

Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile

Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones



Báltica Cabieses
Margarita Bernalles
Alexandra Obach
Víctor Pedrero

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.....	2
Foreword.....	4
Prólogo nacional	6

SECCION I

Introducción

Introducción	10
Capítulo 2.....	12
Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud	
Capítulo 3.....	14
Sobre el concepto de vulnerabilidad social: Marco filosófico, ético y jurídico	

SECCION II

Curso de Vida

Capítulo 1.....	17
Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento	
Capítulo 2.....	22
Infancia Temprana en riesgo y vulnerabilidad	
Capítulo 3.....	27
Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud durante la infancia preescolar y escolar	
Capítulo 4.....	32
Vulnerabilidad social en salud en adolescentes y jóvenes en Chile	
Capítulo 5.....	38
Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud en hombres chilenos: la fragilidad de los “invulnerables”	
Capítulo 6.....	42
Reflexiones en torno a la salud de las mujeres: exclusiones históricas y caminos futuros	
Capítulo 7.....	47
Una mirada a la vulnerabilidad social y sus consecuencias en la salud de las personas mayores en Chile	

Capítulo 8.....	53
Vulnerabilidad social y sus efectos en salud al final de la vida en Chile	

SECCION III

Situaciones y Grupos Específicos

Capítulo 1.....	60
Vulnerabilidad social ante Desastres Naturales	
Capítulo 2.....	65
Salud y Pobreza en Chile	
Capítulo 3.....	70
Violencia contra la mujer y sus consecuencias en salud en Chile	
Capítulo 4.....	76
Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile	
Capítulo 5.....	84
Vulnerabilidad social y Salud en Pueblos Indígenas	
Capítulo 6.....	88
Diversidad sexual y salud en Chile	
Capítulo 7.....	92
Situación de discapacidad y su efecto en la salud de las personas	
Capítulo 8.....	97
Población carcelaria o usuarios del sistema de salud	
Capítulo 9.....	102
Vulnerabilidades sociales y su efecto en sujetos de investigación en Chile	

SECCION IV

Conclusiones Finales

Capítulo de discusión y conclusiones.....	107
Vulnerabilidad Social y Salud en Todas las Políticas en Chile	
Lista alfabética de autores y expertos participantes	115
Lista alfabética de Instituciones participantes	118

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.

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

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.

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.

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 definido 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 milenio 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.

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.

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
- **M^a 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 transformando 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

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.

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 Bernal**, 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 estrategia 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 fútbol, 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.

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.

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 culturales 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**, MSc, Investigador Asociado FLACSO-Chile, experto en género y envejecimiento gabriel.gujardo@flacsochile.org.
- **Marisol del Pozo**, psicólogo, psicogerontóloga, y docente de la Universidad Alberto Hurtado. mdelpozo@uahurtado.cl
- **Andrea Slachevsky**, PhD en Ciencias. Profesor Asociado Facultad de Medicina Universidad de Chile, Vicepresidente Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (Coprada), Coordinadora Unidad de Neurología Cognitiva y Demencia Servicio de Neurología Hospital del Salvador . aslachevsky@me.com
- **Elaine Acosta**, PhD Estudios Internacionales e Interculturales. Directora del Magister en Sociología de la Universidad Alberto Hurtado. eacosta@uahurtado.cl
- **Angela Arenas**, PhD en Bioética, Docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Editora del libro “Adulto Mayor. Nuevas perspectivas para el desarrollo humano”. angelaarenasmassa@gmail.com
- **Evelyn Magdaleno**, Directora regional de la región Metropolitana de SENADIS. emagdalenos@senadis.cl
- **Jean Gajardo**, PhD © Salud Pública, MSc Gerontología Social, Profesor Asistente Universidad de Chile. jean.gajardo@gmail.com.
- **Marcelo Hermosilla**, MSc Política y Gobierno FLACSO-Chile. marcelo.hermosilla.j@gmail.com
- **María Teresa Abusleme**, Socióloga, Mg. en Política y Gobierno (en definición la pertenencia institucional, cargo anterior Encargada de Unidad de Estudios de SENAMA), Chile. teresaabusleme@gmail.com

- **Lucy Poffald**, Psicóloga, Mg. en Psicología Social y Comunitaria, Universidad del Desarrollo, Chile. lpoffald@udd.cl.
- **Andrea Olea**, Médica, 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 influyen 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.

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 comunitaristas.

3. ¿Qué hace falta por mejorar?

- Las vulnerabilidades sociales, 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.
- 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

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.

Capítulo 2

Salud y Pobreza en Chile

Andrea Rioseco, MD

Instructor Adjunto, Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile

Benito Baranda, PhD

Presidente Ejecutivo, Fundación América Solidaria

Javiera Flaño, MD, MSc

Asesora técnica en Salud, 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.

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 resolutive de la APS, mediante la realización de procedimientos diagnósticos 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 Pontificia Universidad Católica de Chile. Asesor Senior Departamento de Desarrollo estratégico Minsal. Presidente Foro Nacional del Cáncer. jjimened@gmail.com.
- **Klaus Puschel.** MSc Profesor Titular, 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.

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

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 Universidad de Chile. Profesora Postítulo Arteterapia Universidad de Chile. 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

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 se 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.saffino@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 epidemiología 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

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 Antrópoma. Referente Pueblos Indígenas, Extranjeros y Género, Hospital el Carmen "Luís Valentín Ferrada". elilicanqueo@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 Programa Peña Integra. Oficina Municipal Intermediación Laboral OMIL.
Municipalidad de Peñalolén

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

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 Inverción 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.

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.

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 resolutive 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 reclusas cada cien mil habitantes.
- La población reclusa 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 estas 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.

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 Ética 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 previsible 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.

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. Empezar 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**, Terapeuta ocupacional, magister (c) intervención psicosocial de Terapia Ocupacional, Dirección de Desarrollo Comunitario Municipalidad de Santiago, Chile, luciavivanco@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**, Ingeniero 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, M^a 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, M^a 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, M^a 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, M^a 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; Municipalidad de Peñalolén
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, M^a 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, M^a 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
Yoshikawa, Emiko; Universidad de Sao Paulo

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 Peñalolén
.....
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 de Sao Paulo
.....
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
.....