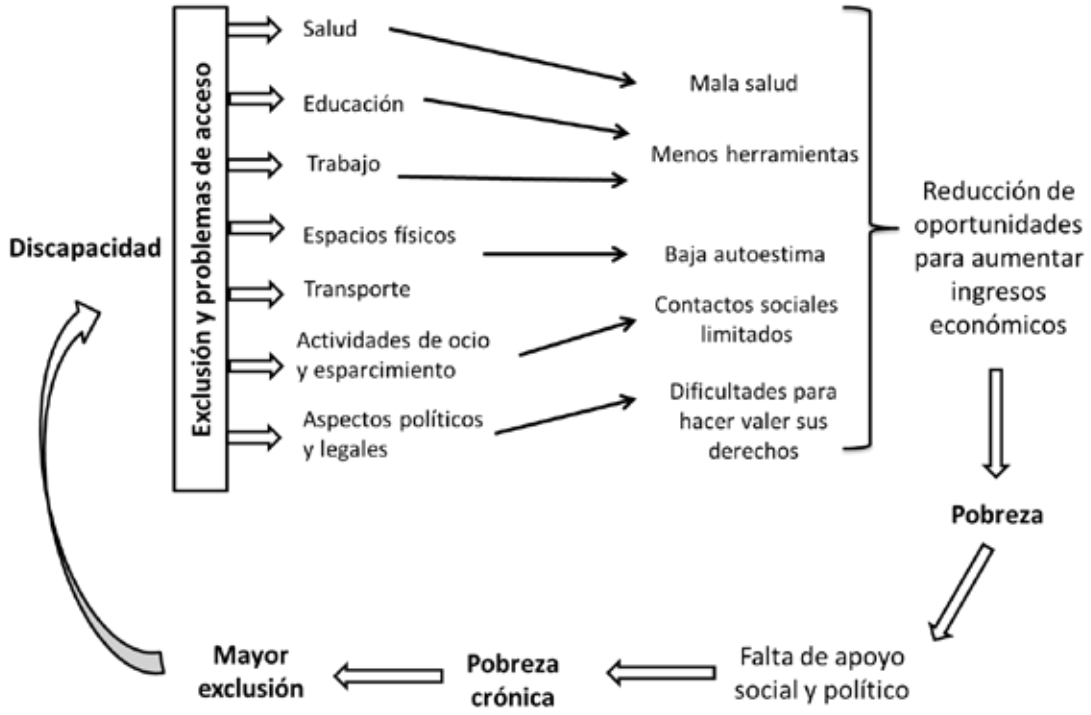
La discapacidad es una condición que afecta de mayor modo a las poblaciones vulnerables, siendo más recurrente en países de bajos ingresos, las mujeres, las personas mayores, y en niños y adultos que se encuentran en una condición de pobreza (2). Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), las PsD constituyen el grupo minoritario más numeroso y desfavorecido a nivel mundial, estimándose que el 20% de las personas más pobres del mundo están en una situación de discapacidad y que el 98% de los niños de países en desarrollo que están en esta condición no asisten a la escuela, llegando a un 30% el porcentaje de niños en situación de discapacidad que viven en la calle. Respecto de la tasa de alfabetización, esta sólo alcanzaría el 3% en los adultos, la que disminuiría incluso al 1% en las mujeres en situación de discapacidad de algunos países (10). A su vez, las PsD están en una situación de vulnerabilidad per se, pues presentan ciertas deficiencias en la estructura y/o funcionamiento de su cuerpo (4), las que generalmente requieren atenciones especiales, como son ayudas técnicas y/o procesos de rehabilitación. Uno de los modelos que ejemplifica la relación entre discapacidad, pobreza y vulnerabilidad, es el realizado por el Departamento para el Desarrollo internacional (DFID) de Reino Unido (11), que se presenta a continuación en la Figura 2.

Figura 2 Relación entre discapacidad, pobreza y vulnerabilidad (Traducida de DFID) (11)

Las personas en situación de discapacidad son un grupo constantemente discriminado y excluido en ámbitos como la educación, el empleo, la salud y los procesos políticos y legales. Asimismo, producto de su condición, poseen redes sociales limitadas, la comunidad tiene bajas expectativas sobre ellos y tienen menor acceso a recursos, además, el apoyo económico que reciben es insuficiente para los elevados costos que deben enfrentar para su atención de salud y rehabilitación. Lo anterior, genera un circuito negativo que provoca que las PsD tengan menos opciones de desarrollar habilidades, gocen de peor salud en comparación a la población sin discapacidad, vean disminuidas sus

posibilidades para hacer valer sus derechos y sus oportunidades para conseguir ingresos (12). Esto conlleva a que PsD presenten una peor calidad de vida, en comparación que la población general (2) (Figura 3).

Figura 3 Factores de cronicidad, de discapacidad y pobreza (2)



Los problemas de acceso y la exclusión social son los que afectan de mayor modo a la población en situación de discapacidad. En relación al acceso a la educación por ejemplo, los niños en situación de discapacidad tienen menos probabilidades de asistir a la educación regular y cuando lo hacen, sus tasas de permanencia y promoción son más bajas, teniendo mayores niveles de deserción y menores niveles educativos (2). En Chile, según la ENDISC, en el año 2004 un 8,5% de las PsD se encontraban estudiando, a diferencia del 27,4% de personas sin discapacidad que lo hacía. En relación al ámbito laboral, las PsD en edad de trabajar registran menores tasas de empleo en relación a las personas sin discapacidad. En Chile, el porcentaje de personas mayores a 15 años que realizan trabajo remunerado alcanza el 48,1%, mientras en la población en situación de discapacidad este porcentaje sólo alcanza el 29,2%. Es decir, por cada 2 personas sin discapacidad que realizan trabajo remunerado, 3 PsD no lo realizan (8). Lo anterior, además de significar una reducción de las oportunidades de contar con ingresos económicos, implica serias dificultades para lograr un aumento de capital social y la disminución de autoestima de las PsD.

La falta de accesos a espacios físicos y los problemas de acceso al transporte, representan otro gran problema para las PsD, ya que les imposibilita su acceso a diferentes servicios, desde el ingreso a establecimientos educativos, centros comerciales, recintos de salud, espacios de esparcimiento entre otros. Además, la población en situación de discapacidad ve limitada su participación en los aspectos políticos y legales, producto de todas las dificultades antes mencionadas, además de su minusvaloración en muchas aristas sociales. Todas estas dificultades y la vulnerabilidad de las PsD no sólo afectan a las propias personas en esta condición, sino también a sus familias, pues la mayoría de

las PsD requieren apoyo y cuidado por parte de miembros de su familia nuclear o extendida. Lo anterior impacta en el bienestar emocional y financiero de la familia, ya que además de tener que cubrir altos costos por la atención de salud, rehabilitación, y/o otros servicios como son el transporte privado, por ejemplo, en muchos casos las PsD requieren un cuidador a tiempo completo, lo que modifica las funciones familiares e impacta en la calidad de vida familiar (13).

Finalmente, cabe mencionar que si bien la discapacidad se da principalmente en contextos de pobreza, en Chile la discapacidad impacta en la vulnerabilidad de las personas en todos los niveles socioeconómicos, pues los accesos a la salud, educación y trabajo, entre otros, no se relacionan sólo con la falta de recursos monetarios, sino también a dificultades como son las barreas actitudinales y culturales, junto con el desconocimiento de la discapacidad.

3. Discapacidad y salud: descripción general

La salud de las PsD se puede ver afectada por diversos aspectos. Una forma de presentar dichas consecuencias en salud de la discapacidad es a través de la definida por el Informe Mundial de la Discapacidad (2), el que agrupa estos aspectos en condiciones de salud y factores que pueden contribuir a empeorar el estado de salud de las PsD, lo que se detalla en Tabla 1.

Tabla 1 Condiciones y factores relacionados con la salud de las PsD

Condición/Factor	Descripción	Ejemplos
Condiciones de salud primaria	Refieren a las patologías o deficiencias a las cuales está asociada la discapacidad. No todas las condiciones de salud primarias requieren atención de salud constante, depende de la evolución natural de la patología.	Las personas con lesiones medulares traumáticas requieren mayores atenciones de salud durante la fase aguda y subaguda. Posteriormente, si la persona tiene una rehabilitación adecuada, requerirán sólo la prevención de posibles condiciones de salud secundarias a su patología. Caso distinto, son el de condiciones crónicas como artritis, enfermedades neuromusculares y patologías degenerativas, que requieren atención de salud continua, la que puede aumentar durante el ciclo vital.
Condiciones de salud secundarias	Son aquellas condiciones que pueden derivar de la condición primaria, aparecen tiempo después de la condición de salud primaria.	Dada las contracturas musculares, es común el dolor en personas con parálisis cerebral (14). Otro ejemplo es el riesgo de úlceras por presión en PsD con limitaciones mayores del movimiento (15), por ejemplo, adultos mayores postrados, lesionados medulares, etc.

Condiciones concurrentes o comorbilidad	Refieren a condiciones que no tienen relación con la condición de salud primaria, pero que las PsD tienden a desarrollar con mayor frecuencia que las personas sin discapacidad, dado los factores de riesgos que presentan.	Las PsD presentan prevalencias más altas de obesidad, hipertensión arterial y diabetes, que las personas sin discapacidad (16).
Comportamientos de riesgo	Las PsD tienen una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud.	Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Australia, han demostrado tasas más altas de tabaquismo, alcoholismo, alimentación desequilibrada e inactividad y/o sedentarismo en PsD (16), lo que aumenta el riesgo de adquirir otras patologías.
Riesgo de exposición a violencia y situaciones de abuso	Las PsD tienen más riesgo de sufrir violencia, abuso y discriminación(17, 18).	En Estados Unidos se ha informado que las PsD sufren entre 4 a 10 veces mayor violencia que las personas sin discapacidad (2). La prevalencia de abuso sexual en mujeres con discapacidad intelectual puede llegar al 95% (19).
Riesgo de muerte prematura	Las tasas de mortalidad de las PsD varían según la condición de salud primaria. No obstante, algunas investigaciones han podido relacionar este riesgo con las condiciones de salud primarias de las personas.	En Inglaterra se comprobó que las personas con trastornos mentales tenían una esperanza de vida menor a la población general (20), de forma similar a las personas con parálisis cerebral (21).

Uno de los principales problemas al que se enfrentan las PsD respecto de la salud, como se mencionó anteriormente, son las distintas barreras en el acceso a los distintos servicios de salud (22). Por ejemplo, el costo que las PsD deben asumir por los servicios de salud es más alto que el de las personas sin discapacidad. Además, deben enfrentar el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud, respecto de las condiciones de salud primarias relacionadas con la discapacidad (23). Asimismo, las personas con déficit físicos deben enfrentar barreras de infraestructura en centros de salud y problemas de transporte para trasladarse hacia ellos (24). En el caso de las

personas con deficiencias sensoriales, una de las principales dificultades que vivencian son las comunicacionales, pues se ha descrito que el personal de salud no sabe cómo comunicarse o no encuentra las formas adecuadas de darles las indicaciones de salud (25).

En Chile, esto se acentúa dado el sistema y el modelo de atención de salud, caracterizado por tiempos limitados de atención a los pacientes y rotación de médicos tratantes, lo que impide la aplicación del modelo de salud familiar, y la realización de un adecuado seguimiento de la salud de los pacientes en situación de discapacidad. Además, la atención de rehabilitación de las PsD se ve dificultada por el alto costo que tiene en el subsistema privado y la poca disponibilidad de especialistas en el sistema público. A lo anterior, se suma la visión infantilizada de la discapacidad por parte del personal de salud, en el que se pone el foco en la condición de salud primaria, ignorando las distintas necesidades de las personas respecto de su salud.

Otro problema de la atención de salud es que se utilizan para las PsD los mismos protocolos que para las personas sin discapacidad, ignorando las condiciones y necesidades especiales que se necesitan para enfrentar sus problemas de salud desde un enfoque integral, considerando las distintas condiciones de salud y factores que afectan a las PsD. Esto podría relacionarse a la percepción que las PsD tienen respecto de su propia salud, la que arroja peores resultados en comparación a las personas sin discapacidad (2). En un estudio realizado en Australia, el 35% de las PsD reportaron mala salud, versus el 5% reportado por las personas sin discapacidad (26). En Chile, el 42,8% de las PsD perciben tener un estado negativo de salud (8), en comparación al 7,5% reportado por la población general (27).

Es importante señalar que estos aspectos que afectan la salud de las PsD, además de variar dependiendo del tipo de déficit y grado de compromiso funcional de cada persona, muchas veces no sólo comprometen a este grupo, sino también a su/s cuidador/es principal/es, quienes por lo general son familiares directos (28). Dado el cuidado que deben realizar tienden a desarrollar enfermedades musculoesqueléticas, secundarias a la sobrecarga física que provoca el cuidado de una PsD (29), o enfermedades psiquiátricas como depresión, lo que no sólo afecta al cuidador, sino el proceso de cuidado de la PsD (30). Además, estas condiciones que se presentan en los cuidadores, al no ser tratadas adecuadamente suelen volverse crónicas, lo que aumenta el riesgo de que los mismos cuidadores desarrollen una condición de salud que pudiese desencadenar en una discapacidad.

4. Estrategias para abordar las problemáticas de salud en la población de PsD

Frente a las problemáticas de salud a las deben enfrentarse las PsD, existen tres líneas principales de acción que deben implementarse para un abordaje completo. Estas son promoción de salud, prevención de la discapacidad, y tratamiento. Respecto a *promoción de salud*, esta implica el desarrollo de iniciativas desde los organismos de salud pública, con el fin de prevenir complicaciones secundarias y mejorar el estado de salud general de las PsD (16). Las intervenciones en esta área deben estar enfocadas en empoderar a las PsD en el manejo de su salud, más allá de su condición de salud primaria. En cuanto a la *prevención de la discapacidad*, está referida a la implementación de políticas orientadas a evitar condiciones de salud que provoquen discapacidad. Ejemplo de esto es la prevención de accidentes de trabajo, consejo genético para familias portadoras de alguna enfermedad y la intervención temprana

en niños prematuros. Además, se deben realizar acciones preventivas en poblaciones consideradas vulnerables, pues tienen un mayor riesgo de presentar una situación de discapacidad. Por último, respecto de la línea de *tratamiento*, está relacionada con el manejo adecuado de las condiciones de salud que frecuentemente presentan las PsD, para lo cual resulta necesario conocer en profundidad cuáles son sus necesidades de salud más urgentes. Por ejemplo, los niños en situación de discapacidad tienen menos acceso a la atención bucal que los niños sin discapacidad, lo que se acentúa en estratos socioeconómicos más bajos.

Una intervención que puede ser considerada como una medida ejemplo de la promoción en salud es la realizada por el gobierno de Australia (31), el que publicó una guía clínica para la pesquisa de cáncer en mujeres en situación de discapacidad, donde se propuso el mejoramiento de la accesibilidad y del equipamiento de los servicios que realizan los exámenes preventivos e incorporar equipamiento adaptado para PsD; trabajo directo con los profesionales que realizan los exámenes, para que puedan atender adecuadamente a las PsD, considerando sus necesidades específicas; y mejorar la educación de las mujeres en situación de discapacidad respecto de la prevención del cáncer mamario y uterino.

En el contexto chileno, según la ENDISC (8) en el año 2004, 3 de cada 4 PsD habían accedido a servicios de salud, no obstante, sólo 1 de cada 15 PsD habían accedido a servicios de rehabilitación en el mismo año. Por lo anterior, las acciones realizadas, se han dirigido al área de intervención, y dentro de ella, específicamente a la rehabilitación. Organizaciones privadas han tenido un rol importante en las acciones en rehabilitación de poblaciones específicas, los Institutos Teletón y la Corporación de Ayuda al Niño Limitado-COANIL, destacan en la población infantil juvenil y el Hogar de Cristo y la Congregación pequeña obra de la divina providencia "Pequeño Cottolengo", que brindan apoyo y rehabilitación a adultos con discapacidad mental y física. Por otra parte, el año 2010 el Ministerio de Salud publicó las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de Estrategias de Rehabilitación en las Atenciones públicas de Salud (32), entre las que se destacan la implementación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), concebida como "*una estrategia dentro del desarrollo general de la comunidad para la rehabilitación, la reducción de la pobreza, la equiparación de oportunidades y la inclusión social de todas las personas con discapacidad" (33, pág. 2).*

En Chile se inició la RBC en el sistema público de salud, específicamente, a través de los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), los que si bien, no cuentan con una definición única, pueden entenderse como centros de referencia técnica en rehabilitación que tienen como misión *"proveer servicios integrales e integrados de habilitación y rehabilitación en el marco del respeto del derecho y la gestión de construcción o reconstrucción de la red social de apoyo a las personas en situación de discapacidad y sus familias"* (34, pág. 38). Para alcanzar sus objetivos, los CCR entregan apoyo de especialistas en rehabilitación (kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, médicos, entre otros), en el contexto local de salud de las PsD y sus familias. Los CCR están en aumento y entre los años 2011 y 2020 deben alcanzar al número de 142 en todo Chile. Se espera que articulen tres ámbitos fundamentales: (i) el primero relacionado con la entrega de servicios básicos de rehabilitación, en donde además de realizarse intervenciones se trabaja en promoción y prevención de la salud; (ii) el segundo relacionado con el desarrollo comunitario, a través de la promoción del liderazgo participativo, la formulación de proyectos y la entrega de conocimientos y herramientas básicas para el desarrollo de estos; y (iii) en tercer lugar la promoción y facilitación de la inclusión social, a través de la coordinación con las instituciones educativas, la gestión de beneficios y la facilitación de la inserción laboral (34). En la actualidad, estas estrategias están cumpliendo un rol fundamental en los contextos locales, no obstante, aún no se ha dado cuenta del impacto de sus resultados.

5. Estrategias para abordar la vulnerabilidad en la población de PsD

5.1 Evidencia internacional

Como se mencionó anteriormente, las PsD están en una situación de vulnerabilidad que afecta muchas áreas de su vida cotidiana, afectando su bienestar y el de sus familias. En este contexto, una de las estrategias más importantes que se han realizado a nivel mundial para abordar la vulnerabilidad de las PsD ha sido la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y su Protocolo Facultativo, ambos aprobados en el año 2006 por la ONU, y actualmente firmado y ratificado su protocolo en la mayoría de los países. La CDPD, declara los derechos civiles, culturales, políticos, sociales y económicos de las PsD, por lo que todos los Estados miembros que han suscrito la convención, tienen la obligación de promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las PsD. Chile, es uno de los países que ha ratificado la CDPD y su protocolo.

La CDPD tiene entre los siguientes principios generales: (i) el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas; (ii) la no discriminación; (iii) la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, (iv) el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversas y la condición humanas; (v) la igualdad de oportunidades; (vi) la accesibilidad; (vii) la igualdad entre el hombre y la mujer; (viii) el respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (35).

Tras la publicación de la CDPD, la gran mayoría de los países han realizado esfuerzos por mejorar las condiciones de vulnerabilidad en las que viven las PsD. Las principales experiencias internacionales en este aspecto, se relacionan principalmente con procesos impulsados desde sectores gubernamentales u organizaciones sin fines de lucro, cuyo principal objetivo es facilitar la inclusión social, para ello, se han empleado distintas estrategias en ámbitos considerados prioritarios:

- Educación: ya que a mejores niveles de educación, las PsD mejoran sus niveles de participación, acceden a mejoras económicas y tienen mejor salud (26).
- Trabajo: la inclusión laboral es fundamental para mejorar los ingresos económicos de las PsD (36).
- Vivienda y Transporte: debido a problemas de accesibilidad física e infraestructura, las PsD se ven imposibilitadas muchas veces de participar en actividades dentro de sus entornos familiares y comunitarios, y acceder a servicios (26).
- Discriminación: pues ésta afecta la salud de las personas (37), de forma directa (ej. Estrés, depresión) e indirecta (reduciendo las oportunidades de empleo, acceso a educación, etc.) (38), siendo fundamental trabajar en sensibilizar e informar a la población general.
- Redes de apoyo y participación comunitaria y social: resulta imprescindible fortalecer las redes de protección, apoyo y soporte para las PsD, pues como se ha constatado, éstas tienen mayor riesgo de sufrir situaciones de violencia y abuso (17). Además, se ha identificado que contar con redes comunitarias es fundamental para mejorar la participación de las PsD (39), incluyendo el rol que cumplen los profesionales de apoyo a la rehabilitación como facilitadores de las redes comunitarias.

Un proyecto que trabaja los ámbitos de educación, salud, trabajo y redes de apoyo, es "The Food Security Project in Gaibandha" en Bangladesh. Estuvo orientado a trabajar con mujeres en situación de pobreza e incluyó entre los años 2009 y 2013 a 3.977 mujeres en situación de discapacidad y a 3.069 mujeres con limitaciones menores, dentro de un total de 40.000 mujeres participantes. Durante este periodo se trabajó en grupos dentro de las comunidades donde vivían estas mujeres, y se les enseñaron técnicas de agricultura y crianza de animales en lugares pequeños, para realizar en sus propias casas. Conjuntamente, se realizaron capacitaciones sobre salud e higiene, y terapias de rehabilitación para quienes lo necesitaban. Este programa fue realizado por organizaciones sin fines de lucro de Inglaterra y Holanda, y financiado por la Unión Europea en un 80%. El equipo de profesionales que trabajó directamente con estas mujeres recibió una capacitación para realizar sus intervenciones, pues anteriormente se había identificado que la mayor falla de estos programas era que no consideraban a las PsD en el diseño de proyectos de desarrollo. Esto tenía como consecuencia que las PsD no lograban sentirse parte del grupo de beneficiarios de destino de estos proyectos, lo que generaba una barrera entre la población objetivo y el equipo profesional. Los resultados de este proyecto una vez terminada la intervención, dieron cuenta de que el 80% de las mujeres participantes trabajaban en sus casas con pequeños cultivos o animales de granja, no existiendo diferencias entre las mujeres con y sin discapacidad. La única diferencia entre estos grupos fue que a las mujeres con discapacidad se les acompañó mayormente durante el proceso. Estas actividades generaron ingresos y no sólo mejoraron la situación económica de las mujeres, sino también su posición dentro de la familia y la comunidad. Una encuesta realizada a las mujeres en situación de discapacidad participantes del proyecto, señaló que la aceptación dentro de la familia y comunidad, que en un inicio alcanzaba el 32%, se elevó al 74% al finalizar el proyecto (40).

5.2. Evidencia nacional

En Chile el estado ha realizado avances principalmente a través de legislaciones en torno a la discapacidad. Uno de los mayores avances surge en el año 2010, a través de la promulgación de la Ley 20.422, que establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (5) y viene a formalizar, al menos legislativamente, la CDPD en nuestro país. Con esta ley, se crea el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que reemplaza al antiguo Fondo Nacional de la Discapacidad, fortaleciendo la institucionalidad en discapacidad. La finalidad del SENADIS es promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad.

Por otro lado, la sociedad organizada, fundaciones y organizaciones sin fines de lucro también han formado parte activa del trabajo por la inclusión social de las PsD. Una innovación privada que favorece mejoras en el ámbito de la vivienda y la participación comunitaria, surge en los Institutos Teletón, específicamente en su Voluntariado, a través del Programa Abre, cuyo objetivo es *"reducir barreras arquitectónicas y sociales, a través del trabajo de Voluntarios quienes, en conjunto con las familias de los usuarios de Teletón, mejoran accesos físicos en sus hogares, favoreciendo la autonomía e independencia de los usuarios y la calidad de vida de los cuidadores" (41, pág. 9).* Este programa inició el año 2005, con la adecuación de 8 casas de familias. Desde ese entonces, se replicó en el resto del país, interviniendo entre los años 2005 y 2014, un total de 4.294 hogares a través de la instalación o construcción de adecuaciones de baja escala (rampas, barandas de sujeción, pasamanos, entre otros). El modelo de programa se basa en la formación constante de los voluntarios, quienes son capacitados por los encargados del Programa y voluntarios más experimentados. Además, son supervisados por responsables técnicos del programa,

profesionales terapeutas ocupacionales o kinesiólogos, que asesoran, determinan y supervisan qué tipo de trabajo se debe realizar en cada uno de las viviendas, a partir de la pertinencia de la intervención, principalmente según criterios de funcionalidad de los usuarios.

En el año 2010 surge el Programa Chile Accesible Teletón, el que buscando canalizar los conocimientos obtenidos a partir del Programa Abre, intenta involucrar y comprometer a distintos actores que intervienen directa o indirectamente en la planificación e implementación de regulaciones sobre condiciones de construcción y habitabilidad. A través de este programa, se han realizado dos investigaciones cuyo objetivo ha sido compartir conocimientos para favorecer el mejoramiento de la accesibilidad de las viviendas sociales del fondo solidario (41, 42). Además, el año 2015 se incorporó parte del Equipo de Chile Accesible en el equipo docente del único diplomado nacional sobre diseño universal.

Finalmente, cabe mencionar acciones que han sido realizadas desde las propias PsD, por ejemplo la creación y desarrollo de la organización sin fines de Lucro "Líderes con mil capacidades", cuyo objetivo es trabajar por la autodefensa de los derechos humanos, financiándose principalmente a través de la autogestión. Entre sus objetivos, están el agrupar a PsD que hayan participado en escuelas especiales, proyectos de integración, talleres laborales, entre otras instancias, con el fin de compartir y establecer redes. Además, la organización se propone luchar contra la discriminación, los abusos y los malos tratos a las PsD, favoreciendo el cambio social. Líderes con mil capacidades, es una de las pocas organizaciones cuya directiva, está compuesta íntegramente por PsD.

6. Conclusiones

La situación de discapacidad es una condición de vulnerabilidad que surge principalmente en poblaciones con vulnerabilidades sociales previas. En Chile, existe una gran variabilidad en los datos y estadísticas respecto de la prevalencia y características de la población en situación de discapacidad, lo que dificulta la comparación de datos y la identificación de áreas en que se necesitan mayores intervenciones o de carácter más urgente. Por esto, resulta necesario realizar estudios poblacionales que permitan el diagnóstico, caracterización y definición de necesidades particulares de salud de esta población, de acuerdo a lo propuesto por la CIF, siendo fundamental incorporar la misma clasificación, en las diferentes encuestas de caracterización de la población chilena.

Por otro lado, si bien es posible indicar que la discapacidad en Chile ha sido abordada principalmente desde un modelo médico, pues aún se está en una etapa en que las necesidades de rehabilitación de las PsD no han sido resueltas, cabe señalar que han surgido iniciativas que buscan favorecer la inclusión social de esta población, principalmente desde las intervenciones en el ámbito privado y social, pero también desde iniciativas públicas en salud, como con la incorporación de la rehabilitación basada en la comunidad, por ejemplo. Esto pone de manifiesto que es fundamental realizar un trabajo intersectorial a la hora de abordar la discapacidad, pues ésta requiere de una mirada global y un trabajo intersectorial articulado. En Chile, este trabajo debe incorporar diversos sectores, tales como: Salud, Educación, Trabajo, Desarrollo Social, Transporte, Vivienda, y Obras públicas, además de los servicios que trabajan directamente con los niños/as, jóvenes, mujeres y adultos mayores.

7. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- La discapacidad comprende deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación, siendo el resultado negativo de la interacción entre personas con un problema de salud y factores personales y ambientales.
- Las personas en situación de discapacidad constituyen el grupo minoritario más numeroso y desfavorecido a nivel mundial.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad con efectos en salud?

- La discapacidad es una condición que afecta de mayor modo a las poblaciones vulnerables, siendo más recurrente en países de bajos ingresos, entre las mujeres, las personas mayores, y en niños y adultos que se encuentran en una condición de pobreza.
- La discapacidad es una condición que va en aumento producto de la mayor presencia de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, las enfermedades emergentes, los conflictos bélicos, la violencia social, los accidentes, el uso y abuso de alcohol y drogas, la desnutrición, la niñez abandonada, la pobreza extrema y los fenómenos y desastres naturales.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar esta vulnerabilidad social?

- Existen tres líneas principales de acción que deben implementarse para un abordaje completo: promoción de salud, prevención de la discapacidad y tratamiento.
- Organizaciones privadas han tenido un rol importante en las acciones en rehabilitación de poblaciones específicas, los Institutos Teletón y la Corporación de Ayuda al Niño Limitado-COANIL, destacan en la población infantil juvenil y el Hogar de Cristo y la Congregación pequeña obra de la divina providencia "Pequeño Cottolengo", que brindan apoyo y rehabilitación a adultos con discapacidad mental y física.
- En Chile el estado ha realizado avances principalmente a través de legislaciones en torno a la discapacidad. Uno de los mayores avances surge en el año 2010, a través de la promulgación de la Ley 20.422, que establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad y viene a formalizar, al menos legislativamente, la CDPD en nuestro país. Con esta ley, se crea el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que reemplaza al antiguo Fondo Nacional de la Discapacidad, fortaleciendo la institucionalidad en discapacidad.
- Una innovación privada que favorece mejoras en el ámbito de la vivienda y la participación comunitaria, surge en los Institutos Teletón, específicamente en su Voluntariado, a través del Programa Abre.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar las consecuencias en salud?

- El año 2010 el Ministerio de Salud publicó las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de Estrategias de Rehabilitación en las Atenciones públicas de Salud, entre las que se destacan la implementación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).
- En Chile se inició la RBC en el sistema público de salud, específicamente, a través de los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), los que si bien, no cuentan con una definición única, pueden entenderse como centros de referencia técnica en rehabilitación.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Se debe contar con un diagnóstico amplio y profundo sobre la población en situación de discapacidad, que permita caracterizar las múltiples variables que conforman la situación de discapacidad de acuerdo a la CIF.
- Se deben realizar adaptaciones y mejoras que faciliten el acceso a las PsD a los distintos servicios e instituciones, como son la educación, la salud, el ámbito laboral, entre otros. Favoreciendo con ello, su inclusión a la sociedad.

Referencias

1. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: CERMI; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Reporte mundial de la discapacidad. 2011.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. 2014.
4. Organización Mundial de la Salud.Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). 2001.
5. Ley 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Santiago, Chile: 2010.
6. Amate EA. Discapacidad: lo que todos debemos saber: Pan American Health Org; 2006.
7. Instituto Nacional de Estadística. CENSO 2002: Síntesis de Resultados. Santiago, Chile: 2003.
8. Instituto Nacional de Estadística. Estudio Nacional de la Discapacidad. Santiago, Chile: 2004.
9. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013: Síntesis de resultados. In: Social MdD, editor. Santiago, Chile: 2013.
10. Organización de Naciones Unidas. De la exclusión a la igualdad. Hacia el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Manual para parlamentarios sobre la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo. Ginebra: 2007.
11. Brunjin P, Cornielje H, Wolting R. Count me in. Include people with disabilities in development projects. The Netherlands: Light for the world; 2012.
12. Yeo R. Chronic poverty and disability. Chronic Poverty Research Centre Working Paper. 2001(4).
13. Bárcena A, Prado A, Hopenhayn M, Beccaria L, Jaspers-Faijer D, Quarless D, et al. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile: United Nations Publications. 2012.
14. Jahnsen R, Villien L, Aamodt G, Stanghelle J, Holm I. Musculoskeletal pain in adults with cerebral palsy compared with the general population. Journal of Rehabilitation Medicine. 2004;36(2):78-84.
15. Scheel-Sailer A, Wyss A, Boldt C, Post M, Lay V. Prevalence, location, grade of pressure ulcers and association with specific patient characteristics in adult spinal cord injury patients during the hospital stay: a prospective cohort study. Spinal cord. 2013;51(11):828-33.
16. Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. American Journal of Lifestyle Medicine. 2008.
17. Lund EM. Community-based services and interventions for adults with disabilities who have experienced interpersonal violence: a review of the literature. Trauma, Violence, & Abuse. 2011;12(4):171-82.
18. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. The Lancet. 2012;380(9845):899-907.
19. Peckham NG. The vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities. 2007;35(2):131-7.
20. Lennox N, Beange H, Parmenter T, Santos-Teachout R, Evenhuis H, Kerr M, et al. Health guidelines for adults with an intellectual disability. Clinical Bulletin of the Developmental Disabilities Program. 2002;13(3).
21. Hutton JL. Cerebral palsy life expectancy. Clinics in perinatology. 2006;33(2):545-55.
22. Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. Mental retardation and developmental disabilities research reviews. 2006;12(1):70-82.
23. Reis JP, Breslin ML, Iezzoni L, Kirschner K. It takes more than ramps to solve the crisis of healthcare for people with disabilities. Rehabilitation Institute of Chicago. 2004.
24. Kirschner KL, Breslin ML, Iezzoni LI. Structural impairments that limit access to health care for patients with disabilities. Jama. 2007;297(10):1121-5.

25. Iezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. Annals of Internal Medicine. 2004;140(5):356-62.

26. Victorian Health Promotion Foundation. Enabling Helath: Taking action to improve the health of people with a disability. Melbourne: 2014.

27. Ministerio de Salud. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006. Chile: 2006.

28. Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC. The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. Child: care, health and development. 2007;33(2):180-7.

29. Tong HC, Haig AJ, Nelson VS, Yamakawa KS-J, Kandala G, Shin KY. Low back pain in adult female caregivers of children with physical disabilities. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2003;157(11):1128-33.

30. Arai Y, Sugiura M, Washio M, Miura H, Kudo K. Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home. Psychiatry and clinical neurosciences. 2001;55(4):379-82.

31. Preventative Women's Health Care for Women with Disabilities - Guidelines for General Practitioners. Background and Literature Review. Australia: Cervical Screening Program, 2004.

32. Ministerio de Salud. Orientaciones metodologicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S 2010-2014. Chile: 2010.

33. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. 2005.

34. Parraguez A. Rehabilitación de Base Comunitaria Díalogos, Reflexiones y Prácticas en Chile. Santiago, Chile.2014 Octubre 2014.

35. Organización de Naciones Unidas. Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad; Ginebra: 2006.

36. Wilson Kovacs D, Ryan MK, Haslam SA, Rabinovich A. 'Just because you can get a wheelchair in the building doesn't necessarily mean that you can still participate': barriers to the career advancement of disabled professionals. Disability & Society. 2008;23(7):705-17.

37. Kelaher M, Paul S, Lambert H, Ahmad W, Paradies Y, Smith GD. Discrimination and health in an English study. Social science & medicine. 2008;66(7):1627-36.

38. Otiniano A, Gee G. Self-reported discrimination and health-related quality of life among Whites, Blacks, Mexicans and Central Americans. Journal of Immigrant and Minority Health. 2012;14(2):189-97.

39. Verdonschot M, De Witte L, Reichrath E, Buntinx W, Curfs L. Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: a systematic review. Journal of Intellectual Disability Research. 2009;53(1):54-64.

40. Bruijn P. Inclusion works! Lessons learned on the inclusion of people with disabilities in a food security project for ultra poor women in Bangladesh. The Netherlands: Light for the world; 2014 May 2014.

41. Prado V, Orrigoni D, Nahuelhual C, Zamora P. Vivienda social accesible: un nuevo desafío para Chile. Rehabil integral. 2012;7(1):8-16.

42. Orrigoni D, Nahuelhual C, Prado V, Zamora P, Fresno B. Vivienda social accesible: evaluación de costos. Rehabil integral. 2012;7(2):70-7.

Acerca de los autores

Paula Nahuelhual, MSc (c)

Kinesióloga de la Universidad de la Frontera. Magister en Epidemiología Clínica©, Universidad de la Frontera. Diplomada en Políticas Publicas por la Pontificia Universidad Católica de Chile y en Investigación Aplicada en Salud por la Universidad del Desarrollo. Sus principales áreas de trabajo se han desarrollado en el ámbito de la rehabilitación; diseño y ejecución de programas comunitarios con enfoque en la inclusión de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad física e investigación en distintos temas de discapacidad.

Email: phanuelhual@teleton.cl; paulanahuelhual@gmail.com

Carolina Giaconi, BSc

Psicóloga de la Universidad de Chile. Diplomada en Psicología educacional por la Universidad de Chile, en Intervenciones Socioeducativas para niños(as) y adolescentes en Situación de Vulnerabilidad por la Universidad Alberto Hurtado y en Investigación Cualitativa por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Sus principales áreas de trabajo han estado relacionadas con la discapacidad y la participación e inclusión en población infantil y juvenil, a través del diseño de intervenciones e investigación en estas áreas.

Email: cgiaconi@teleton.cl; carolina.giaconi@gmail.com

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre discapacidad en Chile

Principales Recomendaciones

1. Mejorar la medición de discapacidad en la ENDISC y en las encuestas poblacionales realizadas en Chile (Censo, CASEN) para favorecer la comparación de los datos.

2. Creación de programas laborales para los cuidadores de PsD, que permitan a los cuidadores trabajar desde su hogar, pudiendo complementar las labores de cuidado.

3. Construir protocolos especializados para la atención en salud de la población en situación de discapacidad, que puedan agregarse a los actuales protocolos.

4. Fortalecer los programas de rehabilitación basada en la comunidad, para que puedan ampliar su cobertura y diversificar el tipo de población y discapacidad que atienden.

5. Formación de capital humano, incorporando contenidos relacionados a la discapacidad en la educación superior (pedagogías, carreras de salud, arquitectura, diseño, etc).

6. Desarrollar iniciativas y programas de financiamiento específicos para la investigación en temáticas relacionadas con la discapacidad.

7. Fortalecer el trabajo intersectorial en el abordaje la discapacidad, pues ésta requiere de una mirada global y un trabajo articulado.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Paula Nahuelhual**, Magister en Epidemiología Clínica© Universidad de la Frontera. Dirección de Investigación y Desarrollo, Teletón Chile. phanuelhual@teleton.cl
- **Carolina Giaconi**, Licenciada en Psicología, psicóloga Universidad de Chile. Dirección de Investigación y Desarrollo, Teletón Chile. cgiaconi@teleton.cl
- **Carmen Pilar Artaza**, Directora Área Técnica, Fundación Coanil. cartaza@coanil.cl
- **Claudia González**, Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local, Universidad de la Frontera, Temuco. Docente Carrera Terapia Ocupacional, Universidad Mayor, Sede Temuco. claugonzalezg.to@gmail.com
- **Lida Vargas**, Traductora inglés-español. Administrativa de apoyo, Dirección Investigación y Desarrollo, Teletón. Portadora de distrofia muscular Werdning Hoffman. Lvargas@teleton.cl
- **María Soledad Astorga**, Encargada de Participación Social, Jefa Unidad de Servicio Social y Secretaria Ejecutiva de Consejo Consultivo del INR PAC. Integrante Consejo Comunal de la Discapacidad de Peñalolén. soledad.astorga@redsalud.gov.cl
- **María Ximena Rivas**, Presidenta Directorio ONG Corporación Incluye 360. Ex Directora Servicio Nacional de la Discapacidad. mxrivas@incluye360.cl
- **Raquel Calvarro**, Asistente Social, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Madrid. Coordinadora Nacional y Jefa de Unidad Laboral, Teletón Chile. Rcalvarro@teleton.cl

1. ¿Por qué es este tema importante?

- La discapacidad comprende deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación, siendo el resultado negativo de la interacción entre personas con un problema de salud y factores personales y ambientales.
- Las personas en situación de discapacidad constituyen el grupo minoritario más numeroso y desfavorecido a nivel mundial.
- La discapacidad es una condición que afecta de mayor modo a las poblaciones vulnerables, siendo más recurrente en países de bajos ingresos, entre las mujeres, las personas mayores, y en niños y adultos que se encuentran en una condición de pobreza.
- La discapacidad es una condición que va en aumento producto de la mayor presencia de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, las enfermedades emergentes, los conflictos bélicos, la violencia social, los accidentes, el uso y abuso de alcohol y drogas, la desnutrición, la niñez abandonada, la pobreza extrema y los fenómenos y desastres naturales.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- El 12,9% de la población chilena se encuentra en una situación de discapacidad, es decir, 1 de cada 8 chilenos.
- La discapacidad en Chile, afecta principalmente a las mujeres, las que alcanzan el 58,2% del total, es decir, por cada 7 hombres, existen 8 mujeres en situación de discapacidad.
- La discapacidad, afecta principalmente a las personas en edad adulta, siendo el 86,1% de las personas en situación de discapacidad, mayores de 29 años, y el 43,3% personas mayores de 65 años de edad.
- La discapacidad afecta principalmente a las personas de los niveles socioeconómicos más bajos. El 39,5% de las personas se encuentra en un nivel socioeconómico bajo, un 55,4% en un nivel socioeconómico medio y sólo el 5,08% pertenece al nivel socioeconómico alto.

3. ¿Qué falta por hacer para mejorar esta situación?

- Se debe contar con un diagnóstico amplio y profundo sobre la población en situación de discapacidad, que permita caracterizar las múltiples variables que conforman la situación de discapacidad de acuerdo a la CIF.
- Se deben realizar adaptaciones y mejoras que faciliten el acceso a las PsD a los distintos servicios e instituciones, como son la educación, la salud, el ámbito laboral, entre otros. Favoreciendo con ello, su inclusión a la sociedad.

Capítulo 8

Población carcelaria o usuarios del sistema de salud

Beatriz De Gregorio

Departamento de Salud, Gendarmería de Chile

Resumen

En el presente capítulo se explica el perfil de las personas que ingresan a los recintos penales a cumplir penas de reclusión y se describe brevemente cómo la privación de libertad impacta en la atención de salud, dificultando el acceso, oportunidad y la calidad de ésta, impidiendo el cumplimiento de tratados internacionales y el respeto a su condición de seres humanos. Esto los define como poblaciones altamente vulnerables desde el ámbito social y de salud. La privación de libertad y las condiciones en que se vive al interior de las cárceles en nuestro país, producen un deterioro en la salud de las personas y el sistema imperante, se dirige en mayor medida a la solución de situaciones de contingencia que a la prevención y promoción de la salud. Se señalan los esfuerzos que realiza el sistema penitenciario y de justicia por mejorar las condiciones al interior de las cárceles, y por último se incluyen las recomendaciones aportadas en conjunto entre el Departamento de Salud de Gendarmería y profesionales de la Universidad del Desarrollo.

Palabras clave: cárcel, privación de libertad, vulnerabilidad social, salud, sistemas de salud, Chile.

1. Introducción

El concepto de poblaciones vulnerables presenta múltiples definiciones, desde poblaciones que no acceden a condiciones de bienestar, grupos sociales en desventaja, o poblaciones que por sus características se encuentran expuestas a mayor riesgo. Independiente de la definición que se elija, todas ellas se cumplen en las personas que están cumpliendo penas de reclusión. La privación de libertad constituye por sí misma un factor de vulnerabilidad, y aunque por definición solo se refiere a la restricción del desplazamiento, las condiciones en que se vive, unido al perfil de las personas que se encuentran al interior de las cárceles, favorecen la trasgresión de derechos fundamentales, incluido el derecho a la salud (1).

Ingresar a un recinto penal nos enfrenta a una realidad que la sociedad muchas veces ignora o simplemente no quiere ver. Las cárceles constituyen un reservorio de personas recluidas en un medio hostil, en condiciones insalubres, donde el sentido de la dignidad humana se pone a prueba a diario. Según el último informe del Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y el tratamiento del delincuente, ILANUD, año 2013 existían más de 10 millones de personas recluidas en instituciones penales en el mundo (2). Casi la mitad de estas se encuentran en tres países: Estados Unidos (2,29 millones), China (1,65 millones) y Rusia (0,81 millones). Estas cifras no siempre se condicen con el nivel de victimización o la percepción de delincuencia social de los países.

*E*s importante reconocer las diferencias que existen en la proporción de población carcelaria entre países del mundo. Dos indicadores que aportan a esta evidencia son el ranking de la tasa de encarcelación y la relación entre tasa de delito y tasa de encarcelación. El ranking de la tasa de encarcelación, es decir, la cantidad de personas presas en relación a la población por cada 100 mil habitantes, fue encabezado por los Estados Unidos el 2013 donde fue de 743. Países como Alemania, Dinamarca y Japón, en cambio, se encontraban en el otro extremo, con tasas de 79, 73 y 51, respectivamente. Este último informe señalaba también que más de la mitad de los países presentaban tasas por debajo de los 150. En ese límite se encontraba Argentina, con una tasa de 151 presos cada cien mil habitantes. Chile se encontraba en el cuarto lugar a nivel mundial con una tasa actual de 305 personas recluidas cada cien mil habitantes (2). Sobre la relación entre las tasas de delito y la tasa de encarcelación, *"la investigación criminológica no*

ha encontrado correlación directa entre el tamaño de las poblaciones penitenciarias y los niveles de criminalidad", de acuerdo a lo indicado por Elías Carranza el 2012, director del ILANUD en un análisis sobre el tema (3).

Este capítulo se propone revisar aspectos centrales de las condiciones de vida y vulnerabilidad que experimentan personas privadas de libertad en Chile y cómo dicha vulnerabilidad afecta su estado de salud. Un eje central de este capítulo es discutir el derecho humano a la salud en un contexto de privación de libertad; en este sentido, se discute si la persona privada de libertad es una persona con derechos limitados por pertenecer a población carcelaria, o si tiene el derecho de ser reconocido como un usuario más del sistema de salud.

2. El sentido de la cárcel: sancionar, inhabilitar y rehabilitar

¿Por qué las personas ingresan a la cárcel? Fundamentalmente por determinación judicial y porque los Estados, la opinión pública y, en gran medida los medios de prensa, consideran que la única sanción efectiva frente a los delitos, es la cárcel. ¿Cuál es el objetivo de la cárcel en una sociedad? Su objetivo considera tres aspectos esenciales: sancionar, inhabilitar y rehabilitar. A continuación se describe cada una de ellas.

2.1. Sancionar

Los tribunales de justicia constituyen el poder garante de la justicia y orden social. En nuestro país, el 90% de los delitos son contra la propiedad (hurtos, robos y robos con violencia) y afectan a los sectores de menores ingresos. El aumento sostenido de las personas recluidas está vinculado a una gran presión pública y política, que, asociado a otras reformas, han derivado en un apremio penitenciario. Tanto en Chile como en otros países de la región, en las últimas décadas una parte importante de la política criminal se ha centrado en endurecer las penas asignadas a los delitos, haciendo de la pena de cárcel su principal herramienta. Ello ha traído como consecuencia hacinamiento, malas condiciones carcelarias y una situación generalizada y sistemática de vulneración de los derechos de las personas privadas de libertad.

2.2. Inhabilitar

Según la ley, lo que se impide con el encarcelamiento es limitar la libertad de desplazamiento, manteniendo los demás derechos vigentes, lo que en la realidad no se cumple. Las personas que ingresan a prisión lo hacen en condiciones de ansiedad, depresión asociado a niveles de baja autoestima junto con otros aspectos comunes tales como:

a. La procedencia de ámbitos de exclusión social, relacionados con la subcultura de la pobreza que se transmite en muchos casos de una generación a otra, generando un estigma social que aumenta la exclusión.

b. Inexistencia efectiva de igualdad de oportunidades educativas o laborales con el resto de la población, ubicando a este grupo como el de mayor marginalización social, en el ámbito de la salud, en periodos de libertad no consultan en los servicios de atención lo que impacta en el ingreso a los recintos con patologías severas, especialmente infectocontagiosas, que se transmiten a través de las visitas constituyendo un problema de salud pública.

c. Baja autoestima y acumulación de fracasos en el ámbito familiar, educacional, laboral, sumado al endeudamiento económico solo contribuye a aumentar el estigma social con esta población (4).

2.3. Rehabilitar

La rehabilitación, así como la reinserción social, debe iniciarse al interior de los recintos penales y debe ofrecer la posibilidad de acceder a las políticas que permitan desarrollar todos aquellos procesos de socialización que no se realizaron en libertad, tales como educación, acceso al trabajo, y establecer redes familiares y sociales. No obstante, se ha indicado que el hecho de que el interno haya cumplido al pie de la letra los reglamentos penitenciarios no resulta una garantía de que se llegue a producir con éxito su reinserción en la sociedad. Un aspecto central, además del adecuado apoyo penitenciario para la rehabilitación, es la familia del interno. En los últimos años se ha acentuado la importancia que tiene la actitud de la familia del interno en centros de reclusión, como factor a considerar en su adaptación social. Se ha propuesto incluso que es decisivo examinar los lazos y vínculos familiares y la existencia de un empleo estable y bien remunerado a la hora de considerar la eventual concesión de beneficios que tiendan a reducir los años en prisión y -de pronosticar la conducta delictiva (5).

3. Vulnerabilidad social en cárceles

La cárcel es des-socializadora, por las condiciones de los recintos y como se vive la reclusión en un clima de constante ansiedad y violencia donde se adquiere una cultura de sobrevivencia lejos de la sociedad y de sus familias. La causa más frecuente del ingreso de la población masculina, son los delitos contra la propiedad, en mujeres delitos vinculados al micro tráfico, donde es frecuente observar mujeres de la tercera edad ingresando a cumplir penas de encierro, habiéndose auto inculpado, para proteger a otra congénere (hija o nieta), ya que ellas deben estar en libertad para cuidar a su familia. En los hombres se establece una “cultura” diferente, ellos son proveedores en libertad, al entrar a cumplir condena son asistidos regularmente por sus madres y/o esposas, visitados con frecuencia incluidos sus hijos, los que además se familiarizan con la “cultura carcelaria”.

Uno de los desafíos principales de la vida carcelaria es el hacinamiento. El nivel de hacinamiento, producto del aumento sostenido de las tasas de encierro, no caracteriza únicamente a los países de América Latina, sino que constituye un fenómeno mundial propio de la globalización, que se manifiesta en la mayoría de los países siendo de mayor gravedad en los de bajos y medianos ingresos (6). En Chile, la implementación de la reforma Procesal Penal, dirigida a disminuir los tiempos de ejecución de las condenas, la falta de programas que contribuyan a descomprimir el sistema carcelario, y la resolución de la prisión como la primera alternativa frente a la delincuencia, favorecida por el clamor social y los medios de comunicación, transforman a nuestro país en el segundo con la tasa más alta de población en Sudamérica (307 cada cien mil habitantes), solo superada por Surinam. Estos factores, junto al perfil de las personas que cumplen penas de reclusión, dificultan el cumplimiento de las Normas internacionales adscritas por Chile.

En estas condiciones la reinserción es difícil y se refleja en un nivel de reincidencia superior al 60% (personas que ingresan por un nuevo delito), más frecuente en personas recluidas por corto tiempo y por delitos contra la propiedad.

4. La salud en cárceles

4.1. Los decretos internacionales en esta materia

"El acceso a la salud es un derecho fundamental que debiera ser particularmente protegido en los grupos vulnerables y con mayor riesgo de experimentar barreras de acceso" (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, 1950).

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. No debe entenderse como el derecho a estar sano. Existen múltiples tratados y convenios internacionales a los cuales Chile ha adscrito, de carácter Constitucional, que regulan y cautelan por un trato digno a la población recluida, en las condiciones de reclusión y en la atención de salud. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, establece en su Art. 10 que toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano (7). Es así como entre los derechos que conservan los reclusos, se encuentran el derecho de expresión, educación, credo y salud. El derecho internacional por su parte establece con claridad que la escasez de recursos no disculpa a un Estado del cumplimiento de su obligación de ofrecer condiciones de reclusiones carcelarias adecuadas y humanas (8).

Los primeros esfuerzos por humanizar el sistema penitenciario rindieron sus frutos en 1955, cuando Naciones Unidas aprobó las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Luego, otros instrumentos universales y regionales se han incorporado instalando un marco internacional para el funcionamiento de los establecimientos penitenciarios. Si bien se trata de documentos no vinculantes para los Estados, establecen directrices universales para el funcionamiento de los recintos penales y han ganado influencia sobre todo porque han sido utilizadas para la interpretación de los tratados de derechos humanos por los órganos de aplicación en los numerosos casos de violaciones de derechos humanos ocurridas dentro de las cárceles en el mundo (9).

4.2. Las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos

Las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos fueron adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Estas entregan diversas consideraciones para el tratamiento de reclusos respecto de los servicios médicos. A continuación se detallan los principales:

Artículo 22:

– Punto 1: Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.

– Punto 2: Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional.

– Punto 3: Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

Artículo 23:

– Punto 1: En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento.

– Punto 2: Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.

Artículo 24:

– El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.

Artículo 25:

– Punto 1: El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.

Artículo 26:

– Punto 1: El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado.

– Punto 2: El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, trasmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones.

5. La salud en cárceles en Chile

La sanidad penitenciaria, es un término tomado del campo jurídico que se refiere a toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas recluidas cuyas necesidades en salud son mucho mayores que las de la comunidad en su conjunto, resultando en una alta demanda de servicios de atención primaria en la cárcel.

5.1. Perfil de la población penal

La población recluida en recintos penales es mayoritariamente joven, con un promedio de edad de 32 años, de sexo masculino (el 8% corresponde a población femenina) y con un nivel educacional promedio de enseñanza media incompleta. Solo el 1% completó su educación universitaria. Junto con lo anterior, los cambios demográficos de la población general y aumento de la expectativa de vida, se ha reflejado en los recintos penales que reciben un mayor número de personas de la tercera edad con un aumento de patologías no transmisibles propias de su condición, tales como hipertensión, diabetes, dislipidemias y cáncer. Se observa un mayor número de personas con diagnósticos de Alzheimer y demencia senil, lo que muchas veces plantea la certificación diagnóstica al momento de cometer el delito y la conciencia de este (10).

Con la disminución de la edad de imputabilidad a 14 años, existen niños de 14 años o más cumpliendo medidas de reclusión que no debieran superar los 5 años de condena. Si ésta es mayor, son trasladados a recintos de adultos donde se mantienen separados de la población penal para evitar “el contagio criminógeno”, el cual lamentablemente se produce de igual manera. Estas personas, provienen de estratos socioeconómicos que, de por sí,

son vulnerables en materia de salud, habitualmente no consultan en los servicios durante su libertad, lo que significa que ingresen con patologías que no han sido tratadas ni controladas y que se agravan con la reclusión. Las constantes entradas y salidas del sistema favorecen la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y agravan el problema de salud pública a nivel mundial (11) y también en nuestro país (12).

5.2. Población femenina

Si bien la población femenina constituye solo alrededor del 8% del total de condenados, que en particular asciende a 11% según datos más recientes de mayo del 2015, su condición merece mención especial. Generalmente ingresan por delitos vinculados al narcotráfico (micro tráfico), a cumplir reclusión en ambientes donde las normativas y reglamentos son hechos para hombres y deben ser igualmente respetados. Al interior de los recintos, presentan cuadros ansiosos y depresivos asociados al consumo de drogas con mayor frecuencia que la población masculina, junto con el estigma de ser consideradas "malas personas" por haber abandonado a su familia.

Las mujeres que ingresan con lactantes menores de un año de edad, pueden permanecer con ellos y son recluidas en lugares especiales (junto con las embarazadas) ya que los niños están bajo la custodia del SENAME. Aunque se favorece el contacto de los niños con sus familias de origen, se desarrollan en ambientes de encierro donde no existe la figura de familia ni de imagen paterna. Posterior a cumplir la edad, son entregados a sus familias y/o derivados a hogares de menores. Al cierre del mes de mayo de 2015, existen un total de 192 unidades penales dependientes de Gendarmería de Chile que atienden a una población aproximada de 44.805 personas privadas de libertad (3.170 mujeres y 41.635 hombres). De este total, hay 108 en el sistema cerrado, incluyendo los recintos concesionados (Tabla 1). Esto refleja que la población recluida durante 24 horas es mayor y también refleja que se privilegia la cárcel como la principal solución a los problemas de delincuencia.

Tabla 1 Distribución de establecimientos penitenciarios en Chile, mayo 2015

			SECCION					
TIPO	DESCRIPCION	NUMERO DE E.P.	HOMBRE	MUJERES	CON SOBREUSO E.P.	% E.P. HOMBRES	% E.P. MUJERES	% E.P.
CCP	Centros de Cumplimiento Penitenciario	32	16	6	16	50%	19&	50%
CDP	Centros de Detención Preventiva	44	19	3	19	43%	7%	43%
CET	Centros de Educación y Trabajo	21	3	0	3	14%	0%	14%
CP	Complejos Peninteciarios	9	3	2	5	33%	22%	56%
CPF	Complejos Peninteciarios Femeninos	5		1	1	0%	20%	20%
CRA	Centros de Reclusión Abierto	1		0	0	0%	0%	0%
UEAS	Unidades Especiales de Alta Seguridad	1		0	0	0%	0%	0%
TOTAL PAIS		**113**	**41**	**12**	**44**	**36%**	**11%**	**39%**

Fuente: Gendarmería de Chile

5.3. Atención de salud

En Gendarmería, la atención de salud depende del Ministerio de Justicia en la gestión, entrega de recursos y provisión de servicios, y no del Ministerio de Salud, como en la población general. Esto crea importantes dificultades al momento de asumir las responsabilidades en este ámbito. Si el Estado decide encarcelar a una persona, entonces el mismo Estado debe hacerse cargo de su salud. La salud al interior de los recintos penales tiene connotaciones diferentes a las que se otorga en libertad. Las condiciones en que se vive la reclusión en ambientes de ansiedad y violencia, sumado a altos niveles de hacinamiento y deficientes condiciones sanitarias, explican los altos niveles de vulnerabilidad social y de salud que enfrentan las personas privadas de libertad en el mundo y en Chile en la actualidad.

La población penal al interior de los recintos, generalmente concurre en forma espontánea en los dispositivos de salud, otras veces reciben una atención que no han solicitado y no tienen la opción de elegir a los profesionales ni menos de solicitar una segunda opinión. El personal de salud, por otro lado, se enfrenta a una población con características diferentes a la de sus colegas, a patologías donde las enfermedades infecciosas (11, 12) y mentales (13, 14), son de alta frecuencia y su dependencia es de las autoridades penitenciarias, lo que genera dificultades en el momento de tomar decisiones y asumir responsabilidades. Esto, sumado a los desafíos de gestión y recursos disponibles para prevención en ambientes carcelarios, ha demostrado producir estrés en personal de salud y personal general carcelario en Chile (15, 16).

En el país actualmente existen 78 enfermerías o dispositivos de salud ubicados en recintos cerrados y su capacidad de resolución está basada en el número de reclusos a atender, siendo los recintos con mayor población los que tiene mejor resolución con atención de profesionales médicos y enfermeras/os además de los técnicos paramédicos que están a cargo de un alto número de dispositivos de salud en el país. También hay dos hospitales en la V y VIII región y un hospital de mayor resolución en la región metropolitana con 56 camas, especialidades incluyendo cirugía. Al ingreso a los recintos penales, las personas son evaluadas por personal de salud, siendo en muchas oportunidades, su único contacto con el sistema, ya que las asistencias a futuro dependen de la voluntad de los funcionarios de custodia, ya que no existe personal suficiente que pueda evaluarlos en las dependencias. El acceso depende también del lugar de reclusión. Frente a esta realidad, existe un esfuerzo permanente de parte de Gendarmería, para mejorar la atención de salud de las personas privadas de libertad y del personal que trabaja en la Institución (Tabla 2).

Tabla 2 Distribución de enfermerías y población usuaria a nivel nacional

REGION	N° Unidades Penales	Población Penal a Atender			N° Enfermerías	N° Salas Observación	N° Camas
		M	F	Total			
Arica	1	1.661	231	1.892	1	2	15
Tarapacá	3	1.887	248	2.135	2	2	4
Antofagasta	6	2.014	220	2.234	5	1	0
Atacama	3	861	109	970	3	2	0
Coquimbo	5	2.276	156	2.432	4	3	0
Valparaíso	10	4.479	361	4.840	9	8	18
Lib. Bdo. O´higgins	5	2.395	142	2.537	3	0	0
Maule	11	1.894	99	1.993	7	5	25
Bío Bío	13	3.382	202	3.584	12	2	12
Araucanía	11	1.509	77	1.586	11	8	35
Los Ríos	4	984	48	1.032	2	0	0
Los Lagoos	5	1.541	56	1.597	3	0	0
Aysén	4	195	10	205	4	0	0
Magallanes	3	229	9	238	3	1	1
Metropolitana	10	13.965	1.099	15.064	9	6	21
Total	**94**	**39.272**	**3.067**	**42.339**	**78**	**40**	**131**

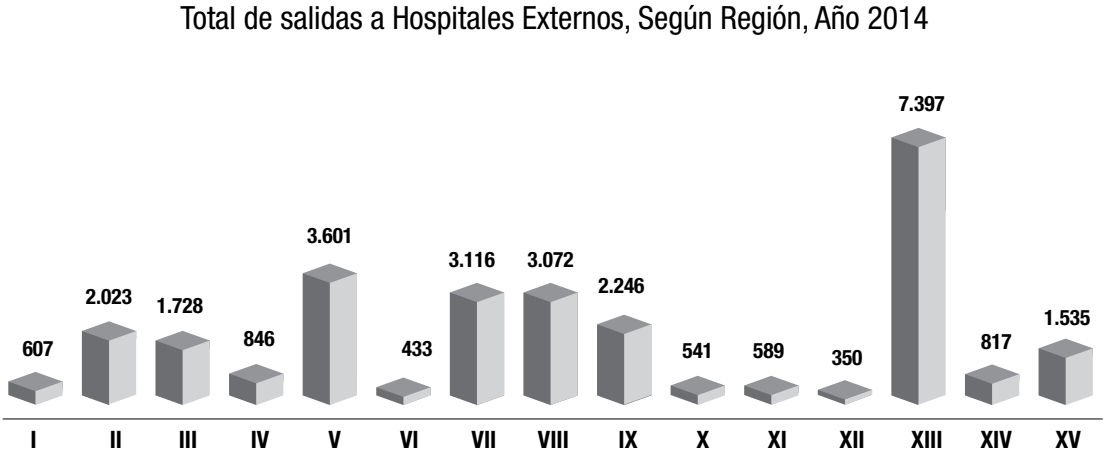
Fuente: Gendarmería de Chile

En Gendarmería, el sistema de salud no permite, por recursos, la resolución de la totalidad de los problemas de salud al interior de los recintos penales, engrosando las listas de espera en el sistema público para una hora de atención. Aun así, la atención de salud al interior de los recintos no solo descomprime el sistema público, sino que además ha contribuido a salvar vidas, considerando que la principal causa de muerte al interior, son las lesiones traumáticas productos de riñas. Las principales causas de salidas a hospitales externos durante el año 2014 a nivel nacional se describen en las Figuras 1 y 2, a partir de datos del Departamento de Salud de Gendarmería de Chile, GENCHI. De estas salidas destacan los siguientes destinos de servicios de salud: servicios de urgencias (5887 salidas), hospitalizaciones (824 salidas), especialidades médicas (13888 salidas), exámenes y tratamiento específicos (8302 salidas). La mayoría de las causas de muerte en personas privadas de libertad son las riñas o agresiones, seguido de enfermedades (Figura 3).

Figura 1 Distribución por tipo de salidas a hospitales externos en todo Chile, 2014

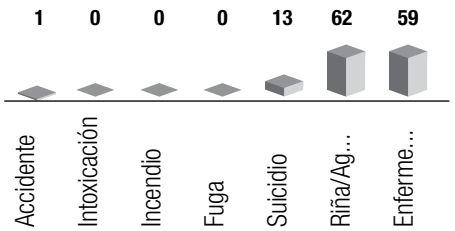
Fuente: Gendarmería de Chile

Figu**ra 2** Distribución de tipo de salidas a hospitales externos en todo Chile según regiones, 2014



Fuente: Gendarmería de Chile

Figura 3 Causas de muerte en personas privadas de libertad, 2014



FALLECIMIENTO EN EL SISTEMA CERRADO AÑO 2014	
TIPO	**CANTIDAD**
Accidente	1
Intoxicación	0
Incendio	0
Fuga	0
Suicidio	13
Riña/Agresión	62
Enfermedad	59
Total	**135**

Fuente: Gendarmería de Chile

5.4. Atención de salud mental

El estar recluido por orden judicial genera altos niveles de estrés y de ansiedad. Se estima una prevalencia de patologías mentales o cuadros de ansiedad o depresión cinco veces mayor que en la población general a nivel mundial. La evidencia chilena confirma la elevada prevalencia de trastornos de salud mental en población privada de libertad (13, 14). La convivencia resulta difícil y se fundamenta en conductas gananciales que otorguen liderazgo y permitan sobrevivir al interior. Si agregamos los altos niveles de hacinamiento, el número de horas de encierro (más de diez), la falta de actividades, sobrepoblación y carencias sanitarias, la posibilidad de enfermar aumenta. Son personas que deben someterse a un régimen penitenciario impuesto desde la autoridad, donde las peticiones más básicas deben ser resueltas por personal de custodia y muchas veces sujetas al arbitrio. Además, la asistencia de parte de sus familias no siempre es permanente y se observa abandono por motivos económicos, familiares, etc.

Si bien se han creado programas de atención de salud mental, estos son de carácter preventivo, especialmente dirigidos al control del consumo de alcohol y drogas, que es habitualmente elevado en población carcelaria (17). Actualmente en Chile se implementó un instrumento diagnóstico, a la población penal para establecer atención sicológica. Por otro lado, existen 11 horas de atención psiquiátrica para la población penal en la región metropolitana y la lista de espera supera las 600 personas. Es importante destacar que los suicidios no son infrecuentes en personas privadas de libertad (Tabla 3). Finalmente, las poblaciones de migrantes internacionales requieren de especial mención, ya que, al ingresar a un recinto penal no tienen sus identificaciones legalizadas en este país, motivo por el cual solo pueden acceder a atenciones de urgencia en el sistema público. Además, es difícil mantener y respetar las costumbres sanitarias de los pueblos originarios, por lo que en muchas oportunidades, se trasgreden sus normas culturales.

Tabla 3 Casos de suicidios de personas privadas de libertad en Chile año 2014

SUICIDIOS DE INTERNOS, AÑO 2014				
REGION	SEXO	DIA	MES	LUGAR FALLECIMIENTO
Valparaíso	M	11	Enero	Unidad Penal
Valparaíso	M	16	Enero	Unidad Penal
Bío Bío	M	9	Febrero	Unidad Penal
O´higgins	M	6	Marzo	Unidad Penal
Araucanía	M	20	Marzo	Unidad Penal
Los Ríos	M	26	Marzo	Unidad Penal
Valparaíso	M	24	Mayo	Hospital Externo
Antofagasta	M	22	Junio	Unidad Penal
Metropolitana	M	8	Julio	ASA
O´higgins	M	18	Agosto	Unidad Penal
Metropolitana	M	22	Septiembre	Unidad Penal
O´higgins	M	3	Noviembre	Unidad Penal
Valparaíso	F	6	Diciembre	Hospital Externo

Fuente: Gendarmería de Chile

6. Discusión: ¿Reo o usuario del sistema sanitario?

Junto con la pérdida de libertad se pierde la dignidad. Por esta razón, resulta difícil que una vez egresados del sistema, puedan dimensionar el valor de la vida del prójimo y de la sociedad en general. La salida a servicios de salud externos no depende del usuario que concurre a la atención, y existen dificultades propias del traslado, ya que este se realiza en carros celulares y con personal de custodia. Resulta difícil conseguir horas de atención, las que a veces se pierden por falta de personal de traslado o simplemente porque al llegar a control, el médico ha suspendido la atención, lo que significa volver a realizar un trámite engorroso que retarda la atención, engrosando el listado de la red pública.

Las personas recluidas, concurren a la atención de salud con grilletes y esposas, junto con una chaquetilla que señala claramente su condición de reo. En los servicios, su presencia infunde temor en usuarios y personal de salud, son personas que, a pesar de tener una condena judicial, vuelven a ser estigmatizados. Si se encuentran hospitalizados(as), deben permanecer engrillados(as) a las camas de hospital con personal de custodia 24 horas. Durante las visitas que realiza el personal de salud de Gendarmería, se observan pacientes terminales o muy graves en estas condiciones y es éste personal el que gestiona el retiro de las medidas, ya que esto no es asumido como tema del personal de salud que los atiende.

A través de su gestión, Gendarmería de Chile ha logrado dar pasos importantes en el resguardo de la dignidad de las personas recluidas y que en situaciones extremas, compromete a todo su personal. Hace 15 años se instaló en la Institución un programa destinado a tramitar la libertad a través de indulto humanitario en enfermos terminales, lo que ha permitido otorgar una muerte digna a personas recluidas, las que en muchas oportunidades son trasladadas a la Clínica Familia, donde mueren en libertad junto a sus familiares. Esto ha permitido establecer una instancia de

mutua colaboración ya que Gendarmería traslada a personas recluidas a solicitud de la Clínica Familia, para visitar familiares que solicitan la concurrencia de personas recluidas previo a fallecer.

La atención de salud en población recluida es una responsabilidad de Estado y constituye una deuda de la salud pública. En prisión no solo tiene un objetivo sanitario, sino que además constituye una instancia educadora del valor de la propia vida y de la sociedad en general.

7. Conclusiones

Existe una sensación de inseguridad social que ha contribuido al aumento de las penas de prisión como la primera alternativa frente al delito, lo que mantiene una sobrepoblación en condiciones insalubres y con dificultades al acceso de los servicios. La autoridad penitenciaria no solo es custodia de las personas privadas de libertad, sino que también garante de sus derechos, entre otra educación y otra salud. De esta manera, se requiere un mayor compromiso de parte del Estado, que asuma la atención de salud de una población que aumenta sus condiciones de vulnerabilidad al estar bajo su custodia.

8. Ideas fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- Chile es uno de los países con mayor cantidad de población carcelaria. Esta situación se debe a varios factores entre ellos al endurecimiento de las penas para diferentes delitos. Sin embargo expertos han señalado que el incremento de la tasa de encarcelación no se relaciona con los niveles de criminalidad existentes.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad con efectos en salud?

- Las personas que ingresan al sistema penitenciario provienen de ambientes de alta exclusión social, lo que se acompaña de niveles bajo de autoestima y en muchas oportunidades de trastornos de salud mental.
- Estos factores que ya hacen a este grupo vulnerable se suman a una serie de aspectos propios de un sistema penitenciario con gran número de reclusos como el hacinamiento, las malas condiciones de salubridad de los penales y la exposición a niveles crecientes de violencia.
- Estas situaciones dan cuenta de la vulnerabilidad existente en la población penal repercutiendo directamente en salud de los reclusos, lo cual se refleja en altas tasa de enfermedades mentales e infecciosas.
- A este cuadro se agrega un pobre acceso al sistema de salud.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar esta vulnerabilidad social?

- Actualmente el cuidado de la salud de este grupo depende del Ministerio de Justicia y no del Ministerio de Salud, lo cual es central al momento de asumir esta responsabilidades en esta materia, ya que si bien gendarmería hace considerables esfuerzos en este tema, las enfermerías existentes y los hospitales penitenciarios son insuficientes para hacer frente a las demandas de esta población.

4. ¿Qué se ha hecho para mejorar las consecuencias en salud?

- En este ámbito gendarmería ha dado pasos importantes como por los indultos a pacientes terminales, el fortalecimiento de las enfermerías o la creación de programas de salud mental. Todas estas iniciativas han estado dirigidas a combatir la vulnerabilidad y sus efectos en salud en la población penitenciaria.

5. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Pese a esto es claro que aún queda mucho por hacer en esta materia, lo cual no solo implica esfuerzos de gendarmería sino que también acciones efectivas desde el gobierno central.

Referencias

1. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y el tratamiento del delincuente, ILANUD. La Justicia como Garante de los Derechos Humanos: La Independencia del Juez. Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Uruguay, España. San José, C.R.: Comisión Europea e ILANUD, 1996. Accedido 05 de octubre del 2015 en http://www.ilanud.or.cr/biblioteca-digital/

2. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y el tratamiento del delincuente, ILANUD. Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las américas. Comisión interamericana de derechos humanos. Organización de los estados americanos y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2013; www.cesc.uchile.cl/Informe_CRPenitenciaria http://www.oas.org/es/cidh/ppl/informes/pdfs/informe-pp-2013-es.pdf

3. Carranza E. Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer? Anuario de Derechos Humanos 2012; 31-66.

4. Chaime- Marcuello S & García-Martínez J. La cárcel como espacio de Socialización Ciudadana: ¿fracaso del sistema penitenciario Español? Biblid(2011; XI-1, 49-60.

5. Mariño R, Mendoza Y. Un estudio sobre actitudes y opiniones de familiares de internos. Rehabilitación del delincuente. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y el tratamiento del delincuente, ILANUD. 1979; Accedido 05 de octubre del 2015 en http://www.ilanud.or.cr/biblioteca-digital/

6. Gobierno de Chile. Recomendaciones para una nueva política penitenciaria. Consejo para la reforma penitenciaria. 2010; Accedido 05 de octubre del 2015 en www.cesc.uchile.cl/Informe_CRPenitenciaria

7. Naciones Unidas. Pacto Internacional de derechos civiles y políticos. Alto Comisionado para Derechos Humanos. 1966. Accedido el 05 de octubre del 2015 en http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx

8. Galindo, J. Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa, Cali, Colombia. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y el tratamiento del delincuente, ILANUD. 1979; Accedido 05 de octubre del 2015 en http://www.ilanud.or.cr/biblioteca-digital/

9. Van Zil Smyt D, Snacken S. Principles of European Prison Law and Policy. Penology and Human Rights. 2009. Oxford Press: London, UK. ISBN 978-0-19-922843-0.

10. Instituto Nacional de derechos Humanos, INDH. Estudio de las condiciones carcelarias en Chile: diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos. 2014; Accedido 05 de octubre del 2015 en http://www.indh.cl/indh-publica-estudio-sobre-situacion-carcelaria-en-chile-revelando-alto-hacinamiento-y-vulneraciones-de-derechos-a-internos-en-recintos-penales#sthash.TOsn6R1h.dpuf

11. Massoglia M. Incarceration as Exposure: The Prison, Infectious Disease, and Other Stress-Related Illnesses. Journal of Health and Social Behavior 2008(49):56-71.

12. Herrera M T. [Risk groups for tuberculosis in Chile]. Rev Chilena Infectol. 2015 Feb;32(1):18-21.

13. Mundt AP, Kastner S, Larraín S, Fritsch R, Priebe S. Prevalence of mental disorders at admission to the penal justice system in emerging countries: a study from Chile. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015 Jun 19:1-9.

14. León-Mayer E, Folino JO, Neumann C, Hare RD. The construct of psychopathy in a Chilean prison population. Rev Bras Psiquiatr. 2015; 37(3):191-6.

15. Bravo-Yáñez C, Jiménez-Figueroa A. [Psychologica well-being, perceived organizational support and job satisfaction amongst Chilean prison employees]. Rev Esp Sanid Penit. 2011;13(3):91-9

16. Güilgüiruca R M, Herrera-Bascur J. [Laboral health in Penitentiary Center of Chile: a look from policies of human resources].Rev Esp Sanid Penit. 2015; 17(1):12-9.

17. Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP. Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. Addict Behav. 2015 Jul;46:25-30.

Acerca de la autora

María Beatriz De Gregorio R.

Matrona, alumna de magíster. Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina U. de Chile. Hospital Penal, Gendarmería de Chile. Email: bdegregorio@gendarmeria.cl

Recomendaciones para políticas y programas de salud sobre población carcelaria en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

Política

- Mejorar las estrategias interministeriales. Actualmente no existen convenios activos entre el Ministerio de Salud y el de justicia en esta materia. La salud de población carcelaria depende principalmente del ministerio de justicia y por lo tanto no esta considerada en las estrategias nacionales de salud.
- Establecer una relación más directa con APS para la prevención, y promoción de salud en la población carcelaria.
- Se recomienda implementar estrategias que incrementen la visibilidad de los problemas de salud de la población carcelaria.
- Generar protocolos de salud desde Gendarmería, para el control de enfermedades crónicas y transmisibles, a través de un trabajo en conjunto con sociedades científicas y el Ministerio de Salud.

Financiera

- Establecer acuerdos formales entre los ministerios de Justicia y Salud que incluya a definición de presupuesto conjunto para abordar as problemáticas de salud de la población carcelaria.
- Favorecer la autonomía de la atención de salud por parte de Gendarmería, para gestionar recursos y atención de salud.

Recursos Humanos

- Implementación de rondas periódicas con médicos especialistas que atiendan a la población carcelaria al interior de los penales.
- Capacitación permanente a personal de salud, gendarmes e internos en estrategias de prevención y control de enfermedades al interior de los recintos penales.
- Favorecer la labor de enfermería considerando las condiciones de funcionamiento de la salud al interior de los recintos penitenciarios.

Infraestructura

- Incrementar la capacidad resolutiva de las Enfermerías en las instituciones penitenciarias, por ejemplo a través de la implementación de test de diagnóstico rápido.
- Favorecer procedimientos de telemedicina para diagnóstico precoz en los centros penales.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Beatriz De Gregorio**. Dirección de Salud Gendarmería de Chile. bdegregorio@gendarmeria.cl.
- **Ana Aroca**. Dirección de Salud Gendarmería de Chile. aaroca@gendarmeria.cl.
- **Patricia Huerta**. Dirección de Salud Gendarmería de Chile. patricia.huerta@gendarmeria.cl.
- **Ximena Aguilera**. Médico-Cirujano, MSc. Directora Centro de Epidemiología y Políticas en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. xaguilera@udd.cl.
- **Victor Pedrero**, MSc. Equipo de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. vpedrero@udd.cl

1. ¿Por qué este tema es importante?

- Chile se encuentra en el cuarto lugar a nivel mundial de países con mayor población carcelaria, con una tasa actual de 305 personas recluidas cada cien mil habitantes.
- La población recluida en recintos penales, es mayoritariamente joven, pobre con un promedio de edad de 32 años, de sexo masculino (el 8% corresponde a población femenina) con un nivel educacional promedio de Enseñanza media incompleta.
- Estas personas, provienen de estratos socioeconómicos que, de por sí, son vulnerables en materia de salud, habitualmente no consultan en los servicios durante su libertad, lo que significa que ingresen con patologías que no han sido tratadas ni controladas y que se agravan con la reclusión, ya que se exponen a situaciones de insalubridad, violencia y hacinamiento al interior de los penales.
- Además las constantes entradas y salidas del sistema favorecen la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y agravan el problema de salud pública.

2. ¿Qué se sabe hasta el momento en Chile?

- La población carcelaria en Chile presenta un pobre acceso al sistema de salud. Actualmente el cuidado de la salud de este grupo depende del Ministerio de Justicia y no del Ministerio de Salud, lo cual es central al momento de asumir esta responsabilidades en esta materia, ya que si bien gendarmería hace considerables esfuerzos en este tema, las enfermerías existentes y los hospitales penitenciarios son insuficientes para hacer frente a las demandas de esta población.
- Gendarmería ha dado pasos importantes como por los indultos a pacientes terminales, el fortalecimiento de las enfermerías o la creación de programas de salud mental. Todas estas iniciativas han estado dirigidas a combatir la vulnerabilidad y sus efectos en salud en la población penitenciaria. Pese a esto es claro que aún queda mucho por hacer en esta materia, lo cual no solo implica esfuerzos de gendarmería sino que también acciones efectivas desde el gobierno central.

3. ¿Qué falta por mejorar?

- Por un lado se deben generar estrategias interministeriales que consideren traspaso de recursos para mejorar la atención de salud de la población carcelaria.
- Debe existir mayor capacitación del personal de salud, gendarmes y reclusos en materia de salud al interior de los penales, e incrementar la capacidad resolutiva de las enfermerías.

Capítulo 9

Vulnerabilidades sociales y su efecto en sujetos de investigación en Chile

Carmen Paz Astete, MSc

Directora Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, Chile

Resumen

Muchas son las condiciones sociales que influyen para que los individuos o grupos puedan ser considerados vulnerables. En términos muy generales, la vulnerabilidad en investigación se refiere a aquellos individuos que no están en condiciones de dar un consentimiento informado válido, ya sea por falta de competencia o por falta de libertad real para negarse a participar en la investigación. El propósito de la investigación médica en seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que existe un derecho de todos los individuos a ser beneficiarios de los avances de la investigación científica. En Chile gran parte de la investigación clínica se realiza en sujetos que se atienden en hospitales públicos y universitarios, que son la población de mayor vulnerabilidad social y que sin embargo sólo obtendrán los beneficios de la investigación si es que el estado incorpora los tratamientos o procedimientos en sus programas (vacunas, guías de tratamiento, etc.). Sin embargo, muchas veces los altos costos que supone la implementación de las nuevas tecnologías determinan que los individuos más pobres no accedan a ellos y por lo tanto no se beneficien directamente de los avances. Sí existe el beneficio indirecto por el hecho de disminuir las posibilidades de contagio o por recibir un trato especial al participar como sujeto de investigación. Con el fin de proteger a los individuos de abusos o daños innecesarios y que las condiciones de la investigación sean justas, la participación de estos sujetos en investigación debe estar bajo estrictos controles que deben asumir los Comités de Ética Científicos (CEC), los que deben garantizar que se cumplan tanto las normativas legales como las convenciones internacionales en el desarrollo de la investigación científica.

Palabras clave: Vulnerabilidad en investigación, Ética en investigación biomédica, Beneficios en Investigación, Protección de sujetos humanos de investigación.

1. Vulnerabilidades sociales

Vulnerabilidad, etimológicamente hablando, es la cualidad que tiene un individuo, un grupo o una población para poder ser herido (1). Dicho de otra forma es la situación de fragilidad que permitiría que en alguna circunstancia una persona o grupo sea dañado. Existen diferentes definiciones de lo que se entiende por Vulnerabilidad Social. Desde una mirada sociológica se entiende por vulnerabilidad social la presencia de condiciones que limitan la capacidad de una persona para desenvolverse con autonomía y procurarse los medios de subsistencia necesarios para su desarrollo, sin depender de ayuda externa (2).

Para la implementación de políticas públicas en Chile, el Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), actualmente Ministerio de Desarrollo Social, ha definido la vulnerabilidad social como "el riesgo de estar en situación de pobreza y abarca tanto a los hogares que actualmente están en ese estado, como a los que pueden estarlo en el futuro". En sus enunciados aclaran que se trata de un concepto más dinámico y amplio destinado a identificar, no sólo a grupos familiares pobres o que sin serlo pueden ser vulnerables, sino además a los miembros de la familia que viven las mayores fragilidades, como son los niños y niñas, los adultos mayores, las personas discapacitadas, las madres adolescentes y las mujeres jefas de hogar. Este concepto de vulnerabilidad permite dar cuenta de una noción dinámica de la pobreza como una condición presente o potencial y, al mismo tiempo, entrega una mejor caracterización de la pobreza "dura" de aquellos hogares que sistemáticamente mantienen niveles de ingreso por debajo de la línea de pobreza (3).

2. Vulnerabilidad en investigación

En relación a la investigación con seres humanos se han propuesto diversas definiciones de vulnerabilidad con diferentes criterios. Desde una concepción general filosófica se considera que la vulnerabilidad es una expresión universal de la condición humana donde todas las personas son esencialmente vulnerables a lo largo de la vida (4), por otra parte está la visión más restringida, desde la ética de la investigación, en que se entiende la vulnerabilidad como la incapacidad de las personas para otorgar un consentimiento informado, o el riesgo de ellas de ser explotadas o dañadas (5). Se podría puntualizar más diciendo que la condición de vulnerabilidad social de sujetos o poblaciones en relación a la investigación científica estaría dada por la incapacidad, temporal o permanente, individual o grupal, para realizar una evaluación adecuada de la relación riesgo beneficio y, por lo tanto, de dar un consentimiento informado válido para participar en una investigación científica determinada (6).

La investigación, como todo acto humano consciente, es un acto moral que debe ser "bueno" y responsable (7). Bueno o beneficioso no solo para los investigadores y para los sujetos de investigación sino que también para la sociedad en su conjunto, y responsable en el sentido de una ética de la responsabilidad enfocada en las consecuencias de la investigación científica que se llevará a cabo, y que además se hace cargo de los posibles daños que pueda generar, los cuales deben ser previstos y evitados hasta donde sea posible. Como todo acto humano requiere de una deliberación seria y profunda por parte de los investigadores sobre los pros y contras, exige respeto y una debida protección de los sujetos que participarán en ella frente a posibles abusos. Esta es una obligación primariamente ética, aunque actualmente también legal en casi todos los países. Sin embargo, no es suficiente la protección que puedan proveer los investigadores, es imprescindible que los individuos que participan en la investigación lo hagan en forma libre, sin presiones de ningún tipo y con una comprensión y evaluación personal de los riesgos y beneficios que les significará su participación para sus propios intereses. A priori se requiere, por lo tanto, que los individuos que participen en investigación posean la capacidad de comprensión y puedan aceptar o rechazar libremente su participación en ella. Con la intención de resguardar este derecho se exige hoy que todo sujeto que vaya a participar en investigación firme previamente un documento de consentimiento informado, redactado en lenguaje comprensible, el que debe ser explícito en las características de la investigación, sus objetivos, los riesgos y beneficios y la garantía de compensación ante posibles daños (8).

El derecho a la libertad de investigar fue inicialmente proclamado, sin ser vinculante, en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en la que se consagra la libertad de expresión señalando en el Artículo 19: "*Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión*". En términos generales, garantiza la realización sin trabas de todas las actividades destinadas a la búsqueda del conocimiento, en cualquier ámbito del saber, sin perjuicio de respetar otros derechos, bienes jurídicos y valores. Reconoce también la Declaración, en el artículo 27, el derecho a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten (9).

Para que esta libertad de investigación se pueda ejercer se requiere de la responsabilidad de los investigadores en el respeto de los derechos de las personas. La historia desgraciadamente ha mostrado que la confianza en esta responsabilidad ha sido vulnerada (10), por lo que ha sido necesario elaborar normativas e implementar controles dirigidos a la investigación. Los temores y aprehensiones se generaron por la revelación de los abusos y daños que

se han provocado a la humanidad en nombre del progreso de la ciencia. Posterior a la segunda guerra mundial, se pensó que los daños se limitaban y eran atribuibles a solo un grupo de investigadores, quienes habían abusado a un grupo claramente vulnerable. Sin embargo y con el devenir del tiempo, se ha hecho evidente que estas malas prácticas han traspasado fronteras y épocas. Hasta hoy es posible cuestionar ciertas formas de hacer investigación científica que involucran a poblaciones que de una u otra manera son poblaciones vulnerables, ya sea por pobreza, características culturales, o en que se han obtenido consentimientos sin que los individuos hayan podido comprender los formularios, ya sea por insuficiencia cognitiva de los sujetos o por estar redactados en lenguaje muy técnico o en idiomas que las personas no conocen o no dominan (11). Muchos estudios diseñados en países desarrollados se realizan en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, principalmente por dos motivos, primero para evitar las estrictas regulaciones a la investigación en los países de origen y que no siempre existen en estos países con menor desarrollo, y segundo para reducir en los costos de implementación de la investigación científica. Ruth Macklin apunta algo muy interesante cuando dice que si un país no dispone de mecanismos para identificar y sancionar a los investigadores que violan las leyes y regulaciones o estándares éticos fundamentales durante la investigación, entonces todos los sujetos de investigación en dicho país son vulnerables (12).

La investigación en salud es y ha sido trascendente para los avances de la medicina y la salud en general. Conocer y comprender las causas de la enfermedad ha incidido en forma dramática en la promoción de la salud y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, especialmente en los últimos sesenta años. Toda innovación terapéutica que se pretenda aplicar de forma generalizada, debería ser primero un proyecto de investigación, de modo que su eficacia y seguridad puedan demostrarse de acuerdo a los estándares establecidos y generalmente aceptados por la comunidad científica (13).

Los beneficios de los descubrimientos de nuevos medios para la prevención o la curación de enfermedades son a todas luces evidentes. Las principales demostraciones de este resultado son la erradicación de enfermedades, la disminución de algunas importantes condiciones de salud y el descubrimiento de la cura para otras. Junto a esto se han mejorado los parámetros para la salud en general y las expectativas de vida de las poblaciones en particular. Todo esto finalmente se traduce en una contribución indiscutible al bienestar de la población.

Las decisiones sobre qué investigar, dónde hacerlo y en qué poblaciones o sujetos, son importantes para el momento en que los conocimientos obtenidos a través de la investigación sean aplicados a la práctica clínica o a las políticas de salud pública. Mucha de la investigación científica que se realiza sólo puede llevar a conclusiones válidas para el grupo que ha participado en ella. Es frecuente que se estudien aquellas patologías que afectan a un determinado grupo de la población, más cercano y de mayor incumbencia y conveniencia para los que financian la investigación y se deje de investigar en patologías que son, epidemiológicamente hablando, de mucha trascendencia para poblaciones pobres. El ejemplo más reciente es la falta de estudios para el desarrollo de vacunas y tratamiento contra el Ébola, enfermedad viral con una tasa de letalidad de hasta 90% que ha presentado brotes epidémicos en países de África desde hace al menos 30 años. La inquietud por investigar sobre esta enfermedad se despertó en el mundo desarrollado cuando se contagiaron personas de países europeos y de Estados Unidos. A esta situación se la ha denominado brecha 10/90: el 90% de los recursos destinados a la investigación biomédica se invierten en el 10% de las enfermedades del mundo, la mayoría de ellas presentes en los ciudadanos de los países ricos, porque éstos son los que cuentan con el poder adquisitivo necesario para adquirir tratamientos costosos. En definitiva, los criterios económicos de mercado, de manera importante, terminan por definir cuáles enfermedades se estudian, dónde se estudian y a quiénes finalmente benefician (14).

Es así como, desde el punto de vista ético, no se ha conseguido equidad y justicia desde el momento en que hay poblaciones enteras que no han gozado de los avances de la medicina por una falta de interés de investigadores y patrocinadores por investigar en patologías que afectan a comunidades pobres en que el descubrimiento de un tratamiento o una vacuna no les significará un retorno económico. Existe también una suerte de abuso cuando las investigaciones se realizan en los países pobres pero los beneficios, por problemas de costos, no llegan a la población que se prestó para la investigación.

En resumen:

- La investigación científica debe producir y de hecho produce beneficios a la sociedad.
- Estos beneficios, desde un punto de vista ético, debieran ser primariamente para los individuos o para la población a la que pertenecen los individuos en los que se realizó la investigación.
- Todos los individuos tienen derecho a gozar de los beneficios de la investigación científica.
- Existe un derecho reconocido a la libertad de investigación científica.
- Los investigadores son responsables de realizar la investigación respetando ciertas normas, regulaciones y estándares éticos.
- Todas las personas se podrían considerar individuos vulnerables, por el solo hecho de pertenecer a la especie humana.
- Sin embargo la vulnerabilidad en relación a la investigación científica se puede restringir a los individuos o grupos que no tienen libertad para aceptar o rechazar su participación y a aquellos que no tienen las competencias para comprender y hacer un estricto balance de los riesgos y beneficios tanto personales como sociales.

3. Control de la investigación en salud en poblaciones vulnerables

La vulnerabilidad de los sujetos es de diferentes tipos y existen muchos grupos vulnerables. La precaución y la coherencia con todo lo anteriormente expuesto indicarían que los sujetos que no están en condiciones de dimensionar el riesgo de daño al que podrían estar expuestos, o quienes no tienen capacidad para dar un consentimiento válido, deben ser considerados vulnerables para los efectos de la investigación científica y deberían, en principio, ser excluidos de participar en ella. Al mismo tiempo, dependiendo de la naturaleza de la investigación científica, podríamos decir que la categoría de vulnerabilidad se ampliaría a más individuos mientras más riesgos implique participar en ella, vale decir, mientras mayor sea la posibilidad de ser dañado por la intervención a la que se será sometido. Sin embargo, si los grupos vulnerables son completamente excluidos de participar en investigación científica, se verá conculcado su derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia en todas aquellas áreas o patologías en que sólo es posible investigarlas en ellos.

Entre los individuos con comprensión insuficiente están los niños menores, los ancianos con pérdida de su capacidad cognitiva, los pacientes con déficit neurológicos intelectuales, los pacientes con problemas psiquiátricos, algunas poblaciones con niveles de educación extremadamente bajos y pacientes en estados patológicos con pérdida transitoria de conciencia. Por otra parte, está el grupo de personas vulnerables a raíz de su falta de libertad para aceptar o rechazar participar en investigación como ocurriría con los individuos en condiciones de presidio, personal de las fuerzas armadas, o cualquiera que se encuentre en condición de subalterno en un esquema jerárquico. La pobreza tiene otro flanco de vulnerabilidad ya que, si se ofrece compensación económica por la participación en investigación, no existiría una verdadera libertad para aceptar o rechazar. Este es uno de los motivos por los que es aconsejable que la participación en investigación no sea remunerada y solo se compensen los gastos en que incurren los individuos directamente relacionados a la investigación. Cuando es el médico tratante quien solicita a su paciente que participe en una investigación, o cuando el paciente es invitado a participar de un "nuevo" tratamiento para un padecimiento que no ha tenido cura, la libertad de participar es también cuestionable. Existen formas veladas de presión con las que se debe ser cauteloso. Por ejemplo, cuando se solicita la participación a una persona con gran espíritu altruista argumentando el bien común. Es importante subrayar que moralmente la participación en investigación se sitúa en una ética de máximos por lo que no puede ser considerada una obligación.

Después de la Segunda Guerra Mundial y a raíz de los Juicios de Nüremberg, se hizo manifiesta la necesidad de regular la investigación científica con el objeto de proteger de abusos a los individuos que participaran en la investigación médica debido a que habían quedado en evidencia los atropellos cometidos en los campos de prisioneros en la Alemania Nazi. En 1947 el Tribunal Internacional de Nüremberg publicó el Código de Nüremberg que establecía diez puntos que debían cumplirse con el objeto de proteger a las personas de los abusos y para que la experimentación médica en seres humanos fuera legítima (15). Este fue el primer documento que planteó la obligación de solicitar el Consentimiento Informado. Posteriormente la Asociación Médica Mundial en la Asamblea Médica Mundial en Helsinki en 1964 suscribió la Declaración de Helsinki que contiene una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, declaración que ha sido enmendada sucesivamente en los años 1975, 1983 y 1989, 1996, 2000, 2008 y 2013 (16). Si bien esta declaración no tiene fuerza legal ha sido considerada como una normativa ética que se propone respetar y que se ha incluido como tal en las legislaciones de los países. La Declaración de Helsinki, al igual que el Código de Nüremberg, está enfocada principalmente a dar normas para que una investigación sea legítima protegiendo a los individuos de investigación. En el punto 20 de la enmienda del 2013 de la Declaración de Helsinki, referente a los grupos y personas vulnerables, se especifica que la investigación médica se justifica en estos grupos sólo si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de ese grupo y no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, dice, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación. En relación al requisito del consentimiento informado, cuando el individuo potencial sea incapaz de otorgarlo pero sea capaz de dar su asentimiento a participar, el médico deberá pedirlo además del consentimiento informado del representante legal.

Otro punto importante, en pos de la protección de los sujetos de investigación, es la obligatoriedad de que los protocolos de investigación sean enviados al CEC pertinente para consideración, comentario, consejo y aprobación antes de comenzar el estudio. El Comité debe verificar que el protocolo cumple con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, así como también con las normas internacionales vigentes. Los Comités deben ser transparentes en su funcionamiento, independientes del investigador y del patrocinador y sus miembros

deben tener formación en ética de la investigación. Un rol importante que deben incorporar los CEC, para cumplir a cabalidad con la protección de los sujetos, es el de seguimiento del desarrollo de la investigación. Por otra parte, con el fin de resguardar la idoneidad de los CEC, es necesaria la obligatoriedad establecida de acreditación de los CEC por organismos competentes.

Adicionalmente se han generado otros documentos con normativas para la regulación de la investigación: Guías de Buena Práctica Clínica de la International Conference on Harmonisation (ICH, 1996), CIOMS/OMS (17), Normas Éticas para Investigación con Sujetos Humanos del Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI) de la OPS/OMS (17). Estos documentos internacionales han sido importantes para la protección de los individuos vulnerables en relación a investigación. Los países de una u otra manera han ido implementando estas normativas en sus reglamentaciones nacionales de modo que la distribución de cargas y beneficios en la sociedad sea más equitativa en lo que se refiere a los avances producto de la investigación biomédica.

4. Vulnerabilidad e investigación en Chile

Si bien Chile tiene parámetros de salud como un país desarrollado, las desigualdades en el acceso a la atención en salud, a la educación y en las condiciones de vida, entre otras, hacen que sea difícil realizar un análisis que refleje a la globalidad de la población. El riesgo de que los individuos socialmente más vulnerables participen en investigación sin plena libertad ni conocimiento suficiente está latente. La investigación científica se realiza mayoritariamente en la población de más bajos recursos que es la que se atiende en los hospitales públicos y universitarios y es probable que posteriormente tenga menor acceso a los avances que se generen o podrá acceder más tardíamente a ellos. Con alguna frecuencia quien invita a participar en la investigación en estos centros de salud es el médico tratante, lo cual puede significar menores grados de libertad para individuos que en la práctica no pueden escoger dónde ni con quién atenderse.

En el año 2006, el Congreso Nacional de Chile aprobó el proyecto de ley 20.120 *Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana* cuya finalidad, según especifica, es proteger la vida de los seres humanos desde el momento de la concepción, su integridad física y psíquica, así como su diversidad e identidad genética, en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas. En esta ley, entre otras cosas, se estipula que toda investigación científica debe contar con un informe favorable del Comité de Ética Científico. Por otra parte, a instancias del Reglamento de la misma ley 20.120, en el año 2012 se creó la Comisión Ministerial de Ética de la Investigación en Salud (CEMEIS) cuyos principales objetivos son establecer parámetros homogéneos y acreditar la idoneidad de los CEC junto con velar por los resguardos necesarios para evitar que ocurran eventos adversos que produzcan daño a las personas.

Las iniciativas mencionadas van bien encaminadas hacia la protección de los individuos en relación a la investigación científica. Sin embargo, un tema que ha sido muy conflictivo y que ha generado polémica es el artículo 28 de la ley de Derechos y Deberes de los Pacientes que dice: "*Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica*". Este artículo que sin duda tuvo la intención de proteger a las personas incapaces de dar su consentimiento para participar en investigación, al no considerar las excepciones que se establecen en la Declaración de Helsinki, produce una suerte de discriminación de los más vulnerables al excluirlos de los beneficios que puede generarles la investigación científica en áreas que sólo se podrían estudiar en ellos.

5. Recomendaciones

A partir del análisis presentado en este capítulo se puede establecer una serie de recomendaciones generales con respecto a la consideración de la vulnerabilidad en sujetos de investigación en Chile y el mundo, a saber:

1. Promover la acreditación de calidad de los CEC y la formación de sus miembros para que se tomen todas las medidas necesarias para proteger y disminuir la vulnerabilidad.
2. Los miembros de los CEC de Chile deben conocer cuáles son los sujetos y grupos vulnerables frente a la investigación científica.
3. Privilegiar que por parte del Estado y de los patrocinadores que la investigación que se realice en el país sea atingente a los problemas de salud de la población nacional.
4. Las poblaciones más vulnerables, incluyendo a los individuos que no tienen capacidad para dar su consentimiento, deben poder participar en toda aquella investigación que los podría beneficiar.
5. Las políticas de financiamiento de la investigación deben ser equitativas y promover las iniciativas que irán a subsanar problemas propios de las poblaciones vulnerables.
6. Los investigadores y las agencias financiadoras deben considerar dentro de los costos de la investigación garantizar que sus beneficios lleguen de alguna manera a los más desposeídos.

6. Conclusiones

La investigación científica con seres humanos es y ha sido un importante instrumento para mejorar las condiciones de salud y de vida de las personas. Los investigadores, si bien se les reconoce la libertad de investigar, tienen la responsabilidad de realizar investigaciones que tengan valor social, que respeten los derechos de los individuos que participan como sujetos de la investigación, resguardarlos de los daños previsibles, y respetarles la libertad de participar en ellas con pleno conocimiento de los riesgos y beneficios.

La vulnerabilidad social, referida a personas o a grupos o comunidades de personas, tiene diferentes enfoques; sin embargo, en general podríamos decir que la vulnerabilidad social se refiere a aquellas personas que tienen riesgo de ser dañadas en cualquier aspecto de su vida. Desde esa concepción general, se considera que finalmente la vulnerabilidad es una condición humana inherente. A pesar de ello, indudablemente hay individuos que están mejor provistos para enfrentar las condiciones de riesgo y por lo tanto son menos vulnerables y podrán enfrentar las situaciones con sus propias fortalezas. Si consideramos dentro de los grupos más vulnerables a los niños, ancianos, personas en condiciones pobreza, personas con capacidades mentales disminuidas o alteradas, personas privadas de libertad y a cualquier persona o grupo discriminado o con carencias sociales severas, es claro que en la práctica tienen menos espacios de libertad, sus posibilidades de elección son restringidas y el riesgo de ser dañados es mayor. Por otra parte, su misma condición de base significa que la mayor parte de las veces no serán ellos los que accedan a los avances logrados con la investigación. Es por esto que se considera que su participación en investigación debe ser restringida sólo a aquella investigación científica que le significará un beneficio a ellos, como individuos o como grupo, y que no se puede realizar en un grupo que no sea vulnerable. Los Comités de Ética Científicos, en base a convenios internacionales y normativas legales, deben velar porque se respeten los derechos de

los individuos vulnerables y porque no se los someta a daños previsibles, innecesarios y/o desproporcionados con el beneficio que se busca. Como sociedad debemos buscar los mecanismos para que los beneficios de la investigación científica se traspasen en forma equitativa a los más vulnerables.

7. Ideas Fuerza

1. ¿Qué se sabe de este grupo vulnerable?

- La vulnerabilidad en investigación está definida por el riesgo que tienen los individuos de sufrir daños en la integridad física, psíquica, o de la confidencialidad de los datos.

2. ¿Cómo se relaciona su vulnerabilidad con el proceso de investigación?

- En Chile, al igual que en otros países, los grupos más vulnerables en relación a la investigación biomédica son los que pertenece a los quintiles más pobres, los que tienen menor educación y aquellos con enfermedades que provocan gran sufrimiento. Estas condiciones les quitan grados de libertad y capacidad para evaluar riesgos y beneficios. Además en Chile hay un grupo especial que son los discapacitados mentales que han sido excluidos por ley de la posibilidad de participar en investigación científica que los beneficie.
- Los grupos más vulnerables, en general en el mundo, asumen los riesgos de la investigación científica pero no reciben en la misma proporción los beneficios futuros.

3. ¿Qué se ha hecho para mejorar esta vulnerabilidad?

- Las normativas internacionales, la Carta de Derechos Humanos, las declaraciones de asociaciones médicas, etc., han contribuido a reglamentar la investigación científica con seres humanos y a proteger a los individuos más vulnerables que participan en investigación frente a daños previsibles e innecesarios.
- Chile ha acogido varias de las normativas en sus leyes con el mismo objetivo.

4. ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Potenciar el rol de los CEC como protectores de los individuos que participan en investigación.
- Mayor formación de los investigadores en los aspectos éticos de la investigación.
- Educar a la población en general y a los investigadores en particular en el conocimiento y la protección de los individuos y grupos con vulnerabilidad social.
- Lograr como país que los grupos vulnerables sean cuantitativamente menores,
- Reconocer que existen grupos vulnerables que no se pueden evitar y que para ellos debemos lograr, a través de legislaciones y normativas bien diseñadas, mecanismos de protección tales que sin excluirlos de la participación en investigación científica y del goce de sus beneficios les garanticen el respeto de sus derechos y los protejan de los posibles daños.

Referencias

1. Feíto L. Vulnerabilidad. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2007;30.
2. Grady C. Vulnerability in Research: Individuals with Limited Financial and/or Social Resources. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2009;37(1):19–27.
3. Chile-CORFO I. Glosario de términos referenciales concurso programa de innovación y emprendimiento social. 2015.
4. Hurst SA. Vulnerability in research and health care; Describing the elephant in the room? Bioethics. 2008;22(4):191-202.
5. Montoya G. Poblaciones especiales en investigación biomédica. In: Lolas F, Quezada A, Rodríguez E, editors. Investigación en salud Dimensión ética. Santiago de Chile: CIEB, Universidad de Chile; 2006. p. 191-215.
6. La Rocca S, Martínez G, Rascio A, Bajardi M. La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. Acta Bioethica. 2005;11(2):169-81.
7. Kant M. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Velasco LMd, editor. Madrid: Espasa Calpe; 1995.
8. Flory J, Emanuel E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research - A systematic review. Jama-J Am Med Assoc. 2004;292(13):1593-601.
9. UN. Declaración Universal de Derechos Humanos 2015. Available from: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml.
10. Aultman JM. Abuses and Apologies: Irresponsible Conduct of Human Subjects Research in Latin America. Journal of Law Medicine & Ethics. 2013;41(1):353-68.
11. Fitzgerald DW, Marotte C, Verdier RI, Johnson WD, Jr., Pape JW. Comprehension during informed consent in a less-developed country. Lancet. 2002;360(9342):1301-2.
12. Macklin R. Bioethics, vulnerability, and protection. Bioethics. 2003;17(5-6):472-86.
13. Ferrer JJ. La protección de los sujetos humanos en la investigación biomédica. In: Mayaguez PR, editor. Deber y deliberación: Una invitación a la Bioética: CePA; 2007. p. 187.
14. Macklin R. El problema de la justicia hacia los países menos desarrollados. Acta Bioethica. 2004;Vol. 10(1).
15. NÚREMBERG CD. Tribunal Internacional de Núremberg 1947. Available from: http//www.bioetica.net.info/documentos/Nuremberg.PDF.
16. AMM DdHdl. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 1964. Available from: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/.
17. CIOMS, OMS. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Ginebra2002. Available from: http://www.iclatam.com/Portals/0/Regulaciones/CIOMS.pdf.

Acerca de los autores

Carmen Paz Astete, MSc

Médico Cirujano Universidad de Chile. Especialista en Genética Clínica y Citogenética. U de Chile. Magíster en Bioética. Profesor agregado Departamento de Pediatría Oriente Facultad de Medicina. U de Chile. Profesor Titular Universidad del Desarrollo. Docente de Bioética. Encargada Programa de Bioética para internos de Medicina. Directora Centro de Bioética Universidad del Desarrollo. castete@udd.cl

Recomendaciones para sujetos de investigación que enfrentan vulnerabilidades sociales en Chile

Principales recomendaciones para políticas y programas

A partir del análisis presentado en este capítulo se puede establecer una serie de recomendaciones generales con respecto a la consideración de la vulnerabilidad en sujetos de investigación en Chile y el mundo, a saber:

1. Promover la acreditación de calidad de los CEC y la formación de sus miembros para que se tomen todas las medidas necesarias para proteger a los sujetos vulnerables.

2. Los miembros de los CEC de Chile deben conocer cuáles son los sujetos y grupos vulnerables frente a la investigación científica.

3. Privilegiar que por parte del Estado y de los patrocinadores que la investigación que se realice en el país sea atingente a los problemas de salud de la población nacional.

4. Las poblaciones más vulnerables, incluyendo a los individuos que no tienen capacidad para dar su consentimiento, deben poder participar en toda aquella investigación que los podría beneficiar.

5. Las políticas de financiamiento de la investigación deben ser equitativas y promover las iniciativas que irán a subsanar problemas propios de las poblaciones vulnerables.

6. Los investigadores y las agencias financiadoras deben considerar dentro de los costos de la investigación garantizar que sus beneficios lleguen de alguna manera a los más desposeídos.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Carmen Astete**, Médico, Directora del Centro de Bioética Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Profesor Titular Universidad del Desarrollo, Miembro Comité de Ética Asistencial . Hospital Luis Calvo Mackenna. castete@udd.cl
- **María Inés Gómez**, Médico, Directora Hospital Padre Hurtado, Docente Centro de Bioética Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Miembro Comité de Ética Asistencial Hospital Padre Hurtado, Miembro Comité Ético-Científico Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Integrante Comisión Ministerial de Ética de Investigación (CMEIS), migomez@hurtadohosp.cl

- **Sofía Salas**, Médico, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales, Miembro del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, sofia.salas@udp.cl
- **Juan Pablo Beca**, Médico, Profesor Titular Universidad del Desarrollo. Miembro Honorario de la Academia de Medicina de Chile, Miembro del Comité de Etica Científico Fac. de Medicina CAS-UDD y del Comité de ética asistencial Clínica Alemana. jpbeca@udd.cl

1. ¿Por qué este tema es importante?

- La vulnerabilidad en investigación está definida por el riesgo que tienen los individuos de sufrir daños en la integridad física, psíquica, o de la confidencialidad de los datos.
- En Chile, al igual que en otros países, los grupos más vulnerables en relación a la investigación biomédica son los que pertenece a los quintiles más pobres, los que tienen menor educación y aquellos con enfermedades que provocan gran sufrimiento. Estas condiciones les quitan grados de libertad y capacidad para evaluar riesgos y beneficios.
- Además en Chile hay un grupo especial que son los discapacitados mentales que han sido excluidos por ley de la posibilidad de participar en investigación científica que los beneficie.
- Los grupos más vulnerables, en general en el mundo, asumen los riesgos de la investigación científica pero no reciben en la misma proporción los beneficios futuros.

2. ¿Qué se sabe de este tema hasta la fecha en Chile?

- Las normativas internacionales, la Carta de Derechos Humanos, las declaraciones de asociaciones médicas, etc., han contribuido a reglamentar la investigación científica con seres humanos y a proteger a los individuos más vulnerables que participan en investigación frente a daños previsibles e innecesarios.
- Chile ha acogido varias de las normativas en sus leyes con el mismo objetivo.

3. ¿Qué hace falta por mejorar?

- Potenciar el rol de los CEC como protectores de los individuos que participan en investigación.
- Mayor formación de los investigadores en los aspectos éticos de la investigación.
- Educar a la población en general y a los investigadores en particular en el conocimiento y la protección de los individuos y grupos con vulnerabilidad social.
- Lograr como país que los grupos vulnerables sean cuantitativamente menores.
- Reconocer que existen grupos vulnerables que no se pueden evitar y que para ellos debemos lograr, a través de legislaciones y normativas bien diseñadas, mecanismos de protección tales que sin excluirlos de la participación en investigación científica y del goce de sus beneficios les garanticen el respeto de sus derechos y los protejan de los posibles daños.

SECCION IV

Conclusiones Finales

Capítulo de discusión y conclusiones

Vulnerabilidad Social y Salud en Todas las Políticas en Chile

Sebastián Peña, MD, MSc

Investigador Visitante, Instituto Nacional de salud y Bienestar; Encargado Salud, Programa Santiago Sano, Ilustre Municipalidad de Santiago, Chile.

Paula Sierralta, MPH

Coordinadora Equipo Alcohol, Programa Santiago Sano, Ilustre Municipalidad de Santiago, Chile.

Roberto del Águila, MD, MPH

Organización Panamericana de la Salud, Chile.

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Chile.

Resumen

La vulnerabilidad social es entendida como un fenómeno universal, complejo y multidimensional que afecta a individuos, familias, comunidades y sociedades en su totalidad. Entre los elementos centrales del concepto destaca la noción de riesgo y justicia social, sumado a la capacidad de respuesta y la fuerza de la amenaza y del ambiente natural y construido que modulen la intensidad del daño. Se destaca la naturaleza relacional de la vulnerabilidad, expresada a través de la discriminación, marginalidad y exclusión social. Esto exige del Estado una respuesta integral, coordinada y necesariamente intersectorial. Las políticas públicas para abordar la vulnerabilidad social deben considerar el "universalismo proporcionado", combinando políticas universales con focalizadas en grupos sociales con mayor vulnerabilidad. Si bien existen una gran variedad de políticas públicas que abordan la vulnerabilidad social, se hace necesario contar con una Política Integral de Protección Social que integre, coordine y dé coherencia a las políticas existentes. El concepto de Salud en Todas las Políticas surge como un enfoque con potencial de facilitar el abordaje de "problemas complejos" que requieren coordinación intersectorial. Para ello es fundamental contar con voluntad política de la más alta autoridad, aprovechar ventanas de oportunidad para la acción que abren y cierran rápidamente, el desarrollo de estructuras y procesos intersectoriales, y el manejo de los conflictos de interés, que salvaguarden a la población de relaciones desiguales de poder.

Palabras Claves: Salud, Estado, Vulnerabilidad Social, Salud en Todas las Políticas.

1. Introducción

La salud es un componente esencial para el bienestar de una sociedad y se encuentra influenciada por determinantes sociales, comerciales, políticos y ambientales que circunscriben la forma en que las personas nacen, crecen, viven, estudian, juegan, trabajan y envejecen. A lo largo del curso de vida, los seres humanos nos vemos expuestos a distintos niveles de riesgo que ponen a prueba y amenazan nuestra capacidad de respuesta. El Estado, como responsable de la salud de la población, define políticas públicas orientadas a modificar el riesgo intrínseco de las personas (situación de pobreza, educación, entre otras) y a prevenir o mitigar las consecuencias negativas de eventos inevitables, tanto por las características propias de la geografía del país o por la naturaleza global de situaciones que exceden al control de una Nación o Estado en particular (ver capítulo 1 de sección I: introducción; y capítulo 1 de sección III: desastres naturales). También la salud y enfermedad de las personas las predispone a riesgos sociales y económicos, disminuyendo su capacidad para trabajar o gatillando gastos de bolsillo que generan situaciones de pobreza.

Finalmente, la naturaleza dinámica y multifactorial de la vulnerabilidad y sus consecuencias en el bienestar y la salud implican la necesidad del Estado de articular políticas intersectoriales que logren dar coherencia y alinear objetivos sectoriales en torno a lo que cada sociedad en su totalidad se propone como meta o ideal, vinculados a asegurar la protección de los derechos humanos, la justicia social, el bienestar y la equidad. El enfoque de Salud en Todas las Políticas constituye una herramienta emergente con potencial para contribuir en el proceso de políticas intersectoriales destinadas a reducir y mitigar la vulnerabilidad social y sus consecuencias en salud en Chile.

A la luz de las secciones anteriores, este capítulo busca responder las preguntas planteadas en la primera sección, sintetizar las principales políticas públicas para abordar la vulnerabilidad social y sus consecuencias para la salud en Chile y proponer algunos lineamientos de cómo se podría llevar esto a cabo utilizando el enfoque de Salud en Todas las Políticas. En concreto, los objetivos del capítulo son los siguientes:

- ¿Cómo se define y entiende la vulnerabilidad, cuál es la dinámica a lo largo del ciclo de vida y en situaciones de riesgo, cómo estos riesgos se acumulan, combinan, multiplican y cancelan en las distintas poblaciones y situaciones analizadas?
- ¿Cuáles son las principales políticas públicas e intervenciones necesarias en nuestro país para reducir la vulnerabilidad social y su impacto en salud?
- ¿Cómo implementar las políticas públicas necesarias utilizando el enfoque de Salud en Todas las Políticas, identificando actores, mecanismos, relaciones de poder y ventanas de oportunidad?

2. Concepto de Vulnerabilidad: dinámica e interacción de riesgos

El concepto de vulnerabilidad es, a lo largo de este libro, analizado y conceptualizado en base a diversos marcos conceptuales y epistemológicos, incluyendo la visión normativa, jurídica, ética y social. De esta discusión surgen elementos relevantes de subrayar, con claras implicancias para el diseño e implementación de políticas públicas. Si bien los distintos capítulos exploran el concepto de vulnerabilidad, se rescatan las definiciones formales presentadas en los distintos capítulos que enfatizan diversos aspectos de la vulnerabilidad social:

- Fenómeno multidimensional, dinámico, que expone a la persona a un aumento del riesgo de incurrir en un error o daño (capítulo 2 sección I: “Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud”).
- Razones que justifican introducir en la organización social, y en concreto, en los sistemas de derecho, un trato diferenciado para aquellos grupos en condiciones de vulnerabilidad cuya causa es una desigualdad material injusta o arbitraria en relación a un colectivo mayor (capítulo 3 sección I: “Sobre el concepto de vulnerabilidad social: Marco filosófico, ético y jurídico”).
- Resultado de exposición a riesgos (eventos, características y procesos), incapacidad para hacerles frente, ya sea por mecanismos personales internos o apoyo externo (recursos económicos, protección social, redes de apoyo y herramientas individuales) e inhabilidad para adaptarse activamente a sus consecuencias (aprovechar condiciones sociales o económicas para mejorar la situación o impedir deterioro (capítulo 7 sección II: “Una mirada a la vulnerabilidad social y sus consecuencias en la salud de las personas mayores en Chile”).
- Incapacidad, temporal o permanente, individual o grupal, para realizar una evaluación adecuada de la relación riesgo beneficio y, por lo tanto, de dar un consentimiento informado válido para participar en una investigación científica determinada (capítulo 9 sección III: “Vulnerabilidades sociales y su efecto en sujetos de investigación en Chile”).

- Rescatar la dimensión social de la vulnerabilidad como una construcción socio-cultural histórica, señalando que hay personas, poblaciones y espacios vulnerables dado los riesgos que experimentan por la pérdida de poder y control, relevando el rol de la distribución del poder entre hombres y mujeres en la generación y mantención de la violencia de género (capítulo 3 sección III: "Violencia contra la mujer y sus consecuencias en salud en Chile").
- Es necesario introducir las condiciones políticas, económicas, físicas y sociales que exponen a las personas y grupos a un mayor o menor riesgo frente a las amenazas naturales determinando el nivel de daño (capítulo 1 sección III: "Vulnerabilidad Social ante Desastres Naturales").

Un elemento transversal a todas estas definiciones es el concepto de riesgo; individuos, familias, poblaciones y sociedades serían más vulnerables al presentar un mayor riesgo de consecuencias negativas (muerte, discapacidad, enfermedad, pobreza, daños en su hogar, violencia, etc.). Otras definiciones ponen énfasis en el carácter inmerecido e injustificado, poniendo el concepto de justicia social al centro de la discusión. Si bien útiles en enfatizar distintos aspectos de la vulnerabilidad, éstas se consideran insuficientes para dar cuenta de la complejidad de un fenómeno que, según se detalla a lo largo del libro, es multidimensional, ocurre en distintos niveles, es dinámico y se acumula como resultado de una sumatoria de distintas exposiciones a lo largo de la vida. Por otra parte, las definiciones existentes denotan un sesgo por una mirada individual de la vulnerabilidad, aunque a lo largo del libro se destaca la existencia de una dimensión colectiva, que obedece a factores poblacionales a nivel de grupos sociales, territorios, comunidades y sociedades.

Junto con la noción de riesgo y justicia social, los capítulos del libro ilustran a nuestro juicio tres componentes centrales del concepto de vulnerabilidad. En primer lugar, y si bien el ser humano es intrínsecamente vulnerable, la intensidad de la vulnerabilidad (parafraseando lo expresado en el capítulo 2 de sección III: "Salud y Pobreza en Chile") varía a lo largo del curso de vida y en distintos individuos según la *capacidad de respuesta* que estos y sus comunidades poseen. En esta capacidad de respuesta se incluyen el desarrollo cognitivo y emocional, mecanismos de defensa, recursos internos, condición de salud y nivel educacional, en conjunto con factores socioeconómicos, como la condición económica, cultural, vivienda u otras condiciones de vida. (por ejemplo, capítulo 2 sección II: infancia temprana; capítulo 3 sección II: pre-escolar y escolar; y capítulo 3 sección II: adolescencia y juventud). En segundo lugar, la fuerza de la *amenaza propiamente tal y el ambiente natural y construido* con todas sus barreras y elementos facilitadores (capítulo 1 sección III: desastres naturales; y capítulo 2 sección III: pobreza y salud). Finalmente, un conjunto de capítulos destacan la *naturaleza relacional* de la vulnerabilidad, expresada a través de la discriminación, marginalidad y exclusión social que emerge del "poder hegemónico" o la "dominación" de un grupo social sobre otro. Esto es reiterado en los capítulos de diversidad sexual (capítulo 6 sección III), pueblos indígenas (capítulo 5 sección III), violencia contra la mujer (capítulo 3 sección III). En este componente relacional, se menciona a su vez el que emerge de las asimetrías de información, dando pie a iatrogenias asociadas a los tratamientos innecesarios (capítulo 1 sección II: nacimiento) o la que experimentan sujetos de investigación (capítulo 9 sección III: vulnerabilidad en sujetos de investigación).

Este análisis de concepto destaca el modelo de determinantes sociales de la salud desarrollado por Irwin y Solar (2006) para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Este modelo incorpora estos tres

componentes de la vulnerabilidad y jerarquiza los factores de riesgo en torno a determinantes intermedios y estructurales. De esta manera, el modelo incorpora la noción de cadenas de causalidad producto de la interacción de determinantes.(1) La Figura 1 resume las características descritas en relación al fenómeno de la vulnerabilidad, destacando su naturaleza dinámica, multidimensional y relacional. También se destaca que existe en distintos niveles (individuo, hogar, comunidad y sociedad) y es transmisible de una generación a otra, acumulativa y modificable.

Figura 1 Características del fenómeno de la vulnerabilidad descritas en el libro

La vulnerabilidad es:

- *Inherente al ser humano*. Resultado de la fragilidad humana y por ende intrínseca al ser humano.
- *Dinámica:* Las vulnerabilidades van cambiando a lo largo de la vida, en el tiempo y también en los distintos contextos, comunidades y territorios.
- *Multidimensional:* Las dimensiones posibles son los peligros internos del grupo, los peligros externos y la capacidad de afrontamiento a estos peligros. Asimismo, hay otras dimensiones como el grupo etario, discapacidad, género, territorio.
- *Multinivel:* Ocurre a nivel individual, de hogar, comunidad y sociedad.
- *Compleja:* Es el resultado de la interacción de múltiples factores que en el tiempo se acumulan, suman, atenúan y mitigan.
- *Relacional:* Posee un componente relacional que surge de la inequidad en la distribución del poder, resultando en discriminación, marginalidad y exclusión social.
- *Acumulativa en el momento y el tiempo:* Los tipos de vulnerabilidad se suman y acumulan en un mismo momento, así como se van acumulando en el tiempo en función de un deterioro de la capacidad de respuesta y causas estructurales y ambientales persistentes.
- *Transmisible de una generación a otra:* Se describe una transmisión intergeneracional de la vulnerabilidad, a través de mecanismos como la violencia, el trauma, la pobreza y la exclusión social.
- *Modificable:* Las personas y grupos sociales caen en situaciones de vulnerabilidad, pero también es posible salir de esa condición en base a la capacidad de respuesta, las modificaciones del ambiente y el apoyo de otros y del Estado.

Fuente: Elaboración de los autores

Los capítulos anteriores representan un esfuerzo importante de análisis de una gran variedad de tipos de vulnerabilidad a lo largo del curso de vida y en situaciones especiales, incluyendo algunas poco exploradas en la literatura internacional como la vulnerabilidad de pueblos indígenas, en sujetos de investigación, en personas con algún tipo de discapacidad física o mental y de los hombres. No son las únicas situaciones y se podría mencionar, entre otras, a personas en situación de calle, población con dependencia a drogas o alcohol, personas con enfermedades raras, personas que se encuentran endeudadas por el sistema crediticio y consumidores en general, trabajadores con condiciones de empleo precarias, etc. Por otra parte, dada las características geográficas de nuestro país, otro grupo de interés podría ser aquellos grupos que viven en zonas aisladas geográficamente, con escasez de servicios básicos y dificultades de conectividad. Estos tipos de vulnerabilidad social podrían ser incorporados en futuras publicaciones de este tipo y ciertamente incluidos al debate nacional en esta materia.

El análisis detallado de los tipos de vulnerabilidad y sus consecuencias en salud en Chile resultan útiles para comprender que los tipos de riesgo y consecuencias negativas no son uniformes sino que varían según el caso. La Tabla 1 utiliza la tipología de Valdés y Lecaros en el capítulo 3 de la primera sección del libro, describiendo dos tipos esenciales de vulnerabilidad: (1) vulnerabilidad física en base a criterios objetivos y (2) vulnerabilidad por razones ideológicas, tradición cultural indígena y socio-culturales. Dicha tipología rescata las dimensiones absoluta y relativa de la vulnerabilidad y permite conceptualizar las diferentes dimensiones que la cruzan.

Tabla 1 Síntesis de los tipos de vulnerabilidad y sus consecuencias en salud descritas en el libro

Tipos de vulnerabilidad		**Grupo**	**Tipo de vulnerabilidad (determinantes sociales)**	**Consecuencia en salud**
I.Razones Físicas Objetivas	Edad	Al momento del Nacimiento	Prácticas culturales en relación al embarazo, parto y puerperio que pueden enfrentar las prácticas del sistema de salud occidental. Asimetría de información con proveedor de salud. Incentivos económicos que determinan prácticas clínicas inadecuadas.	Riesgos físicos. Riesgos psicológicos. Riesgos vinculares. Problemas con la lactancia materna.
	Edad	Infancia Temprana	Olvido de este grupo en materia de política pública, lo que ha llevado a la extrema vulnerabilidad o Trauma Complejo	Aumento de problemas de conducta, violencia, trastornos afectivos y dificultades en el desarrollo del vínculo. Trauma Complejo relacionado con diez causas de muerte en la adultez y asociado con diversos problemas de salud mental en la adultez.

Tipos de vulnerabilidad		Grupo	Tipo de vulnerabilidad (determinantes sociales)	Consecuencia en salud
I.Razones Físicas Objetivas	Edad	Infancia Pre-es colar y Escolar	Dependencia al entorno biopsicosocial y económico. Mirada adulto-céntrica, con una falta de participación de este grupo en señalar sus necesidades. Retraso normativo frente a la protección efectiva de los derechos de la Infancia.	Mayor riesgo de padecer enfermedades a través del ciclo vital (respiratorias, parasitarias, malnutrición y de salud mental). Estrés tóxico, produce eventuales trastornos del aprendizaje, de comportamiento, vinculares y físicos.
	Edad	Adolescente	Invisibilización de las políticas públicas. Condiciones de vida desfavorables. Insuficiente acceso a los servicios de salud.	Problemas en salud mental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, actividad física v/s sedentarismo, enfermedades crónicas, enfermedades oncológicas, discapacidad y salud bucal. Consumo de drogas, alcohol.
	Edad	Adultos Mayores	Acumulación e interacción a lo largo de la vida. Precariedad laboral, familiar y social. Inequidades de género, debido a menor disponibilidad de recursos económicos, mayor dependencia funcional y menor acceso en materia de cuidado. Mayor dificultad para acceder a atención en salud y a medicamentos.	Enfermedades crónicas. Mayor dependencia y discapacidad.
	Edad	Al final de la vida	Acumulación e interacción de desigualdades estructurales y supra estructurales, a lo largo de la vida. Estructura social y política. Invisibilización del discurso oficial. Discriminación. Clase social. Sistema de salud injusto e ineficaz.	Pobres condiciones de cuidado y atención de pacientes ancianos marginales al final de la vida.
	Discapacidad	Personas con discapacidad	Mayor pobreza. Dificultades de acceso a salud. Menor educación. Menor acceso al trabajo. Discriminación. Dificultad para acceder a los servicios de salud.	Empeoramiento de su condición de salud.

Tipos de vulnerabilidad		Grupo	Tipo de vulnerabilidad (determinantes sociales)	Consecuencia en salud
II. Razones ideológicas, tradicional cultural indígena y socio culturales	Etnia	Migrantes Internacionales	Discriminación por parte del país receptor Procesos legales y burocráticos en país receptor. Condiciones de vida (residencia irregular, condiciones socio económicas). Dificultad para un aseguramiento de salud, lo cual conlleva a una dificultad en el acceso a los servicios de salud. Condiciones de empleo como trabajo precario o sueldo insuficiente para cubrir las necesidades básicas. Condiciones de trabajo con mayor riesgo de accidentes o enfermedades de origen laboral Dificultad para un aseguramiento de salud, lo cual conlleva a una dificultad en el acceso a los servicios de salud.	Grupos específicos de inmigrantes internacionales, como los peruanos en Santiago, con pobres condiciones de vida y problemas de salud mental. En las mujeres inmigrantes embarazadas, se observa un menor acceso a cuidados prenatales, acceso tardío a controles del programa de salud sexual, dificultades en acceso a métodos anticonceptivos, mayor riesgo de depresión post parto y riesgo de enfermedades asociadas al embarazo.
	Pertenencia a pueblos originarios o indígenas	Pueblos Indígenas	Exclusión social. Pobreza. Discriminación histórica y marginación histórica. Dificultad de combinar las dos visiones con respecto a salud, la de los pueblos originarios y la occidental. Pérdida de tierras ancestrales.	Brechas sistemáticas entre la salud de la población indígena y no indígena. Mayor incidencia de problemas de salud mental. Mayor incidencia de suicidio. Altas tasas de morbimortalidad por tuberculosis.
	Razón de género	Hombres	Segmentación de los roles de hombres y mujeres. Postergación de la salud de los hombres, con una invisibilización del sexo masculino en salud lo que lleva a una ausencia de políticas públicas específica. Sistema de salud no presenta oferta formal enfocada a salud del hombre.	Conductas de riesgo: beber alcohol en exceso, conducir a exceso de velocidad. Descuido de la propia salud. Descuido de salud mental.
		Mujeres	Relaciones de poder que lleva a que las mujeres carezcan de la capacidad de la toma de decisión sobre su cuerpo y su salud. Empobrecimiento femenino. Distribuciones inequitativas del trabajo doméstico. Baja participación laboral femenina afectan negativamente. Visión reduccionista de la salud de la mujer, por parte del Sistema de Salud, a un materno y reproductivo.	Desarrollo de condiciones crónicas degenerativa. Peor calidad de vida que los hombres. Mayor prevalencia de síndromes depresivos. Principal causa de mortalidad para las mujeres fueron las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón.

Tipos de vulnerabilidad		Grupo	Tipo de vulnerabilidad (determinantes sociales)	Consecuencia en salud
II. Razones ideológicas, tradicional cultural indígena y socio culturales		Violencia intrafamiliar	Desigual distribución del poder. Roles de género hegemónicos.	Problemas de salud mental y física Inseguridad económica. Retraso en el aprendizaje y potencial de desarrollo de los hijos.
	Por orientación sexual	Diversidad Sexual	Discriminación, Prejuicios, Invisibilización, Rechazo y exclusión Menor acceso a los servicios de salud.	Mayores tasas de suicidio. Mayores tasas de enfermedades de transmisión sexual.
	Pobreza o razones económicas	Pobreza	Dificultades de acceso a salud (atención, calidad, financiamiento, tiempos de espera). Mayor probabilidad de empobrecer y perder bien estar al enfermarse. Menor educación. Menor acceso al mundo laboral.	Mayor prevalencia de enfermedades crónicas, problemas asociados al abuso de sustancias, peor autopercepción del estado de salud, mayor prevalencia de problemas nutricionales y salud mental, mayores tasas de embarazo adolescente.
		Desastres de origen natural o producidos por el hombre	Condiciones políticas y sociales. Mayor impacto en personas de nivel socioeconómico bajo, niños/adultos mayores, mujeres, discapacitados, enfermos crónicos e inmigrantes. Dificultad en el acceso a salud por destrucción en infraestructura y vialidad.	Intensificación de condiciones de salud (pacientes crónicos, personas con algún tipo de discapacidad). Efectos en salud mental (estrés post traumático y depresión).
		Sujeto de investigación	Discriminación. Uso de poder.	Desconocer sus consecuencias en salud.

Fuente: Elaboración de los autores

3. Políticas Públicas para abordar la vulnerabilidad en Chile

Este libro propone al menos dos niveles de vulnerabilidad, una intrínseca e ineludible a nuestra condición humana, y otra prevenible o modificable y de origen social. Sobre la primera, la conceptualización de la vulnerabilidad como un concepto intrínseco al ser humano es coherente con el análisis de las diversas situaciones de vulnerabilidad a lo largo del curso de vida y de grupos específicos explorados en los capítulos del libro. Es así cómo se identifican a los niños, los adolescentes, las mujeres, los hombres y los adultos mayores como grupos etarios en riesgo de vulnerabilidad. Se concluye que todos los individuos de una sociedad nos vemos expuestos a distintos niveles de vulnerabilidad, lo que implica que la protección del Estado debe ser universal y permanente, independiente de la

condición socioeconómica, étnica, de género, etaria o geográfica del individuo, es decir estas políticas deben ser necesariamente universales.

La segunda tipología de la vulnerabilidad es aquella de origen social. En esta línea de pensamiento, la política pública debe focalizarse y ser capaz de dar una respuesta organizada a aquellos ciudadanos que caen en estado de necesidad producto de la edad, una enfermedad, la pérdida del empleo, desastres naturales, etc., sea permanente o no. Se hace necesario por parte del Estado un trato diferenciado para aquellas personas o grupos en condiciones de vulnerabilidad mediante mecanismos de protección social especial, a través del reconocimiento de derechos fundamentales y mecanismos de tutela frente a la vulneración de derechos. Es tarea del Estado proteger al más débil, al más pobre y al más falible en contra de la discriminación y destrucción operada por otros grupos sociales, corrigiendo el acceso equitativo al disfrute de los derechos de aquellos que están en desventaja, sea que esta desventaja considerada como injusta o por una cuestión de desarrollo natural como es el envejecimiento humano.

El concepto de "universalismo proporcionado", acuñado por Sir Michael Marmot en la Revisión Estratégica de Desigualdades en Salud en Inglaterra, combina ambos conceptos al proponer que para reducir la gradiente social, es necesario combinar derechos y acciones universales, pero en una escala e intensidad proporcionales a los niveles de vulnerabilidad.(2) Este concepto se propone como un justo equilibrio entre dos principios cruciales de las políticas públicas que aborden la vulnerabilidad social en Chile y sus consecuencias. Tomando en cuenta estos elementos, los diferentes autores de los capítulos revisados identifican características que deben tener las políticas del Estado, incorporando una perspectiva de curso de vida, de universalidad y a la vez focalizadas, de derechos humanos, con programas transversales, basados en evidencia, coordinados e integrales, con una perspectiva de ciudadanía de quienes serán beneficiarios, esto es que sean partícipes en el diseño de las políticas.

La mayoría de los capítulos hacen un llamado a la creación de políticas integrales en el tema en discusión, que articulen y coordinen las políticas públicas existentes. Se hace necesaria a su vez una "Política Integral de Protección Social (o de Vulnerabilidad)" que sirva de articulador de las políticas destinadas a grupos y situaciones específicas de vulnerabilidad. Al respecto, es conveniente destacar que los autores identifican avances y progresos en el desarrollo de políticas públicas en sus áreas, concluyendo que Chile posee un cuerpo legislativo y programas sectoriales e intersectoriales que buscan "emparejar la cancha" y asegurar el acceso a mínimos a toda su población, para disminuir los riesgos para la salud que implica vivir expuestos a determinantes sociales que los hacen más vulnerables. Uno de ellos es el Sistema de Protección Social Chile Solidario, creado el 2002, para la atención integral e interinstitucional de familias en situación de pobreza, otorgándoles atención psicosocial, acceso a subsidios monetarios y a la oferta de la red pública (educación, trabajo, vivienda, habitabilidad, e identidad, salud). Otro es el Programa Chile Crece Contigo, creado el 2006, que constituye un sistema integral de protección a la infancia, destinado a niños, niñas y sus familias, desde el primer control prenatal hasta los 4 años. Ambos programas tienen como objetivo que la población beneficiaria tenga garantizados derechos sociales con estándares mínimos. El Programa Chile Crece Contigo tiene, además, una estructura intersectorial, con presupuestos compartidos a través de los Ministerios de Desarrollo Social y Salud.

De este actual Sistema de Protección Social que garantiza derechos mínimos, se hace necesario contar con una política integral que garantice, no sólo desde la teoría, la universalidad de derecho a todos los habitantes del territorio a través de la articulación de la oferta pública y que sea capaz de implementar el concepto de "universalismo

proporcionado", en los casos de aquellos ciudadanos que caigan en situaciones de vulnerabilidad. Es importante que la oferta de esta política incluya aspectos de derechos como la salud, la vivienda, la educación, pensiones, etc., además de un sistema de protección ante estados de necesidad. Finalmente, los capítulos destacan a la sociedad civil como un actor fundamental en visibilizar las vulnerabilidades de muchos grupos y como actores claves al momento de instalar los temas en la agenda pública.

Los capítulos destacan, de manera transversal, la importancia del carácter relacional del fenómeno de la vulnerabilidad entre un grupo con poder y otro, resultando en marginalización, dominación y exclusión social. Lo anterior nos lleva a plantear que para disminuir la vulnerabilidad de las personas y los grupos sociales se hace necesaria la redistribución del poder, lo que implica que el poderoso pierda poder en favor de otros, a través de mecanismos concretos: espacios de participación reales, democracia participativa, políticas públicas centradas en derechos humanos y no en mínimos, elección popular de autoridades locales y fortalecimiento de la instituciones rectoras en su tarea de representar a aquel que ha sido vulnerado y de redistribuir el poder. La Figura 2 detalla las leyes y políticas públicas existentes, según lo descrito por cada uno de los autores, para reducir la vulnerabilidad social y su impacto en salud en Chile.

Figura 2 Leyes y políticas públicas existentes en Chile, presentadas en el libro

Leyes

Ley de la Inclusión de un año de educación parvularia obligatoria (proyecto)

Ley de Garantías Explícitas en Salud (Ley N° 19.966)

Ley de Extranjería (Ley Nº1.094 de 1975)

Reglamento de Extranjería (Decreto Supremo Nº597 de 1984)

Ley de Atención Universal (Resolución Exenta 1914 del Ministerio del Interior, 2008)

Ley contra la Discriminación (Ley Nº20.609)

Ley de Acuerdo de Unión Civil (ley Nº20.830)

Ley Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de personas con Discapacidad (Ley Nº20.422)

Ley Sobre la Investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe clonación humana (Ley Nº20.120)

Ley de Violencia Intrafamiliar (Ley Nº 20.066)

Ley que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media (Ley Nº 19.876)

Código del Trabajo: edad mínima para trabajar 15 años (Ley N° 20189)

Políticas Nacionales

Política Nacional a Favor de la Infancia y la Adolescencia (2001-2010)

Sistema de Protección Social Chile Solidario (2002)

Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (2006)

Programas Pro retención y pro alfabetización

Programa de Salud del Adulto Mayor

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Programa de Transferencias Monetarias (Ingreso Ético Familiar)

Política Nacional Migratoria (Resolución Nº009 del 2008)

Convenio entre Extranjería y FONASA

Programa Orígenes

Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (MINSAL, 2010)

Política de salud en Violencia de Género (2008)

Programa de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud

Experiencias locales, institucionales, sub-nacionales o piloto

Hospital de Villarrica (2004 a la fecha): implementación de modelo de parto

Hospital de Limache (2013 a la fecha): estimulación de partos verticales

Centro de Apego & Regulación Emocional de la Universidad del Desarrollo: Intervención de Trauma Complejo

Hospital Roberto del Río: Programa Adolescente

Hospital Sotero del Río: Programa Adolescente

Hospital Padre Hurtado: Programa Adolescente

Espacios para la Atención Amigable de Adolescentes:

Red de Salud Ancora UC, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile

Piloto Programa Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes (Resolución Exenta 1266, 2014)

Hospital Makewe, Padre las Casas: primera experiencia en salud intercultural

Centro de Salud Familiar Boroa Filulawen

Centro de Salud mapuche Ñi Lawentuwûn

Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH)

Instituto Teletón: Programa Abre

Programa Chile Accesible Teletón

Corporación de Ayuda al Niño Limitado COANIL

Programa Casas de Acogida, SERNAM (2007)

Fuente: Elaboración de los autores

4. Abordaje de la vulnerabilidad con el enfoque Salud en Todas las Políticas

Se concluye de lo anterior que la vulnerabilidad es un fenómeno de naturaleza multidimensional, compleja y dinámica y que cuyo abordaje exige del Estado una respuesta integral, coordinada y necesariamente intersectorial. En este contexto ha surgido el concepto de Salud en Todas las Políticas como un enfoque con potencial de facilitar el abordaje de "problemas complejos" que requieren coordinación intersectorial.(3)

El enfoque de Salud en Todas las Políticas (SeTP), término acuñado en el año 2006 durante la segunda presidencia de Finlandia en la Comunidad Europea, intenta proporcionar soluciones prácticas a tomadores de decisiones para mejorar la salud y equidad.(4) Ha sido ha sido definido por la OMS como un enfoque a las políticas públicas que toma en cuenta en forma sistemática el impacto de las decisiones en la salud y los sistemas de salud, busca sinergias y evita impactos negativos en la salud, con el objeto de mejorar la salud y equidad en salud. SeTP se sustenta en los derechos humanos relacionados con la salud y las obligaciones derivadas. SeTP enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes de la salud y aspira a mejorar la responsabilidad de tomadores de decisiones de sus impactos en salud en todos los niveles de toma de decisiones.(5)

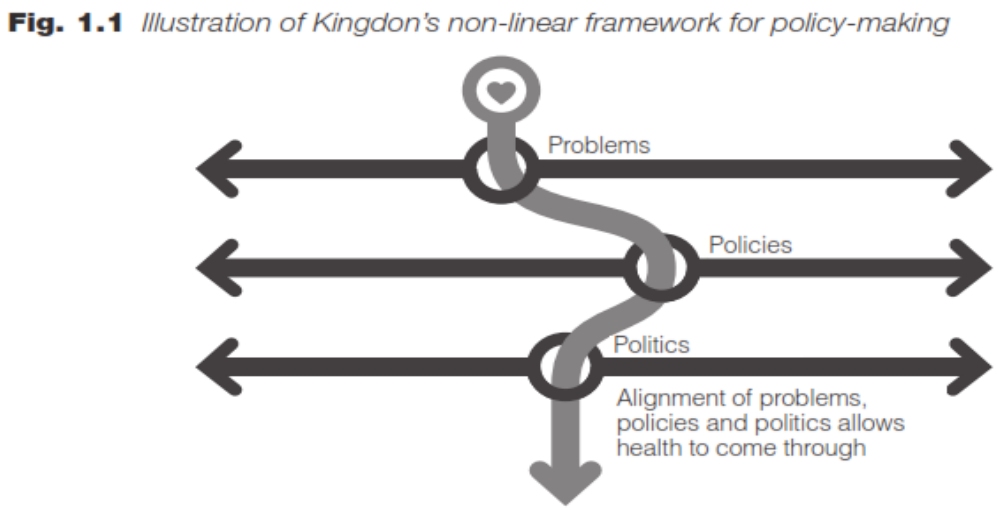
Cabe señalar que nuestra comprensión de Salud en Todas las Políticas se refiere a su uso como herramienta para un logro de un objetivo, respondiendo más bien al "cómo" lograr un adecuado diseño e implementación de políticas públicas intersectoriales y no a un fin en sí mismo. Tal como se desprende de la definición de la OMS, SeTP es una herramienta aplicable a la gran mayoría de los desafíos de la promoción de la salud y no únicamente en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Siguiendo lo propuesto por Leppo y colaboradores, se destacan cuatro elementos claves para aplicar el enfoque de Salud en Todas las Políticas en Chile, los que serán desarrollados a la luz de lo planteado en capítulos anteriores:(6)

- Ventanas de oportunidad
- Voluntad política
- Estructuras y procesos intersectoriales
- Conflictos de interés

4.1. Ventanas de oportunidad

El concepto de ventanas de oportunidad surge del trabajo del politólogo norteamericano John Kingdon, quien propone una alternativa al modelo lineal (o cíclico) de formación de políticas públicas. Kingdon sugiere la existencia de tres corrientes -el problema, la solución, y el momento político- que fluyen en forma paralela. En un momento determinado, estas tres corrientes confluyen, por lo que un problema es visibilizado como tal (ej. a raíz de una crisis o un cambio de gobierno), existen soluciones de política pública para abordarlo y ocurre en un momento político adecuado, con lo que se abre una ventana de oportunidad que facilita la acción. Estas ventanas de oportunidad se abren y cierran rápidamente, lo que implica que los tomadores de decisiones deben tener claridad en cómo aprovechar la oportunidad una vez que se presenta (Figura 3).(7)

Figura 3 Modelo no lineal de Kingdon



Fuente: Leppo 2013 (6).

Los capítulos del libro destacan algunas ventanas de oportunidad en relación con la vulnerabilidad social en Chile, entre los que se encuentran la ocurrencia de desastres naturales, la publicación periódica de los resultados de pobreza en la Encuesta CASEN o las acciones en torno a la Ley de Antidiscriminación gatilladas con posterioridad al asesinato de Daniel Zamudio. Otro ejemplo proviene de la Agenda de Probidad y Transparencia generada a partir de casos judiciales de financiamiento irregular de campañas políticas y la investigación en torno al uso de influencias para el cambio del uso de suelo en la Región de O'Higgins.

Entre los factores que facilitan aprovechar las ventanas de oportunidad, la experiencia internacional destaca la visión a largo plazo, existencia de recursos humanos competentes, revisión continua de los procesos de toma de decisiones de otros sectores. El esfuerzo de sistematización y análisis en torno al fenómeno de la vulnerabilidad social y sus consecuencias en salud en el presente libro; junto con identificar las políticas públicas necesarias para avanzar, representa un aporte para nutrir las corrientes del modelo de Kingdon.

4.2. Voluntad política

El enfoque de Salud en Todas las Políticas destaca la importancia de la voluntad política "del más alto nivel de decisión" para facilitar los procesos de políticas públicas intersectoriales. Esta se refiere en el sistema político chileno a la figura del Presidente de la República y al Intendente Regional y Alcalde en los niveles regionales y municipales, respectivamente.

El Programa Chile Crece Contigo, relevado a lo largo del libro como una política pública intersectorial, surgió posterior a las recomendaciones del Consejo Asesor para la Reforma a la Política de Infancia creado por la Presidenta Michelle Bachelet en su primer período presidencial. El Régimen de Garantías Explícitas en Salud creado

durante el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos es otro ejemplo donde la voluntad política presidencial se tradujo en la conformación de la Comisión para la Reforma, liderada por el Dr. Hernán Sandoval por mandato expreso del Presidente Ricardo Lagos.(8) Finalmente, la Ley de Permiso Parental Postnatal, que extendió el período postnatal de 12 a 24 semanas íntegras fue un compromiso de campaña del Presidente Sebastián Piñera. La conducción del proceso político fue llevada a cabo por la Ministra del Trabajo y la Directora del Servicio Nacional de la Mujer.

En estos ejemplos la voluntad política existe y se manifiesta en la creación de estructuras y procesos intersectoriales o en el mandato directo a ministerios sectoriales para que conduzcan el proceso de toma de decisiones de manera coordinada e integral. Sin embargo, cabe señalar que también es posible "crear" voluntad política y persuadir a la más alta autoridad sobre la relevancia de impulsar una determinada política. Un ejemplo de un proceso de esta naturaleza es el Programa Santiago Sano de la Municipalidad de Santiago, un programa intersectorial para abordar los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, que surge por iniciativa de la Dirección de Salud, pero cuyo proceso de implementación es llevado por el Gabinete de la Alcaldesa Carolina Tohá.

La voluntad política también puede lograrse, tal como lo destacan algunos capítulos del libro (ver capítulo 6 de diversidad sexual, en sección III), a través de la acción de la sociedad civil que juega un rol fundamental en el proceso de movilización y abogacía por políticas públicas intersectoriales, siendo capaz de influir y gatillar la decisión de la autoridad de dar prioridad a ciertas temáticas por sobre otras. Esto incluye a un amplio rango de actores no gubernamentales, incluida las organizaciones de la sociedad civil, comunidades locales organizadas, académicos, agencias internacionales y -con las salvedades detalladas en el punto 4- a actores privados con fines de lucro.

4.3. Estructuras y procesos intersectoriales

La literatura internacional destaca la importancia de estructuras y procesos intersectoriales que apoyen en el proceso de toma de decisiones y posterior implementación. Como destaca el trabajo de McQueen y colaboradores, no existe una receta única en este sentido y es crucial que dichas estructuras y procesos se adecúen a la realidad política local.(9) En Chile, a su vez, se han implementado la gran mayoría de las estructuras identificadas por McQueen et al. en distintos momentos y con variados niveles de voluntad política.

En relación con el abordaje de la vulnerabilidad social, es necesario destacar la transformación del Ministerio de Planificación en el Ministerio de Desarrollo Social, con el mandato explícito de fortalecer la coordinación intersectorial y la efectividad de las políticas sociales.(10) También destaca la experiencia histórica en comisiones intersectoriales, muchas de las cuales han tenido consecuencias directas en políticas públicas en relación con la vulnerabilidad. La Comisión Asesora Presidencial para la Reforma Previsional representa uno de los ejemplos más relevantes en esta área, junto con la ya mencionada CAP de Políticas de Infancia (ver capítulos 3 de pre-escolar y escolar y 7 de adulto mayor, sección II). Aguilera analizó el 2009 la experiencia de seis comisiones asesoras presidenciales del primer Gobierno de Michelle Bachelet, concluyendo que las que tuvieron mejores resultados fueron aquellas que no fueron reactivas a una crisis política, siendo de carácter técnico con equilibrio de las fuerzas políticas.(11)

4.4. Conflictos de interés

El tema de conflictos de interés ha emergido lentamente como un problema de salud pública a nivel global y nacional, con impactos profundos en el espacio que tienen los Estados para la toma de decisiones y en los comportamientos de la población. La Oficina de Ética de la ONU ha definido los conflictos de interés como aquellos en los que "debido a otras actividades y relaciones, una organización no es capaz de entregar servicios imparciales, la objetividad de la organización en desarrollar el trabajo mandatado está o podría estar perjudicada, o la organización tiene una ventaja competitiva injusta". A nivel individual, lo define cuando "los intereses privados de una persona -como una relación profesional o ingresos financieros externos- interfieren o se perciben como que interfieren con su desempeño en labores oficiales". (12)

Actualmente el área donde existe más discusión gira en torno a los comportamientos en salud y, en particular, con la relación que debe tener el sector salud con la industria alimentaria, alcohol y tabaco. En su discurso en la 8va Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, la Directora General de la OMS expuso los desafíos en esta materia de la siguiente forma: "*Los esfuerzos para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles van en contra los intereses comerciales de poderosos operadores económicos. En mi opinión, este es uno de los grandes desafíos que enfrenta la promoción de la salud. …Ya no es solo "Big Tobacco". La salud pública debe lidiar con "Big Food", "Big Soda" y "Big Alcohol"".* (13).

La experiencia de control del tabaco resulta ilustrativa de las tácticas de la industria tabacalera para impedir políticas públicas efectivas. Estas incluyen sembrar la duda sobre la evidencia científica disponible, financiar expertos para defender sus puntos de vista, ejercer lobby a nivel de tomadores de decisiones y parlamentarios y campañas de comunicación masiva. A nivel global, se ha observado una creciente irrupción de la industria alimentaria y de alcohol y que, en palabras de la Directora de OMS, "*todas estas industrias temen la regulación. Y se protegen usando las mismas tácticas*" (13). Estas industrias son de mayor complejidad que la tabacalera, ya que se encuentran dispersas en múltiples actores de diferentes tamaños y utilizan con mayor frecuencia la estrategia de responsabilidad social empresarial como una manera de limpiar su imagen frente a la opinión pública y los tomadores de decisiones. A modo de ejemplo, en Chile el Programa Elige Vivir Sano comenzó como una alianza público-privada con inyección de una gran cantidad de recursos de la industria alimentaria. La empresa Evercrisp, filial de PepsiCo y productora de snacks salados, entregó 490 millones de pesos entre los años 2011 y 2012 al programa liderado por la Primera Dama (14). En la definición de políticas intersectoriales, el lobby corporativo no se restringe al sector salud, sino que afecta a otros ministerios, muchos de ellos con mayor peso político y con visiones diferentes con respecto a la importancia de establecer salvaguardas a los intereses corporativos.

En este sentido, la implementación del enfoque de Salud en Todas las Políticas intersecta con temas críticos relativos a la probidad de los funcionarios públicos y la transparencia en la toma de decisiones, el perfeccionamiento de instrumentos como la Declaración Jurada Patrimonial de Bienes (que actualmente sólo obliga a identificar bienes inmuebles, vehículos y participación en sociedades), la mayor transparencia en el financiamiento de las campañas políticas, la regulación del lobby, y otros temas que sin duda exceden el ámbito de familiaridad del sector salud, pero que a su vez tienen impactos profundos en el espacio de acción de los tomadores de decisiones.

Como ya se ha mencionado, las relaciones de poder constituyen un elemento central en la generación de vulnerabilidad y por ello es fundamental prevenir que una minoría hegemónica imponga una visión particular de sociedad. De esta manera, los conflictos de interés tienen consecuencias indirectas en la vulnerabilidad social. Sin embargo, es posible identificar impactos más directos, incluyendo el financiamiento de actividades de la sociedad civil con mecanismos de responsabilidad social empresarial, la existencia de incentivos estatales para que las empresas obtengan rebajas tributarias o disminuyan su base imponible a cambio de actividades de RSE y, finalmente a través de la exposición de publicidad de tabaco, alcohol y productos ultraprocesados altos en azúcar, grasas y sal a poblaciones vulnerables como los niños y adolescentes.

5. Conclusiones

La vulnerabilidad es un fenómeno dinámico, multidimensional, que se desarrolla en múltiples niveles y cuyos efectos se acumulan, suman, multiplican y mitigan. En este proceso se identifican como relevantes la capacidad de respuesta del individuo, hogar, comunidad y sociedad; la intensidad de la amenaza y el ambiente natural y construido; y la discriminación, marginalidad y exclusión resultantes de la desigualdad de poder.

Chile cuenta con una gran cantidad de políticas públicas destinadas a abordar la vulnerabilidad social y sus consecuencias, las que requieren coordinación y articulación basado en el concepto de universalismo proporcionado, que combina la universalidad con esfuerzos de focalización. Una Política Integral de Protección Social y los programas que formen parte de esa política debe tomar en cuenta el ciclo vital, los derechos humanos y deben ser transversales basados en evidencia, coordinados e integrales, con una perspectiva de ciudadanía de quienes serán beneficiarios, esto es que sean partícipes en el diseño de las políticas.

Para avanzar en estos procesos, se plantea el enfoque de Salud en Todas las Políticas como una herramienta con potencial de contribuir a “cómo” implementar las políticas públicas necesarias para abordar la vulnerabilidad. Para esto, se identifican cuatro factores fundamentales: (1) aprovechar las ventanas de oportunidad; (2) la existencia y creación de voluntad política; (3) la incorporación de estructuras y procesos intersectoriales y (4) el manejo de los conflictos de interés.

6. Ideas Fuerza

- La salud es un componente esencial para el bienestar de una sociedad y se encuentra influenciada por determinantes sociales, comerciales, políticos y ambientales que circunscriben la forma en que las personas nacen, crecen, viven, estudian, juegan, trabajan y envejecen.
- La vulnerabilidad es un fenómeno dinámico, multidimensional, que se desarrolla en múltiples niveles y cuyos efectos se acumulan, suman, multiplican y mitigan. En este proceso se identifican como relevantes la capacidad de respuesta del individuo, hogar, comunidad y sociedad; la intensidad de la amenaza y el ambiente natural y construido; y la discriminación, marginalidad y exclusión resultantes de la desigualdad de poder.

- Chile cuenta con una gran cantidad de políticas públicas destinadas a abordar la vulnerabilidad social y sus consecuencias, las que requieren coordinación y articulación basado en el concepto de universalismo proporcionado, que combina la universalidad con esfuerzos de focalización.
- Una Política Integral de Protección Social y los programas que formen parte de esa política debe tomar en cuenta el ciclo vital, los derechos humanos y deben ser transversales basados en evidencia, coordinados e integrales, con una perspectiva de ciudadanía de quienes serán beneficiarios, esto es que sean partícipes en el diseño de las políticas.
- Estos problemas complejos que requieren coordinación intersectorial se pueden abordar utilizando el enfoque de Salud en Todas las Políticas, que intenta incorporar perspectivas de salud en otros sectores, buscar sinergias y evitar impactos negativos en la salud, con el objeto de mejorar la salud y equidad en salud.
- Se identifican cuatro elementos claves para implementar Salud en Todas las Políticas: (1) contar con voluntad política de la más alta autoridad, (2) aprovechar ventanas de oportunidad para la acción que abren y cierran rápidamente, (3) estructuras y procesos intersectoriales, y (4) manejo de los conflictos de interés, que salvaguarden a la población de relaciones desiguales de poder.

Referencias

1. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS medicine. 2006;3(6):e106.

2. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. 2010.

3. Kickbusch I, K. B, editors. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide; South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010.

4. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. J Epidemiol Community Health. 2010;64(6):500-3.

5. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. Health in All Policies: Seizing opportunities, Implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 20132013.

6. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Lessons for policy-makers. In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. Health in All Policies: Seizing Opportunities, Implementing Policies: Minister of Social Affairs and Health, Finland; 2013.

7. Kingdon J. Agenda, Alternatives and Public Policies: Pearson; 2010.

8. Valdivieso DV, Montero LJ. [Health care reform in Chile: 2005 to 2009]. Revista medica de Chile. 2010;138(8):1040-6. Epub 2010/12/09. El plan AUGE: 2005 al 2009.

9. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones C, Davies M, editors. Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences: World Health Organization, Regional Office for Europe; Copenhagen, Denmark; 2012.

10. Ley 20.530. Crea el Ministerio de Desarrollo Social y modifica cuerpos legales que indica, (2011).

11. Aguilera C. Las Comisiones Asesoras Presidenciales del Gobierno de Michelle Bachelet2009 15 de Octubre 2015. Available from: http://www.flacsochile.org/tipo/documentos-de-trabajo/page/2/.

12. Ethics Office UN. Ethics, Advice and Guidance: Conflicts of Interest. Department of Public Information, United Nations; 2011; Available from: http://www.un.org/en/ethics/conflictofinterest.shtml.

13. WHO Director-General addresses health promotion conference. Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland. World Health Organization; 2013 [15 de Octubre]; Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/.

14. Ministerio de Desarrollo Social. Donaciones Recibidas. 2015 [15 Octubre 2015]; Available from: http://sociedadcivil.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/donaciones-recibidas/.

Acerca de los autores

Sebastián Peña, MSc

Médico, Magister Europeo en Salud Internacional. Es Encargado de Salud del Programa Santiago Sano de la Municipalidad de Santiago desde Enero del 2014, coordinador del Frente por un Chile Saludable y Visiting Scholar en el National Institute for Health and Welfare, Finlandia. Previamente, ha sido editor del libro "Health in All Policies: Seizing opportunities, Implementing policies" para la 8va Conferencia de la OMS en Promoción de la Salud en Helsinki 2013 e investigador en la encuesta longitudinal de salud Health 2011 en Finlandia. Email: spena@saludstgo.cl

Paula Sierralta, MPH

Psicóloga, Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Es Coordinadora del Equipo Alcohol del Programa Santiago Sano de la Municipalidad de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre salud mental en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, como ejecutiva de proyectos de FONIS y profesional del Departamento de Políticas Públicas en MIDEPLAN. Se ha desempeñado como psicóloga clínica en hospitales comunitarios, COSAM y programas de violencia intrafamiliar. Email:psierralta@saludstgo.cl

Roberto del Águila, MPH

Médico Epidemiólogo, Magister en Salud Pública de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins. Es consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en las áreas de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Transmisibles y Promoción de la Salud. Ha laborando en instituciones tanto públicas como privadas. Además de haber sido docente en programas pregrado y post grado. Cuenta con publicaciones en las áreas de enfermedades transmisibles, nutrición y enfermedades no transmisibles. Email: delaguro@paho.org

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Es profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Trabaja desde el año 2008 en migración y salud; otras líneas de investigación son desigualdad social en salud y salud global. Ha participado en múltiples proyectos de investigación desde el 2000 en Chile, Reino Unido y España. En equidad en salud ha asesorado a la Organización Panamericana de Salud y a diversos servicios de salud de Chile. Email: bcabieses@udd.cl

Síntesis de recomendaciones de este libro

i. Recomendaciones que aportan al desarrollo de MEJOR EDUCACIÓN O CAPACITACIÓN para el país en materia de vulnerabilidad social y sus efectos en salud

1. *Desafiar el paradigma biomédico* en la formación de nuevos profesionales de la salud, dando énfasis a los determinantes sociales de la salud y su impacto en el bienestar de las personas. Además, fortalecer el desarrollo de pensamiento crítico en los profesionales de la salud, el cual permita analizar la complejidad social y su vínculo con los procesos de salud y enfermedad.
2. Programas de educación sexual e identidad sexual deben ser incluidos en *instituciones escolares* (preescolar y escolar) y *educación superior universitaria*. Mallas curriculares en carreras de la Salud (Medicina, Enfermería, entre otros) y en carreras humanistas (Psicología, Leyes, Pedagogía, Párvulo, entre otros) deben incluir educación sexual y educación sobre identidad sexual.
3. Desarrollo de programas de capacitación dirigidos al personal de salud en el *uso adecuado de la evidencia científica* para asegurar decisiones centradas en la seguridad y bienestar de las personas, utilizando técnicas ágiles y efectivas de aprendizaje.
4. Fortalecer la *capacitación continua del sector público* amplio, profesional y administrativo, de todas las profesiones y todos los sectores del Estado más allá de salud, en los conceptos esenciales propuestos en este libro por expertos: vulnerabilidad social, competencia cultural, determinantes sociales de la salud y la inclusión de la salud en todas las políticas.
5. Fortalecer la capacitación de todos los sectores sociales en un *enfoque de diversidad humana,* que incluya al menos las dimensiones cultural, sexual y de género. Se espera que este fortalecimiento vaya más allá del enfoque tradicional dicotómico hombre-mujer y que considere las múltiples dimensiones de género, diversidad sexual e identidad cultural que hoy representan el real tejido social de nuestro país.
6. Desarrollar habilidades efectivas de *competencia cultural en salud* en actuales y futuros profesionales de salud y todo tipo de oficios afines a salud (administración, gestión, entre otros). Esta recomendación pone énfasis en incorporar en los currículos de formación primaria, secundaria y superior, los valores sociales fundamentales de derecho universal a la salud, dignidad humana y respeto a la diversidad socio-cultural en salud.
7. Fortalecer la capacitación de todos los sectores sociales respecto de la noción de vulnerabilidad humana y vulnerabilidad social. Esto es, enfatizar en las distinciones entre la vulnerabilidad inherente a condición humana (propias del curso de vida, vale decir, crisis normativas de la vida) y aquellas relacionada a las condiciones de vida y medio-ambientales (relacionadas a determinantes sociales de la salud, vale decir, crisis no-normativas). La intersección entre ambas vulnerabilidades debería ser evaluada en forma sistemática y representar una prioridad nacional social y estatal.

ii. Recomendaciones que aportan al desarrollo de MEJOR INVESTIGACIÓN para el país en materia de vulnerabilidad social y sus efectos en salud

1. Fortalecer el desarrollo de *evidencia robusta y permanente* para los distintos grupos sociales. Esto incluye la necesidad de potenciar y priorizar estudios que midan específicamente la vulnerabilidad social, permitiendo contar con datos duros para la elaboración de políticas en esta materia. Para ello, se requiere contar con financiamiento específico y continuo para esta línea de investigación en nuestro país.
2. Complejizar algunos abordajes metodológicos utilizados para investigar los procesos de salud y enfermedad. El *enfoque pragmático de investigación*, por ejemplo, integra diseños cuantitativos-deductivos y cualitativos-inductivos. Estos paradigmas de investigación, que son usualmente percibidos como enfoques antagónicos, en el modelo pragmático trabajan juntos y se complementan de acuerdo a las necesidades investigativas del problema social o de salud que se busca resolver.
3. Potenciar la conformación de *equipos interdisciplinarios de investigación*, esto debido a que la mayoría de los problemas de salud o bienestar de la población son multifactoriales, dinámicos y complejos de investigar. En consecuencia, resulta necesario que los equipos de investigación posean:
    i. estrategias metodológicas variadas que les permitan reflexionar acerca de la mejor forma de acercarse al problema de salud que desean resolver,
    ii. trabajo interdisciplinario que comprometa la visión de diferentes puntos de vista y tradiciones teóricas, y de esta forma lograr comprender de forma más real y profunda la real complejidad del fenómeno a estudiar, y
    iii. una comprensión de la complejidad subyacente a los fenómenos ligados a la salud de las personas y a las comunidades.
4. Fomentar redes de colaboración entre investigadores, personal de salud, gestores de política pública para recopilar evidencia científica y buenas prácticas que ayuden a estandarizar intervenciones de alta efectividad y seguridad en aspectos que determinan condiciones de vulnerabilidad social, como son la migración, situaciones de desastre, discriminación social, discapacidad, etc.
5. Fortalecer y explicitar el enfoque traslacional en investigación. Este enfoque representa una real oportunidad para innovar tanto en investigación en salud como en la toma de decisiones sanitarias. La investigación traslacional pretende desarrollar acciones efectivas basadas en factores que determinan la salud y la enfermedad, para el cambio de conductas a nivel individual, familiar, comunitario y social. La investigación traslacional nos entrega variados elementos y exigencias que desafían la mirada tradicional biomédica de la investigación en salud, ampliando nuestra concepción de salud y enfermedad, y atendiendo particularidades individuales y colectivas propias de nuestro país.

6. Considerar enfoque de curso de vida en investigación en salud. Este enfoque reconoce un conjunto de modelos teórico-empíricos utilizados por diversas disciplinas en la actualidad, incluyendo salud, que se interesan por comprender qué enferma y qué sana a las personas a lo largo de su trayectoria de vida. Más que separar los periodos de vida por grupos relevantes como se hace habitualmente (por ejemplo, infancia, adolescencia, vejez), este enfoque invita a seguir a individuos y comunidades en el tiempo y recogiendo distintos tipo de información, con lo cual la evidencia de base longitudinal y de diverso origen investigativo es fundamental.

7. Fortalecer perfiles epidemiológicos que permitan visibilizar las necesidades concretas de diferentes grupos. En las recomendaciones de capítulos emerge con frecuencia la necesidad de monitoreo continuo y de perfeccionamiento de indicadores. También emerge la importancia de sensibilizar en el enfoque de epidemiología sociocultural a los equipos de salud y de incorporar con más fuerza este enfoque en la creación de indicadores de perfiles de salud de nuestro país.

8. Fortalecer más y mejores políticas de evaluación de programas actuales y nuevos. Se menciona con interés de parte de los expertos convocados a escribir este libro su interés por contar con cada vez mejor evidencia acerca de qué funciona en la práctica para incidir en mejores procesos de salud y enfermedad en Chile. Reconocen los autores en este sentido, la necesidad de avanzar aún más desde el monitoreo y registro de experiencias hacia la evaluación permanente, financiada, y robusta de programas y políticas existentes y nuevas.

9. Continuar fortaleciendo e institucionalizando la práctica ética en investigación, que considere más capacitación en buenas prácticas para investigadores, así como la evaluación y acreditación permanente de los Comités de Ética institucionales. Un aspecto relevante mencionado en este tema es atender a las complejidades inherentes a realizar investigación en sujetos humanos en situación de vulnerabilidad, y la importancia de siempre cuestionar, debatir y proponer en esta materia en nuestro país a lo largo del tiempo.

iii. Recomendaciones que aportan al desarrollo de MEJORES POLÍTICAS para el país en materia de vulnerabilidad social y sus efectos en salud

1. Potenciar en el *enfoque centrado en la persona* considerando la diversidad de nuestros habitantes en Chile tanto a nivel individual, como familiar y comunitario. El enfoque centrado en el paciente debe recoger sus particularidades no solo físicas-biológicas, sino también familiares, culturales y religiosas-espirituales. En este sentido, se propone continuar fortaleciendo estrategias que permitan llevar a la práctica diaria reformas de salud centrada en los derechos y las necesidades percibidas por los usuarios del sistema de salud, licorporando en todas las políticas de salud, la perspectiva de género, diversidad cultural, equidad y justicia.

2. *Fortalecer el enfoque curso de vida. Este concepto fue descrito en la sección anterior, y así como es una propuesta interesante en investigación, también lo es en políticas de salud. Existen valiosas propuestas de políticas en Chile que han incorporado este enfoque, el cual se puede continuar fortaleciendo a futuro.*

3. Fortalecer la *intersectorialidad* en el análisis del proceso de salud y enfermedad, promoviendo políticas en distintas esferas, más allá del Ministerio de Salud, que involucren a distintos actores sociales que trabajen de manera conjunta y coordinada. En otras palabras, apoyar con fuerza el desarrollo de la salud y el bienestar en todas las políticas y las metas sanitarias (salud en todas las políticas) que se corresponde con la perspectiva de determinación social de la salud, para incrementar la equidad social en salud en nuestro país.

4. Fortalecer al servicio de las *unidades de atención primaria* para encauzar acciones preventivas en la atención integral de los diversos grupos vulnerables, de acuerdo con el curso de vida.

5. Fortalecer políticas que mejoren el *vínculo entre niveles de atención* de servicios de salud pública (primario, secundario y terciario), en particular para algunos grupos vulnerables como migrantes y personas privadas de libertad.

6. Continuar potenciando la *participación social de distintos grupos* y actores clave en los procesos de toma de decisión y de desarrollo de políticas de todo ámbito, y que pueden impactar en salud. Este punto hace converger principalmente el enfoque centrado en la persona con el desarrollo de salud en todas las políticas.

7. Fortalecer el desarrollo particular de políticas de *salud mental y bienestar,* más allá de lo biomédico. Es necesario continuar proponiendo y desarrollando estrategias políticas que vayan más allá del enfoque individual de detección de psicopatología, y que contemplen el entorno social y comunitario en el que se desenvuelven los sujetos. Esto considera todos los espacios donde la vida tiene lugar, incluyendo no solo familia y comunidad, sino también trabajo, transporte, espacios públicos, espacios de educación, entre otros.

8. Generar más recursos para *investigación en salud estableciendo los temas prioritarios* para el país con foco en vulnerabilidad social y salud. Al mismo tiempo, los investigadores y las agencias financiadoras deben considerar dentro de los costos de la investigación garantizar que sus beneficios lleguen de alguna manera a los más desposeídos.

iv. Recomendaciones que aportan al desarrollo de MAYOR SENSIBILIDAD O CONCIENCIA SOCIAL

1. Crear instancias de diálogo social en torno a la vulnerabilidad social que nos afecta a todos como residentes de este país. Dialogar a partir de nuestras propias vulnerabilidades nos permitiría distinguir entre aquellas inherentes a nuestra condición humana versus aquellas que nos separan, nos ponen en situación de riesgo y que además son potencialmente prevenibles y controlables. Este diálogo podría acercarnos en tanto sujetos pertenecientes a una misma sociedad, sabiéndonos acogidos y comprendidos desde nuestras necesidades específicas, aspirando así a un bienestar social como meta común.

2. Promover debate sobre aspectos de salud pública con nociones científicas y laicas, por ejemplo respecto al aborto terapéutico, la eutanasia, el cambio de sexo y otras dimensiones que impliquen juicios de carácter moral.
3. Facilitar la participación de los diversos grupos sociales tanto para la elaboración de diagnósticos de vulnerabilidad social y sus efectos en salud, como en la generación de estrategias y acciones específicas para abordar dichas vulnerabilidades.
4. Emprender un proceso integral que incluya campañas de información y educativas –dirigidas a la población- sobre los riesgos a la salud provenientes de las condiciones del medio ambiente, de la vida familiar y comunitaria.
5. Sensibilizar a los diversos grupos sociales y al personal de salud en la importancia que juega el estado emocional de las personas con problemas de salud y su atención integral, en especial de los grupos vulnerables.
6. Fomentar al interior de la clase política la importancia y necesidad de incorporar una visión intersectorial de la gestión de políticas y acciones.

Expertos que participaron de esta mesa de elaboración de recomendaciones

- **Roberto del Águila**, MD, PhD, OPS/OMS en Chile. delaguro@chi.ops-oms.org
- **Marcelo D´Agostino**, OPS/OMS central, Washington DC, dagostim@paho.org
- **Gladys Faba**, Instituto Nacional de Salud Pública de México; Consultora OPS/OMS, fabag@paho.org
- **Teresa Maffei**, Socióloga, Depto de Estudios Ministerio de Desarrollo Social en Chile. tmaffei@desarrollosocial.gob.cl, teremaffei@hotmail.com
- **Lucía Vivanco**, Terapaurta ocupacional, magister (c) intervención psicosocial de Terapia OCupacional, Dirección de Desarrollo Comunitario Municipalidad de Santiago, Chile, luciavivancom@gmail.com
- **Álvaro Díaz**, Ingeniero Comercial, Doctor© en Administración y Política Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Profesor de Salud Pública, Administración y Gestión en Salud, Universidad San Sebastián, Chile. alvdiaz@yahoo.com
- **Álvaro Krause**, Ingenierio Comercial, Mideplan, Chile, alvaro.krause@gmail.com
- **Sebastián Peña**, Dirección de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago, spena@saludstgo.cl
- **Paula Sierralta**, Dirección de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago, psierralta@saludstgo.cl
- **Báltica Cabieses**, PhD. Profesora titular Facultad de Medicina CAS-UDD; Visiting Scholar Department of Health Sciences University of York, UK; Associate Epidemiologist Bradford Institute for Health Research, UK. bcabieses@udd.cl
- **Margarita Bernales**, PhD. Profesora Facultad de Medicina CAS-UDD. margaritabernales@udd.cl

- **Alexandra Obach**, PhD. Profesora Facultad de Medicina CAS-UDD. aobach@udd.cl
- **Víctor Pedrero**, MSc, Profesor Facultad de Medicina CAS-UDD. vpedrero@udd.cl

Lista alfabética de autores y expertos participantes

Abusleme, Mª Teresa; Ministerio de Salud

Acosta, Elaine; Universidad Alberto Hurtado

Aguayo, Francisco; Fundación Cultura Salud

Aguilera, Ximena; Universidad del Desarrollo

Aliaga, Viviana; Pontificia Universidad Católica de Chile

Arenas, Ángela; Pontificia Universidad Católica de Chile

Aroca, Ana; Gendarmería de Chile

Artaza, Carmen; Fundación Corporación Nacional de Ayuda al Niño Lisiado (COANIL)

Astete, Carmen; Universidad del Desarrollo

Astorga, Mª Soledad; Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda

Baranda, Benito; Fundación América Solidaria

Beca, Juan Pablo; Universidad del Desarrollo

Bernales, Margarita; Universidad del Desarrollo

Burgos, Francisca; Centro Integrado de Especialidades Psicológicas

Bustos, Patricia; Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Cabieses, Báltica; Universidad del Desarrollo

Cáceres, Victoria; Universidad de Santiago de Chile

Calvarro, Raquel; Instituto Teletón

Campos, Solange; Pontificia Universidad Católica de Chile

Castro, René; Universidad Diego Portales

Chepo, Macarena; Universidad del Desarrollo

Cherro, Miguel; Universidad Católica de Uruguay

Cianelli, Rosina; Universidad de Miami

Correa, Marcela; Servicio Jesuita de Migrantes

Cortez-Monroy, Fabiola; Pontificia Universidad Católica de Chile

D´Agostino, Marcelo; Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud

De Gregorio, Mº Beatriz; Gendarmería de Chile

Del Águila, Roberto; Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud

Del Pozo, Marisol; Universidad Alberto Hurtado

Díaz, Álvaro; Universidad San Sebastián

Faba, Gladys; Instituto de Salud Pública de México

Farías, Angélica; Pontificia Universidad Católica de Chile

Figueroa, Juan Guillermo; El Colegio de México

Flaño, Javiera; Fundación América Solidaria

Gajardo, Jean; Universidad de Chile

Giaconi, Carolina; Instituto Teletón

Gloger, Daniela; Universidad del Desarrollo

Gómez, Mª Inés; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

González, Claudia; Universidad Mayor Temuco

Guajardo, Gabriel; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) -Chile

Hauser, Javiera; Universidad de Chile

Hermosilla, Marcelo; Servicio Médico Legal

Hirmas, Macarena; Universidad del Desarrollo

Huerta, Patricia; Gendarmería de Chile

Infante, Andrea; Fundación Todo Mejora

Jadue, Liliana; Universidad del Desarrollo

Jesam, Cristián; Fundación Todo Mejora

Jiménez, Jorge; Pontificia Universidad Católica de Chile

Krause, Alvaro; Ministerio de Desarrollo Social

Lacalle, Isabel; Corporación Nuestra Casa

Lecannelier, Felipe; Universidad del Desarrollo

Lecaros, Juan Alberto; Universidad del Desarrollo

Leiva, Gonzalo; Universidad de Santiago de Chile

Licanqueo, Elizabeth; Servicio de Salud Metropolitano Central

Macintyre, Anna; Pontificia Universidad Católica de Chile

Maffei, Teresa; Ministerio de Desarrollo Social

Magdaleno, Evelyn; Servicio Nacional de la Discapacidad

Maldonado, Martin; University of Missouri-Kansas City

Martínez, Dayann; Pontificia Universidad Católica de Chile

Matute, Isabel; Universidad del Desarrollo

Millacura, Claudio; Universidad de Chile

Morote, Elena; Organización Comunitaria Habla Mujer

Moya, Cecilia; Ministerio de Salud

Nahuelhual, Paula; Instituto Teletón

Obach, Alexandra; Universidad del Desarrollo

Olea, Andrea; Universidad del Desarrollo

Ortiz, Jovita; Universidad de Chile

Ovalle, Camila; Universidad de Chile

Padilla, Claudia; Ministerio de Salud

Palma, David; Corporación Miles Chile

Peña, Sebastián; Ilustre Municipalidad de Santiago

Pedrero, Víctor; Universidad del Desarrollo

Picket, Kate; University of York

Plaza, Martín; Pontificia Universidad Católica de Chile

Poffald, Lucy; Universidad del Desarrollo

Puschel, Klaus; Pontificia Universidad Católica de Chile

Ramis, Sylvia; Pontificia Universidad Católica de Chile

Repetto, Paula; Pontificia Universidad Católica de Chile

Rioseco, Andrea; Pontificia Universidad Católica de Chile

Riquelme, Giselle; Universidad del Desarrollo

Rivas, Mª Ximena; Corporación Incluye 360

Rodríguez, Juliana; Fundación Todo Mejora

Sadler, Michelle; Universidad de Chile

Saffino, Florencia; Servicio Jesuita de Migrantes

Salas, Sofía; Universidad Diego Portales

Sierralta, Paula; Ilustre Municipalidad de Santiago

Slachevsky, Andrea; Universidad de Chile

Torres, Eduardo; Universidad del Desarrollo

Urrutia, Marcela; Pontificia Universidad Católica de Chile

Valdebenito, Mireya; Demoscópica

Valdés, Erick; Universidad del Desarrollo

Vargas, Lida; Instituto Teletón

Vásquez, Andrea; Pontificia Universidad Católica de Chile

Vega, Paula; Pontificia Universidad Católica de Chile

Velasco, Mª Carolina; Pontificia Universidad Católica de Chile

Vergara, Natalia

Vidal, Loreto; Universidad Andrés Bello

Villegas, Natalia; Universidad de Miami

Vivanco, Lucia; Ilustre Municipalidad de Santiago

Wright, John; Bradford Institute for Health Research

Lista alfabética de Instituciones participantes

Bradford Institute for Health Research
Centro Integrado de Especialidades Psicológicas
Corporación Incluye 360
Corporación Miles Chile
Corporación Nuestra Casa
Demoscópica
El Colegio de México
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)
Fundación América Solidaria
Fundación Corporación Nacional de Ayuda al Niño Lisiado (COANIL)
Fundación Cultura Salud
Fundación Todo Mejora
Gendarmería de Chile
Ilustre Municipalidad de Santiago
Instituto de Salud Pública de México
Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
Instituto Teletón
Ministerio de Desarrollo Social
Ministerio de Salud
Organización Comunitaria Habla Mujer
Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud
Pontificia Universidad Católica de Chile: Facultad de Ciencias Sociales; Facultad de Ingeniería; Facultad de Medicina; Red Ancora
Servicio de Salud Metropolitano Central
Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Servicio Jesuita de Migrantes
Servicio Médico Legal
Servicio Nacional de la Discapacidad
Universidad Alberto Hurtado: Facultad de Psicología
Universidad Andrés Bello
Universidad Católica de Uruguay: Facultad de Psicología
Universidad de Chile: Facultad de Artes; Facultad de Ciencias Sociales; Facultad de Medicina
Universidad de Miami
Universidad de Santiago de Chile: Facultad de Humanidades; Facultad de Medicina
Universidad del Desarrollo: Facultad de Arquitectura y Arte; Facultad de Medicina Clínica Alemana; Facultad de Psicología
Universidad Diego Portales: Facultad de Medicina
Universidad Mayor Temuco: Facultad de Medicina
Universidad San Sebastián
University of Missouri-Kansas City: School of Medicine
University of York

Universidad del Desarrollo
Universidad de Excelencia

"Aunque todos somos vulnerables a retrocesos, la vida no se llevará a cabo en un campo de juego nivelado y algunas personas tienen un mejor acceso a todo lo que promueve la salud y el bienestar de los demás. Nuestro riesgo y vulnerabilidad, así como nuestra capacidad de recuperación, se distribuye de manera desigual… Los autores nos llevan en un viaje a lo largo de la vida, por el camino lleno de baches de la vulnerabilidad social y teniendo como guías personales a expertos que ayudan al lector a entender los matices de la vulnerabilidad social, física y psicológica. Con visión, pasión y compasión, este libro describe cómo nuestra salud y bienestar están formadas por múltiples factores y muchas etapas variadas en la trayectoria de nuestra vida".

Prof. John Wright & Prof. Kate E Pickett

"Creo que sus editores han buscado a los mejores exponentes de la materia que aborda cada capítulo y ellos han realizado un trabajo magnífico, desde sus vivencias, sus experiencias y sus conocimientos. Sorprende y agrada encontrar capítulos elaborados por personas de vasta experiencia junto a profesionales jóvenes, logrando resultados que destacan por la profundidad de su análisis, pero expresados en una forma sencilla para todos los lectores... El libro abrirá los ojos a profesionales y estudiantes que se preocupan por estos temas, mostrando una realidad que queda oculta ante los ojos de la mayoría, porque es más fácil no mirar".

Dra. Liliana Jadue, MSc