



Ensayo

DETERMINANTES OCULTOS: REFLEXIONES EN TORNO AL PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA

Hidden Determinants: reflections on the Health Program for Children

Josephine Bratz¹, Nicolás Fuster Sánchez², Camilo Guerrero Nancuante³

- (1) Enfermera-Matrona, Magister en Bioética. Universidad de Valparaíso. josephine.bratz@uv.cl
- (2) Profesor de Castellano, Doctor en Ciencias Sociales y de la Comunicación. Universidad de Valparaíso. nicolas.fuster@uv.cl
- (3) Enfermero, Licenciado en Enfermería. Universidad de Valparaíso. camilo.guerrero@uv.cl

Recibido: 9 agosto de 2016 | Aceptado: 25 agosto de 2017

**ANTECEDENTES:
DETERMINANTES SOCIALES
EN SALUD E INFANCIA**

Con el fin de promover un “espíritu de justicia social”, en el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decide crear la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para “recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo” (1).

Posteriormente, el año 2008 con el propósito de conminar a los gobiernos a corregir las inequidades en salud que determinan cómo una población crece, vive, trabaja y envejece, la Comisión publicó el informe titulado “Subsanar las desigualdades en una generación”. Dicho informe releva a la justicia social, tanto dentro de cada país, como a nivel global, como <cuestión de vida o muerte> en cuanto eventos de salud y enfermedad de una población; corroborando lo que diversos estudios señalan: las condiciones materiales que

determinan la vida o la muerte de los miembros de una comunidad, están relacionadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (1).

En esta dirección, la salud infantil de cada país se ve afectada por las políticas públicas que impulsan los gobiernos teniendo éstas: “efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre” (1).

Para la OMS, la reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud constituye, de ésta manera, un “imperativo ético” a escala mundial que debe impactar no sólo en las políticas y economías locales, sino también en las globales. Para lograr dicho objetivo, los países socios formularon y promovieron políticas sustentables en salud, a favor de la superación de las desigualdades apoyándose en programas que pretenden responder a los contextos y necesidades específicas de cada sociedad.



DETERMINANTES OCULTOS: REFLEXIONES EN TORNO AL PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA

Los determinantes sociales de la salud han sido clasificados en dos tipos. Por un lado, los “estructurales” que se relacionan directamente con el contexto socioeconómico-político, es decir, el estrato socioeconómico, el género, la etnia, la educación, la ocupación y los ingresos económicos; y por otra parte, los determinantes “intermedios” asociados a las circunstancias materiales, condiciones de trabajo y vivienda, factores conductuales, biológicos y psicosociales (2).

Tanto los determinantes estructurales como los intermedios interactúan de forma continua, impactando –positiva o negativamente- en el bienestar y en la salud de una determinada población. En esta dirección, el informe señala que los determinantes antes descritos no emergen por sí solos, más bien son producto de las condiciones sociales y políticas de una nación, ya que las “desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a estos” (1).

Teniendo en cuenta que la superación a escala global de estos condicionantes es una tarea no sólo compleja, sino que también a largo plazo, la OMS recomienda a los países suscritos avanzar decididamente en políticas de protección social como la promoción integral de la infancia y el acceso a la educación, entre otras (1). Para ello, el gobierno de Chile implementó, en el año 2007, el Programa de Protección Social Chile Crece Contigo. Dicho programa busca fomentar el

desarrollo integral de niñas y niños junto a sus familias y comunidad, a través de la promoción en salud y de la prevención de los problemas más relevantes de la infancia. Además del ámbito sanitario, el programa contempla intervenciones en el área de la educación, incorporando, de esta manera, a jardines infantiles y escuelas (3).

En este contexto, las autoridades sanitarias han visto con preocupación la gran cantidad de problemas de salud asociados a aspectos psicosociales en la población infantil chilena. Según un estudio realizado por la UNICEF en el año 2012, el 71 % de los infantes sufren de violencia física y/o psicológica por parte de sus cuidadores, y el 8,7 % ha sido víctima de abuso sexual (4). Por otra parte, la especialista en Salud Pública, Paula Bedregal, señala que el desarrollo psicosocial de niños y niñas chilenos no ha mejorado desde 1980 y que cerca del 30 % presentan alteraciones en su desarrollo; cifra que, según la autora, cuestiona el 11,6 % de rezagos y retrasos medidos en el sector público de salud mediante los instrumentos protocolizados por el programa de salud infantil, enfatizando la necesidad de mejorar la pesquisa en éste sector (5).

En relación a la Salud mental en niños y adolescentes la OMS señala que a nivel mundial, entre el 10 % y el 20 % de este grupo etario padece de alguna patología mental y que sólo el 20 % es tratado correctamente. En Chile, las cifras son más elevadas: el 38,3% del grupo etario de 4-18 años presentan alguna alteración psiquiátrica, siendo mayor la cantidad de trastornos disruptivos (3). Asimismo, son

extremadamente preocupantes las cifras de suicidio adolescente cuya tasa aumentó de 1 a 1,9 por cada 100.000 habitantes en el grupo de 10 a 14 años y de 8,6 a 11,4 por cada 100.000 habitantes en jóvenes entre 15 a 19 años durante el año 2000 al 2009 (6).

Estos datos alarmantes no han pasado inadvertidos. Organizaciones nacionales e internacionales se han pronunciado al respecto, señalando que los determinantes sociales en salud impactan directamente en el crecimiento y desarrollo de la infancia. Esto lo que quizás resulta tan obvio y de sentido común en el mundo académico, se ha naturalizado en lo cotidiano, precisamente, porque las condiciones estructurales de desigualdad que generan también condiciones desiguales en salud son parte del paisaje habitual en el que viven millones de personas en el mundo. Es por lo anterior que la UNICEF ha manifestado con fuerza que Chile vive un proceso de “infantilización de la pobreza”, lo que queda en evidencia en la Encuesta Casen del año 2011: al menos el 14,4% de la población infantil vive en situación de pobreza, de los cuales el 2,8% se encuentra en pobreza extrema; en menores de 3 años la pobreza es un 67 % superior en comparación con la pobreza de la población en general (3).

LOS DETERMINANTES OCULTOS EN SALUD

Aun siendo cierto que los factores enunciados por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud han impactado y, evidentemente, siguen impactando en las condiciones

de vida de niños y niñas, nos parece necesario enfocar nuestra atención también hacia otros determinantes, aquellos que proponemos llamar “determinantes ocultos de la salud”. Los nombramos ocultos porque acompañan en forma silenciosa, casi imperceptible –y por lo mismo, muchas veces negados- a los determinantes sociales oficialmente declarados, sin embargo, están omnipresentes y determinan el día a día de los profesionales de la salud, manifestándose en los efectos y resultados que han mostrado los programas nacionales vigentes de salud de la infancia. Son determinantes que reflejan ciertas características morales instaladas y normalizadas en nuestra sociedad. Estos determinantes ocultos los podríamos identificar como: el individualismo antropológico, la irresponsabilidad colectiva, el feudalismo profesional y la instrumentalización de la atención. Dichos determinantes responden a niveles diferenciados de nuestra realidad, pero totalmente imbricados entre sí. Tanto el feudalismo profesional como la instrumentalización de la atención se dan en el plano singular de la atención sanitaria y del acceso. Por su parte, el individualismo antropológico como la irresponsabilidad colectiva podríamos ubicarlos en un plano más macro, es decir, en un nivel en el que se despliega lo social, lo político y lo económico. En este sentido, éstos últimos serán materia de una reflexión más teórica sobre lo social, lo político y lo económico, mientras los primeros serán descritos desde la



práctica concreta de la atención en salud.

1. INDIVIDUALISMO ANTROPOLÓGICO

En su libro “Sobre la revolución”, Hannah Arendt señala que en la Isonomía, entendida como una forma de gobierno en el que la idea de poder está totalmente ausente, la igualdad es un estado que deriva del hecho de “estar entre iguales”. Es decir, esta forma de organización política del mundo helénico establecía una igualdad que no operaba como una a priori biológico o teológico (“que los hombres hubiesen nacido o hubieran sido creados iguales”), sino más bien, a propósito de que son naturalmente “desiguales” es necesaria una institución que los hiciese iguales. La igualdad, entendida como un ejercicio político, se realizaba en la ciudad, la que conminaba a los individuos a reunirse como ciudadanos y no como personas privadas. Así, la igualdad pasa a ser un atributo de la institucionalidad política y no del nacimiento. Como bien señala Arendt, ni igualdad ni libertad eran concebidas como una cualidad inherente a la naturaleza humana, sino más bien, eran entendidas como convención social fruto del esfuerzo político (7). Es decir, el ejercicio de la libertad sólo puede ser realizado entre iguales. Como podremos observar, nada más lejano de la idea de isonomía que nuestro actual modelo político-económico.

Más bien, somos espectadores de una contradicción permanente entre un discurso que releva la igualdad como un déficit de nuestra actual “democracia social de mercado” y,

por otra parte, uno que defiende a ultranza la libertad como un valor superior inherente a la naturaleza humana. Como señala Chantal Mouffe: “Por un lado tenemos la tradición liberal constituida por el imperio de la ley, la defensa de los derechos humanos y el respeto a la libertad individual; por otro, la tradición democrática cuyas ideas principales son la igualdad, identidad entre gobernantes y gobernados y soberanía popular” (8).

Sin embargo, en las últimas décadas hemos asistido a la profundización de un modelo de sociedad concebido a imagen y semejanza del orden económico. Es decir, una sociedad en donde lo común, lo que aglutina a los sujetos, son los valores inherentes al neoliberalismo monetario, a saber, la propiedad privada, el emprendimiento personal y la libertad de elección. Como señala Christian Viera, abogado constitucionalista, en Chile “no hay más justicia social que asegurar la oportunidad de acceso a los goces del mercado, sobre la base del poder de compra, en que las desigualdades que pueden darse entre las personas, sea respecto al poder de compra o consumo, son una situación natural, resultado de las capacidades individuales, en que ni el Estado ni la comunidad deben intervenir para asegurar un ‘absurdo’ promedio regulado” (9). De ahí que hoy por hoy el principio de responsabilidad colectiva haya sido reemplazado por el de rentabilidad privada, permitiendo la emergencia de una cultura del esfuerzo individual y de la desconfianza de la solidaridad colectiva. Cada individuo maximiza

su propio bienestar lo que implica una desmovilización social.

Así las cosas, en la actualidad vivimos, como señala Habermas, las consecuencias de una naturalización de los discursos basados en los principios de organización de la formación social del capitalismo liberal, lo que implica la despolitización de las relaciones de clase y la anonimización del poder de clase. Este individualismo antropológico, basado en la gestión personal de áreas tan diversas como la salud o la educación, han permitido lentamente la entrada en una medicina de mercado y de sus representaciones (articuladas estratégicamente en torno a políticas neoliberales sobre la vida sana, la dieta sana, la escolaridad sana, la economía sana, la institucionalidad sana, etc.), logrando que las relaciones de poder y de fuerza que giran en torno al problema del acceso a la salud disuelvan la clásica noción político-jurídica de ciudadanía, permitiendo, de esta manera, la separación tajante entre la vida biológica y la vida política.

De este modo, los procesos de atomización definen al profesional como un individuo desligado del análisis de las causas de fondo de la problemática infantil, lo que explica, por una parte, el afán por el cumplimiento de metas y, por otra, la indolencia frente a la discusión sobre el fondo.

2. IRRESPONSABILIDAD COLECTIVA

Para explicar lo que entendemos por irresponsabilidad colectiva nos basaremos nuevamente en los trabajos de Hannah Arendt sobre los conceptos

de responsabilidad individual y responsabilidad colectiva.

Según Arendt, los procesos históricos jamás son ineludibles, sino más bien son siempre consecuencia de las acciones humanas que los preceden; afirmación que la filósofa Seyla Benhabib entiende como un consejo a los “políticamente responsables de hacerse cargo de que de hoy en adelante, realmente habrá un cambio fundamental en el comportamiento de ciertos individuos y grupos” (10).

Arendt entiende la responsabilidad colectiva como “una ética política, como instrucción de conversar y actuar juntos en el espacio público”, y la distingue de la culpa que siempre es individual, indiferente si ésta es legal o moral. Es así como la responsabilidad colectiva siempre tiene lugar en un contexto político en el que los ciudadanos se responsabilizan colectivamente por injusticias cometidas en nombre del estado o del pueblo al cual pertenecen; mientras que la culpa es un evento personal que se relaciona con las acciones e intenciones de los individuo (10). En el contexto de la atención en salud, la culpa individual podría presentarse al cometer actos de omisión o negligencia ante personas o grupos que solicitan nuestros servicios profesionales; actos que podrían constituirse en una culpa tanto moral como legal. La responsabilidad colectiva, a su vez, podría entenderse en este contexto como el deber que tendríamos los profesionales de encargarnos de corregir injusticias cometidas en otras instancias históricas y que han llevado a nuestra población, en este caso la



DETERMINANTES OCULTOS: REFLEXIONES EN TORNO AL PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA

infantil, a presentar los indicadores sicosociales de salud mencionados. Para que pueda existir responsabilidad colectiva en un grupo de ciudadanos, según Arendt, deben darse dos circunstancias. En primer lugar, alguien debe considerarse responsable por actos que realmente no cometió y, en segundo lugar, esa responsabilidad debe ser producto del hecho de que esa persona obligatoriamente es miembro de un colectivo o grupo (10). Ésta responsabilidad es, en opinión de la filósofa, siempre política, debiendo todo gobierno hacerse cargo de: “hechos e injusticias cometidos por los antecesores y cada nación por los hechos o injusticias del pasado” (11). Por lo tanto, frente a ciertas situaciones que nos generen culpa individual las personas podemos sentirnos personalmente culpables o inocentes, y eventuales conflictos de conciencia pueden resolverse mediante un diálogo interno. Mientras que la responsabilidad colectiva corresponde al ámbito de las consideraciones políticas cuyo enfoque es el mundo que compartimos con otros seres humanos. Y este mundo compartido se genera al constituirse un espacio público por medio de la comunicación, esto es mediante el hablar y el actuar en conjunto. Es la participación activa la que contribuye a la co-construcción del espacio público (10). Arendt es categórica al decir que “ningún estándar moral, individual o personal nos excusará jamás de asumir responsabilidad colectiva. Esa responsabilidad sustituta por cosas que no hemos hecho, asumir las consecuencias por cosas de las cuales somos

completamente inocentes, es el precio que tenemos que pagar por el hecho de que no vivimos nuestras vidas en soledad sino en compañía con otros seres humanos; y también la facultad de actuar, que, al fin y al cabo es la facultad política por excellence solamente puede ser actualizada en una de las muchas y múltiples formas de la comunidad humana” (10). Para Arendt, definitivamente, el espacio público requiere unir el pensamiento que se manifiesta en la responsabilidad personal con el actuar que expresa la responsabilidad por el mundo, a fin de co – construirlo y rescatarlo de la “autodestrucción” (10).

En esta dirección, - y volviendo a nuestro tema -, nos parece indispensable que términos como pobreza, desigualdad e inequidad sean despojados de su abstracción; como si fueran condiciones presentes porque sí, asépticos en sus significados, y aunque los evidenciamos todos los días, lejanos a nuestras vidas; presentes desde siempre y, por lo mismo, abstractos e intocables. Se hace indispensable reconocer los contextos históricos que han contribuido a estructurar una sociedad en base a la segregación y comprender los vínculos intergeneracionales que nos ligan a las decisiones y acciones de generaciones anteriores; generaciones que, a nuestro parecer, se remontan incluso a las épocas de la conquista y de la colonia.

Creemos que sería irresponsable, por ende, desconocer las causas históricas de los problemas de salud de la infancia en nuestro país, es decir, de los rezagos psicomotores, la falta de oportunidad para el desarrollo pleno

de sus potencialidades, los malos tratos, abusos, patologías mentales y suicidios. Sería irresponsable no hacer un esfuerzo colectivo por (re)-construir el espacio público que abra instancias de comunicación y deliberación sobre la segregación e inequidad y sus efectos sobre la población infantil; sería irresponsable no discutir, además, en torno a las responsabilidades individuales que nos competen a cada uno en particular.

3. FEUDALISMO PROFESIONAL

El feudalismo profesional se relaciona, en nuestra opinión, con la capacidad colectiva de los profesionales de delimitar funciones frente a la atención en salud. En relación a ello, cada gremio ha avanzado, tanto en aspectos legales como subjetivos, en el establecimiento de roles según la experticia de cada profesión. Si bien esta delimitación de funciones se adecua a gran parte de los sistemas sanitarios, en la actualidad existen dos situaciones que provocan dificultades en la atención interdisciplinaria integrada, especialmente en niños y niñas, quienes requieren habitualmente de un amplio despliegue profesional para promover su desarrollo integral. Estos son: el aumento exponencial de profesionales sanitarios y el desmembramiento de la atención en salud.

Por una parte, el aumento exponencial de profesionales ha generado un desajuste en el sistema de salud. Los gremios profesionales han delimitado acciones cada vez más específicas frente a la alta competencia que no sólo se da entre una misma disciplina, sino también con otras. Esto ha

permitido que cada cuerpo profesional luce por su “Terreno” o “Feudo”, desplazando, en ocasiones, la premisa máxima: prestar atención oportuna e integrada, es decir de calidad. Por otra parte, el desmembramiento de la atención en salud se relaciona con la especialización en la atención, durante la cual cada profesional, en su feudo, solo aplica su propia perspectiva sobre una situación – problema o patología que presentan las personas- sin coordinarse con otros a modo integrativo. En este sentido puede darse que un niño/a con Obesidad sea atendido por una Enfermera y Nutricionista de forma separada; en el caso de existir déficit en el desarrollo Psicomotor será evaluado y derivado a sala de estimulación; si existe algún problema de maltrato será el psicólogo el encargado de atender a dicha familia. Esta forma de trabajo –que se agudiza aún más cuando los equipos de salud no se comunican efectivamente- complejiza la planificación de la atención con visión global del individuo, pudiendo perpetuar las condiciones sanitarias de la población.

La generación de feudos profesionales se relaciona, en nuestra opinión, de manera directa con el individualismo antropológico analizado, en cuanto el profesional no se entiende a sí mismo como un sujeto social interconectado con otros sujetos sociales, sino como un individuo profesional, lo que, a su vez, complica el trabajo en equipo comprendido como una oportunidad de realizar un esfuerzo colectivo por volver a abrir espacios públicos en pos de la promoción de mayor equidad en la atención de salud que reciba la



población. En este sentido, asumir un trabajo en equipo integrador puede constituir la piedra angular para un real ejercicio de responsabilidad colectiva a fin de superar la problemática de salud que experimentan nuestros niños y nuestras niñas, en vista de apoyar a una generación en desarrollo a desplegar sus plenas potencialidades biológicas, cognitivas y emocionales.

4. INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La instrumentalización de la atención la asociamos, principalmente, a la casi irrestricta utilización de protocolos estandarizados por los programas de salud en la atención infantil, como son aquellos para medir múltiples aspectos del crecimiento y desarrollo infantil en cuanto antropometría, desarrollo psicomotor, relación vincular, riesgo sicosocial, entre otros. La aplicación de estas pautas, a nuestro parecer, puede poner en riesgo la evaluación y atención individualizada de un niño o niña, porque el profesional fácilmente puede avocarse a la mera aplicación de los respectivos instrumentos, y así dar cumplimiento a los indicadores de rendimiento profesional impuestos por las autoridades sanitarias, dejando de esta manera de lado una mirada global de las necesidades de un niño/a y de su familia.

Cada profesional, en su feudo particular, y resguardando su rendimiento individual, fácilmente se desliga de la responsabilidad que comparte a nivel colectivo, desmembrando no solo la atención de un niño/a en específico, sino también la posibilidad de recuperar un compromiso para con la salud infantil

de los miembros de la sociedad en su conjunto.

CONCLUSIONES

Los síntomas que presentan los seres humanos en edad de niñez que comparten nuestro mundo, como diría Arendt, son la manifestación de una estructura social enferma, y ningún programa de salud de la infancia, aun teniendo las mejores intenciones, podrá intervenir tales síntomas sin contar con un acuerdo colectivo previo que redefina nuestros bienes comunitarios, replantee el concepto de libertad y exija una reestructuración real del actual modelo económico. Es responsabilidad colectiva entonces exigir que ciertos bienes comunitarios como la educación y la salud no sean transados como mercancías o bienes de consumo en el libre mercado; es responsabilidad colectiva co-construir un nuevo modelo de sociedad más inclusivo. La aplicación coherente de tal modelo en la práctica asistencial diaria se convierte así en responsabilidad individual de cada profesional: en un acto político que sustenta y hace viable a la colectiva.

Quizás, lo anterior sea la única forma que nos pueda llevar a dar cumplimiento con el primer objetivo de la comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS, citada en un inicio: “Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que

permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales” (1).

Para finalizar nuestra reflexión, relevamos la necesidad de que éstas temáticas sean objeto de investigaciones, tanto teóricas como empíricas que logren relacionar los diversos elementos expuestos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanan las desigualdades en una generación - ¿Cómo? [Internet]. OMS; 2008. [acceso 14 ene 2015] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?ua=1
2. Comisión de determinantes sociales en salud, Organización Mundial de la Salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet]. OMS; 2007. [acceso 14 ene 2015] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
3. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Salud de la infancia con enfoque integral. Santiago de Chile; 2013.
4. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Cuarto Estudio de Maltrato Infantil. UNICEF; 2012. [acceso 30 ene 2015] Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_o_maltrato_infantil_unicef.pdf
5. Bedregal P. Hacia la renovación en las políticas de infancia en Chile. *Rev chil pediatr.* 2014; 85 (1): 7-11.
6. Ministerio de Salud de Chile. Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación. Santiago de Chile; 2013.
7. Arendt H. *Sobre la Revolución*. Madrid (España): Alianza Editorial; 2012. 400p.
8. Mouffe C. *La paradoja democrática*. Barcelona (España): Paidós; 2003. 160p.
9. Viera C. Aproximaciones al sincretismo ideológico de la constitución chilena. Especial referencia al iusnaturalismo escolástico y neoliberalismo. *Rev derechos fundam.* 2013; 9 (1): 113-42
10. Wehr I, López L. Culpa individual y responsabilidad colectiva: un acercamiento a la terminología de Hannah Arendt. En: Vatter M, Nitschak H. *Sobrevivir al totalitarismo*. Santiago de Chile: LOM ediciones; 2008. p. 103-38.
11. Arendt H. *Responsabilidad y juicio*. Barcelona (España): Paidós; 2007. 277p.

