

RC | REVISTA
SP | CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

SALUD Y PROCESO CONSTITUYENTE

REFLEXIONES ACERCA DE LA SALUD Y
LA NUEVA INSTITUCIONALIDAD POR CONSTRUIR

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

**SALUD Y PROCESO
CONSTITUYENTE**
REFLEXIONES ACERCA DE LA SALUD Y
LA NUEVA INSTITUCIONALIDAD POR CONSTRUIR



SALUD Y PROCESO CONSTITUYENTE. REFLEXIONES SOBRE LA SALUD Y LA NUEVA INSTITUCIONALIDAD POR CONSTRUIR

Archivo Digital: descarga y online

ISBN: 978-956-19-1268-7

Primera edición, octubre 2022

Política de Acceso Abierto y Derechos

La RChSP adhiere a una política de acceso abierto al conocimiento, por lo que permite el libre acceso a todos sus contenidos y reconoce el derecho de autoría y la conservación de los derechos de publicación de los creadores sin restricciones, bajo la licencia Creative Commons de atribución - no comercial y sin derivar.

Licencia Creative Commons

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.



**NUEVA
CONSTITUCIÓN**

MICROBIOLOGIA PARA LA ENFERMERA
MICROBIOLOGIA PARA LA ENFERMERA

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL CUERPO HUMANO

MANUAL DE LA ENFERMERA AUXILIAR
MANUAL DE LA ENFERMERA AUXILIAR

RELACION HUMANA CON EL PACIENTE

RESEARCH

RESEARCH

RESEARCH

RESEARCH

COMITÉ EDITORIAL DE LA EDICIÓN ESPECIAL:

SALUD Y PROCESO CONSTITUYENTE. REFLEXIONES SOBRE LA SALUD Y
LA NUEVA INSTITUCIONALIDAD POR CONSTRUIR

Editor

Álvaro Lefio Celedón

Editores/a asociados/a

Alejandra Fuentes García

Carlos Madariaga Araya

Jadwiga E. Pieper

Jorge Gaete Avaria

Coordinación editorial

Jorge Gaete Avaria

Katherinne Rivas Castro

Referencia, indexación y publicación

Katherinne Rivas Castro

Marisol Negrete Torres

Diseño Editorial

Paola Videla Lagos

Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile

Av. Independencia 939, Santiago de Chile

Fono (56) 22 9786967

revistasp@med.uchile.cl

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>

ISBN: 978-956-19-1268-7

Primera edición, octubre 2022



AUTORES

Marcela Araya Bannout

Ricardo Banda Rabah

Lidia Casas Becerra

Juan Carlos Concha Gutiérrez

Daniel Egaña Rojas

Patricia Gálvez Espinoza

María Angélica Illanes Oliva

Álvaro Lefio Celedón

Carlos Madariaga Araya

Pablo Olivares Araya

Lorena Rodríguez Osiac

Constanza Valdés Contreras

La Salud de los chilenos y una nueva Constitución: Prosigue el debate Carlos Madariaga Araya	11
Hitos relevantes en la política de salud chilena Juan Carlos Concha Gutiérrez	19
Movilización social, violaciones a los derechos humanos y nueva Constitución Ricardo Banda Rabah y Pablo Olivares Araya	39
Constitución, ciudadanía y derechos sociales María Angélica Illanes Oliva	61
Derechos sexuales y reproductivos en la nueva Constitución Lidia Casas Becerra	77
Derechos en Salud de la Comunidad LGTBQ+ en la nueva Constitución Constanza Valdés Contreras	95
Derecho a la alimentación en la nueva Constitución Lorena Rodríguez Osiac, Daniel Egaña Rojas, Patricia Gálvez Espinoza y Marcela Araya Bannout	109
Salud, Democracia y Proceso Constituyente en Chile Álvaro Lefio Celedón	125





LA SALUD DE LOS CHILENOS Y UNA NUEVA CONSTITUCIÓN: PROSIGUE EL DEBATE

Carlos Madariaga Araya

Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende”,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

La Salud de los chilenos y una Nueva Constitución: Prosigue el debate

Las reflexiones que ofrecemos en el presente texto están originadas en el interés de la Revista de la Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende” por contribuir activamente al debate de ideas y a la construcción de propuestas desde el campo de la salud en torno de una nueva constitución política para Chile. Emergen en momentos en que el rechazo de la propuesta emanada de la Convención Constituyente en el reciente plebiscito de salida ha generado un nuevo escenario político, social y cultural que, con mayor razón aún, estimula a la reflexión multidisciplinaria desde el campo de la salud pública, las ciencias de la salud, las humanidades y las ciencias sociales.

La coyuntura actual post plebiscito es de suyo compleja y ha acentuado, como era de esperarse, las diferencias y controversias entre las visiones que a nivel de la sociedad civil se tienen sobre cómo avanzar en la tarea de otorgar al país esta nueva constitución, mandatada como un ejercicio de soberanía popular desde el plebiscito de entrada del año 2020. El pacto social anhelado para avanzar hacia otro modelo de desarrollo histórico está sometido hoy al desafío de encontrar un nuevo derrotero para su realización, cuidando fortalecer esta soberanía en un contexto de derechos humanos, ciudadanía y participación democrática.

Siendo este un proceso que inevitablemente se alarga y entra en un camino de incertidumbres respecto de cómo se avanza hacia la materialización de esta tarea histórica, nuestra revista mantiene su compromiso con aportar con nuevas teorizaciones desde distintas áreas de la salud pública, considerando que la salud es uno de los aspectos nodales de la crisis social aún vigente en la sociedad chilena y que ocupa un espacio en la primera línea de la producción de definiciones para la construcción de un nuevo proyecto país.

El proceso en curso no deja de ser paradójico, en sus contradicciones se nutre del impacto disruptivo de la crisis social, económica, política y cultural que interviene sobre los procesos de subjetivación y sujeción de la ciudadanía. La subjetividad individual y social es el escenario humano productor y reproductor de las realidades sociológicas y psicosociales que caracterizan al país en el curso de la crisis; incluye cuestiones tan variadas como las carencias en el acceso a los derechos sociales, las desigualdades e injusticias sociales, la herencia traumática de un país aún impune, el persistente desafío del reconocimiento y la diversidad cultural, etc. Se trata de una condición sociohistórica local que se acopla y se torna interdependiente con fenómenos de tipo planetarios asociados a la crisis mundial del modelo hegemónico neoliberal, explotador y predatorio, que tiene en jaque a la biósfera con su estrategia necroeconómica, con su carga de procesos pandémicos, el empobrecimiento de sus políticas públicas, etc.

La confluencia de procesos nacionales y mundiales que intervienen en la producción de subjetividad como los que hemos señalado están a la base de ciertas formas de lectura de la realidad y de la conducta pública y privada de las y los ciudadanos, que explican este carácter contradictorio, paradójico y sorprendente a ratos de la acción política a nivel de la sociedad civil. Una de las formas de superación de las tensiones emergentes pasa por la discusión democrática, dialógica e interdisciplinaria entre las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y las humanidades en torno de los constituyentes de la crisis social por la que atraviesa el país y en busca de caminos de salida a la misma teniendo como principio fundante el interés y la voluntad ciudadana.

Este mandato tácito de profundizar la participación de la ciudadanía en la construcción de un nuevo proyecto país encuentra en la continuidad del proceso constituyente uno de los caminos más estratégicos para las transformaciones que se requieren y que debieran culminar con la consecución de una nueva constitución política. Este camino transicional de rediseño de nuestro proyecto de desarrollo convoca al sector salud en tanto conforma uno de los ejes de mayor sensibilidad social, dado que la crisis por la que atraviesa desde hace algunas décadas la salud pública es causante de buena parte de los conflictos políticos y sociales en curso debido a su creciente incapacidad para satisfacer adecuadamente las necesidades de salud de la población.

De modo que el sector salud es hoy un hablante en falla sistémica, lo que otorga mayor trascendencia y urgencia a la presencia de sus instituciones y actores en el devenir de esta otra crisis que afecta globalmente al país. En clave de participación social directa, sus agentes relevantes -entiéndase sus redes asistenciales públicas y privadas, sus colegios profesionales, instituciones académicas, sus gremios y asociaciones, los agentes organizados de la comunidad y los usuarios, etc.- son los llamados a reconstruir y fortalecer los espacios de reflexión y debate, al mismo tiempo que a fomentar la acción colectiva en torno a la materialización de los programas de cambio que se logren consensuar en el ejercicio democrático. Reconocemos en esta capacidad socializante del interés común en torno a las necesidades de salud la cristalización de un esfuerzo de ciudadanización y un estímulo al surgimiento de conciencia social al servicio de la producción de una subjetividad individual y social otra, con capacidad analítica y crítica, problematizadora y propositiva, que desarrolle condiciones para operar efectivamente como agente del cambio histórico.

Hoy sigue en juego la gestación de una nueva propuesta de salud para Chile, toda vez que es parte inseparable de una totalidad histórica que está ligada al proyecto de sociedad en debate. Al servicio de este objetivo está la riqueza de los paradigmas emergentes en salud, que incluyen la perspectiva de los derechos humanos y los derechos sociales, la salud colectiva y el modelo comunitario, la estrategia de redes sociales, las determinaciones/determinantes sociales, la interculturalidad en salud, el metabolismo sociedad-naturaleza, etc. Todo ello apoyado epistemológicamente en la superación del modelo biomédico por otro de tipo sociopsicobiológico, en un contexto de interdisciplina, multisectorialidad y participación social.

El texto que presentamos abre algunas interesantes ventanas de conocimiento y análisis sobre el proceso salud – enfermedad – atención, que intentan contribuir a la construcción de un nuevo proyecto de salud para el país. Dialogan en él diferentes disciplinas, teorías y enfoques epistemológicos, históricos, políticos y socioculturales. Desde esta diversidad se exponen no solo argumentos sino también propuestas concretas para el ejercicio de nuevas praxis en salud, para una nueva relación entre el Estado y las políticas sanitarias, para la superación de la caducidad que afecta a buena parte de las políticas, planes y programas de salud, en fin, para una reconsideración estructural del financiamiento del sector, de cara a un nuevo modelo de reparto de la riqueza social.

El Dr. Juan Carlos Concha, salubrista, ex ministro de salud del Dr. Salvador Allende, abre el libro con un interesante racconto de la evolución histórica de la salud pública en Chile, tema de gran actualidad toda vez que tensiona, desde la lectura del pasado, las tendencias actuales y pone en evidencia los aspectos centrales de la crisis de la salud pública que cursa hoy, proponiendo avanzar en la clausura del desmantelamiento de la salud pública generado por las políticas neoliberales y retomar la línea de democratización de la salud inaugurada por el Estado en los años 40. Siguiendo la línea historicista de este autor, María Angélica Illanes se posiciona en la coyuntura actual del proceso constituyente viendo en él una oportunidad histórica para la ruptura del dominio neocolonial, patriarcal, clasista y político partidista que fue destruyendo las bases de las políticas sociales en salud en las últimas décadas. Propone que la salud sólo concebida como derecho social irrenunciable es garantía de equidad, justicia y reconocimiento, condiciones esenciales para la estabilidad y la paz social, para el fortalecimiento ciudadano y la participación social en un contexto de protección y cuidado de la salud y la vida. Para esta autora, los procesos de ciudadanía están fuertemente ligados a la educación pública, siendo la relación educación – salud una cuestión estratégica para garantizar cuestiones clave como la participación comunitaria territorializada en la solución de los problemas de salud.

La movilización social y el protagonismo activo de la ciudadanía en el proceso histórico en curso encuentra un interesante análisis en el trabajo de Ricardo Banda y Pablo Olivares, quienes dan cuenta de la experiencia de salud desde dentro de la llamada primera fila del levantamiento popular de octubre de 2019. La afectación de los cuerpos por la violencia represiva en las calles del país motivó nuevas formas de organización de la protección de la salud y la atención inmediata del daño en los ciudadanos, utilizando formas organizativas territoriales y comunitarias, redes de apoyo técnico y formas de defensa y denuncia de sus derechos atropellados, etc., lo cual tuvo notable

incidencia en la lucha contra la impunidad de estos nuevos crímenes protagonizados por la fuerza pública. Todo un aporte a la producción continua de la memoria histórica. Las brigadas de salud que allí operaron son consideradas por los autores como los actores emergentes, los nuevos sujetos de los cambios, protagonistas plenos en el proceso, que han inaugurado una praxis colectiva en salud desde la vía pública, en calidad de “street medics”.

Las problemáticas de sexo y género se abordan desde dos perspectivas. La primera, a cargo de la profesora de derecho Lidia Casas, expone la exigencia de colocar los derechos sexuales y reproductivos en el plano de la constitución política del Estado. Partiendo del hecho que este fue uno de los grandes temas que movilizaron a las mujeres -y a la ciudadanía en general- durante la revuelta social, funda su argumentación en que ambos derechos interpelan la autonomía y la libertad individual de las personas para el ejercicio de su sexualidad y para reproducirse, sin interferencia del Estado ni de ninguna otra instancia externa a su propia voluntad ciudadana. A partir de este principio la autora realiza un interesante recorrido histórico de la evolución de estos derechos y se detiene en aspectos críticos y de debate actual como las tensiones entre lo individual y lo social respecto de la autonomía; los conflictos de pareja varón/mujer a propósito de temas como la esterilización tubaria y el aborto; la relación de estos derechos con los derechos económicos y sociales, y las limitaciones que producen al ejercicio de los primeros las carencias y privaciones de los segundos; el impacto del deterioro biopsicosocial de la mujer en el ejercicio de sus derechos en contexto de desigualdades e injusticias sociales, etc. Con fundamentos de este tipo la autora rescata y valida la pretensión feminista de un nuevo orden constitucional que modifique la actual estructura de poder dando paso a un orden social verdaderamente inclusivo para la diversidad de género; ello implica potenciar los derechos sexuales y reproductivos en claves de pertinencia Intercultural y de intersectorialidad.

Por su parte, Constanza Valdés analiza los derechos en salud de las personas LGTBIQ+ en la nueva constitución política, derechos que aún hoy estarían siendo negados, lo que configura una condición de discriminación y violencia material y simbólica hacia la diversidad. Un ejemplo extremo de esta realidad son los crímenes de odio e intolerancia extrema que ocurren a diario en la sociedad y que no logran producir reacciones efectivas desde el aparato del Estado. La autora agrega interesantes reflexiones respecto del impacto estructural que sobre este sector ciudadano producen las desigualdades económicas y la injusticia social, lo que realza la interdependencia de determinaciones sociales, políticas y culturales que configuran el cuadro dramático en el que habita el mundo LGTBIQ+ en Chile. En función de esta compleja realidad Valdés postula la necesidad de insertar las necesidades de salud de esta población en los marcos constitucionales de una salud plena y de calidad otorgada a toda la sociedad, en un Estado Social de Derecho, donde la salud sea entendida como un derecho humano y también como derecho social, y que sea capaz de elaborar políticas específicas, además, para cubrir los requerimientos propios de la población estudiada.

A su vez, un colectivo de autores encabezado por Lorena Rodríguez-Osiac analiza el Derecho a la Alimentación en Chile, partiendo de la premisa fundante de que se trata de un derecho humano protector de la vida y la dignidad humanas, al mismo tiempo que es garante del usufructo de muchos

derechos sociales. Esta sería la razón por la que el Estado está obligado no solo a respetarlo sino también a protegerlo y consumarlo en la práctica cotidiana de las y los ciudadanos; ello implica garantizar una alimentación digna para todos en un contexto de accesibilidad, disponibilidad, uso y estabilidad en el suministro. Se debate el interesante concepto de la “soberanía alimentaria” y la necesidad de promover, con una perspectiva intercultural, la producción y el consumo de alimentos saludables, con protección ecológica y medioambiental, estimulando los saberes tradicionales y las prácticas históricas de los territorios y comunidades locales. Se analiza con cierto detalle la presencia del tema en los recientes debates constitucionales, rescatando muchas iniciativas y propuestas concretas para dar cuerpo a una Ley Marco de Alimentación y Nutrición, que ocupe el rol de instrumento legislativo básico de aplicación del derecho a la alimentación, con independencia de si ha sido o no incorporado este derecho a la nueva constitución. Se hace un llamado a la sociedad civil, desde la comunidad organizada hasta el mundo académico, para juntar las voluntades necesarias para configurar una propuesta legislativa que dé nacimiento a este instrumento, que defina responsabilidades concretas a las diferentes partes involucradas: los que legislan, los que elaboran políticas y planes alimentarios, los que fiscalizan, etc.

Finalmente, el Dr. Álvaro Lefio, editor de la Revista Chilena de Salud Pública, establece una interesante intercomunicación de las temáticas del libro con la problemática de la relación Estado – Salud – Nueva Constitución. A partir de ella se valora la trascendencia y significado de la reciente transformación de la salud ciudadana en uno de los problemas críticos de la sociedad chilena, particularmente desde el llamado estallido social, dándole un sentido histórico al conflicto emergente y abriendo un panorama de inclusión multidimensional de las determinaciones sociales que están hoy a la base del proceso salud / enfermedad / atención en nuestro país. Se analiza la conflictiva de la relación economía - salud derivada del comportamiento del capital como eje dominante en la producción de políticas de Estado que favorecen la privatización y mercantilización de la salud y se problematiza el rol facilitador de esta forma de dominación social en un contexto constitucional restrictivo y celoso centinela del sometimiento global de la salud pública a los intereses macroeconómicos. Al mismo tiempo, el autor nos alerta respecto de la trascendencia que tiene para un cambio real y efectivo del estado de cosas la superación de la constitución impuesta en dictadura por otro corpus que otorgue categoría de derecho social irrenunciable a la salud ciudadana.

En fin, ponemos estos trabajos en manos de quienes tienen interés por avanzar en la línea del fortalecimiento de la salud pública en Chile en un contexto de democracia participativa, respeto pleno de los derechos humanos y producción de un nuevo sujeto social, que sea capaz de involucrarse como actor colectivo en la producción de los procesos transformativos que la realidad reclama. El texto es, además, una invitación a darle el mejor respaldo posible, desde el campo de la academia y las ciencias, a la continuidad del proceso constituyente, que busca abrir nuevos caminos al pacto social para acceder, finalmente, a la anhelada nueva Constitución Política del Estado.

Santiago, octubre de 2022

SALUD Y PROCESO CONSTITUYENTE. REFLEXIONES ACERCA DE LA SALUD Y LA NUEVA INSTITUCIONALIDAD POR CONSTRUIR

CONSTITUCION

DE LA

REPUBLICA DE CHILE

JURADA Y PROMULGADA

EL 25 DE MAYO DE

1833.



IMPRESA DE LA OPINION.

CONSTITUCION POLITICA

DE LA

REPÚBLICA DE CHILE

Promulgada el 18 de Setiembre de 1925



CONSTITUCION
POLITICA
DE LA REPUBLICA
DE CHILE
1980

EDITORIAL JURIDICA DE CHILE

HITOS RELEVANTES EN LA POLÍTICA DE SALUD CHILENA

Juan Carlos Concha Gutiérrez

Director Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad del Alba.

Ex Ministro de Salud del Gobierno del Dr. Salvador Allende G.

Hitos relevantes en la política de salud chilena

Prefacio

Cuando se habla de salud pública hay que declarar cuál de sus acepciones será usada. Universalmente la salud pública se refiere a las acciones del Estado destinadas a la protección de la salud de la población. Se trata de la prevención mediante las vacunas, del uso profiláctico de medicamentos para evitar la complicación de una enfermedad, del control periódico de enfermedad crónica para impedir recidivas, de la educación sanitaria dirigida al desarrollo de una conciencia de lo saludable que asegure una larga vida con reducidos número de días de enfermedad, de la vigilancia epidemiológica y zoonótica, del saneamiento básico, de la calidad de la vivienda, de la vigilancia epidemiológica, incluida la vigilancia de la calidad del agua, del aire y los suelos, entre otras medidas ejecutadas por el estado para proteger a la población de las agresiones del ambiente.

En Chile, con la puesta en marcha del Servicio Nacional de Salud se instaló la llamada doctrina del SNS, que comprendía la prevención y la reparación de la salud en forma integral.

“la protección de la salud al cien por ciento de la población y atención médica al 70 por ciento, constituida por trabajadores asegurados del campo y de la ciudad, así como a los trabajadores no asegurados de bajo ingreso”. (1)

Ambos componentes, la protección y la recuperación de la salud, se desarrollan en un proceso histórico con hitos relevantes que moldean un curso ascendente en el tiempo. Hay que advertir que no se trata aquí de un recuento historiográfico. Se trata de emitir un juicio social y político sobre hechos que cambiaron el curso del desarrollo de la política de salud entendida aquí “como parte

constitutiva de la política general de cualquier clase social (o alianza socio política) que pretenda conducir el estado y la sociedad”. (2)

Sus inicios en Chile se encuentran a finales del siglo XVIII con la formación de médicos en la Universidad de San Felipe. Quejábase el entonces el doctor de los Ríos, Protomédico de la universidad colonial:

“Lástima que, por una preocupación perjudicial, juzgan los chilenos por indecoroso el estudio de una facultad notable (la medicina) que, en juicio de muchos doctores, disputa ventajas con la jurisprudencia... que un reino como éste no encierre en su dilatado seno de quinientas leguas más que cinco facultativos”. (3)

Esto es, 1 médico cada 200 000 habitantes. Hoy disponemos de 1 médico cada 700 ciudadanos. Desde este precario inicio hasta hoy, la historia de la salud pública chilena ha pasado por un largo proceso en el tiempo.

Variolización: primera actividad de salud pública en Chile

La primera actividad en salud pública en Chile fue la vacunación antivariólica realizada por el Padre Manuel Chaparro a fines del S.XVIII y que culminó con su aplicación a 10.000 santiaguinos en 1805, sin que se registraran complicaciones (3). El Padre Chaparro quería ser Protomédico; pero nunca lo consiguió debido a que la herencia medieval de la universidad había establecido que “la filosofía era sierva de la teología”. Incluso, él fue parte del Congreso de 1811, pero no alcanzó las alturas de la especulación teológica. Primero había que ser teólogo; después, médico. Su mérito de iniciar la vacunación antivariólica era estimado por inferior a la competencia exitosa en exponer intrincadas cuestiones teológicas. Entre 1805 y la instauración de la Constitución de 1833 no hubo hechos relevantes que produjeran cambios importantes ni para la salud pública ni para una política de salud que se proyectarán en el tiempo. Un año antes de proclamada la Constitución pelucona impuesta con el triunfo de la fracción conservadora en la batalla de Lirquén fue creada la Junta Nacional de Beneficencia, institución encargada de administrar los hospitales existentes. Como también de los que habrían de construirse hasta 1944, fecha en la que fue creada la “Sociedad Chilena Constructora De Establecimientos Hospitalarios. SA.” (4)

Segundo hito: la creación de la Escuela de Medicina seguida por la fundación de la Universidad de Chile

La enseñanza formal de conocimientos de la medicina científica se inició en nuestro país en abril de 1833 con la creación de la primera escuela de la especialidad, la que empezó a funcionar en dependencias del antiguo Instituto Nacional. Años más tarde, en 1842 y sobre la base de esta Escuela, nace la Facultad de Medicina, una de las cinco que dieron origen a la Universidad de Chile.

El segundo viraje en el desarrollo de la política de salud chilena ocurrió con la creación de la Universidad de Chile. El discurso de inauguración de la Universidad de don Andrés Bello, su primer Rector, en 1843, señaló respecto a la medicina:

“La medicina investigará, siguiendo el mismo plan, las modificaciones peculiares que dan al hombre chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos; dictará las reglas de la higiene privada y pública; se desvelará por arrancar a las epidemias el secreto de su germinación y de su actividad devastadora; y hará, en cuanto es posible, que se difunda a los campos el conocimiento de los medios sencillos de conservar y reparar la salud.” (5)

El paso de la medicina colonial a la medicina científica demoró 30 años en madurar. Es verosímil que uno de los primeros efectos positivos- y con impacto en la población- fuera la reducción de la mortalidad materna y parte de la mortalidad del recién nacido, como efecto de la universalización de la profilaxis del embarazo, parto y puerperio, que consistió sencillamente en el adecuado lavado de manos, la esterilización de los instrumentos y el uso de un campo operatorio no contaminado, conocimiento y práctica difundida por las matronas, surgidas de la Escuela de matronas creada por Lorenzo Sazie.

“La difusión de los beneficios que reportaban los servicios de matronas entrenadas y de médicos comenzó en las últimas décadas del siglo XIX, entre otras modalidades, con la publicación de manuales dedicados a la puericultura que, junto con dar a conocer los cuidados de los recién nacidos, entregaban información sobre los cuidados que debían recibir las mujeres mientras estaban embarazadas, al momento del parto y durante el periodo puerperal”. (6)

El efecto demográfico fue notable. Antes de la aplicación de tales medidas el número de viudos era mayor que el número de viudas. Después de tal cambio, se invirtió la relación, como lo constatamos hoy. Estos y otros avances demostraron a los sectores más ilustrados que la medicina científica era efectiva.

Tercer hito. Uso generalizado de los avances del progreso médico, bajo dos formas: la salud según capacidad de pago y la de las mutuales puestas en marcha por los artesanos.

Los sectores más pudientes pudieron acceder a los visibles avances de la medicina mediante una tarifa; es el origen de la medicina según capacidad de pago. Los “indigentes”, continuaban bajo el alero de la Junta Nacional de Beneficencia, fundada en 1832:

“Durante el siglo XIX, el ejercicio de la medicina en Chile se circunscribió por largo tiempo al ámbito privado, apoyándose en la caridad. A pesar de ello, tempranamente surgieron algunas instituciones como la Junta Directora de Hospitales de Santiago y

la Junta de Beneficencia y Salud Pública, ambas creadas en 1832. Se les encargó de hospicios, hospitales y orfanatos. Las parroquias crean dispensarios gratuitos para los pobres". (6)

La primera demanda social fue poner la medicina científica a disposición de los artesanos y trabajadores con sus propias fuerzas. Este acceso fue conseguido con la creación de las Mutuales. Mediante una cotización modesta, contrataban médicos para atender los problemas de salud, en un dispensario de la propia Mutual.

"Desde 1840, a lo largo de todo Chile, se organizaron agrupaciones de trabajadores y trabajadoras destinadas a brindar protección ante accidentes, enfermedad o muerte a sus afiliados. De forma solidaria, las mutuales y sociedades de socorro mutuo reunían sumas de dinero -a partir de la cotización directa de sus miembros, por lo general agrupados por tipo de oficio o lugar de trabajo- que les permitía cubrir los gastos de enfermedad, invalidez o fallecimiento de sus cotizantes. Estas asociaciones se vincularon desde sus inicios, a las distintas formas de organización política del movimiento popular chileno, desde la Sociedad de la Igualdad hasta la formación de los primeros partidos políticos obreros. A su alero florecieron las tertulias y filarmónicas, instancias de desarrollo de la vida cultural y la educación autogestionada por los trabajadores y trabajadoras organizados." (7)

La herencia política española se prolongó en la cohesión social que surgió con la Independencia, consistente en ejercitar el autoritarismo por los patrones criollos, liberales o conservadores, y en el sometimiento del pueblo.

Se incorporan nuevas ideas a la discusión política con la inmigración francesa que siguió a la caída de la Comuna de París y que llegó a Chile en la segunda mitad del S. XIX con la inmigración de exiliados políticos de la Comuna de París que se concentraron en la ciudad de Victoria y otras cercanas. Ellos parecen ser los primeros que ingresaron obras escritas por Marx y Engels a Chile. (8)

Una indicación de los avances en los conceptos de salud y enfermedad alcanzados en la segunda mitad del S.XIX es el comentario de Benjamín Vicuña Mackenna a la creación de la Escuela de Medicina (9). Él usa términos como demografía, epidemiología, estadísticas y otras, que denuncian el grado de diversificación en el conocimiento de la salud y del paso de una concepción exclusivamente individual y curativa a una visión preventiva fundada en las ciencias de la salud.

Cuarto hito. El despertar de la conciencia del derecho a la salud

Los trabajadores de la industria del salitre y los artesanos urbanos vieron en las mutuales una forma independiente de acceder al progreso de la medicina, en oposición al médico de empresa que era percibido como dependiente del mismo empleador, siempre a favor de los intereses patronales. De allí la resistencia a la cotización de "un peso" por trabajador que proponían las empresas salitreras y del cobre para financiar la atención médica de sus operarios. A partir de las experiencias de las

mutuales, la salud comenzó a ser una demanda cada vez más consistente de los trabajadores del salitre y de los asentamientos, como instituciones administradas por ellos mismos:

“(Recabarren)...deslegitimó el populismo de Estado al rechazar, por ejemplo, el sistema de ahorro establecido como una norma compulsiva para el pueblo, porque lo ahorrado por esa vía sería una tentación para los ricos”. A cambio, exaltó el sistema mutual de ahorro: “el trabajador que pertenece a una Mancomunal no necesita hacer ahorro, porque con las cuotas que paga tiene ahorros de sobra para atender sus horas de desgracia ...” (10)

La conducción de la política de salud era disputada por tres corrientes: los defensores de la salud según capacidad de pago, los trabajadores organizados que planteaban ser ellos los administradores y la fracción conservadora partidaria de una intervención del estado para hacer concesiones en derechos sociales que permitieran, sin embargo, mantener el poder del estado y de la sociedad en manos de las clases dirigentes tradicionales, como lo había sido desde la independencia.

La irradiación hacia Chile de las ideas de las políticas sociales y la protección social de la salud

Ya en la última década del S XIX comienza a aceptarse la intervención del Estado en la protección social y de salud del trabajador por parlamentarios que estudian la seguridad social bismarckiana. Lo que satisface la necesidad de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo en la incipiente industria mediante intervención del Estado, sin inversión privada y refuerza la idea que la salud es condición del crecimiento y desarrollo de las naciones.

En Alemania, Salomón Neumann, después de observar la relación entre las desigualdades sociales y la tuberculosis en la primera mitad del S.XIX afirma:

“Es y permanece de una vez y para siempre e inamovible que la pobreza, la miseria y la desdicha si no son idénticas con la muerte y las enfermedades agobiantes, al menos proceden de la misma fuente” ... “... la ciencia médica, en su núcleo y esencia fundamental, es una ciencia humana.” S.NEUMANN (11)

En el mismo país y fecha Virchow escribe “El desarrollo de la medicina nos lleva sin notarlo al ámbito de lo social y nos coloca en la situación, ahora mismo, de responder a las grandes cuestiones de nuestro tiempo”. “Ya no se trata de esta u otra epidemia de tifus... es la cultura de un y medio millón de nuestros ciudadanos, que ha llegado a ser una de nuestras tareas”. R.VIRCHOW (12)

Robert Virchow introduce la idea de la medicina social. Propone tareas al Estado para enfrentar la enfermedad en las condiciones sociales en las que se vive. Es un precedente de la política social alemana, que conduce a la creación de la seguridad social y de la salud. Su irradiación a diversas partes del mundo, entre otras a Chile, crea un ambiente propicio al control de epidemias, de infecciones puerperales, de heridas y traumatismos; del dolor en el parto y en las intervenciones quirúrgicas.

John Snow demuestra la transmisión del cólera por la contaminación de pozos de agua destinados a consumo humano en Londres. Paralelamente se desarrollan las estadísticas de salud y crece el progreso científico de la medicina:

“John Snow médico inglés conocido por sus estudios de cólera y ampliamente visto como el padre de la epidemiología contemporánea. Sus estudios más conocidos incluyen su investigación del estallido de la bomba de Broad Street en Londres, que ocurrió en 1854, y su “Gran Experimento”, un estudio que compara los casos de cólera transmitidos por el agua en dos regiones de la ciudad: una que recibe agua contaminada con aguas residuales y la otra que recibe agua relativamente limpia. El razonamiento y el enfoque innovadores de Snow para el control de esta enfermedad mortal siguen siendo válidos y se consideran ejemplares para los epidemiólogos de todo el mundo”. (13)

*El progreso en salud es resultado del progreso de la medicina.
Pero lo decisivo es hacerlo real mediante el acceso universal equitativo para todos.*

Cuarto hito: La ruptura de la cohesión social vigente desde la Independencia

*“Benditas víctimas que bajaron
desde la pampa llenas de fe
y a su llegada lo que escucharon
voz de metralla tan sólo fue”*

(Canto a la Pampa, Francisco Pezoa Véliz)

Los sucesos que culminaron en la trágica masacre de la Escuela Santa María de Iquique, el 21 de diciembre de 1907, constituyeron unos de los hitos más emblemáticos del movimiento obrero chileno. La huelga salitrera, estalló el 10 de diciembre en la oficina San Lorenzo, extendiéndose rápidamente a todo el cantón de San Antonio. Cinco días después, una columna de más de dos mil obreros caminó a Iquique en demanda de mejoras salariales y laborales, bajo la firme decisión de permanecer allí hasta que las compañías salitreras dieran respuesta a sus peticiones. Números gremios de Iquique se sumaron al movimiento huelguístico, todos los cantones salitreros se plegaron al paro y, periódicamente, nuevos contingentes de mineros llegaban a la ciudad. Según estimaciones de la época, las cifras de huelguistas oscilaban entre 15 mil a 23 mil personas, tanto las actividades del puerto, como la producción minera de toda la región, quedarán paralizadas por completo.

El general Roberto Silva Renard ordenó a sus tropas hacer fuego en contra de la multitud. Según testigos, más de 200 cadáveres quedaron tendidos en la Plaza Montt y entre 200 y 400 heridos fueron trasladados a hospitales, de los cuales más de noventa murieron esa misma noche. Los sobrevivientes fueron enviados de regreso a las oficinas o embarcados a Valparaíso. (14)

Este hecho produce la ruptura de la cohesión social instalada con la independencia de Chile, caracterizada por la dominación patronal, liberal o conservadora, y la sumisión popular. Convencido de poder manejar la vuelta atrás y recobrar la cohesión social anterior al desarrollo social y político del movimiento obrero, Gonzalo Vial como ministro de Educación de Pinochet, instala el lucro en la educación, un mecanismo para focalizar la calidad de la educación en los sectores pudientes, lo que asegura la reproducción cultural de la oligarquía, con lo que pretende retornar de modo permanente a la cohesión social anterior a 1907 con la dominación de los propietarios sobre los trabajadores dependientes.

La incapacidad de las medidas represivas para contener el movimiento social y político en rápido desarrollo en la segunda década del siglo XX amenazó la gobernabilidad del estado conservador mercantil, heredero de la revolución de 1891. Esta debilidad favoreció la emergencia de una fracción conservadora que reconocía que la represión no lograba contener el cambio social y político originado en 1907. El movimiento reivindicativo se convirtió rápidamente en un movimiento social y político. Poco después de 1907 es creada la Federación Obrera de Chile, que en 1912 se convirtió en el Partido Obrero Socialista y, en 1922, en el Partido Comunista de Chile. Desde 1912 el movimiento social y político de los trabajadores declara públicamente su aspiración a hacerse cargo de la conducción política del estado y la sociedad chilena, en competencia con los partidos dominantes de la época. (14)

“Al comenzar el siglo XX los trabajadores chilenos no tenían ningún tipo de legislación social o laboral que los favoreciera o les brindara protección. Fueron ellos mismos, a través de las mutuales, las sociedades de resistencia y las mancomunales, quienes se organizaron para proteger a sus asociados y fomentar la solidaridad proletaria. La Federación Obrera de Chile (FOCH) comenzó como una agrupación de obreros de ferrocarriles con una orientación mutualista ligada al Partido Demócrata. A mediados de la década de 1910, comenzaron a integrarse los trabajadores del salitre y adquirió un carácter nacional. Asimismo, el Partido Demócrata perdió influencia al imponerse en la organización las ideas revolucionarias del Partido Obrero Socialista liderado por Luis Emilio Recabarren, convertido después en el Partido Comunista, asumiendo la Federación una actitud anticapitalista y revolucionaria que se manifestó con fuerza en las movilizaciones sociales que caracterizaron la década de 1920” (15).

La fracción conservadora intervencionista se impuso a los sectores más reaccionarios y triunfó en las elecciones presidenciales de 1920, lo que hace posible el cambio constitucional que refleja el pensamiento y acción para construir un Estado y una Sociedad gobernables para esos sectores políticos. En la Constitución de 1925 (16) así como en la ley 4054 (17) que crea la Caja del Seguro

Obrero Obligatorio y en la ley que crea el Ministerio de Salubridad y Previsión Social (18) se expresa institucional y jurídicamente la política de intervención conservadora, que no temía hacer ciertas concesiones con tal de mantener el poder para conducir el estado y la sociedad.

Sin embargo, hay que dejar constancia que las motivaciones tienen valor escaso en la política, comparadas con la importancia de los hechos que precipita. Consultado una vez Manuel Cantero, dirigente y parlamentario comunista acerca de lo que pensaba su partido acerca del Seguro Obligatorio y del Servicio Nacional de Salud, respondió de esta manera:

“No era lo que comunistas querían ni lo que el mismo Recabarren se proponía; pero terminaron con las peores lacras de la miseria y de la enfermedad. Además, crearon mejores condiciones de vida para los dirigentes sociales y políticos y les aseguraron así un mejor desempeño en sus tareas de conducción del movimiento social y político hasta conseguir el triunfo de la Unidad Popular en 1970.”

La dictadura de Ibáñez de 1925 a 1931 no trajo cambios relevantes en la política de salud; pero la persecución a los estudiantes universitarios y, en particular a los estudiantes de medicina, indujo un movimiento social democratizador, que se expresa con fuerza notable a la caída de la dictadura.

La medicina social no surge como una especulación académica, sino como un hecho que emerge de la práctica de la medicina funcionaria en el Seguro Obrero, la que no le exige al paciente el pago previo de una tarifa a cambio de una prestación de servicios inmediata en una relación contractual. Basta imaginar el impacto que produjo la súbita incorporación de un millón de trabajadores -hombres y mujeres del campo y la ciudad- que fueron cubiertos por la protección social y la atención médica desde 1924 con la ley 4054 que crea la Caja del Seguro Obrero Obligatorio (17) y que consagra la Constitución de 1925 (16) como responsabilidad del Estado. Lo que desplaza a la medicina según capacidad de pago a un lugar irrelevante.

Lógicamente que este hecho llama la atención a los médicos de la época, lo que se refleja en las discusiones de los médicos del Seguro Obrero en la Revista de esta institución a lo largo de los años 30. (19) Emerge como el concepto que la salud es un fenómeno social y no solamente el resultado de la interacción económica individual entre el paciente y el médico. La medicina social no es una concepción creada por Salvador Allende (16), sino el resultado de las reflexiones y las discusiones de los médicos del Seguro Obrero en el curso de su práctica como médicos funcionarios, que no cobraban una tarifa previa a la atención médica, como era propio de la medicina según capacidad de pago. Allí, la relación médico paciente es vista como un acto contractual, donde se intercambia una prestación de servicio por una tarifa previa (20). El talento de Allende fue convertir una reflexión de la experiencia de la medicina chilena en acción política.

Quinto hito. 1938: punto de partida de la democratización de la salud

Los conservadores intervencionistas no imaginaron que 14 años después de la puesta en marcha del Seguro Obrero y de la Constitución del 25, la conducción del país sería asumida por la alianza política del Frente Popular, hecho que justamente querían evitar. Ni mucho menos que un socialista asumiera como ministro de Salubridad y Previsión Social.

No se puede hablar del Servicio Nacional de Salud chileno sin referencia al rol de Salvador Allende en su construcción política. Tuve la fortuna de escuchar de él mismo las circunstancias que dieron origen a la idea del Servicio Nacional de Salud. (21) Cuando ocurre el terremoto de Chillán, él era ministro de Salubridad y Previsión Social. Tiene que abordar una situación de catástrofe regional con alrededor de 20000 muertos y la desaparición de ciudades enteras. Llama a colaborar al Dr. Vizcarra, quien había organizado exitosamente en Valparaíso los “Servicios Integrados” para enfrentar el problema de las enfermedades venéreas, siempre frecuente en los puertos. Allende tenía la capacidad de identificar con acierto la eficacia de una medida, por más específica que fuera, y aplicarla en general. La catástrofe fue enfrentada exitosamente con la estrategia de los servicios integrados. Esta evaluación positiva señaló que era adecuada para construir un sistema nacional de salud. El proyecto de ley que lo creaba fue enviado al Parlamento en 1941, donde durmió en algún anaquel por 10 años. Desde entonces, Allende se convierte en el principal protagonista de la política de salud en Chile, porque fue la figura central de la política de salud. Desde entonces, se instalan tres dimensiones decisivas en el desarrollo de la política de salud.

Como ministro en 1938, Allende fijó los objetivos de una estrategia nacional:

1. La proposición de una estrategia nacional que convocó a la mayoría de los chilenos:
 - Reducir la mortalidad materna e infantil
 - Erradicar la desnutrición
 - Combatir la enfermedad infectocontagiosa
 - Mejorar las condiciones de vida de los trabajadores: la vivienda, el ingreso y la seguridad social
2. La elaboración, promoción y construcción de la institucionalidad estatal de salud.
3. La puesta en marcha de una política de salud que se proyecta hasta hoy.

Como parlamentario, (1941-1970), desarrolló las iniciativas políticas, sociales y de salud cuyo fruto principal fue crear las condiciones institucionales que aseguraran el vínculo entre la competencia de técnicos y profesionales de la salud, en particular los médicos, con las necesidades de salud de la población.

El proyecto de ley del Servicio Nacional de Salud duerme por diez años en algún anaquel del parlamento, hasta ser recuperado por un parlamentario falangista, con el propósito de neutralizar el conflicto social levantado en Chile con la decisión gubernamental de participar en la guerra fría, al tomar partido de la política norteamericana y aplicar por primera vez en Chile la doctrina de las fronteras ideológicas, como fundamento de la persecución a partidos obreros y sindicatos, en especial la justificación de la ilegalización del Partido Comunista de Chile:

“En 1948, el presidente Gabriel González Videla impone la Ley de Defensa Permanente de la Democracia, llamada también “Ley Maldita”. Esta ley, nacida bajo el signo de la Guerra Fría y el anticomunismo macartista imperante en Estados Unidos, declara la ilegalidad del Partido Comunista, así como un sinnúmero de restricciones a las libertades individuales, sindicales y de prensa.”(22)

Sexto hito: la creación del Servicio Nacional de Salud

El senador Salvador Allende retoma el proyecto original a comienzos de los años 50 y desarrolla una notable estrategia de persuasión para que los médicos chilenos apoyen esta iniciativa. Promueve la creación del Colegio Médico 1948 (23) y la ley del profesional funcionario de salud (24) en el curso del año 1953. Junto con resolver una deformación en la contratación de los médicos en el servicio público, ofrecía puestos de trabajo para todos los médicos y con salarios dignos. Incluso era conocido el hecho que un profesor de la Escuela de Medicina disponía de tres contratos simultáneos de ocho horas, diariamente.

La Junta Nacional de Beneficencia administraba los hospitales y la formación de especialistas, cuyo salario ínfimo o inexistente para una buena parte de su fuerza de trabajo médico se justificaba porque en su práctica hospitalaria adquirían las destrezas de un especialista, lo que les permitiría buenos ingresos en la práctica privada. Tales aberraciones administrativas fueron corregidas por la Ley del Profesional funcionario (25), lo que aseguraba un lugar de trabajo a todos los médicos, con salarios aceptables y la creación de trabajo exclusivo de 8 horas para médicos que se desempeñaran en labores de la gestión de la salud pública, jornadas controladas por el propio Colegio Médico. De este modo, los médicos, odontólogos, químicos y químicos farmacéuticos se interesaron en apoyar el proyecto de Servicio Nacional de Salud.

¿Qué es lo más característico del Servicio Nacional de Salud? Este proyecto integró siete instituciones (26) que realizaban funciones de salud pública, que fueron integradas en la primera etapa en una estructura nueva, original y distinta; con autonomía institucional y participativa, con un Consejo de Salud de carácter resolutivo, con un director propuesto por el Ejecutivo y aprobado por el Senado. En abril de 1955 culminó la integración de siete instituciones dedicadas a diversos aspectos de la salud: el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero (1924), el Servicio Nacional de Salubridad (1925), la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA, 1942); la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades y el Instituto Bacteriológico de Chile.

Además, quedaron dependientes del Ministerio de Salud: La Polla Nacional de Beneficencia, y La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.

¿Cómo dar una visión sintética del Servicio Nacional de Salud? El distinguido epidemiólogo Dr. Manuel Zúñiga lo definió como “un exitoso producto del Estado de Bienestar en el escenario del subdesarrollo”.

El fundamento del SNS se apoyó en el diagnóstico del estado de salud de la época, en la fijación de ciertas metas y en la elaboración explícita de una doctrina de salud:

“Una cobertura universal de las acciones curativas y de rehabilitación al 70% de la población, constituida por asegurados y no asegurados de bajos ingresos. Una cobertura del 100 % de la población de las acciones de fomento de la salud y prevención de las enfermedades.”

A diferencia del sistema de salud de inglés, el chileno incluyó los policlínicos ambulatorios territoriales integrales preventivo curativos, similares a los creados a comienzos de la revolución bolchevique por Nikolái Semashko. En ellos, se instalaron equipos multidisciplinarios de salud diferentes al solitario médico general británico ubicado en los vecindarios urbanos o en las aldeas y campos de las islas británicas. Sin embargo, no incluyó a los empleados. Ellos solicitaron a los legisladores que el sistema dispusiera de salas de espera y hospitalización separadas para obreros y empleados, cuestión que no fue acogida por ser discriminatoria e imposible de aceptar ética y financieramente. La ley del Colegio Médico, la del SNS y la ley del profesional funcionario y la Escuela de Salubridad se consideran disposiciones complementarias que hicieron posible que los profesionales de la salud se comprometieran con el servicio público a la población.

Carácter, doctrina y estructura del SNS

El fundamento del SNS se apoyó en el diagnóstico del estado de salud de la época, en la fijación de ciertas metas y en la elaboración explícita de su doctrina de salud:

El impacto a largo plazo

Una estrategia, que hizo posible mejorar el estado de salud de la población mediante una integración de las acciones de fomento, prevención, curación y rehabilitación, con medidas concretas, sencillas y eficientes.

Un ordenamiento y desarrollo planificado, programado, regionalizado.

Evaluación y publicación completa y de los resultados de las actividades a comienzos del año siguiente.

Una estrategia de acción cerca de las comunidades compartida entre la Facultad de Medicina y el SNS: los médicos generales de zona y residencias de especialidades, en el marco de una armónica relación docente asistencial.

Una concepción integradora del fomento de la salud con la prevención y la reparación de la enfermedad al colocar como centro de gravedad del sistema a los policlínicos ambulatorios territoriales.

A comienzos de la década de los 60, el Gobierno de Jorge Alessandri, por la influencia de su ministro del Interior, el Dr. Sótero del Río, ex directivo de la Beneficencia, impuso la reestructuración del SNS, que se define por el cambio del centro de gravedad institucional desde el centro de salud al hospital, del acento a la protección y fomento de la salud hacia el acento a la medicina curativa. Se ha interpretado este hecho como una revancha del Dr. S. Del Río por su desplazamiento de la conducción del sistema de salud con la creación del SNS y un primer paso a la privatización.

Séptimo hito: los cambios médico-sociales de los años 60

Desde el comienzo del decenio es visible el cambio de comportamiento reproductivo, cuya primera medida es recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo, la que se realizaba mediante procedimientos aplicados sin supervisión profesional, por lo que se complicaba grave y frecuentemente. A mediados de los años 50 los partos institucionales sumaban 270.000 y los abortos complicados atendidos en las maternidades fueron cercanos a los 60.000, lo que constituía un grave problema de salud pública y una grave competencia con la salud materna por los recursos. En 1966 fueron instalados programas de limitación de los nacimientos, que redujeron notablemente las tasas de aborto y las muertes maternas.

La creciente democratización determinó notables cambios en la cultura médico-social. La educación sanitaria, el fomento de la salud, la prevención y la interacción entre el equipo de salud con la población, por decenios, establecieron una relación de confianza y credibilidad entre la ciudadanía y el SNS, que se extiende hasta hoy y explica la disciplina sanitaria del pueblo.

El impacto de la incorporación de la población campesina a la economía incrementó la demanda del médico general de zona y de los equipos de salud en las zonas alejadas. Los cambios en la participación del ingreso favorecían al sector trabajo, así como lo hiciera la obtención de metas de alta escolarización que determinaron el mejoramiento de los niveles de salud de la población.

Octavo hito: 1970–1973. Culmina la democratización de la salud: salud igual para todos

El 4 de septiembre de 1970 Salvador Allende es elegido presidente y el 4 de noviembre se instala el Gobierno Popular. Culmina así el proceso de democratización de la sociedad chilena iniciado dos décadas atrás. La síntesis del Programa de la UP son las “Primeras Cuarenta Medidas”. Las siguientes se refieren a salud o a sus condicionantes más directos:

9. Previsión para todos

14. Mejor alimentación para el niño

15. Leche para todos los niños de Chile

“aseguraremos medio litro de leche diaria como ración a todos los niños de Chile”.

16. Consultorio materno-infantil en su población

19. Casa, luz, agua potable para todos

25. Asistencia médica y sin burocracia

26. Medicina gratuita en los hospitales

27. No más estafa en los precios de los remedios

La Herencia de Salvador Allende: Progreso en Salud

- La ampliación de la matrícula universitaria para las disciplinas de la salud
- La continuación del programa de alimentación complementaria, el popular “medio litro de leche”, que implicó cuadruplicar el programa tradicional llegando a distribuir medio millón de litros de leche por año a todos los niños chilenos. Continuó bajo la dictadura y se extiende hasta hoy, con el burocrático nombre de Programa de Alimentación Complementaria (PAC). Es muy probable que la desnutrición haya sido erradicada unos 7 años a partir de la instalación del programa del medio litro de leche, hacia 1978.
- La ampliación de los Programas de Bienestar Familiar (PESMIB) que se extendieron hasta 1987;
- La mantención de las matrículas en las escuelas de medicina ha significado pasar de 1 médico por 3000 Habs. en 1970 a 1 médico por 750 habitantes en el año 2017.
- El control de las infecto contagiosas a niveles cercanos a la erradicación.
- La notable reducción de las muertes infantiles y maternas.

Noveno hito: 1973–1989 El desmantelamiento del sistema público de salud

A partir del golpe, se inicia el desmantelamiento del SNS. La crisis económica de 1979–81 permite a los países más desarrollados imponer “la contención de gasto público” a los menos desarrollados, obligados a aceptarlo por las restricciones al acceso al crédito internacional para el desarrollo. Al mismo tiempo regresa la concepción de la política de mercado bajo la forma del neoliberalismo. Las medidas adoptadas por la dictadura obedecen a las indicaciones del Banco Mundial:

Propuestas del Banco Mundial	Medidas de la dictadura
Hacer pagar a los usuarios de la salud pública	Usuarios según capacidad de pago y copagos
Crear sistemas de seguro de enfermedad	Creación de las isapres
Estimular el desarrollo del sector privado	Apoyo preferencial al sector privado en desmedro del presupuesto de salud, reducido desde 3.7% histórico al 1% del PGB.
Descentralizar los Servicios de Salud Pública	Desarticulación del Servicio Nacional de Salud en el Sistema de Servicios de Salud. La municipalización de los consultorios

Además, hizo desaparecer al Servicio de Seguro Social y obligó al traslado obligatorio de obreros, empleados públicos y privados a las AFP.

La caída del socialismo real significó un vuelco en el prestigio de los servicios y seguros estatales, los que comenzaron a ser “demonizados” en los ámbitos de la política de salud mundial, para imputarles ineficiencia y falta de rendimiento, frente a la “eficiencia” de los sistemas privados. En su lugar se proponía el “mix público privado” que aconsejaba poner en competencia sistemas públicos y privados, así como el intercambio de “clientes” entre los dos sistemas.

El retorno del liberalismo como política hegemónica desplazó al “Estado de Bienestar” como modelo político, lo que obligó a quienes fueran sus sostenedores a competir por la conducción del nuevo proyecto de política de libre mercado, circunstancia que hacía imposible revertir el desmontaje del sistema público de salud para facilitar el modelo de “mix público privado”, eufemismo de la privatización y fundamento del desmontaje del sistema público.

A pesar de las apariencias, la política de salud de la dictadura no fue homogénea. Se disputaron su conducción dos corrientes, en cierta medida antagónicas. Una era encabezada por el economista Hernán Büchi, quien sostuvo, cuando fue subsecretario de salud, que cada chileno tendría su Isapre. La otra, era dirigida por Augusto Schuster, que también fue subsecretario de salud. Era un conservador consciente del éxito del Servicio Nacional de Salud, éxito que fortalecía el prestigio político del Gobierno dictatorial. Ninguno de ellos tuvo éxito en desplazar al otro. Por eso, el redactor de la Constitución se vio obligado a encontrar una fórmula de compromiso, que fue la redacción final que se encuentra en el texto actual de la Constitución de 1980 33.

El Tribunal Constitucional ha juzgado que no es aplicable a la salud la idea del “máximo disfrute” del derecho por ser una aspiración “irreal”. En sus juicios, así como en las ideas difundidas por quienes apoyan sus conclusiones, se señala que es ilusorio pensar en el máximo disfrute de la salud como derecho. Pero los hechos contradicen tal opinión. La mitad de las defunciones ocurridas en Chile alcanza los 77 años en 2016. Sin embargo, esta cifra varía según el nivel de desarrollo humano de cada comuna. Esto es, la longevidad en años es la medida de la salud. De tal modo que existen poblaciones más sanas que otras, de acuerdo a su longevidad media.

En 2015 la OPS publicó un listado de los países de las Américas ordenado según la tasa de mortalidad infantil. El primero que aparece es Cuba con 4 defunciones por mil nacidos vivos, seguido por Canadá con 5 por mil y EEUU con 6 por mil. El cuarto lugar lo ocupa Chile con siete por mil, lo que representa un lugar destacado en el estado de salud de las Américas. No obstante, si miramos la distribución del ingreso entregado por el INE para 2017 en la Encuesta Suplementaria de Hogares, llegaremos a la conclusión que junto al progreso en salud existe una marcada desigualdad social. El percentil 10 es 17,3 veces mayor que el percentil 1 y más del doble que el percentil 9. La educación es un indicador que entrega una visión cercana al conjunto de las determinaciones sociales de la salud. Solo es superado por la calidad de la vivienda que, desafortunadamente, no siempre está disponible. Puede confirmarse que en el nivel de educación universitario de postgrado se quintuplica al ingreso del analfabeto. Y que la mujer percibe menor salario que los varones a partir de los 4 años de escolaridad chilena. En todas las comunas de Chile el promedio de escolaridad alcanza a los trece años lo que coincide con la mediana del ingreso señalada por el Instituto Nacional de Estadística, que revela que el promedio de escolaridad es similar para los varones y mujeres, a los trece años de escolaridad. Por eso, es mejor utilizar para los efectos de la comparación el porcentaje de población de 15 a 24 años matriculada en la universidad.

Las diferencias entre las comunas como Providencia y La Pintana aparecen entonces muy claramente. En tanto Providencia con 45 por ciento de los jóvenes en la universidad, aparece con una mediana de edad de las defunciones de 81 años, La Pintana con seis por ciento de sus jóvenes estudiando actualmente en la universidad ostenta una mediana de edad de 70 años. **Los ricos viven 11 años más que los pobres.**

A modo de conclusión

La propuesta de un sistema universal de salud descansa en la capacidad de la economía chilena para sostener un mecanismo que asegure la protección social básica de los residentes en este país, así como la prevención y reparación de la enfermedad, la prolongación de la existencia y una vida libre de días de enfermedad. No es un concepto socialista. Por el contrario, es un concepto liberal, creado por Beveridge, profesor de Oxford de clara orientación liberal, que propuso al Gobierno del Reino Unido en 1941 la creación de un sistema universal de protección y reparación de la salud, fundado en la capacidad del sistema capitalista de ese país para otorgar a su población una protección social y de salud básica y suficiente. Se dirigió a los empresarios para señalarles que no se trataba de aproximarse al socialismo soviético, sino que era una demostración de la fortaleza y capacidad del capitalismo. La adopción por el estado de los gastos de salud contribuía a aliviar los costos de producción, a aumentar la productividad y, con ello, la competitividad de la economía de Gran Bretaña en el mercado internacional.

La nueva Constitución debe reparar errores y ciertas “amputaciones administrativas” que reducen el derecho a la salud. Entre ellos, hay que volver a colocar a la atención primaria de salud como centro de gravedad de la estructura del sistema público, porque el hospital es el escenario de la enfermedad severa, que afecta a no más de un 9,5 % de la población al año, en contraste con la atención primaria de salud, que atiende a la mayoría de la población en el escenario de la salud y de la enfermedad de la vida cotidiana.

Tiene que dar cabida a la posibilidad futura de recuperarse de las ya mencionadas “amputaciones administrativas”, como por ejemplo la supresión de la formación de educadores para la salud y de la función educadora médico sanitaria, que garantiza cambios positivos en la conciencia de la población en forma permanente, con el fin de asegurar una existencia libre de días de postración y enfermedad, condición de la libertad y del óptimo desempeño social de los ciudadanos.

Los acontecimientos de octubre de 2019 demuestran que, si bien las coyunturas políticas son inestables, las tendencias al cambio social, cuando aparecen, permanecen para siempre.

Referencias bibliográficas

1. Valdivieso DR, Juricic TB. El sistema nacional de salud en Chile. The national health system in Chile [Internet]. s.d. [citado 25 de enero de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/14488>
2. Spaar H. Gesundheitspolitik des Capitalismus. Akademie für Ärztliche Fortbildung. Berlin; 1986.
3. Medina JT. Historia de la Real Universidad de San Felipe. Santiago de Chile: Imp. y Lit. Universo; 1925.
4. Chile. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Autoriza al presidente de la República para suscribir acciones de la sociedad anónima sociedad constructora de establecimientos hospitalarios [Internet]. Ley 7874 oct 17, 1944. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
5. Bello A. Discurso pronunciado en la instalación de la Universidad de Chile el día 18 de septiembre de 1843. U. de Chile. Reseña histórica.

6. La asistencia médica del parto en Chile, 1834–1940. Santiago: Editorial Difusión.
7. Illanes MA. En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile, 1880–1973. 1a ed. Santiago: Colectivo de Atención Primaria; 1993.
8. Conversaciones en el exilio con descendientes de inmigrantes franceses llegados a Victoria desde 1875. Manuscrito
9. Vicuña Mackenna B. Médicos de Antaño en el Reino de Chile. Editorial Difusión; 1947.
10. Confederación de Trabajadores de Chile. Luis Emilio Recabarren Forjador de la unidad de los trabajadores. Santiago: CTCh; 1952.
11. Neumann S. Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum. Riess, Berlin: Verlag A.; 1847.
12. Virchow R. Mitteilunge ueber die in oberschlesien herrshende Typhusepidemie. Reimer Berlin: Verlag G.; 1847
13. Frerichs, R. “John Snow”. Encyclopedia Britannica, 12 Jun. 2022, <https://www.britannica.com/biography/John-Snow-British-physician>. Accessed 25 January 2023.
14. Ortiz Letelier F. El movimiento obrero (1909–1953) Ed. LOM. Santiago de Chile. 2005
15. Constitución política de Chile. Promulgada el 18 de septiembre de 1925. Edición Oficial. Santiago de Chile. Imprenta Universitaria; 1925
16. Chile. Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo. Decreto 34 [Internet]. Ley 4054 mar 3, 1926. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
17. Chile. Ministerio de Salud. Historia del Ministerio de Salud.
18. La medicina social y sus principios. Boletín médico de la Caja del Seguro Obrero. 1935, (17):3.
19. Allende S. La situación médico-social en Chile. Ministerio de Salubridad y Bienestar Social; 1939.
20. Concha JC. Conversaciones con el Presidente. Los servicios integrados de salud en el terremoto de Chillán. Manuscrito
21. Biblioteca Nacional de Chile. Memoria Chilena. Ley de Defensa Permanente de la Democracia [Internet]. Memoria Chilena. [citado 26 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-94088.html>
22. Chile. Ministerio de Salubridad. Previsión y Asistencia Social. Crea el Colegio Médico de Chile, que se registrará por las disposiciones que indica [Internet]. Ley 9263 dic 10, 1948. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
23. Chile. Ministerio de Salud Pública. Fija el texto refundido del estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas [Internet]. Ley 15076–Decreto 367 ene 8, 1963. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
24. Las primeras 40 medidas. Programa de la Unidad Popular, Editorial Prensa Latinoamericana; 1970.
25. World Bank. Financing health services in developing countries; an agenda for reform. Washington: World Bank.; 1987
26. World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993



MOVILIZACIÓN SOCIAL VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS Y NUEVA CONSTITUCIÓN

Ricardo Banda Rabah

Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación de la Universidad de Chile.
Brigada de Voluntarios de Salud Cordillera.

Pablo Olivares Araya

Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación de la Universidad de Chile.

Mobilización social, violaciones a los derechos humanos y nueva constitución: Una mirada al caso Chileno desde el levantamiento popular de octubre de 2019

Principales movimientos en Chile

Tradicionalmente, en la historia republicana de Chile, los movimientos sociales han sido protagonizados por la clase trabajadora. El primer antecedente del movimiento social obrero es la rebelión de Chañarcillo en el año 1834, momento en el que los trabajadores mineros se apoderaron de las instalaciones de la mina. Con la aparición de la “cuestión social” en Chile, en las últimas décadas del siglo XIX, comenzaron una serie de movimientos sociales y huelgas relacionadas principalmente a las precarias condiciones laborales de la clase obrera, que pondrían en la palestra las distintas problemáticas sociales que afectaban a la sociedad por esos años, problemas asociados a la alimentación, los bajos salarios y el acceso a la vivienda.

Entre el año 1902 y 1908 se llevaron a cabo alrededor de 200 huelgas, las que no fueron bien acogidas por las autoridades, desencadenando una seguidilla de movilizaciones sociales entre las que destacan la huelga de trabajadores portuarios de Valparaíso en el año 1903, la huelga de la carne en Santiago en el año 1905 y la masacre de la escuela de Santa María de Iquique en el año 1907¹. En los años posteriores se crean la Federación Obrera de Chile y el Partido Obrero Socialista y se incorporan al movimiento otros actores como el campesinado, las federaciones de estudiantes y de profesores, los que piden a sus gobernantes una nueva constitución en medio de una profunda crisis política y de representatividad. Sin embargo, la constitución de 1925 sería

1 Recuperado de Memoria Chilena, disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-603.html#presentacion>

negociada a puertas cerradas entre Arturo Alessandri y Carlos Ibáñez del Campo, no permitiendo la participación ni reconociendo las demandas del pueblo de Chile (Salazar, 2012), aún cuando un hito importante de esta nueva constitución fue la incorporación de los sindicatos en la reglas del juego político, institucionalizado de manera indirecta el derecho a la huelga y por consecuencia, a la protesta.

Los movimientos sociales en Chile han reflejado diversos conflictos, principalmente asociados a las exigencias de grupos sociales hacia el Estado para que este pueda garantizar sus derechos. Por su parte, el Estado moderno es un ente que se posiciona por sobre los individuos gracias a la suma de sus voluntades individuales, reconociendo en este pacto la responsabilidad de mantener el orden. En este escenario la protesta nace como una forma de hacer evidente el disenso cuando el Estado no es capaz de cumplir con sus responsabilidades (Manzo, 2017). En Chile entre 1925 y 1960 la clase política pierde legitimidad y carece de representatividad ciudadana, ante lo cual la clase política comienza a diseñar programas y políticas populistas, culminando en los gobiernos de Frei y Allende entre los años 1964 a 1973 (Salazar, 2012). Es importante considerar que una herramienta tradicional para restringir la protesta ha sido el populismo (Manzo, 2017), lo que en Chile significó un momento de apaciguamiento de los movimientos y protestas sociales en aquella época.

En un país democrático, la participación ciudadana se expresa entre otros medios, a través de la protesta, como forma material de expresión popular respecto de los disensos y conflictos presentes en la sociedad, sin embargo, el derecho a la protesta en América Latina ha encontrado diversas limitaciones, principalmente desde el Estado. Este, desde sus facultades puede tomar decisiones democráticas sobre las formas de regular el ejercicio del derecho a la protesta o, por otra parte, puede utilizar el derecho penal para sancionar las conductas asociadas a la materialización de la protesta, lo que se ha sido popularmente reconocido como la criminalización de la protesta (Manzo, 2017).

En Chile, es posible reconocer esta última perspectiva a través de la justificación del uso de la fuerza, la violencia y la represión como métodos de control del orden público y la protección a la propiedad privada, situación que se ha repetido desde la dictadura hasta la actualidad, y que ha tenido como resultado una violación sistemática a los Derechos Humanos. Sin ir más lejos, es posible observar que el gobierno de Sebastián Piñera optó por la vía de la criminalización para debilitar el movimiento social cristalizado en la revuelta del 18 de octubre, utilizando los aparatos represivos del estado y enfatizando en un discurso relacionado al orden público y la protección de la propiedad privada (Vallejos, Retamal & Concha, 2021).

Período de reformas durante la dictadura

Para continuar con el análisis sobre los movimientos y protestas en Chile, es fundamental detenerse en el período de dictadura civil-militar liderado por Augusto Pinochet, en específico en las reformas impulsadas en distintos sectores y ámbitos concernientes a la acción estatal, que pavimentará el camino hacia el neoliberalismo, consagrado en la constitución de 1980.

Volviendo un poco más atrás, en los años en los que Salvador Allende se convierte en presidente de Chile, el panorama mundial en los ámbitos económico y político destaca por su orientación hacia el neoliberalismo, situación que también se materializó en Chile a través del golpe militar y la dictadura, lo que comienza con un boicót desde dentro, financiado y apoyado por EE.UU a través de la CIA, que en parte se manifestará a través de la organización de gremios empresariales, camioneros y conservadores quienes liderarán el bloqueo al gobierno de Allende (Spyer & Alvarado, 2021).

Durante los primeros años de dictadura, Pinochet y sus asesores comandados por Jaime Guzmán comienzan a diseñar un modelo que sería imperante por los siguientes 40 años, modelo que comenzó a implementarse mediante una “política del shock” en el año 1975, el que implicaba cambios estructurales en distintos ámbitos. Se promueve la privatización de sectores de la economía a la vez que se reduce el gasto público, afectando los derechos sociales. Esto en un contexto en el que las funciones públicas del Estado comienzan a ser trasladadas al sector privado en ámbitos de salud, educación y seguridad social (Aste, 2020). Este modelo y sus transformaciones quedarían consagradas en la constitución de 1980.

En este contexto, se desarrollaron las primeras reformas laborales, restringiendo el derecho a negociación colectiva, lo que afectaría directamente el derecho a huelga y el ejercicio de libertad sindical, restringiéndose también el derecho a la protesta. Se crean también las Isapres y las administradoras de fondos de pensiones, pasando de un sistema solidario a uno de ahorro individual, siendo esta una cuestión central, pues este es un sistema que tiende a la desigualdad social, ya que las pensiones dependen de cada individuo y de lo que pueda aportar durante su vida laboral. En el ámbito de educación, la disminución del gasto público en conjunto con la libre elección de establecimientos genera una competencia desigual, puesto que la educación pública quedaría en manos de los municipios, los que en muchos casos no contaban con el financiamiento necesario para una educación de calidad, rompiendo así con el derecho a la educación (Aste, 2020).

Un hito importante relacionado a los primeros años de dictadura es la promulgación de la ley de amnistía, la que eximió de responsabilidad penal, civil y militar a todos los colaboradores de la dictadura por violaciones a los derechos humanos entre los años 1973 y 1978 (Spyer & Alvarado, 2021). Validación institucional de la impunidad que aún es resistida por la sociedad chilena y que se manifiesta también en las demandas que emergieron el 18 de Octubre del 2019 en relación a la memoria, justicia y reparación para familiares y víctimas de la dictadura.

Desde el año 1980 en adelante, las reformas impulsadas por Pinochet comenzaron a perder poder, esto, entre otras cosas, debido a la disminución de la inversión extranjera, el aumento del desempleo y el levantamiento de organizaciones que se expresaron a través de guerrillas armadas, movimientos sociales, movimientos intelectuales y de exiliados, quienes conformarán un frente de oposición a la dictadura militar (Spyer & Alvarado, 2021). Estos serían los primeros movimientos sociales que aparecen en la escena nacional luego del inicio de la dictadura, lo que se materializó en diversos actos de protesta, actos que fueron duramente reprimidos, siendo sus participantes perseguidos y en muchos casos detenidos, torturados y desaparecidos, los cuales sumaron personas e historias a la oscura lista de violaciones a los derechos humanos ocurridas entre 1973 y 1990.

La constitución de 1980 y el laboratorio neoliberal

Es necesario detenerse en este momento en la constitución de 1980. Comprender su gestación, promulgación, contenido a la vez que sus cerrojos, permitirá explicar en parte, la crisis política y social que se hizo evidente con la revuelta popular de octubre, o como ha sido también llamado, el estallido social. En relación a lo anterior, se proponen tres elementos centrales que a su vez se encuentran relacionados. El primero, es el proceso de creación y sus gestores. El modelo ideado por Jaime Guzman y los “Chicago Boys” sería puesto en marcha de manera paulatina hasta consagrarse con la entrada en vigencia de la constitución en 1981. Esta se convertiría en el marco jurídico que permitiría validar las reformas estructurales llevadas a cabo durante los primeros años de dictadura. Los organismos encargados de su redacción fueron: la Comisión de Estudios de la Nueva Constitución Política del Estado presidida por Jaime Ortúzar, el Consejo de Estado integrado por ex-presidentes y la Junta de Gobierno.

Un segundo elemento a destacar ha sido la institucionalización del neoliberalismo y el principio de subsidiariedad del Estado, el cual implica un tránsito de la responsabilidad pública, estatal y de los servicios sociales hacia el mundo privado (Aste, 2020). Siguiendo a Charney y Marshall (2021), es posible describir el “laboratorio neoliberal” como un proceso que terminó por privatizar sectores completos del Estado, reduciendo así su tamaño y facultades. Se consagra el rol subsidiario del Estado en en materias económicas y sociales, promoviendo el derecho a la propiedad privada en todo sentido, privilegiando las libertades económicas por sobre las sociales. Por otra parte, se fortalece a las fuerzas armadas como una institución protectora de la democracia. Sin embargo, otros derechos como el derecho a la vivienda, educación y huelga, fueron sistemáticamente postergados o no incluidos en la agenda de políticas (Spyer & Alvarado, 2021), limitando así el ejercicio político por parte de los pueblos (Aste, 2020).

Un tercer elemento son los cerrojos o candados incluidos en la constitución. Aste (2020) sostiene que estos son el presidencialismo, las leyes de quórum calificado, el sistema de elección de parlamentarios y el Tribunal Constitucional. En este sentido, la propia constitución contribuyó a la reproducción de prácticas políticas que sostienen el estado neoliberal, por ejemplo, a través del quórum de dos tercios para la reformación de las LOCE, leyes que regulan las bases del sistema económico e instituciones del Estado, incluyendo el Tribunal Constitucional, el cual tiene amplias

facultades para la revisión de constitucionalidad de las leyes (Charney & Marshall, 2021). Todos estos “amarres” permitirían la perpetuidad de la constitución, salvaguardando un modelo económico que determina un rol específico del Estado, el que reconoce ciertos derechos fundamentales pero desde una perspectiva privatista, desde la cual se privilegian aquellos derechos de contenido económico y liberal (Aste, 2020).

En este contexto, una propuesta interesante es la que plantea Guerrero (2006), quien sostiene que en el Chile contemporáneo se han vivido dos etapas de disciplinamiento. El primero es la dictadura, la cual a través de los aparatos represivos del estado llevo a cabo una violación sistemática de derechos humanos, ejerciendo violencia sobre ciertos cuerpos y no sobre otros. En este sentido, el capitalismo tuvo que disciplinar a la población para conseguir sus objetivos económicos, dando paso a una operación hegemónica en el campo cultural y educacional. Como consecuencia, el espacio de la política se ve completamente reducido hasta ser reemplazado por un creciente concepto de consumo. La segunda etapa de disciplinamiento se localiza temporalmente en el período postdictadura, y se caracteriza por impulsar una anulación de los procesos culturales y políticos sobre los que se construyeron las identidades que se venían desarrollando al alero del movimiento social (Guerrero, 2006). En esta línea, el autor sostiene que una vez recuperada la democracia a manos los movimientos sociales que eran considerados como “legítimos”, estos retornaron al ejercicio del poder, lo que tuvo como resultado el desconocimiento de los restantes movimientos y movilizaciones, derivando en su persecución a través de políticas de control, neutralización y castigo.

Principales reformas constitucionales

En el año 1989 se llevan a cabo las primeras modificaciones a la constitución efectuadas a través de la ley 18.825. Entre ellas destacan: el aumento del número de senadores elegidos por votación popular, el respeto a los derechos humanos, promoviendo también la libertad de expresión y regulando facultades presidenciales. Sin embargo, la reforma realizada en el 2005 por el ex presidente Ricardo Lagos fue la que introdujo los cambios más significativos a la carta fundamental de 1980. Entre los principales cambios destacan la modificación de la integración del senado, eliminando senadores designados y vitalicios, la modificación de la composición del Tribunal Constitucional, el fortalecimiento del rol fiscalizador de la cámara de diputados, la reducción del tiempo de mandato presidencial de 6 a 4 años y la limitación de los contenidos de causales de los estados de excepción constitucional (Aste, 2020).

El último esfuerzo por iniciar un proceso constituyente fue llevado a cabo por la ex presidenta Michelle Bachelet, como parte de los compromisos asumidos por su gobierno. El proyecto se envía a pocos días de terminar su gobierno, y no cuenta con el respaldo de los partidos políticos, ya que estos no habían sido convocados. Lo anterior, en conjunto con la disminución de la participación ciudadana y con la escasa voluntad política del nuevo gobierno, terminaron por sepultar el proyecto.

Movimientos sociales contemporáneos

A la luz de los antecedentes expuestos, es posible reconocer que la historia de los movimientos y movilizaciones sociales, en especial desde la dictadura civil militar hasta el presente, se ha caracterizado por períodos de fuerte represión policial, en conjunto con violaciones sistemáticas a los derechos humanos. Esta situación se ha perpetuado de diversas maneras y en distintos grados hasta la actualidad, invisibilizando, reduciendo y desviando la atención de las demandas sociales y de justicia exigidas por los distintos grupos que componen la sociedad. Luego de 16 años de autoritarismo, en un marco de derecho y justicia transicional, se instaló en Chile un proceso de transición hacia la democracia. Sin embargo, durante todo este período y hasta la actualidad persisten situaciones de impunidad para quienes cometieron o participaron de delitos relacionados a derechos humanos (Berardi, 2017).

Es así, que conceptos como el de memoria se han erigido como banderas de lucha de los movimientos sociales, exigiendo justicia, verdad y reparación, para todos/as aquellos/as quienes han sido víctimas de violaciones a sus derechos. Para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2019) la memoria se refiere:

[...] a las formas en que las personas y los pueblos construyen sentido y relacionan el pasado con el presente en el acto de recordar respecto de graves violaciones a los derechos humanos y/o de las acciones de las víctimas y sociedad civil en la defensa y promoción de los derechos humanos y valores democráticos en tales contextos. (p.3)

Carmen Pinto (2020) sostiene que al concepto de “memoria”, comúnmente utilizado para recordar todos aquellos actos de injusticia, vulneraciones de derecho y crímenes de lesa humanidad que han marcado los movimientos sociales y procesos sociopolíticos en Chile, se le puede adicionar el calificativo de “subversiva”. Lo anterior, hace alusión a una crítica constante a la sucesión de modelos -principalmente asociados al neoliberalismo- que han fracasado, cuyas características se asocian a una constante violación a los derechos humanos, y a promesas y transformaciones no cumplidas, situación que fue naturalizada durante las últimas décadas. Junto con esto, los cerrojos que impiden modificar o cambiar la constitución han sido otra piedra de tope, favoreciendo el descontento popular. Estas condiciones objetivas en su conjunto serían parte de los gatillantes que darían origen a la revuelta social de octubre de 2019, momento en el cual se cristalizan todas aquellas demandas no resueltas y acumuladas durante años, que habían permanecido dormidas al alero de la reproducción de un sistema injusto y desigual.

En relación a lo anterior, es posible considerar la constitución de 1980 como el punto de partida de un proceso que acrecentaría las injusticias sociales y desigualdades en todo ámbito, lo que sería la antesala de los movimientos sociales actuales, cuyo inicio podría situarse en la primera década de los años 2000. A todo lo expuesto hasta ahora, se suma la falta de representación política, lo que se traduce en una polarización entre los ciudadanos y sus representantes, no sintiéndose los primeros protegidos y representados por parte de los segundos, situación que se expresa en la

crisis política y de gobernabilidad, cuyos efectos se acrecentaron durante el gobierno de Sebastián Piñera, desembocando en el estallido social del 18-O.

Durante el año 2006, comienzan las primeras movilizaciones estudiantiles, las que darían inicio al ciclo de protestas y manifestaciones que se desarrollarían en años posteriores hasta la actualidad en distintos ámbitos de interés para la sociedad. Charney y Marshall (2021) sostienen que estos movimientos que parecían desarticulados, comienzan a confluir hasta estallar en la revuelta del 18-O, cuya bandera de lucha ha sido el adecuado reconocimiento y protección de los derechos sociales. Los autores mencionan que las demandas que han levantado estos movimientos se sitúan en áreas de educación, seguridad social, trato justo a grupos marginados como pueblos originarios y mujeres, y protección de recursos naturales y del medio ambiente.

Entre otros movimientos y movilizaciones que podrían reconocerse como parte de la gestación de la revuelta social destacan: Los ciclos de protestas por una educación pública de calidad, iniciados en el 2006, y continuados en 2011. Movimientos como “no más AFP”, en contra de las administradoras de fondos de pensiones. Otros movimientos, por ejemplo, protestas contra la ley de pesca, huelgas de trabajadores del cobre, paros de trabajadores del servicio público, lucha del movimiento Mapuche por la recuperación de sus tierras, entre otros (Grez, 2011). Se realizaron también protestas y se articularon movimientos contra proyectos de alto impacto ambiental, tales como Alto Maipo, HidroAysén, minera Dominga, represas en la Patagonia, entre otros. Se encuentran también los movimientos por los derechos de personas LGBTIQ+ y las protestas y movimientos de carácter feminista que iniciaron con fuerza en las tomas de establecimientos educacionales en 2018 y que encontraron su momento de mayor visibilización en la marcha feminista en marzo de 2020, reuniendo a más de dos millones de mujeres².

La movilización social ha abierto una brecha en la herencia de ese pasado doloroso, que nos ha hecho vivir a la sombra de la dictadura, como es la constitución de 1980, creando las condiciones para la redacción de una nueva Constitución y junto con ello de una agenda social verdaderamente estructural. (Pinto, 2020, p.2)

Se podría decir que el estallido social condensa en cierta medida todas estas demandas, las que se traducen en una indignación popular generalizada, fruto del descontento con un modelo neoliberal que promueve la desigualdad en distintos contextos, y de la incapacidad de las autoridades para llevar a cabo un buen manejo de la crisis política y social. Por el contrario, la forma de intentar resolver el conflicto fue a través de actos de represión policial y de control ciudadano

2 Recuperado de El Mostrador. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/destacado/2020/03/08/movimiento-feminista-sigue-haciendo-historia-dos-millones-de-mujeres-marcharon-en-santiago-y-regiones-en-el-8m/>

mediante estados de emergencia y toques de queda, que tuvieron como objetivo desarticular a los movimientos y organizaciones ciudadanas que emergieron fuera del espacio político partidista tradicional, las que se congregaron para exigir una nueva constitución.

Revolta popular de octubre, violaciones a DD.HH y resistencia

Durante el proceso de revuelta social del 18-O se presentaron una serie de violaciones a los DDHH hacia los ciudadanos y ciudadanas en diversos territorios que se enfrentaron a la represión policial impuesta por el gobierno de turno. Estas prácticas abusivas desencadenaron una lógica constante de intentos infructuosos de control civil que dieron como resultado un daño a la población manifestante con severas lesiones físicas, psicológicas y vulneraciones al ejercicio legítimo de la protesta, violaciones de los derechos humanos y crímenes de derecho internacional que fueron cometidos en el contexto de las manifestaciones multitudinarias en Chile entre octubre y finales de noviembre de 2019.

Al 30 de noviembre de 2019, la fiscalía nacional adelantaba investigaciones por un total de 5.558 víctimas de “violencia institucional” de las cuales 1.938 eran de personas lesionadas por armas de fuego y 674 por lesiones graves, de las cuales 285 eran lesiones oculares. Del total, 834 eran niños, niñas o adolescentes (Amnistía Internacional, 2020). En este contexto, durante los meses venideros aumentaron diversos focos de manifestaciones en frecuencia e intensidad, extendiéndose e involucrando las rutinas de la ciudadanía, poniendo en alerta también a la población en su reacción frente a las directrices de orden público:

[...] en 2019 Chile alcanzó un nivel de violencia estatal equivalente a 4 puntos en la escala de terrorismo político elaborada por la Universidad de Carolina del Norte. Esto quiere decir, que durante ese año las violaciones de derechos humanos pasaron a formar parte de la vida cotidiana del país. (Torres, 2020)

Los volúmenes de denuncias fueron aumentando al pasar los días de la revuelta social, y con ello, fue posible evidenciar que la mayoría de estas incluían los nombres de personas que en su mayoría corresponden a ciudadanos de comunas vulnerables. Un caso grave es el de Cristian Valdebenito “El conejo”, quien fallece a sus 48 años producto de un traumatismo encéfalo craneano producido por un proyectil de bomba lacrimógena percutada por un carabiniere en marzo 2020 mientras se manifestaba en el sector Plaza Baquedano o rebautizada como plaza Dignidad³. Cristian Valdebenito vivía en la comuna de Puente Alto, lugar donde también existían constantemente manifestaciones. En este contexto, se evidenció otra golpiza por parte de un grupo de carabineros al joven Matías Soto de 18 años en cercanías de la estación de metro Protectora de la Infancia⁴. Otro triste

3 Noticia disponible en: https://www.cnnchile.com/pais/cidh-muerte-cristian-valdebenito_20200308/

4 Noticia disponible en: <https://www.24horas.cl/nacional/quien-es-el-joven-brutalmente-agredido-por-carabineros-en-puente-alto-3910899>

ejemplo de lo ocurrido es el caso de Abel Acuña de 29 años, quien vivía en la comuna de Maipú y su caso es particularmente preocupante, dado que fallece en contexto de manifestaciones en donde, a pesar de estar recibiendo atención médica de voluntarios de salud y luego del equipo SAMU para ser dirigido al Hospital de Urgencias de la Asistencia Pública (ex posta central)⁵, el actuar de carabineros entorpece la labor en terreno del equipo de salud profesional con el uso de su carros lanza agua. No podemos olvidar también el caso de Alex Núñez, quién por la gravedad de sus lesiones producto de los golpes recibidos perdió la vida, el caso de Josué Maurería, quien habría sido víctima de violencia y tortura sexual, el caso de Cristóbal Flen, quien sufrió múltiples lesiones debido a golpes en la cabeza y tórax o el caso de Moisés Órdenes, quien sufrió más de 10 lesiones, entre ellas, varias de gravedad, incluyendo pérdida ocular. Lo anterior, lamentablemente, reforzaba el actuar violento transgrediendo el principio de privación de la vida por uso excesivo de la fuerza (Amnistía Internacional, 2020).

Vallejos, Retamal y Conca (2021) sostienen que parte de los repertorios de represión incluyeron apaleos en escaleras de estaciones, lanzamiento de gases en andenes y vagones del metro. Una vez iniciada la revuelta, el actuar policial se centraría en reprimir los diversos focos de manifestación, dejando como objetivo secundario la defensa a la propiedad privada, para privilegiar el uso de la fuerza sobre los cuerpos. Lo anterior da cuenta el nivel de violencia policial en sus procedimientos poniendo en duda la necesidad de reestablecer orden público en relación al uso de protocolos adecuados proporcionales a las situaciones vivenciadas en esas experiencias cotidianas y que dieron finalmente como resultado una respuesta inesperada de parte de la ciudadanía frente a la represión.

La autogestión organizada, red de grupos de observadores de DDHH y brigadas de salud cumplieron un rol fundamental ante las falencias de la institucionalidad vigente para brindar cobertura territorial, protección adecuada, precoz y oportuna a las personas desplegadas en zonas críticas de movilización social. Durante este periodo complejo, surgen brigadas de salud territoriales en las cuales podemos encontrar ciertas similitudes y posibles herencias históricas que dan cabida a estos grupos emergentes situados en la comunidad demostrando una estructura que permite desarrollar verdaderos polos de resistencia política pero también de soporte hacia las redes de salud formales que dependen siempre de una comunicación efectiva y de respeto por la defensa de los DDHH, trato humanitario y con un alto nivel de compromiso en procesos de salud colectivos y cercanos a la población.

5 Noticia disponible en: <https://www.24horas.cl/nacional/quien-es-el-joven-brutalmente-agredido-por-carabineros-en-puente-alto-3910899>

Organizaciones y brigadas de salud de base comunitaria

Es aquí donde podemos encontrar y recordar ejemplos como el programa de salud de la Vicaría de la Solidaridad⁶ con sus acciones de seguimiento multidisciplinarios que incluía policlínicos y consultas a especialistas durante la dictadura militar, pero también y más contemporáneamente podemos observar el rol de las monitoras de Salud Llaleta, que por 30 años en pleno periodo de dictadura militar brindaron soporte socio sanitario a sus vecinos continuando luego del retorno a la democracia. Al parecer, esta necesidad de organización y colaboración solidaria emerge como hilo conductor en diversas épocas en donde el factor común es la violencia de Estado.

Las brigadas de salud actuales se configuraron en pequeños grupos a modo de cuadrillas de voluntarios y voluntarias en salud, duplas de profesionales, equipos de rescatistas urbanos, vecinos y vecinas con conocimientos en primeros auxilios, rociadores (grupos de jóvenes que aportan a los manifestantes con soluciones líquidas para resistir la disuasión química policial) y por supuesto estudiantes de educación superior. Si bien es cierto que los mayores focos de conflictos durante la revuelta social se concentraron en Zona O (Plaza Dignidad y alrededores), también encontramos focos de conflicto importantes en la periferia de la Región Metropolitana como es el caso de la comuna de Puente Alto, la segunda comuna con mayor cantidad de casos de violencia policial a febrero de 2020 (INDH, 2020), intrusión policial en los territorios a casi un año de la revuelta de carácter político en Lo Hermida⁷, y agresiones en la comuna de Pudahuel (INDH, 2020), entre otras.

Ante esto, y en forma progresiva, el aumento de brigadas de salud territoriales en cada comuna y la sofisticación de equipos técnicos, capacitación, estrategias mancomunadas de apoyo y vocación de servicio público profundo fueron incrementándose en proporción a la amenaza latente frente a la represión policial. Un ejemplo de aquello fue la evolución del uso de elementos de protección personal que avanzó desde simples bandanas de tela para cubrir boca y nariz hasta mascarillas antigases fullface, la protección contra perdigones disparados por carabineros requirió el uso de escudos corporales y en algunos casos uso de chalecos antibalas con distintos niveles de protección. La atención de primeros auxilios en calle evolucionó también a la necesidad de generar establecimientos en diversos centros de salud o “puntos de salud” improvisados que adquirieron un alto nivel técnico contando incluso con especialistas sobre todo en el periodo inicial y más crudo de la revuelta social. Estos “puntos de salud” como parte de la organización logística de las brigadas, cargados de memoria y experiencias de la dictadura, permitieron brindar cobijo a centenares de personas. Grupos de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (FECH) apostados en Londres 38⁸ iniciaron sus funciones el 23 de octubre del 2019, el Movimiento Salud en Resistencia inicia sus funciones el 21 de octubre del 2019, la Brigada Dignidad⁹ estuvo 5

6 Disponible en: <https://www.vicariadelasolidaridad.cl/catalogo/programa-de-salud>

7 Recuperado de: <https://radio.uchile.cl/2020/10/16/comision-de-dd-hh-de-lo-hermida-lo-que-realiza-carabineros-es-un-actuar-politico/>

8 Más información en: <https://www.londres38.cl/1937/w3-article-101845.html>

9 Más información en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/10/03/la-brigada-dignidad/>

meses en zona O apoyando labores de salud y rescate, muchas otras brigadas de salud estuvieron y están presentes hasta ahora en procesos de apoyo en salud a manifestantes en forma activa como Brigada-B, Brigada Newen, etc.

En un estilo cotidiano, cercano y gracias a las redes sociales actuales, la comunicación y organización e hitos territoriales permitieron una gran logística de coberturas en amplias áreas de necesidad de atención en primeros auxilios. Es así como se encuentran también estas brigadas en comunas como Puente Alto con la Brigada de Voluntarios Cordillera y la Brigada de salud Lo Hermida en la comuna de Peñalolén¹⁰, que muestran ejemplos concretos de cómo se fue desplazando la revuelta social a los vecindarios. Este mismo fenómeno se observa en regiones como Brigada de Salud Concepción¹¹ en el Bio -Bio y La brigada Cruz Negra de Temuco en la Araucanía¹² autodenominada esta última como un grupo de cuidado callejero en servicio de la lucha popular. En este sentido, la atención en salud cobra valor político con clara autogestión y autodeterminación de procesos en cuanto a anhelos del concepto de salud y resguardo de DDHH, pues se construyen confianzas las cuales facilitan el accionar de los grupos de salud con la población siendo participantes activos de una tácita nueva propuesta popular de lo que entendemos como salud y bienestar en comunidad.

Se desdibujan las posiciones de poder del profesional al servicio de las personas y se va dando cabida a un proceso colectivo en salud emergiendo aquí el concepto de “street medics”¹³ (médico de calle) que se entiende como voluntarios y voluntarias con un mínimo de capacitación médica en primeros auxilios complementada con capacitación específica relacionada a lesiones producto de represión policial, asistiendo a protestas y manifestaciones como apoyo o funciones de ayuda mutua para brindar atención médica y de bienestar, este rol no deja de ser controversial en la función de defensa de DDHH y leyes actuales de protección o entrega de primeros auxilios dado la normativa de cada país y ejercicio profesional, sin embargo en situaciones de conflicto prima el principio humanitario y de buena voluntad “lógica del buen samaritano” para brindar soporte en forma rápida para colaborar con los grupos profesionales de emergencias de primera respuesta de las redes salud oficiales de un sistema de salud.

Una breve reseña de estos grupos se remonta al año 1963, en donde el Comité Médico de Derechos Civiles en Estados Unidos formó un grupo de afinidad integrado de profesionales médicos y se unió a “March On Washington” para exigir los derechos civiles de los estadounidenses afroamericanos, demostrando que la atención en salud de grupos autogestionados en la comunidad están fuertemente ligados a un modelo de salud basado en un enfoque de derechos participativo y participante

10 Más información en: <https://www.laizquierdadiario.cl/Se-fortalece-la-coordinacion-nacional-y-la-denuncia-a-la-represion-de-carabineros-Asi-culmina>

11 Más información en : <https://resumen.cl/articulos/otro-frente-movilizacion-brigadistas-de-salud-concepcion>

12 Más información en: <https://www.elclarin.cl/2020/04/10/brigada-cruz-negra-de-temuco-de-la-lucha-callejera-al-autocuidado-popular/>

13 Disponible en: <https://www.ems1.com/protests/articles/who-are-street-medics-NoXolPvBMkqfxYvR/>

en el autocuidado y cuidado de la población ciudadana de un país como eje común en diversas épocas, diferentes culturas pero con problemáticas socioeconómicas y de exclusión similares en cuanto a un sistema neoliberal, capitalista y segregador. Lamentablemente, en la medida que aumentaba la labor y efectividad de estos grupos organizados la represión policial dirigida a estos fue proporcionalmente aumentando lo que requirió una orgánica de comunicación entre brigadas repudiando este accionar violento de las fuerzas de orden y co-creando espacios de encuentro de apoyo mutuo, debatiendo también el modelo de salud que se necesita en nuestro país.

Organizaciones políticas no tradiciones y protección a los DD.HH

Las múltiples necesidades surgidas durante los periodos más álgidos de las manifestaciones sociales de este periodo abrieron las puertas a grupos incipientes y organizaciones de mayor experiencia en materia de defensa de los DD.HH, dado la escasa cobertura brindada por la institucionalidad vigente, voluntarios observadores de DD.HH se hicieron presentes para brindar información que permitiera confrontar los informes entregados por el gobierno de turno pudiendo colaborar de manera eficiente la labor de seguimiento y apoyo jurídico necesario extendiéndose por todo el territorio nacional, un ejemplo de aquello es Observadores y Defensores de Derechos Humanos de Puerto Montt (O.D.D.H.):

“De esta forma, entre los meses de octubre hasta marzo del 2020, este grupo heterogéneo de observadores autoconvocados, de distintas profesiones, oficios y edades, se desplegó en diferentes puntos de la ciudad. Recorrieron calles y poblaciones, comisarías, centros de salud, hospitales y tribunales de garantía, con la finalidad de asistir y proteger a las personas en situación de vulneración”¹⁴

El carácter distintivo de formación de grupos heterogéneos como miembros de estos grupos de defensa de DD.HH en diversos ámbitos como atención en salud, jurídica y social son un sello distintivo que emerge y se mantiene durante el transcurso de la revuelta social producto del 18-O, al parecer el eje central frente a la agresión estatal es la autogestión, el acompañamiento y el compromiso de la ciudadanía como primer agente de protección en el autocuidado, sin duda esta característica da luces de un modelo de relaciones para la convivencia de un posible nuevo modelo en donde se intersectan la experiencia de profesionales en los temas de salud y derecho, pero también el rol clave que se expresa en el aprendizaje y experiencias cotidianas en saberes compartidos con miembros de estos grupos organizados que presentan formación formal en estos ámbitos pero que sin duda son un aporte sustantivo para direccionar el accionar en comunidad.

La respuesta del gobierno frente a grupos autogestionados y autoconvocados de voluntarios de observadores de DD.HH humanos fue la misma que con voluntarios brigadistas de salud para

14 Disponible en: <https://www.paislobo.cl/2020/06/reportaje-de-observadores-y-defensores.html>

atención de los manifestaciones que sufrían hostigamiento o lesiones por parte de carabineros de Chile “los informes reservados de la inteligencia de Carabineros califican como hostil al INDH y a sus funcionarios”¹⁵ esta desconfianza incluso apuntaba a instituciones oficiales y reconocidas por el estado de Chile como el INDH a sabiendas de que el rol de las fuerzas públicas y de orden es la colaboración mutua frente a situaciones de crisis sociales.

La revuelta social desplegó una tensión entre la institucionalidad y la organización civil frente a conflictos políticos profundos en un modelo de protección social vulnerable, sin embargo, en esta tensión también emergieron oportunidades de reflexión respecto de la visión de lo que entendemos por salud, derecho, previsión social y educación. En particular, abordando el primer ámbito y a pesar de la criticada salud pública en Chile, la conducta global de la población manifestante principalmente fue enfocada hacia el respeto y defensa de esta sobre todo en el accionar en zonas de conflicto donde se observó una organización clara de colaboración mutua entre grupo de salud informales como las brigadas de primeros auxilios en labores de rescate conjunto a personal de salud de emergencias. Si bien, el contexto es puntual y situado hacia la inmediatez de lo que involucra un accidente o lesiones sufridas por parte del personal policial, la mancomunidad de esfuerzos brinda una visión en salud pública hacia un enfoque de salud colectiva extrapolable a otros ámbitos, como lo fue también en pandemia albergando apoyo a los vecinos de diversos territorios con necesidades básicas que comprenden incluso la higiene y alimentación en las ollas comunes como una base de salvaguarda:

Las organizaciones sociales OC [ollas comunes] estudiadas, surgidas con fuerza el 2020 a causa de la pandemia por COVID-19, contribuyen de forma importante a la alimentación de los/las beneficiarios/as, entregando, 117 de ellas, 27.340 raciones diarias entre almuerzo, cena, desayuno y once a nivel nacional, las cuales, además de aportar energía, macronutrientes y fibra, contribuyen al cumplimiento de las GABAS en cuanto a variedad y frecuencia de alimentos saludables y a la recuperación y revalorización de las preparaciones culinarias tradicionales del país. (Daniels et al., 2021, p.714)

Este accionar de organizaciones vecinales autogestionadas en conjunto con operativos de salud de las mismas brigadas de primeros auxilios que se reconfiguran como agentes de prevención precoz y oportuna cercano al rol de la atención primaria formal en nuestro sistema de salud público, aportaron sobre todo en comunas periféricas de la región metropolitana estudiantes de educación superior comprometidos con sus territorios¹⁶. Abordar una propuesta de salud colectiva implica:

15 Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2022/02/15/inteligencia-de-carabineros-en-el-estallido-rastreo-de-inexistentes-agentes-extranjeros-y-monitoreo-a-observadores-de-derechos-humanos/>

16 Más información en: <https://www.uchile.cl/noticias/162723/estudiantes-realizan-despliegue-sanitario-en-territorios-de-la-rm>

[...]un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. (Silva & Almeida, 2000, citado en Granda, 2004, p. 17)

Al recoger los motivos de la revuelta social, reformar procesos y modificar profundamente la salud, es en gran medida una apuesta para la reflexión-acción probable. A no perder de vista los cambios venideros contingentes a la organización política actual en donde un enfoque de derecho en salud se evidencia como necesaria:

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. (OMS, 2017)

Las necesidades expresadas por los ciudadanos manifestantes requieren una mirada amplia que asegure un bienestar básico que impacte de manera multidimensional a una serie de dificultades de respuesta intersectorial desde el estado y que es el derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exigiendo un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos” (OMS, 2017). Pues, en el escenario actual, por ejemplo, en el derecho a la salud, el recurso de protección salvaguardado es la libertad de elegir el sistema de salud, lo mismo ocurre en otros contextos como la libertad de enseñanza. Como ya se ha mencionado, lo que se garantiza no es el contenido social de los derechos, si no los contenidos relacionados a la libertad (Soto, Hennig & Galdamez, 2016). La acumulación en el descontento ciudadano ha puesto en tensión los procesos de salud, derecho, estado garante y que han decantado en intentos de modificar o exigir procesos normativos y participativos en lo que entendemos por estado de bienestar configurándose en la consigna de la “lucha por la dignidad”.

La necesidad de una nueva constitución

Si bien, hubo Intentos de participación ciudadana por un cambio constitucional antes de llegar al proceso constituyente actual, propuestas vía cabildos locales durante el periodo de la ex presidenta Bachelet en el cual en julio del 2017 se archivan oficialmente en actas con la información recolectada correspondientes a 8.113 Encuentros Locales Autoconvocados (en formato digital), 71 Cabildos Provinciales y 15 Cabildos Regionales. Los volúmenes físicos originales quedarán custodiados en la Sección Chilena de la Biblioteca Nacional¹⁷, sin acceso al público y una copia de ellos se encuentra disponible en la colección de Fondo General para libre consulta, pero que sin embargo no dieron frutos dada la escasa vinculación de impacto a mayores posibilidades de

17 Disponible en: https://www.bibliotecanacional.gob.cl/615/w3-article-77699.html?_noredirect=1

cambio estructural y que luego no siguieron ningún proceso de desarrollo durante el gobierno entrante del ex presidente Piñera.

Finalmente, desde las organizaciones políticas partidistas institucionales el 15 de noviembre del 2019 en el “acuerdo por la paz y una nueva constitución” se definió en contexto de protestas ofrecer una posibilidad de reforma constitucional vía plebiscito ciudadano a través de la ley 21.200 y publicada en el Diario Oficial del 24 de diciembre de 2019, de esta manera comenzaría una etapa de preparación para votar aprobación o rechazo de este planteamiento y consecutivamente la elección de constituyentes. Cabe señalar que el partido comunista y bloques del Frente Amplio no adscribieron a este acuerdo expresando la escasa representatividad del pueblo soberano de Chile, sin embargo, el ex diputado Boric a título personal, si adscribe siendo sancionado por su partido Convergencia Social y encontrándose con diferencias profundas con otros partidos que componían este bloque de oposición al gobierno del ex presidente Piñera.

Si bien no existe certeza sobre el éxito del proceso constituyente, Charney y Marshall (2021) sostienen que existen 4 cuestiones claves que, en cierta medida, pueden asegurarlo. 1) El doble plebiscito de entrada y salida, lo que implica el involucramiento de la ciudadanía en las decisiones sobre si era necesaria o no una nueva constitución, y sobre la aceptación de la carta fundamental que debe redactar en la convención constitucional. 2) La elección de los representantes para este proceso utilizó un sistema proporcional, incluyendo paridad de género y escaños reservados para pueblos originarios. 3) La constitución parte de “hoja en blanco”, esto quiere decir, que frente al no acuerdo en ciertas materias, no se considera el texto constitucional actual por defecto y 4) La creación de una constitución en democracia, lo que permite mayor participación y escrutinio ciudadano en todas las etapas y fases del proceso.

El 25 de octubre de 2020 se realizó el plebiscito de entrada al Proceso Constituyente, en una jornada histórica marcada por una masiva concurrencia a las urnas (50,9% de participación), pese a la crisis sanitaria por la pandemia COVID-19 y La opción “Apruebo” a una nueva Constitución obtuvo el 78,27% de las preferencias, mientras que la opción “Convención Constitucional”, como órgano encargado de redactarla, fue la vencedora con el 78,99% de los votos¹⁸.

El paso siguiente de elección de constituyentes no estuvo exento de dificultades, el 15 y 16 de mayo del 2021 principalmente en lo que respecta a la opción de pueblos originarios en donde no estaban las papeletas en todos los locales de elección acordes¹⁹. Sin embargo, se logró el proceso global con representación de los pueblos originarios propuestos y una tendencia a elección de constituyentes independientes (48), Vamos por Chile (37), Apruebo Dignidad (28), Lista del Apruebo (25), Pueblos originarios (17). La tensión entre bloques progresistas y conservadores se hizo presente en las lógicas de determinación de normativas para lograr acuerdos en donde el manejo

18 Recuperado de: <https://www.bcn.cl/procesoconstituyente/plebiscito2020>

19 Recuperado de: <https://radio.uchile.cl/2021/05/15/denuncian-dificultades-para-sufragar-por-constituyentes-de-pueblos-originarios/>

comunicacional de la entrega de información a la ciudadanía sigue siendo cuestionada respecto del avance del proceso constituyente conjuntamente a la idoneidad de sus representantes. Es un desafío entonces, que la Convención genere una síntesis de las normas levantadas y aprobadas de manera didáctica y pedagógica para efectos de que toda la población pueda comprender cómo está discurriendo el proceso constituyente, pues se debe prevenir la sobre representación del rechazo a proiri, sin conocer el borrador completo de la propuesta constitucional²⁰.

Por ejemplo, dentro de la propuesta de Carta Magna el Derecho a la salud. La norma señala que toda persona tiene derecho a la salud y bienestar integral, incluyendo su dimensión física y mental.

Además, se creará el Sistema Nacional de Salud, de carácter universal, público e integrado; el cual se regirá por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación. Principios que claramente eran parte de las consignas del movimiento social en periodo de revuelta desde el 18 de octubre 2019, mostrando que las necesidades detectadas por la población conciernen a un complejidad diversa e intersectorial respecto de lo que se construye como salud. El Derecho a la vivienda señala que toda persona tiene el derecho a una vivienda digna y adecuada, que permita el libre desarrollo de una vida personal, familiar y comunitaria avanzando de un foco individual o situado al núcleo familiar solamente y ampliando horizontes hacia la comunidad, cultura local, lo colectivo, pero resguardando la seguridad de la tenencia en conformidad a la ley, rompiendo el mito de la expropiación irracional de la propiedad privada.

La nueva Constitución garantizará a toda persona el derecho a la seguridad social, fundada en los principios de universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, igualdad, suficiencia, participación, sostenibilidad y oportunidad, considerando condiciones adversas para la subsistencia y capacidad de trabajo destacando en esto último punto dentro del derecho al trabajo, que se incorporó una norma que prohíbe cualquier discriminación entre trabajadoras y trabajadores que no se base en las competencias laborales o idoneidad personal, así como el despido arbitrario, destacando en el ámbito del trabajo el Derecho a la libertad sindical, que señala que la Constitución asegura a trabajadoras y trabajadores, tanto del sector público como del privado, el derecho a la libertad sindical²¹. Este derecho comprende el derecho a la sindicalización, a la negociación colectiva y a la huelga lo que pone de manifiesto una contraposición a la constitución de 1980.

El plebiscito de salida es el 04 de septiembre de 2022. En ese momento Chile deberá elegir entre cambiar la constitución, aceptando la nueva redacción, cuyos responsables integran la convención

20 Más información disponible en: <https://radio.uchile.cl/2022/02/28/claudio-salinas-criticas-contra-la-convencion-constitucional-van-en-la-misma-cuerda-que-la-campana-de-kast/>

21 recuperado de: https://www.chileconvencion.cl/news_cconstitucional/derechos-a-la-vivienda-salud-educacion-seguridad-social-y-trabajo-se-integran-a-texto-constitucional/

constitución, o bien rechazándola por diversos motivos, lo que implicaría la perpetuidad de la constitución de 1980. Lo anterior supone un escenario de certidumbre, pero a la vez de incertidumbre. Lo primero, se debe a que existe claridad respecto a la necesidad de reformar la constitución para promover mayor equidad, igualdad y justicia, como se ha presentado a la largo del texto. Por otra parte, el escenario de incertidumbre se configura en tanto no se sabe lo que ocurrirá en septiembre. Cabe mencionar que en los últimos meses se ha venido desarrollando una campaña de desinformación respecto a los acuerdos alcanzados y las leyes aprobadas por quienes integran la convención, campaña que ha sido impulsada principalmente por sectores conservadores y liberales. La época actual es sin duda una de los momentos más álgidos y agitados en el campo político y social de las últimas décadas, y es responsabilidad de la ciudadanía el manifestarse a través del voto para ejercer su derecho y así reemplazar definitivamente la constitución de 1980.

Referencias bibliográficas

Allard, R., Hennig, M., & Galdámez, L. (2016). El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estudios constitucionales*, 14(1), 95–138. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004>

Amnistía internacional. (2020). Ojos sobre Chile: Violencia policial y responsabilidad de mando durante el estallido social.

Aste, B. (2020). Estallido social en Chile: la persistencia de la Constitución neoliberal como problema. *DPCE Online*, 42(1), 3–19.

Berardi, L. (2017). Violación de derechos humanos durante la dictadura cívico-militar de Pinochet y los gobiernos de la post dictadura en Chile. *Discurso & Sociedad*, 11(3), 458–484.

Daniels, B., Lataste, C., Bustamante, E., Sandova, S., Basfi-fer, K., & Cáceres, P.. (2021). Contribution of social organizations “ollas comunes” to the Chilean diet during a COVID–19 pandemic. *Revista chilena de nutrición*, 48(5), 707–716. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000500707>

CIDH. (2019). Principios sobre políticas públicas de memoria en las Américas, Resolución 3/2019.

Charney, J., & Marshall, P. (2021). La Constitución después de octubre: el proceso constituyente frente a la crisis del neoliberalismo. *Revista de Humanidades de Valparaíso*, 17, 9. <https://doi.org/10.22370/rhv2021iss-17pp9-26>

INDH. (2020). Encuesta Nacional de Derechos Humanos. Informe de resultados. <https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2021/06/Encuesta-Nacional-de-DDHH-2020.pdf>

INDH. (febrero, 2020). Querellas del INDH (RM) por golpizas se concentran en comunas de Santiago y Puente Alto. <https://www.indh.cl/querellas-del-indh-rm-por-golpizas-se-concentran-en-comunas-de-santiago-y-puente-alto/>

Guerrero, M. (2006). El conjuro de los movimientos sociales en el Chile neoliberal. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 12(2), 147–156. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-64112006000200011&lng=es&lng=es.

Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), 0. ISSN: 0864-3466. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>

Grez, S. (2011). Un nuevo amanecer de los movimientos sociales en Chile. *Revista Izquierdas*, (10), 1–3. ISSN:

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360133450007>

Manzo, G. (2018). Sobre el derecho a la protesta. *Novum Jus*, 12(1), 17–55. <https://doi.org/10.14718/novum-jus.2017.12.12>

OMS (2017). Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Pinto, C. (2020). Estallido social, memoria y derechos humanos. *Aletheia*, 10(20), e047. <https://doi.org/10.24215/18533701e047>

Salazar, G. (2012). *Movimientos sociales en Chile: Trayectoria histórica y proyección política* (Vol. 3). Uqbar.

Spyer, T. & Alvarado, V. (2021). El Estallido Social en Chile: ¿rumbo a un Nuevo Constitucionalismo? *Revista Katálysis*, 24(1), 43–52. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e73555>

Torres, O. (2020). El estallido de las violaciones a los derechos humanos. Informe sobre los derechos humanos 18 de octubre 2019 - 12 de marzo 2020. (Ed. y Coord.)

Vallejos, C., Retamal, K. & Conca, F. (2021). La represión durante la revuelta popular de octubre: Prácticas y discursos en torno a la policialización del conflicto social en Chile. *Contemporánea: historia y problemas del siglo XX*, 14(1), 127–145.



CIUDADANÍA CONSTITUCIÓN Y DERECHOS SOCIALES

María Angélica Illanes Oliva

Escuela de Historia y Ciencias Sociales de la
Universidad Austral de Chile.

Constitución, ciudadanía y derechos sociales. Articulación y prácticas de salud en el campo educativo. (Chile, S. XIX-XX)

“El que es ciudadano en una democracia, no es ciudadano en una oligarquía”.

(Aristóteles)

Introducción

Los jóvenes de una sociedad abusada por largas décadas, saltaron vallas una mañana de octubre de 2019 en Chile. Despertaban a su mayoría de edad, conscientes de la urgencia, de cuestionar las estructuras opresivas, para comenzar a sanar la violentada dignidad de la ciudadanía. Tras ellos, todo el pueblo y los pueblos de Chile, coparon las alamedas a lo largo del país.

Como fruto político de ese grito popular en marcha, el pueblo de Chile votó mayoritariamente por terminar con la constitución de la tiranía civil-militar y por una constituyente democrática y paritaria que visibilizó y otorgó habla y presencia a genuinos representantes de la sociedad real chilena, mujeres y hombres en igual proporción y de todos sus rostros otrora ocultos.

Este aparato cultural político constituyente es, en sí mismo, un hecho histórico revolucionario, pues rompió en su interior: a) con el dominio patriarcal; b) con la dominación de clase; c) con el predominio político partidario y, d) fue, de hecho, un aparato cultural descolonizador. Su trabajo deliberativo fue expresión fiel de los idearios que esta nueva representación social constituyente puso sobre la mesa, generándose una democrática deliberación política entre los distintos proyectos en disputa, finalmente encausados en un notable consencio de dos/tercios. Como expresión de su carácter, la propuesta de nueva Constitución consagra el principio democrático-paritario-plurinacional y de los derechos humanos y sociales, como los pilares para la construcción de un nuevo modelo de Estado y de sociedad.

Levantando la bandera de estos principios, el Texto Constitucional 2022 ha de ser legitimado plebiscitariamente por el conjunto de los y las ciudadanas: poder ciudadano democrático que es y será el verdadero poder constituyente histórico-real del presente y del futuro.

Desde esta dialéctica (texto-ciudadanía), en este ensayo nos interesa revisar, por una parte, la trayectoria histórica del fenómeno constituyente como acto de formulación de los derechos sociales modernos y la consecuente construcción de ciudadanía y, por otra parte, nos interesa ilustrar algunas experiencias de interrelación y de prácticas de salud dirigidas hacia el campo educativo en Chile, considerando el derecho a la educación como el derecho social matriz de la modernidad y, por ende, con capacidad de influir sobre todo el campo de la realidad. Desde esta perspectiva, nos interesa también preguntarnos acerca de los desafíos actuales de las prácticas de salud hacia y desde el ámbito educacional.

¿Cómo se conciben y escriben, en la nueva propuesta de texto constituyente chileno, el derecho social a la educación y a la salud ?

A través de nueve artículos, la propuesta constitucional de 2022 consagra el derecho a la educación, definido como un derecho “indispensable para el ejercicio de los demás derechos” (artículo 35), es decir, como un derecho matriz, respecto del cual el Estado tiene un “deber primordial e ineludible”, debiendo asegurar el acceso universal en todos los niveles. Institucionalmente, este derecho se construye como un Sistema Nacional de Educación, que comprende una diversidad de expresiones educativas amparadas en la libertad de educación, estableciendo el principio de negación del lucro. Tiene como eje central y estratégico a la educación pública estatal, laica y de calidad, ejerciendo el Estado un rol de “coordinación, regulación, mejoramiento y supervigilancia” del sistema conjunto, regido bajo los principios éticos de “cooperación, no discriminación, inclusión, justicia, participación, solidaridad, interculturalidad, enfoque de género, pluralismo”, debiendo asumir un carácter no-sexista y con pertinencia cultural étnica (Chile. Convención Constitucional, 2022: 14–28)

Algo muy semejante se plantea respecto del “derecho a la salud: “Toda persona tiene el derecho a la salud y al bienestar integral, incluyendo sus dimensiones física y mental” (artículo 44). Este derecho ha de ser “regulado, supervisado y fiscalizado por el Estado”, tanto a nivel de instituciones de salud privada como estatales, las que en su conjunto conformarían el Sistema Nacional de Salud, con un “carácter universal, público e integrado”, regido prácticamente por los mismos principios éticos que el derecho a la educación y financiado principalmente con las rentas generales de la nación y con cotizaciones establecidas por ley. La base del sistema descansa en la atención primaria de salud, inserta en los territorios, donde se promoverá “la participación de las comunidades en las políticas de salud” (Chile. Convención Constitucional, 2022: 18–19). Si bien la propuesta constituyente no elimina el lucro en el sistema de salud integrado, se supone que el fortalecimiento del sistema público de salud disminuya la mercantilización de las prestaciones de salud. Esperanza, sin duda, incierta, que requerirá de una sólida opción ética de los y las profesionales de la salud.

La interrelación entre los derechos sociales es, sin duda, un factor decisivo a la hora de construir una sociedad democrática sólida que abarque, en sentido transversal, integral e inclusivo, a toda la realidad del campo social. Desde este principio de interrelación, parece fundamental que todos los derechos graviten fuertemente en torno al derecho a la educación, pues el ideario de la modernidad tuvo razón cuando vio en la educación del pueblo, un terreno propicio para la construcción de democracia, basada en sujetos conscientes de sus derechos. Una democracia ampliada, de ciudadanos partícipes de la cosa pública, en vista de la lucha por una sociedad bien constituida, fundada sobre una justa distribución del poder y la riqueza, y por la superación de las condiciones sociales y estructurales determinantes de la opresión y la pobreza.

En especial, diversas razones, a nuestro juicio, avalan la necesidad de potenciar la interrelación salud-educación y vice-versa.

- En primer lugar, estos dos campos de los derechos y de la política social actúan y trabajan en trato directo con los sujetos históricos reales en cuerpo, alma y mente, interrelación que define el modo de verse mutuamente los unos y las otras en la sociedad y, por ende, el modo de construir sociedad.
- En segundo lugar, la interrelación y trabajo conjunto de ambos campos de los derechos sociales, significa la posibilidad de un abordaje integral y, por lo tanto, ético, de las personas que conforman la comunidad, superando la visión de meros objetos-cuerpos-enfermos, así como la visión de mentes-sin cuerpo.
- En tercer lugar y desde el punto de vista de la efectividad de dichos derechos y políticas sociales, una interrelación mutua se hace muy nutritiva: si el cuidado de la salud requiere básicamente acciones preventivas, éstas solo se alcanzarán a través de la educación de la comunidad; por su parte, la educación, definida como la madre de los derechos, sólo se realizará plenamente cuando la comunidad educada aprenda a hacerse reconocer en el derecho y la dignidad del cuidado de su cuerpo/alma, ante la sociedad y los agentes, especialmente sanitarios, de las políticas de Estado.
- En cuarto lugar, ambos derechos y políticas de salud y educación, por su capacidad de convocar a la comunidad, pueden llevar a cabo el ideario y mandato constitucional de una la participación social en los territorios, generando una positiva transformación de la sociedad en pos de la dignificación y ciudadanización de sus miembros.

En el espíritu de los derechos ciudadanos modernos, de los derechos humanos y sociales y de la nueva propuesta constitucional, nos asiste la convicción de que ambos derechos, salud y educación, son decisivos en la construcción de una sociedad y que, para realizar sus fines y principios en plenitud, se deben complementar íntimamente y sus profesionales deben trabajar unidos y estar imbuídos, cualitativamente, del mismo sentido ético y de derecho humano y social.

Desde este horizonte más amplio, en este ensayo nos interesa exponer, por una parte, aspectos del desarrollo constitucional moderno y la formulación de los derechos sociales y, por otra parte, mostrar algunos momentos y experiencias históricas de articulación entre prácticas de salud y de educación, como también sobre algunas prácticas de salud dirigidas al campo de la educación en

Chile. Al respecto, la historia nos muestra múltiples acercamientos de las políticas de salud al campo educacional, desde fines del siglo xix y a lo largo del siglo xx: nos preguntamos sobre el carácter que asume dicha relación e intervención de las prácticas de salud en el ámbito educativo. Y, a la luz de los nuevos desafíos constitucionales, nos preguntamos por el futuro próximo de la relación entre los derechos de educación y salud en Chile.

1. Ciudadanía y derechos sociales en el moderno proceso constituyente (siglos XVIII-XIX).

El parto de la Modernidad ocurre al cuestionarse, destituirse y fragmentarse el poder concentrado en el cuerpo “Yo, el Rey”: acción revolucionaria realizada en el nombre de la dignidad de los súbditos quienes, a través de este acto se otorgan, colectivamente, el destituido poder del soberano, es decir, la soberanía.

El cuerpo de Yo-el-Rey se sustituyó por un cuerpo-Texto que, simbólica o escrituralmente, refundó la sociedad a partir de un concepto de soberanía civil. El Texto- Constituyente, como invención cultural de los albores de la modernidad, se levantó frágilmente entre los escombros monárquicos y su gestación estuvo (y está) siempre precedido por luchas, movimientos y/o estallidos sociales y políticos.

De ser inicialmente un Texto que otorgaba la soberanía a exclusivos señores, el texto constituyente en occidente fue ampliando la cobertura de distribución de poderes a medida que, en el curso de la historia moderna, los distintos sectores sociales se fueron visibilizando y levantando su lucha y demanda. Desde el siglo XVIII hasta la actualidad, se ha presionado por fundar textualmente la sociedad moderna sobre una lógica republicana y democrática y sobre principios de justicia. Los sujetos de esta construcción social y política democrática son, desde su fundación griega, los ciudadanos, quienes adquieren su condición de ciudadanía en tanto pertenecen a la ciudad-estado-nación y detentan derechos que conocen y ejercen soberanamente. En términos políticos modernos, la condición de ciudadanía se manifiesta como la “conciencia de pertenencia a una colectividad fundada sobre el derecho y de ser miembro activo de una sociedad política independiente” (Touraine, 1992, en Ramírez, 1997). En palabras de Hannah Arendt, “la ciudadanía es el derecho a tener derechos” en el seno de un orden jurídico determinado (Ramírez, 1997).

Sin embargo, hay que tener siempre presente que el alcance real de la ciudadanía o soberanía ciudadana, va a estar históricamente delimitado por la formación social existente. Desde su fundación griega y en los albores de la modernidad, la soberanía ciudadana quedó restringida y circunscrita a los señores civiles detentadores de la propiedad de la tierra y de un vertical poder social y familiar. Era una ciudadanía señorial y patriarcal.

En la modernidad dieciochesca, la Revolución Francesa y su Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano constituye un hito que marca la voluntad de construir realidad histórica sobre la base de la categoría “derechos” y a fundarse sobre una ciudadanía más amplia, corres-

pondiente a una formación social capitalista. En dicha Carta, tales derechos, catalogados como “naturales, inalienables y sagrados” fueron, asimismo, criterios para definir la “igualdad” humana: Art. 1: “Los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos”. Estos quedaron identificados e instalados en cuatro pilares: “la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión”. Estos principios se identifican como “derechos liberales” que, en los hechos “implicaba que sólo los efectivamente propietarios, intocables, podían gozar de los derechos de libertad formalmente garantizados a todos los hombres por igual” (Pisarello). Estos derechos liberales dan origen a lo que se denomina ciudadanía civil que “afirma los derechos del individuo ante el Estado absolutista”, enfatizando “la defensa de las garantías individuales”, así como la limitación de la esfera de acción del Estado: factores que favorecían las exigencias del capitalismo temprano (Ramírez, 1997:190)

En el curso de las luchas político-sociales en el siglo XIX post revolución francesa, se fueron reconociendo los derechos políticos de la soberanía popular, específicamente el sufragio y la representación social en los órganos de poder del Estado. “Así, por ejemplo, se extendieron las libertades civiles y políticas, y se consagraron otras como el derecho de asociación o de huelga. Bajo este impulso, el viejo constitucionalismo liberal incorporó nuevos elementos de un constitucionalismo social destinado a proteger no sólo derechos de libertad, sino también derechos de igualdad” (Pisarello, 1998). Esto definió lo que se entiende por ciudadanía política, basada en la demanda de los trabajadores de participación política en las esferas de decisión del aparato estatal, configurando la tradición republicana y democrática del siglo XIX (Ramírez, 1997:193).

¿Cuándo se comienza a hablar de derechos sociales y qué derechos los conforman?

La demanda por los derechos sociales va a ser fruto, tanto de la lucha de los trabajadores en el temprano siglo xx, como de la necesidad de su integración al sistema político moderno, configurando lo que se denomina ciudadanía social. Esta se nutre de distintas fuentes ideológicas (marxismo, doctrina social de la iglesia y keynesianismo) y “subraya la necesidad del sentido comunitario y el bienestar social”. A la inversa de la ciudadanía civil, la ciudadanía social busca fortalecer la figura y rol del Estado como agente activo que debe generar y garantizar los derechos sociales. En este sentido, los derechos sociales se definen “como derechos a prestaciones de bienes o servicios, principalmente frente al Estado, tendentes a satisfacer las necesidades básicas que permitan a los individuos desarrollar sus propios planes de vida” (Ramírez, 1997:193). No obstante, actualmente la ciudadanía no sólo se define en términos de exigibilidad de bienes y servicios: “el ciudadano no es sólo un receptor de prestaciones”. La ciudadanía, recogiendo sus orígenes, se concibe como participación en la cosa pública, como compromiso de los y las ciudadanas en el destino de la sociedad, a través de la “participación en la actividad comunitaria, en el control ciudadano sobre los poderes públicos y en su presencia en la circulación de ideas y opiniones” (CEPAL, 2000).

Uno de los primeros derechos sociales que se estampa en las leyes y en las constituciones modernas es el derecho a la instrucción que se formula por primera vez en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de Francia de 1793, la que en su artículo 22 estipulaba: “La instrucción

es una necesidad para todos. La sociedad debe favorecer con todo su poder los progresos de la razón pública y colocar la instrucción al alcance de todos los ciudadanos”¹. La instrucción era valorada, en aquel Siglo de las Luces, como un ámbito clave y promisorio, conducente a potenciar en los individuos el despliegue de sus capacidades para su inclusión como ciudadanos.

Desde los primeros momentos del proceso independentista anticolonial, Chile -junto a los países Sudamericanos-, mostró su preocupación por la educación de los niños, niñas y jóvenes. El líder patriota y gobernante de la Patria Vieja (1812-1813), José Miguel Carrera, decretó la ampliación de la educación parroquial, conventual y de cabildos, tanto para hombres como para mujeres. En 1813 dictó una Disposición en materia educativa “que reglamentaba la educación primaria y destacaba la responsabilidad del Estado sobre esta actividad educativa” (Egaña Baraona, 2000:26); disposición que fue la primera piedra de una preocupación por la educación pública que acompañará la construcción de la república a lo largo del siglo XIX.

Luego de las guerras de independencia y de sucesivos conflictos y guerras civiles en la república temprana, Chile buscó consolidar su autonomía a través de políticas culturales que construyeran la nación. En esta dirección, los gobiernos apostaron por la educación, fundando la Universidad de Chile (1842) que albergó a la Escuela de Medicina (que funcionaba desde 1833 en el Instituto Nacional). Asimismo, el gobierno de la época (Manuel Bulnes) creó la Escuela Normal de Preceptores (1842) y, años después, la Escuela Normal de Preceptoras (1854). Ese mismo año el gobierno de Manuel Montt dictó el decreto que creó los médicos de ciudad, quienes debían desempeñarse en las ciudades cabeceras de Departamento, dedicándose a la atención médica, la supervisión de boticas y el mejoramiento de la higiene pública (Fabregat Peredo, 2022). Aún más, una de las expresiones de este proyecto ilustrado fue la promulgación, en noviembre de 1860 por el presidente Montt, de la Ley General de Educación Primaria que estableció un sistema de educación pública, asumiendo el Estado el rol de principal proveedor, supervisor y orientador de la enseñanza primaria, a través de la Inspección de Educación Primaria. Dicha ley estableció la gratuidad de la educación primaria para niños y niñas en edad escolar, con el fin de fomentar su asistencia a la escuela. Es decir, “una de las figuras que asumía el Estado en los años sesenta del siglo XIX era la de un Estado Docente Primario Popular, definido por su relación con los niños y niñas escolares del pueblo y en tanto proveedor e inspector de las escuelas primarias gratuitas y públicas del país” (Illanes, 2022). En suma, se fundaban en el país las construcciones culturales llamadas a la formación de profesionales de la educación y la salud, al paso que se erigía el Estado Docente como expresión de un proyecto de fundación de nación moderna, a través del desarrollo de la ilustración del pueblo y de los pueblos y de su cuidado sanitario.

2. Momentos de articulación e intervención de acciones de salud y educación²

1 <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/edh/interdisciplinario/ddhh1016.htm>

2 La escritura de esta parte del artículo seguirá, en buena medida, los pasos de las investigaciones de la autora en materia de educación y salud publicadas en sus libros citados en Referencias.

Al paso de las guerras del siglo xix (guerra civil de 1851, 1859, 1891; guerra del Pacífico 1879–81 y guerra de la Araucanía, 1881–83), del intercambio comercial y del desarrollo de faenas extractivas, se movilizaba a las fuerzas populares tras cada uno de los clarines guerreros y a través de enganches salitreros hacia faenas, puertos y ciudades, para el uso de su fuerza de trabajo en labores mal pagadas e inestables. Instalados los trabajadores, trabajadoras y sus familias en precarios bodegones, conventillos, piezas o sitios insalubres, la pobreza del pueblo quedó inscrita en su cuerpo, diezmado por las enfermedades infecciosas, especialmente viruela, tifus exantemático, cólera y peste bubónica, que amenazaban cotidianamente su supervivencia.

a. Articulación salud-educación: las Sociedad de Socorros Mutuos de obreros y obreras.

Como respuesta a la enfermedad y la muerte, se fueron desarrollando iniciativas sociales en el campo de la salud. Un momento decisivo, fundacional, en cuanto a la relación entre educación y salud como derecho social ciudadano, emerge a partir de la década de 1860 y hasta avanzado el siglo xx, cuando se levantan a lo largo del país, las Sociedades de Socorros Mutuos de artesanos, obreros y obreras. Estas sociedades, empapadas del ideario ilustrado y preocupadas del cuidado de sus miembros y de su único medio de producción, su cuerpo, rebeldes a ser cuidados precaria e indignamente por caridad en las instituciones de beneficencia, se organizan para fundar su propio y conjunto sistema de salud, de previsión social y de educación, como expresión de su compromiso por el cuidado mutuo y solidario de su cuerpo en la vida, la enfermedad y la muerte. Trabajan por un cuidado integral de cuerpo, mente y espíritu, tomando bajo su responsabilidad asociativa y económica -a través de un régimen de cajas de ahorro- el trato con médicos y boticarios, resguardando su autonomía respecto del sistema caritativo imperante. Asimismo, conociendo la importancia de la educación para la construcción de ciudadanía, dichas SSM de obrero/as y artesanos crearon escuelas diurnas y nocturnas para sus miembros. Era una condición alfabetizarse para pertenecer a la SSM y proseguir su educación a través de diversas vías que ofrecía la sociedad: escuela nocturna, biblioteca, conferencias y múltiples acciones artístico-culturales que promovían la dignidad y la conciencia ciudadana de sus miembros. “La organización de socorro mutuo buscaba realizar la unidad entre el cuerpo y el pensamiento: entre la enfermedad y la escuela, el médico y el profesor, la botica y la prensa, la caja de socorro y la conferencia, el baile y la sesión general, el mausoleo y el discurso. El bienestar del cuerpo y la ilustración del espíritu, asumido como tarea solidaria y comunitaria” (Illanes, 2010:36).

Es decir, en el seno de las Sociedad de Socorros Mutuos de obreros, de artesanos y de obreras se realiza tempranamente la estratégica unidad de los derechos sociales de la educación y la salud, resguardados por un régimen de seguridad solidaria o mutualidad social; todo lo cual se creaba en función de la construcción colectiva de la conciencia de su dignidad y de sus derechos ciudadanos. Se trató de una estratégica y visionaria revolución ciudadana por la vía de la organización social y la solidaridad mutua, en torno a los derechos fundantes de la república moderna (Grez Toso, 1998; Illanes, 2003; Venegas Espinoza, 2021).

Pero la realidad de la enfermedad y la muerte, fruto de las múltiples epidemias (viruela, cólera, tifus exantemático, peste bubónica, etc., etc.) que anidaban en los cuerpos miserables del pueblo trabajador y sus familias, superaba hacia fines del siglo xix y primeras décadas del xx, todas las iniciativas mutuales, caritativas y de higiene pública municipal.

b. Acción de médico/as, prácticas y políticas de salud en la escuela: expresiones, figuras y momentos.

Una segunda expresión de esta interrelación entre salud y educación la podemos ver a través del trabajo desarrollado por algunos médicos de fin de siglo xix y pp de s. xx, comprometidos en una acción de higiene, cuidado, protección y prevención en las escuelas como campo de lucha contra la enfermedad de niños y niñas del país y la construcción, desde allí, de salud y ciudadanía.

Fue el caso del Dr. Ricardo Dávila Boza (1850–1937), serenense, higienista y salubrista, médico de ciudad en ciudades del Norte Chico, comprometido en la lucha contra la viruela, el tifus y la peste bubónica, entre tantas enfermedades que diezmaban a la población y, especialmente, a los pobres de los pueblos de Chile.

Preocupado de prevenir la enfermedad, Dávila puso su mirada sobre la escuela primaria, una construcción que, desde el punto de vista higiénico, era entonces un claro foco de infección. Con el fin hacer de la escuela “un lugar sano”, el Dr. Dávila escribió un notable libro en 1884, titulado *La higiene en la escuela*, dedicado a maestros de escuela primaria. Allí el médico señala los requisitos para que el edificio escolar fuese higiénico, “colocado de lado donde soplan los vientos, distante de cualquier foco de viciación del aire (cárceles, cuarteles, hospitales, mercados)”, evitando las zonas húmedas, fuente de “fiebres perniciosas, miasmáticas, tifoideas y eruptivas, de gastroenteritis, inflamaciones del cerebro, afecciones reumáticas, catarrales y otras que se inician en la infancia” (pp. 10–12). El doctor se preocupa de la ventilación de los pulmones de lo/as escolares en la sala de clases, de la luz de sus ojos, del sonido en sus oídos, abogando porque se recreasen en dos patios, uno fresco y otro abrigado, según la estación. Especial preocupación del doctor eran las letrinas de la escuela, “foco permanente de insalubridad, de infección y contagio”. Había que mantenerlas en lugar alejado, describiendo las condiciones que debían tener los “asientos de defecación” y el depósito de los excrementos. El doctor detalla las condiciones que debían reunir las cloacas, los fosos y los “vasos destinados a la recepción y transporte de los excrementos” (p. 42), enseñando cómo desinfectarlos a bajo precio: con cal viva, carbón o cenizas, mezcladas con cloruro de cal, sulfato de fierro y ácido fénico, formando una papilla líquida (p. 51). En su recorrido por la escuela, el doctor se detiene en “las piezas de detención penal”, anotando ser una costumbre “muy generalizada, la de imponer a los alumnos de las escuelas, entre otras penas, las de calabozo o encierro en celda solitaria por varias horas continuas”. El doctor no cuestiona dicho castigo; le preocupa que ello no vaya en desmedro de la salud del penado, recomendando buena ventilación y un orinal (p. 46).

Para el Dr. Dávila, la higiene no tenía que ver sólo con la desinfección y sanidad material, sino también con el propio sistema de enseñanza escolar el que, desde el punto de vista de la higiene,

debía preocuparse del desarrollo de todos los órganos de los educandos. “Un buen método de enseñanza debe abrazar, a un mismo tiempo, el cultivo del espíritu, la educación del corazón y el perfeccionamiento del cuerpo, siguiendo paso a paso el desarrollo de las facultades y de los órganos” (Dávila Boza, 1884:70).

El Dr. Dávila, desde el Hospital San José, como médico Inspector del Consejo Superior de Higiene y como Director del Instituto Superior de Higiene (Laval R, 2008), se comprometió incansablemente con el sufrimiento de los enfermos apestados y comprendió la importancia de la escuela como campo de prevención del dolor y de desarrollo de una educación integrada en cuerpo-mente-espíritu.

Entregando su bella vida a su vocación y profesión, la Dra. Eloísa Díaz, primera médica chilena, luego de enseñar Higiene a las profesoras en la Escuela Normal de Preceptoras, entró a las escuelas de la capital y del país, en calidad de Médica Inspectora de Escuelas Públicas del país. Dejando su especialidad en ginecología, Eloísa visionaria, vio en las escuelas la posibilidad de desarrollar un trabajo integral: prevenir las enfermedades infecciosas, educar a los/as niño/as, jóvenes y profesores/as a cuidar su cuerpo y crear políticas públicas protectoras de la salud y la vida de los y las escolares chilenas.

“Ella recorrió cada una de las escuelas para pobres y sus informes sobre los recintos fotografiaban la pestilencia, la oscuridad húmeda, el cansancio, el hambre y las cefaleas que agobiaban a maestros y alumnos de aquellas 121 escuelas. Anotaba las imágenes del lamentable estado de “retraso del desarrollo natural” de los proletarios escolares y del “decaimiento de sus energías físicas e intelectuales”, lo cual originaba las “perturbaciones nerviosas” que estaban dañando gravemente a la infancia chilena y que constituían “el principal factor del prematuro decaimiento que ya se nota en nuestra raza”. Exigía con urgencia lo más elemental para la sobrevivencia de los escolares en la urbe, en un tiempo de epidemia de tuberculosis que provocaba la tercera parte de las muertes en la población activa: ventiladores, claraboyas, ventanas, vidrios, que se tapasen las acequias donde nadaban cientos de ratones que a menudo se inundaban sobre el patio de juego y que causaban la viruela y tifoidea, que se mejorasen las letrinas y se instalasen escupideras y lavatorios y ojala algo más sofisticado como un baño y un galpón para clases de gimnasia” (Illanes, 2022:35).

No sólo se dedicaba a enseñar y demandar a las autoridades el cuidado de la higiene en las escuelas; a Eloísa le preocupaba especialmente el hambre de los y las niñas escolares. Clamó, angustiada, ante los poderes, por alimentación en las escuelas para evitar la desnutrición y el raquitismo y propiciar el aprendizaje. Ante la indiferencia del Estado, Eloísa toma cuchara y olla, organizando en 1911 las Cantinas Escolares, punto de partida de las Ollas Infantiles que alimentaron entonces a muchas educando/as de las escuelas públicas. Desplegó múltiples acciones de cuidado y salud de sus cuerpos, exigiendo la obligatoria enseñanza de la higiene y de las enfermedades y vicios sociales para su prevención.

La doctora Eloísa Díaz encarnó un concepto de higiene social integral, comprendiendo que era (es) en la comunidad escolar donde las acciones de salud, en una triple dimensión de instrucción, cuidado y prevención, podían dar buenos frutos. En un horizonte de futuro, Eloísa médica comprendió que, en las escuelas públicas se había de criar a los y las ciudadano/as de Chile, como digna/os sujetos de los derechos sociales en la modernidad.

Con un grupo de médicos y educadores comprometidos con los destinos colectivos del país, el Dr. Carlos Fernández Peña formó parte de una avanzada de intelectuales y profesionales del 1900, entregados a la lucha por el cuidado de la vida del pueblo, contra las enfermedades que asolaban su cuerpo y por el fomento y obligatoriedad de la educación escolar.

El Dr. Fernández, junto a la Dra. Eloísa Díaz y de notables médicos y educadores (Darío Salas, Amanda Labarca, Nicolás Palacios, entre mucho/as), comprendieron que el país sufría una crisis profunda, expresada en una pobreza indignante y en un movimiento obrero crítico y consciente de sus derechos, cruelmente reprimido por un Estado gendarme y militarizado. Además de la organización de varias Ligas contra las enfermedades y buscando una salida civilizatoria a la aguda crisis política y de subsistencia que experimentaba el país, este grupo de intelectuales, liderados por el Dr. Fernández, convocaron al profesorado nacional y levantaron una organización llamada a dejar huella: la Asociación de Educación Nacional (1904). Su principal objetivo: “promover y difundir la educación del pueblo”, en el convencimiento de que la Constitución y las leyes de nuestra democracia “deben reposar sobre un sistema de educación nacional que sea (...) el baluarte del orden y la fraternidad sociales” (AEN, 1905 en Illanes, 2022).

Con el fin de cumplir estos objetivos, la AEN planteaba la necesidad de legislar y aprobar la obligatoriedad de la educación primaria, haciendo de la escuela un lugar que acogiese a los y las niñas de Chile sin distinción de clase y asegurando su alimentación, como base de la salud y efectividad del sistema. Para ello, la AEN presionó por terminar con una educación primaria diferenciada por clase social y bregó por entregar, por parte del Estado, almuerzo a los y las niñas de las escuelas públicas, bajo la premisa de que “cuesta menos a la sociedad educar a un ciudadano que mantener a un criminal”. Solo en un cuerpo sano y bien alimentado podría construirse un efectivo sistema educativo nacional, fundamento de una sociedad democrática y fraterna.

Casi veinte años de lucha costó a esta asociación, a médicos y profesores movilizados, lograr el objetivo de una Ley de Instrucción Primaria Obligatoria (1920); ley a la que el Senado suprimió el artículo que aseguraba, progresivamente, la alimentación escolar y aquel que creaba, en cada distrito, el Servicio de Sanidad Escolar. La oligarquía política rechazaba el cuidado del cuerpo de niños y niñas escolares, no por falta de recursos: “Yo no acepto estas ideas -declaró un diputado conservador-, porque ellas nos conducirán al más desenfrenado socialismo” (Barros Errázuriz) (Illanes, 2022:82). En esta lógica, para evitar el socialismo, había que negar el cuerpo, separándolo de la mente.

La tarea, especialmente en materia de alimentación escolar, quedaba, así, planteada para las décadas siguientes.

“Gobernar es educar”, el lema y principio del gobierno Frente Popular (1939), expresaba la tarea pendiente en materia de educación chilena: “42% de la población escolar no asistía a las escuelas y 600.000 jóvenes permanecían analfabetos” (Allende, 1939). La ley de obligación escolar, sin cuerpo, era una mera abstracción.

Hacia la cuarta década del siglo XX, los y las niñas tomaban un vaso de ulpo de desayuno escolar: harina con agua. El Dr. Salvador Allende, médico y ministro del Frente Popular (1939), presionó por cambiar el ulpo por la leche. La significativa creación de la estatal Central de Leche permitió que fluyera la proteína blanca hacia las escuelas y los barrios del pueblo: su alimentación era el fundamento para una nueva democracia y ciudadanía.

La alimentación de los escolares era una necesidad urgente hacia 1950. Así lo expuso el doctor Alfredo Riquelme ante el presidente Ibáñez: “sólo el 14% de los escolares primarios fiscales hacía 3 comidas al día, mientras el 27% de los que cenaban en sus casas, consumían una taza de té con pan” (Illanes, 2022:240). Dramática situación que motivó el decreto (1953) de creación de la Junta Nacional de Auxilio Escolar (JUNAE), sobre la base del proyecto presentado por el doctor Riquelme.

Las décadas siguientes continuaron, salvando obstáculos, el camino ya trazado -desde el tiempo y clamor de la doctora Eloísa Díaz-, en pos de la nutrición de los escolares. A medida del retroceso del poder político de la oligarquía, se fueron abriendo, poco a poco, las alamedas de este decisivo proyecto nutritivo democrático de inclusión escolar popular.

En los años sesenta se ampliaron los beneficios de la JUNAE, incorporando beneficios en becas (JUNAEB) y, a pesar de la crisis de deserción escolar en tiempos de la tiranía, la JUNAEB ha sido hasta hoy una barca salvadora de la niñez popular en Chile, asegurando la nutrición y el tratamiento integral de cuerpo-mente de los/as escolares, considerado/as como pequeño/as ciudadano/as con derechos.

En suma, este somero recorrido histórico por algunas prácticas de salud en la escuela, nos permite observar: a) la capacidad de liderazgo de figuras y grupos del campo sanitario en el ámbito de la educación en ciertos momentos de la historia chilena, interviniendo al interior de la escuela y ante los poderes públicos, en pos de salvaguardar el proyecto educativo como base de un sistema social justo, equitativo y democrático; b) que la intervención médico sanitaria en las escuelas, habiendo adoptado inicialmente un contenido estrictamente higiénico, hubo de transitar prontamente -con la temprana visión preclara de la Dra. Eloísa Díaz- hacia la alimentación de los y las escolares, como condición básica, hasta la actualidad, de la supervivencia del sistema escolar, fundamento civilizatorio de la sociedad; y c) que, si bien la comunidad educativa participa ampliamente de las iniciativas sanitarias relacionadas con la protección de la vida de los niñas y niños, con un gran compromiso educativo, no parece existir reciprocidad en términos de alguna intervención del campo educativo sobre el mundo y la comunidad sanitaria.


Me parece que, a la luz de la nueva Constitución, respecto de este tercer aspecto señalado, existe un desafío en el futuro inmediato. ¿En qué sentido? En trabajar mancomunada y recíprocamente la comunidad de la salud y la comunidad de la escuela en los territorios: intercambiando saberes, propiciando, desde la escuela, la participación de la comunidad en las políticas de salud y educación y, muy especialmente, empapándose mutuamente los y las profesionales de la salud y la educación, del sentido ético indispensable para una efectiva realización de los derechos sociales de la comunidad.

Desde esta reciprocidad entre la escuela y el consultorio y viceversa, podremos construir cotidianamente, ciudadanía y democracia.

Referencias bibliográficas

- CEPAL. (2000). Equidad, desarrollo y ciudadanía: Versión definitiva. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2686-equidad-desarrollo-ciudadania-version-definitiva>
- Chile. Convención Constitucional. (2022). Propuesta: Constitución Política de la República de Chile.
- Dávila Boza, R. (1884). La Higiene de la Escuela. Impr. Cervantes.
- Egaña Baraona, M. L. (2000). La educación primaria popular en el siglo XIX en Chile: Una práctica de política estatal. DIBAM.
- Fabregat Peredo, M. (2022). Los médicos de ciudad como agentes del Estado de Chile: Condiciones materiales, funciones profesionales y procedimientos administrativos en el territorio de La Araucanía (1887 – 1910). *Revista de Historia*, 1(29), Art. 29. <https://doi.org/10.29393/RH29-11MCMF10011>
- Grez Toso, S. (1998). La cuestión social en Chile: Ideas y debates precursores (1804–1902). Ediciones DIBAM.
- Illanes, M. A. (2022). Ausente, señorita. La niña y el niño chileno, la escuela para pobres y el Auxilio (1890–1990). (2a ed.). Escaparate.
- Illanes O, M. A. (2010). «En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia, (...)»: Historia social de la salud pública: Chile 1880/1973: (Hacia una historia social del Siglo XX) (2a. ed.). Ministerio de Salud.
- Illanes Oliva, M. A. (2003). La revolución solidaria: Las Sociedades de Socorros Mutuos de Artesanos y Obremos: un proyecto popular democrático, 1840–1887. *Polis*, 1(5).
- Laval R, E. (2008). El Doctor Ricardo Dávila Boza: Pionero de la infectología chilena. Higienista y salubrista. *Revista chilena de infectología*, 25(6), 475–482. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182008000600012>
- Pisarello, G. (1998). Los derechos sociales en el constitucionalismo democrático. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.1998.92.3546>
- Ramírez, J. M. (1997). Las dimensiones de la ciudadanía. En *Cultura política de las organizaciones y movimientos sociales*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades/UNAM: La Jornada Ediciones. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA51758579>
- Venegas Espinoza, F. (2021). Mutualismo en Chile Central: La clase trabajadora y la seguridad social (1848–1922). *Revista de Historia*, 2(28), Art. 28. <https://doi.org/10.29393/RH28-36MCFV10037>





LA NECESIDAD DE UNA CONSTITUCIONA- LIZACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Lidia Casas Becerra

Profesora Titular Facultad de Derecho,
Universidad Diego Portales.

La necesidad de una constitucionalización de los derechos sexuales y reproductivos

Una de las demandas que está en el ambiente y que podría materializarse con la aprobación del plebiscito de salida aprobando una nueva constitución es la consagración de los derechos sexuales y reproductivos.

Este trabajo busca establecer cómo la construcción de los derechos sexuales y reproductivos ha transitado desde las prácticas sociales hasta su manifestación en normas, políticas públicas o decisiones de órganos jurisdiccionales. El actual escenario es propicio para la incorporación de una multiplicidad de derechos en una eventual carta constitucional, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos.

El movimiento hacia la positivización de los derechos se funda bajo la idea de que aquello que no se nombra no existe, una de las frases acuñadas por feministas para referirse a aquellos fenómenos que eran invisibles, o invisibilizados por carecer de palabras para su descripción. El acoso sexual sería uno de aquellos y en nuestros tiempos el reconocimiento del acoso callejero como un hecho punible siendo una forma de violencia prevalente y que hemos sufrido históricamente las mujeres, especialmente las niñas.

Algo similar ha ocurrido con los derechos sexuales y reproductivos. Sabemos o intuimos hacia lo que apuntan, los relacionamos con otros derechos, pero no se materializan en categorías jurídicas específicas, y que por ello, algunos dirían son irreconocibles. El nombrar tiene un efecto performativo, pero el lenguaje tiene efectos limitados. Ciertos fenómenos no siempre requieren nuevas configuraciones jurídicas sino que sean comprendidos en las existentes.

En la primera parte de este artículo, a modo de preámbulo daré cuenta de cómo estos derechos hacen parte de los derechos humanos que cada uno de nosotros tenemos. En la segunda sección revisaré su proceso de configuración en los documentos internacionales de Naciones Unidas, en el tercer lugar intentaré mostrar que ellos transitado entre las prácticas sociales el no derecho y el derecho, las normas, y que aun cuando no hubiera categorías jurídicas específicas para los derechos reproductivos, se nombran a través de interpretaciones de otros derechos. En la cuarta parte, intento responder a la pregunta del Por qué incorporar los derechos sexuales y reproductivos, advirtiendo que los cambios normativos, por sí mismos, no cambian la realidad. Por último, analizaré el momento-proceso constituyente y las oportunidades que nos brinda.

1. A modo de preámbulo

La expresión derechos evoca una titularidad de potestades que poseen las personas por el hecho de ser tales, ya sea respecto de terceros o del Estado para su respeto. A su vez, cuando se dice que se trata de derechos humanos, decimos que es deber del Estado su promoción y aseguramiento en la medida en que el ejercicio de tales derechos o potestades representa la capacidad de auto-determinación de las personas frente al propio plan de vida.

Los derechos sexuales y reproductivos, en especial estos últimos, tienen antecedentes directos en la autonomía, la libertad de las personas de reproducirse o no, en tanto es una obligación de no interferencia de terceros, particularmente el Estado, frente a esa decisión. Así, estos derechos se enmarcan en la clásica visión liberal de no intromisión para que cada individuo desarrolle su propio plan de vida. A su vez, estos derechos traen aparejadas obligaciones positivas para los Estados, esto es asegurar la protección de la integridad física y psíquica, la vida y la salud. El acceso y el derecho a la planificación familiar acuñado a los finales de la década de los sesenta del siglo pasado daba cuenta de ambas dimensiones, la salud y la autonomía aun cuando esto no se hubiera formulado como un derecho reproductivo. La utilización de métodos anticonceptivos representa esa autonomía cuando no hay ni coerción ni violencia.

No se puede desconocer que el derecho a la planificación familiar en tanto como puerta de entrada a la autonomía reproductiva tiene elementos controversiales. La instalación de la misma aparece como política pública en el marco de la preocupación por el control demográfico, en el caso chileno, la preocupación por la salud y vida de las mujeres fue un factor decisivo entre salubristas y gineco-obstetras, en palabras de Benjamín Viel citado por Zárate “[...] donde había fracasado la educación religiosa y la actitud punitiva de la ley no cabía otra actitud que intentar disminuir la fertilidad, en especial en aquellas mujeres que por sus características hacían presumir un aborto inducido en caso de embarazo” (1, p. 219). La International Planned Parenthood Federation que realizó su Asamblea en Chile en 1967 la que tuvo como lema “Paternidad consciente, deber y derecho humano” (1).

En este sentido, el derecho humano implica una titularidad en que toda persona tiene facultad para ejercer, aunque la idea de una paternidad consciente y deber podría estar asociado a decidir tener

hijos que se pueda mantener o criar. Esa noción entre derecho y responsabilidad se manifiesta en la Convención sobre Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (2), la que establece en su artículo 16:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: [...] e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos; `... (el énfasis es mío).

El documento oficial del Ministerio de Salud hasta la dictación de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad de 2006, se denominaba Normas de Paternidad Responsable, en que se enfatizaba el derecho de las parejas regular su fecundidad, promover los medios para evitar un embarazo no deseado, y concluye que cuando no hay conocimientos para prevenir los embarazos aumenta la probabilidad de que la pareja recurra a maniobras como el aborto, de alto riesgo para la salud y la vida de la mujer. (3)

El enfoque sobre la reproducción fue cambiando desde la cuestión demográfica hacia el derecho humano a decidir, alcanzado ese el hito en la Conferencias de Naciones Unidas de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994. El capítulo del documento cuyo foco es la salud sexual y reproductiva fue resistido desde El Vaticano hasta Argentina por la incorporación misma de derechos.¹ Los derechos reproductivos encontraron mayor apoyo no así los derechos sexuales que no fueron aceptados ni incorporados en el Programa de El Cairo (4), pues los derechos reproductivos se vincularon con el derecho a la salud (4). Durante la discusión se mantuvo una disputa si las parejas o las personas eran los titulares de los derechos reproductivos. El Programa de Acción (5) quedó redactado de tal manera que propició un cierto consenso entre las posiciones al señalar que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y todas las personas. La cuestión no queda resuelta la discordancia entre lo individual versus lo colectivo, pues la noción misma de derechos está anclada en derechos individuales y no colectivo². La expresión “pareja” tensiona la autonomía de las mujeres frente a los varones que les permita decidir por sí mismas.

Sin embargo, el artículo 16 de la Convención de la CEDAW utiliza la expresión las mujeres en igual condición a los hombres dejando una ventana sobre el rol de los varones. En las regulaciones y las prácticas de profesionales de la salud subyacen ideas que entienden que ciertas decisiones deben ser resueltas por ambos miembros de la pareja. Esa fue la práctica común hasta el cambio regulatorio del año 2000 sobre esterilización voluntaria (6) en Chile. Bajo la Norma 003 de 1975,

1 La Santa Sede hizo reserva a todo el capítulo sobre salud reproductiva del Programa de Acción de El El Cairo.

2 En los instrumentos internacionales los derechos colectivos se relacionan con los pueblos originarios.

los requisitos para acceder a una esterilización se basaban en la edad y número de hijos vivos de la mujer, además de la autorización de la pareja. (3). Ello introducía, de facto, el veto del varón frente a la decisión de la mujer de no querer tener más hijos. Existe evidencia que pese a los cambios normativos de más dos décadas algunos profesionales, por una parte, mantienen conductas dirigidas más que aconsejar buscan inhibir la decisión de las mujeres porque consideran que no son aptas para decidir sobre su fertilidad. Por otra, también se observan prácticas en que profesionales deciden por las usuarias y son esterilizadas porque consideran que son buenas candidatas para no tener más hijos, ya sea por su edad, la cantidad de hijos que ya tienen u otras consideraciones (7). El Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2016 revela situaciones de mujeres que han solicitado la esterilización y que ésta ha sido programada en el parto por cesárea no se realiza, y otras que son esterilizadas sin su consentimiento (8).

Los pronunciamientos de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (9, 10) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos establece que las esterilizaciones no consentidas vulneran no sólo el derecho a la privacidad, integridad física o psíquica sino también constituyen un trato cruel, inhumano o degradante (11). Tanto en el caso de ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de F.S. vs. Chile (10) como en el caso de I.V. vs. Bolivia (11) los médicos que atendieron los partos decidieron por las mujeres, en una por ser una mujer viviendo con VIH de una zona rural y pobre, y la otra por tener adherencias en su útero. En ambos casos, ellas fueron informadas pos parto y los intervinientes insistieron en señalar que las mujeres dieron su consentimiento en forma oral.

2. El proceso de nombrar los derechos sexuales y reproductivos

Cuando los órganos internacionales de derechos humanos establecen una violación a los derechos reproductivos y los vinculan a derechos ya reconocidos, lo hacen en virtud lo dispuesto internacionalmente. Estos quedaron explícitamente reseñados, se encuentran en el Programa de Acción de El Cairo de 1994 que indica:

7.3 [...] los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (5).

Celorio (12) afirma que estos derechos comprenden tanto los derechos clásicos de raigambre liberal como los derechos económicos y sociales. Es la conjunción de ambos derechos, o dicho de otra manera, es que estos sean compuestos lo que permite asegurar los derechos sexuales y reproduc-

tivos. No es una mera cuestión de autonomía o libertad, sino el acceso a una serie de prestaciones en derechos sociales en el ámbito educacional y sanitario que hacen posible su ejercicio. Si bien esta es una mirada compartida en la literatura, ya veremos que también es refutada.

La Plataforma de Acción de El Cairo (5) se refiere a la salud reproductiva, el núcleo de ese derecho comprende 4 elementos gravitantes para que se pueda cumplir: disponibilidad, accesibilidad (geográfica, económica, informativa y no discriminatoria), aceptabilidad y calidad (13, 14).

La accesibilidad comprende no sólo la existencia de servicios disponibles y con amplia cobertura en distintas regiones y comunidades del país sino también que las instalaciones sean accesibles, o que las personas con discapacidad, por ejemplo sordomudas, puedan contar con servicios pensados en sus necesidades, y ciertamente que las condicionantes económicas no sean una barrera de acceso.

En el ámbito de la información, la educación en sexualidad ella es una acción que favorece el conocimiento sobre el propio cuerpo, el ejercicio de una sexualidad saludable y de la protección ante la violencia y respeto hacia los otros, la protección a la vida y salud. En *Guzmán Albarracín vs. Ecuador (2020)*, la Corte Inter Americana de Derechos Humanos (15) desarrolla la relación entre educación sexual con la salud, el ejercicio de la sexualidad, la protección a la integridad, y el acceso a la información, derechos que declara en interconexión. Allí, la Corte emplaza a Ecuador que los programas en educación sexual que dice tener deben ir más allá del papel y que debe mostrar con evidencia su implementación efectiva. Ello ayudará a erradicar la naturalización y incidencia del acoso sexual dentro de los establecimientos escolares, y hubiera permitido que la adolescente víctima de violencia sexual desde los 14 años advirtiera que la relación afectiva-sexual con el subdirector del establecimiento 50 años mayor que ella era una relación de subordinación y explotación sexual.

La educación sexual se relaciona a su vez con los derechos sexuales, los que no tuvieron la misma aceptación y no se detallan en el Programa de Acción de El Cairo como un término ni tampoco sucedió en la IV Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing en 1995 (16). No obstante, el documento final de la Conferencia de Beijing refiere que los derechos humanos de la mujer involucran el derecho a tener control sobre su sexualidad, su salud sexual y reproductiva, decidiendo sin coerción, discriminación y violencia, añadiendo que:

Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual . (párrafo 96)

Esta lectura que identifica los derechos sexuales y reproductivos en tratados de derechos humanos les da consistencia normativa convirtiéndolos en obligaciones internacionales a través de argumentación jurídica indirecta. Sin embargo, González (17) afirma que ella no es una vía idónea o eficaz. Este proceso de incardinación de los derechos reproductivos en otros derechos, como lo denomina esta autora los dejaría igualmente en el limbo conceptual, faltos de definición de su

alcance, o la forma de protección y que sólo deberían vincularse en forma simple con la autonomía. Se desprende de su análisis la explicitación de los derechos en textos positivos ayudaría en su formulación. Así como se buscaría legislar, constitucionalizar, e incluso algunos proponen su codificación en una convención internacional (17).

El problema de situar los derechos sexuales y reproductivos en un marco conceptual de autonomía –o en el marco de derechos como indica Parker (18)- no se hace cargo de las condicionantes biopsicosociales que limitan las opciones de las personas en el ámbito de la reproducción, especialmente cuando no hay un compromiso gubernamental en eliminar las desigualdades sociales.

Concordamos que la ausencia de conceptos puede ser problemático, pero la constante exigencia de consagrarlos para cristalizar los intereses de las mujeres, “se ha convertido en una cárcel en la que se han vistos presos [la judicatura y los y las promotores de derechos], ya que ha provocado un “congelamiento” de la imaginación conceptual, trayendo como consecuencia que las injusticias o experiencias de discriminación innominadas no puedan ser articuladas, o incluso conceptualizadas, en términos de derechos.” (19, p.298). Sin embargo, han existido cambios, la propia Corte Suprema (20) en un notable fallo reconoce la violación de los derechos de una comunera mapuche que dio a luz engrillada en una maternidad, y se configuró como una discriminación y violencia a una mujer privada de libertad por ser mapuche.

3. Entre el derecho y el no derecho. La necesidad de nombrar o de reinterpretar

Valenzuela y Villavicencio (19) sostienen que la falta de explicitación de los derechos – la ausencia de nombrar- no es impedimento para considerar que los derechos sexuales y reproductivos no estén cobijados en la constitución de 1980. Ello se produciría bajo una correcta interpretación del principio de igualdad. Postulan que la igualdad sustantiva de las mujeres incluye la autonomía sexual, el reconocimiento del costo y la carga de la maternidad, reconocer los estereotipos de género que encasillan a las mujeres en determinados roles limitando el desarrollo de sus planes de vida. Las decisiones de altas cortes en distintos países acogen una noción de derechos reproductivos sin que haya ningún rastro sobre derechos sexuales y reproductivos en sus textos constitucionales sino a partir de la aplicación del derecho a la igualdad y no discriminación. Los autores ejemplifican con las decisiones de la Corte Suprema de Canadá (Morgentaler, 1988), la Corte de Colombia (C-355 de 2006) y su reciente decisión de despenalizar el aborto (C-055-22), e incluso el fallo de la Corte Suprema de Estados Unidos –Griswold vs. Connecticut (1965), Roe vs. Wade (1973) reconceptualizado en clave igualdad en Planned Parenthood vs. Casey (1992), todo ella antes de la nefasta decisión en Dobbs vs. Women’s Health Clinic de 2022.

Pese a que existe ya un corpus doctrinal sobre una interpretación integradora entre derechos civiles y sociales en la configuración de los derechos sexuales y reproductivos, los tribunales y las cortes se han quedado cortos, mudos o ciegos, frente a su reconocimiento. Vale recordar el voto de mayoría en la decisión del Tribunal sobre la anticoncepción de emergencia en que al pasar, hace referencia a los intereses –y no los derechos niñas y mujeres- que pudieran ser afectados (21). Ello nos retrotrae al inicio de este trabajo: lo que no se nombra no existe.

El sólo hecho de nombrar y explicitar en el texto constitucional aseguraría la comprensión de todos los actores de un sistema de justicia además de otros órganos del Estado o de los particulares – incluyendo las profesiones de la salud- acerca de lo que involucran. Ello evitaría tener que realizar, más o menos sofisticadas exposiciones, para informar, educar, sensibilizar o alfabetizar sobre aquello.

Zúñiga et al. (22) en su trabajo con profesionales de salud en el sur de Chile dan cuenta que éstos poseen un acervo conceptual y comprensión de nociones fundamentales acerca de lo que entrañan los derechos reproductivos, con formulaciones ancladas en la libertad de las personas para decidir si tener o no hijos y cuántos tener sin interferencia alguna. Pese a esta base conceptual, su reconocimiento en el ámbito clínico se difumina producto de un discurso médico-científico que monopolizaría las decisiones en la atención de salud (22).

Un civilista francés, Jean Carbonnier (23, p.29), presente desde la sociología jurídica una tesis del derecho y del no-derecho, argumentando que “el derecho es una espuma en la superficie de las relaciones sociales o interindividuales. Si hace falta una hipótesis lejos del panjurismo, debe ser la saludable hipótesis del no-derecho.” ¿A qué se refiere todo esto, y su conexión con lo que aquí discutimos? Hay cuestiones sobre las cuales hay sólo hechos, facticidad, una de ellas son las prácticas sociales identificadas en Europa mucho antes de la anticoncepción moderna que permitían con mayor o menor éxito regular su fertilidad a través de distintos métodos (24, 25). Estos son hechos: las personas antes de consagrar, reconocer o nombrar los derechos reproductivos simplemente realizaban ciertas conductas. Ello se expresa en el uso de condones con hilos de linaza, las esponjas con miel o vinagre, las duchas vaginales u otras constituían métodos cuyo fin eran evitar embarazos incluso para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y posteriormente en forma más organizada en la instalación de clínicas para entrega de información o métodos en Estados Unidos o en Europa (25).

El gran axioma del derecho es: si no está prohibido está permitido. Así las prácticas sobre sexualidad y procreación, a veces, se encontraban en una condición de no-derecho, o en las penumbras del derecho, pero luego la intervención del Estado o de la iglesia y sus poderes regulatorios en diversas dimensiones las llevaron al mundo del derecho con variadas respuestas. El orden médico-clínico constituye una forma de regulación formal-informal entrando al campo del derecho. En otros países, la facticidad –el no derecho- dio paso a legislación restrictiva como en Estados Unidos. Allí el uso de métodos fue prohibido penalmente como en el estado de Connecticut en la ley Comstock que prohibía el uso de cualquier droga, medicina o instrumento que evitara la concepción, ley declarada inconstitucional recién en 1965 por la Corte Suprema de Estados Unidos (26). Así la explicitación de éstos, sin llamarlos derechos, se instalaba en un ámbito del reconocimiento cambiando el paradigma del derecho formal que los había desautorizado.

4. Por qué incorporar los derechos sexuales y reproductivos

Los esfuerzos para introducir temas asociados a la anticoncepción se remontan a las demandas de los movimientos de mujeres en los años 30 –del siglo pasado en que se exigía aborto y acceso

a la anticoncepción. Era una cuestión de vida, salud y condiciones de vida para la mujer y su prole (27). Usar distintos métodos para controlar la fertilidad era una cuestión de prácticas y no estaba regulada por el derecho salvo la punición del aborto en el Código Penal de 1874 (28) salvando al facultativo quien, “sin abusar de su oficio” según el artículo 345 del Código Penal lo realizaba, más aún quien debía en cumplimiento de un deber realizar un aborto para proteger la vida o la salud de una gestante.³

La planificación familiar fue una política sanitaria en que las prácticas sociales quedaron guiadas –no querer tener más hijos– bajo un modelo sanitario para reducir la cantidad de muertes maternas.

Cubillos sostiene que la incorporación de las políticas en sexualidad y reproducción durante los gobiernos de los Presidentes Lagos y Bachelet I y II tuvieron un enfoque biomédico, “aunque matizado con una perspectiva de derechos humanos y de género” (27, p.98) aún cuando las políticas públicas se afirmaban en los derechos de todas las personas para decidir como queda manifestado en las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad (2007).

La caracterización del listado de políticas criticado por Cubillos por tener un enfoque biomédico aunque matizado quizá busca decir, pero es sólo una suposición de esta autora, es que no se nombran los derechos como derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, los ejemplos que da revelan que a su base están los derechos. La indicación de anticoncepción de emergencia en la Guía Clínica para el manejo de la violencia sexual es algo más que un documento con un enfoque biomédico, pues busca evitar las consecuencias de la vulneración de derechos, una violación (una transgresión a derechos sexuales), y que una niña o una mujer deba soportar los costos de una maternidad no deseada, pudiendo ser eventualmente evitada (derechos reproductivos). Declaro de antemano mi conflicto de interés por conocer muy de cerca el proceso y habiendo tenido algo de participación; esa Guía Clínica en tanto política pública, fue producto de una larga gestación, un embarazo postérmino, y luego un duro trabajo de parto, utilizando acciones tendientes a su aceleración gracias a la intervención de la Ministra del SERNAM de la época, Cecilia Pérez Díaz. Esta fue una política resistida en el corazón del Ministerio de Salud e impulsada por las profesionales biomédicas a quienes se les llamaba las técnicas comprometidas no sólo desde los derechos sino también con el conocimiento científicamente validado (29). Este fue un logro de la tenaz Dra. Soledad Díaz Fernández del Instituto de Medicina Reproductiva. Debo decir, que algo similar se produjo con el cambio de la Resolución relativa a la esterilización voluntaria que pasó el escrutinio político bajo el mando de la Ministra de la época, Michelle Bachelet. Efectivamente los derechos no se nombran, pero ahí están en su esencia.

3 Esta es la lectura sistemática de dos disposiciones en el Código Penal. La sanción al facultativo está estructurada de la siguiente manera: “El facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare con él” y el artículo 10 N° 10 sobre eximentes de responsabilidad penal que establece “El que obra en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, autoridad, oficio o cargo.” Así, si el profesional salva la vida o la salud, estaría exento de responsabilidad penal.

Es correcto afirmar que los esfuerzos encaminados en adoptar una ley de derechos sexuales y reproductivos no prosperaron⁴, pero siguiendo a Carbonniere, la política pública se incorporó al ámbito del derecho, no como una fuente formal, la ley, pero sino como reglas técnicas –una forma de derecho- en cuya base están contenidos los derechos. No es posible desconocer que las leyes –en tanto fuentes formales del derecho- tienen más estabilidad o pueden dar más seguridad en el tiempo y que son –o serían- menos mutables con los cambios de administración, y por lo mismo se busca cristaliza en leyes aquello que parece frágil.

Sin embargo, tener o no tener leyes no cambia el hecho que la implementación de políticas públicas o legislación que reconoce derechos pueden enfrentarse a múltiples barreras. Esto es lo que ha sucedido con la ley de aborto en tres causales –Ley 21.030. La escasa sino nula capacitación a profesionales de la atención primaria e inexistentes campañas de información a las usuarias dan cuenta que el derecho a decidir se reduce cuando quienes pueden poner en funcionamiento el sistema desconocen el marco legal, no puedan informar adecuadamente o que por desconocimiento o sesgos impongan requisitos inexistentes para acceder a un aborto (30).

La consagración constitucional o legal de los derechos sexuales y reproductivo se ha llevado a cabo en otros países de América Latina, Monte et al. (31) dan cuenta de los ejemplos en Argentina, Venezuela, Ecuador y Bolivia. En la Argentina la incorporación de los derechos reproductivos es indirecta, de la misma manera que en el actual texto constitucional de 1980, pues se hace una interpretación a través de la integración de los tratados internacionales de los derechos humanos a la Constitución. Los textos constitucionales de Venezuela, Ecuador y Bolivia los explicitaron–con más o menos detalle- en sus textos.

La constitución ecuatoriana contiene una norma central sobre derechos sexuales y reproductivos y luego un detalle en distintas cláusulas explicitando ámbitos donde son aplicables y deben protegerse como la salud ocupacional o el derecho a la salud. Sin embargo, Maira (32) destaca que la política pública diseñada después de su integración ha tenido más dificultades en hacer efectivos estos derechos. En Bolivia, las referencias constitucionales son más breves estableciendo “a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos”, pero es criticada por ser una cláusula limitada; las organizaciones feministas reclaman que ella no hace mención a una política pública en salud sexual y reproductiva que los materialice (32). En el caso de Venezuela, la única disposición relativa a los derechos se relaciona únicamente con la planificación familiar concebida como un derecho de la pareja y no como una potestad individual:

Artículo 76. La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la

4 Se presentó un proyecto de ley preparado por la sociedad civil sobre derechos sexuales y reproductivos en el año 2000 bajo el patrocinio y apoyo de la Diputada Fanny Pollarolo.

información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos”. (33) (el énfasis es mío)

5. El momento y el proceso constitucional

Chile nunca había contado con la elaboración de un texto constitucional en un proceso democrático, con participación ciudadana y menos aún paritario. Este momento constitucional trajo consigo varias revueltas, una de ellas la de feministas, quienes vieron (y vemos) en este proceso, la posibilidad que un nuevo orden constitucional de paso a cambios en la estructura del poder y la configuración de un orden social más inclusivo. En las palabras de la convencional Carrillo, es la posibilidad de desmontar el mandato de la maternidad obligatoria y de la política sexual (34).

La igualdad de género fue un componente en casi todos los programas de convencionales de regiones del centro-sur de Chile (Ñuble y Biobío) salvo el que aquellos convencionales de partidos de derecha quienes señalan expresamente que no debe incorporarse la perspectiva de género (35). Para las/os convencionales, la igualdad de género debía irradiar hacia todo el texto constitucional, desde las libertades y derechos, la distribución del poder a través de la paridad en los espacios de representación hasta el reconocimiento del trabajo doméstico y de cuidado. Algunos programas estipulaban la necesidad el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (35).

Las alianzas entre convencionales y organizaciones externas confluyeron en la incorporación y modelamiento de normas, teniendo un rol central organizaciones (36) y académicas feministas. Un grupo de profesoras de derecho público confluimos en el año 2020, antes del proceso electoral, en una propuesta inicial frente a la nueva carta, entregando algunas ideas preliminares sobre lo que debía contener el nuevo texto, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos (37, 38).

Para una de las convencionales feministas la consagración de los derechos sexuales y reproductivos es parte de un continuo de procesos de transformaciones y reivindicaciones en materia de género que buscan consolidar la protección y los derechos de la mujer (39).

Es destacable que no hubo una propuesta sobre derechos sexuales y reproductivo sino varias. Algunas iniciativas apuntaban a cuestiones relevadas desde movimientos identitarios que reclaman sus especificidades, por ejemplo, la presentada por un colectivo de mapuches feministas (40).

El articulado propuesto especificaba los derechos sexuales y reproductivos en clave de pertinencia cultural integrando educación, salud, violencia e investigación:

1. El Estado debe garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas pertenecientes a naciones originarias de acuerdo a las costumbres propias de cada pueblo, otorgando las condiciones materiales para su reparación, recuperación, difusión y ense-

- ñanza desde la primera infancia.
2. El Estado debe garantizar la incorporación de la variable intercultural a la propuesta de Educación Sexual Integral.
 3. Será deber del Estado velar por el respeto de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres pertenecientes a los Pueblos Originarios de acuerdo a sus costumbres y tradiciones, fiscalizando y sancionando cuando esto no ocurriese.
 4. A modo de reparación del ejercicio de la justicia propia, el Estado debe garantizar la instalación de un consejo de resolución de conflictos y problemas vinculados a salud sexual, responsabilidad parental sexual y afectiva, violencia de género, dedicado exclusivamente a las primeras naciones, con capacidad resolutive y vinculante, conectado con los otros poderes del Estado, que esté conformado por miembros de los distintos pueblos originarios sin cuestionamientos personales en relación a estas temáticas, con financiamiento y fiscalización permanente.
 5. El Estado debe promover la investigación referente a la sexualidad y diversidades en las primeras naciones a modo de reparación histórica.

También hubo iniciativas sobre educación sexual laica (41), sobre protección a la maternidad y co-parentalidad sobre el cuidado en los primeros tres años de vida (42). Esta última incluía una disposición cuya redacción es vaga, pues incorporaba la noción de maternidad deseada, y establecía la obligación para el Estado de asegurar los cuidados antes de la concepción. Podría pensarse que alcance iba dirigido a asegurar el cuidado de la salud de cualquier potencial gestante:

2. El Estado velará porque a todos los niños y niñas, se les reconozca el derecho a ser deseados, a crecer en un ambiente tranquilo, y estos cuidados deben ser generados aún antes de la concepción, mediante el acceso a la información integral, en diversos ámbitos, como es la educación, derechos sexuales y reproductivos, derechos laborales, derecho a la salud, entre otros, de esa forma se puede propender a ser cuidados de manera digna, garantizando su seguridad, integridad y desarrollo de vínculos sanos.

La norma de iniciativa popular sobre derechos sexuales y reproductivos levantada por la Asamblea permanente por el aborto legal (43) y la de un grupo de constituyentes mujeres (44) son las que más acercan a la que finalmente quedó plasmada en la propuesta constitucional.

Quedó en la redacción de la cláusula constitucional todas aquellas materias que han sido parte de la construcción de los derechos reproductivos y que hemos discutido a lo largo de este artículo: acceso a métodos anticonceptivos, educación, servicios de salud y disfrute al progreso científico sin discriminación y pertinencia cultural.

Artículo 61

1. Toda persona es titular de derechos sexuales y reproductivos. Estos comprenden, entre otros, el derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre el propio cuerpo, sobre el ejercicio de la sexualidad, la reproducción, el placer y la anticoncepción.

2. El Estado garantiza su ejercicio sin discriminación, con enfoque de género, inclusión y pertinencia cultural; así como el acceso a la información, educación, salud, y a los servicios y prestaciones requeridos para ello, asegurando a todas las mujeres y personas con capacidad de gestar las condiciones para un embarazo, una interrupción voluntaria del embarazo, un parto y una maternidad voluntarios y protegidos. Asimismo, garantiza su ejercicio libre de violencias y de interferencias por parte de terceros, ya sean individuos o instituciones.
3. La ley regulará el ejercicio de estos derechos.
4. El Estado reconoce y garantiza el derecho de las personas a beneficiarse del progreso científico para ejercer de manera libre, autónoma y no discriminatoria estos derechos.

Esta sería la primera vez que el aborto queda incluido en una cláusula constitucional, lo cual ha generado mucha controversia y que será, sin duda, parte de la campaña del rechazo. Sin embargo, tal como lo ha afirmado las propias constituyentes haciendo cargo de que no hubiese límites, que el desarrollo y límites de estos derechos reconocidos los determinará el legislador (39).

La convencional Alondra Carrillo (34) alerta que las expectativas de la ciudadanía van allá que un texto jurídico, que ello será un momento pero lo que se busca es un proceso. Fernando Atria (45), otro convencional, diría que los textos escritos por sí mismos no cambian la realidad, lo mismo sucedería con el lenguaje, por lo cual lo declarativo no cambia la realidad sino que producirá la posibilidad de eliminar o reducir los obstáculos para alcanzar una igualdad sustantiva.

En este sentido, hacemos propio el análisis de Valenzuela et al. (19) sobre la consagración de los derechos reproductivos previos a la instalación del proceso constitucional, que la pertenencia a medias de las mujeres a la comunidad constitucional no se resuelve solo con la consagración de derechos constitucionales sino que la participación activa de la judicatura (19) y otros actores políticos. No podemos perder de vista que la introducción de los derechos a la constitución no significa necesariamente su eficacia plena e inmediata, pero sin duda es un avance.

En resumen, la constitucionalización de derechos es parte de un continuo de transformaciones que le dará un cierto contorno, los haría eventualmente exigibles, pero lo más importante promoverá su materialización a través de regulaciones y, en particular, política pública. Habrá que esperar el resultado de este proceso, pero el reconocimiento de derechos ya había comenzado.

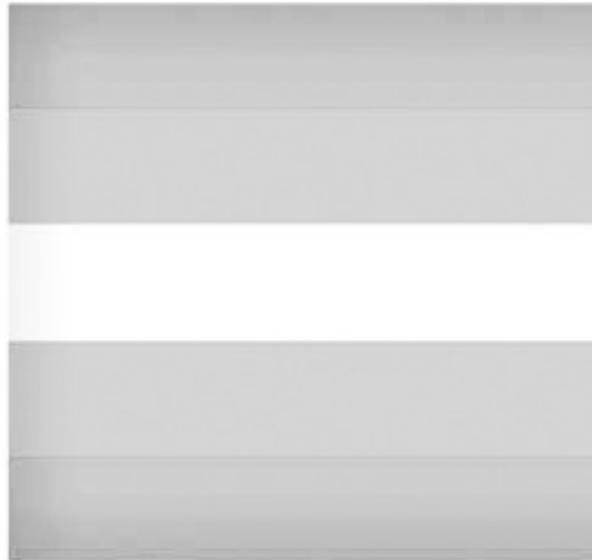
Referencias bibliográficas

1. Zárate Campos MS, González Moya M. Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960–1973. *Historia Crítica*, hist.crit. 2015; 55:207–230. <https://doi.org/10.7440/histcrit55.2015.09>
2. Naciones Unidas. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. 1979
3. Chile. Ministerio de Salud. Normas de Paternidad Responsable. Santiago: MINSAL; 1993.

4. Galdós S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Perú Med Exp. Salud Pública.* 2013;30(3):455-460.
5. Naciones Unidas. El Cairo: Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994.
6. Chile. Ministerio de Salud. Resolución Exenta 2326; 2000.
7. Santana Nazarit P, Peña Sánchez E. Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Antropología Sexual.* 2019;1(10):105-123.
8. Casas L, Salas A, Álvarez JJ. La práctica de esterilización en niñas y mujeres competentes y con discapacidad psíquica o intelectual en Chile. En: Vial T, ed. *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2016.* Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales. p. 175-215.
9. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú. Petición 12191. Solución Amistosa. 10 de octubre de 2003.
10. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. F.S. vs. Chile, Informe de Admisibilidad 52/14. Petición 112-09. 21 de julio de 2014.
11. Corte Interamericana de Derechos Humanos, I.V. vs. Bolivia, sentencia 30 de noviembre de 2016. Excepciones preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas.
12. Celorio R. *Women and International Human Rights in Modern Times. A Contemporary Casebook.* Northampton: Elgar; 2022.
13. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo 2000. Ginebra: Naciones Unidas; 2000.
14. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Naciones Unidas; 2016.
15. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Guzmán Albarracín vs. Ecuador. Fondo, Excepciones Preliminares, Reparaciones y Costas. 24 de junio; 2020.
16. Naciones Unidas. Beijing: Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 [Internet]. Nueva York: ONU; 1996 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
17. González Moreno, JM. Los derechos sexuales y reproductivos como categoría jurídico internacional revisable. *Derecho Público. Universidad de los Andes (Colombia).* 2017;38:2-28. <http://dx.doi.org/10.15425/redepub.38.2017.03>.
18. Parker WJ. The moral imperative of reproductive rights, health, and justice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;62:3-10.
19. Valenzuela C, Villavicencio L. La constitucionalización de los derechos sexuales y reproductivos. Hacia una igual ciudadanía para las mujeres. *Revista Ius et Praxis.* 2015;21 (1):271-314.
20. Recurso de Amparo. Sentencia rol 92-795-16 (Chile. Corte Suprema, 1 de diciembre; 2016).

21. Tribunal Constitucional de Chile. Sentencia rol 740–2007. 18 de abril; 2008.
22. Yanira Zúñiga Y, Guerra D, Rebolledo S. Derechos reproductivos: autonomía y objeción de conciencia en el sur de Chile. *Revista Austral de Ciencias Sociales*. 2019;36:173–192.
23. Carbonnier J. *Derecho Flexible. Para una sociología no rigurosa del derecho*. Santiago: Editorial Olejnik; 2019.
24. Cleland J. Contraception in historical and global perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009 Apr;23(2):165–76. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.11.002.
25. Quarini CA. History of contraception. *Women’s Health Medicine*. 2005;2(5):28–30. <https://doi.org/10.1383/wohm.2005.2.5.28>
26. Corte Suprema de Estados Unidos. *Griswold v. Connecticut*, 381 U.S. 479; 1965.
27. Cubillos JA. Continuidades y rupturas: la política de salud sexual y reproductiva chilena en cuatro gobiernos. *Polis*. 2019;18(53):140–166. DOI: 10.32735/S0718–6568/2019–N53–1387
28. República de Chile. Código Penal; 1874.
29. Casas L. *Del control a la autonomía reproductiva*. Santiago: Centro de Investigaciones Jurídicas. Universidad Diego Portales; 2004. (Informes de Investigación; No. 18, Año 6).
30. Casas L, Vivaldi L, Montero A, Bozo N, Babul J y Álvarez JJ. Primary Care and Abortion Legislation in Chile: A Failed Point of Entry. *Developing World Bioethics* [en prensa].
31. Monte ME, Gavernet L. La incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en las constituciones de Argentina, Venezuela, Ecuador y Bolivia. *Cuerpos ceñidos a sexualidades reproductivas*. En: Morán Faúndes JM, Sgró Ruata MC. *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos* [Internet]. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad; 2012 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://programaddsrr.files.wordpress.com/2013/05/sexualidades-desigualdades-y-derechos.pdf>
32. Maira G. *Cambios constitucionales y derechos sexuales y reproductivos*. Santiago: Corporación Humanas. [s/f, sin publicar].
33. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela [Internet] (Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre; 1999) [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf.
34. Carrillo A. *Articular una voz que siguiera manteniendo el sentido de la revuelta*. Ed. Symmes C, Aguilera S, Stippel J, Slachevsky P, eds. *Nuestros anhelos constituyentes*. Santiago: LOM; 2022. p. 9–21.
35. Universidad de Concepción. Observatorio Constituyente. Comisión de Género y Diversidad (Chile). *Informe de Programas Convencionales Constituyentes Distritos 19, 20 y 21*. Comisión de Género y Diversidad, Comisión de Género y Diversidad: primer informe [Internet]. UDEC; [s/f] [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://foroconstituyente.udec.cl/storage/2021/08/08-04-informe-comision-genero-001.pdf>
36. Andrade Zubia D, Miranda Leibe L. Una Constitución con perspectiva de Género para Chile: reivindicación de una inclusión sustancial de la mujer desde las autonomías. *El Mostrador* [Internet]. 8 de enero de 2021 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2021/01/08/una-constitucion-con-perspectiva-de-genero-para-chile-reivindicacion-de-una-inclusion-sustancial-de-las-mujeres-desde-las-autonomias/>

37. Henríquez M, Sarmiento C, Lagos C, Busch T, Salas C, Gauché X, et. al. Nueva Constitución con una perspectiva de género [Internet]; 2020 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/Nueva-Constitucion-Perspectiva-de-Genero-1-1.pdf>
38. Casas L, Vivaldi L. Los derechos sexuales y reproductivos en la nueva constitución [Internet]. 2021 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en <https://derechoshumanos.udp.cl/publicacion/los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-la-nueva-constitucion/>
39. Astudillo I. Entrevista a Tammy Pustilnick, abogada, activista y constituyente, Diario Constitucional [Internet]; 2022 marzo 28 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.diarioconstitucional.cl/entrevistas/tammy-pustilnick-abogada-activista-y-constituyente-en-el-caso-de-chile-ha-sido-central-en-nuestra-historia-reciente-las-reivindicaciones-en-materia-de-genero-y-derechos-sexuales-y-reprod/?fbclid=IwAR1Cptcfwb9ODy1rkxAuyEylrH9VtNf9teTylu6gG5MGrN6l0Hg-ol3eboA>
40. Convención Constitucional. Kizungünewün kalül mew: Género, Derechos sexuales y reproductivos de las Primeras Naciones [Internet]. [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/02/IPI-28-Kizungunewun-kalul-mew-Genero-Derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-Primeras-Naciones-completa.pdf>
41. Convención Constitucional. Iniciativa Convencional Constituyente que consagra el derecho a una educación sexual integral. Boletín [Internet]. 376-4 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/01/376-4-Iniciativa-Convencional-Constituyente-de-la-cc-Janis-Meneses-sobre-Educacion-sexual-integral-1040-hrs-24-01.pdf>
42. Convención Constitucional. Iniciativa Popular Constituyente que reconoce el derecho al cuidado de los primeros mil días de vida y protección de la maternidad y coparentabilidad (56422). Boletín [Internet]. 32-4 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/02/Iniciativa-Popular-32-56422-derecho-al-cuidado-de-los-primeros-mil-dias-de-vida.pdf>
43. Convención Constitucional. Iniciativa Popular Constituyente que reconoce y garantiza a todas las personas sus derechos sexuales y reproductivos (N°5938). Boletín [Internet]. 01-4 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/01/IPC-1-4.pdf>
44. Convención Constitucional [Internet]. Iniciativa Convencional Constituyente que otorga reconocimiento y protección a los derechos sexuales y reproductivos. Boletín. [Internet]; 221-4 [consultado el 1 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/01/221-4-Iniciativa-Convencional-de-la-cc-Ramona-Reyes-sobre-Derechos-sexuales-y-Reproductivos-2340-hrs.pdf>
45. Atria F. Estamos hablando del Chile que viene. En: Symmes C, Aguilera S, Stippel J, Slachevsky P. Nuestros anhelos constituyentes. Santiago: LOM; 2022. p. 57-60.



DERECHO EN SALUD DE LAS PERSONAS LGTBIQ+ EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN

Constanza Valdés Contreras
Consejera Instituto Nacional de
Derechos Humanos.

Derechos en Salud de las personas LGTBIQ+ en la Nueva Constitución

Introducción

El derecho a la salud y sus derechos relacionados han sido una de las grandes demandas de la ciudadanía respecto a la nueva constitución y el proceso constituyente. Consignas y demandas como “salud digna”, “salud para todos/as”, “por el derecho a la salud mental”, son algunas de las que se han visibilizado en el marco de las movilizaciones nacionales que hemos vivido en los últimos años y han tenido un impacto en las discusiones políticas y nacionales. Activistas por los derechos de las personas LGTBIQ+ han recalcado en este contexto la importancia de avanzar hacia una salud libre de violencia y discriminación a raíz de las situaciones que se han visibilizado en el ámbito de la atención en salud. Sin embargo, esta no es la única arista que se ha analizado respecto a la salud y dicha población.

En este contexto, los derechos en salud de las personas LGTBIQ+ no solamente se refieren a prestaciones de salud libre de discriminación y violencia, sino que también al derecho a la salud con perspectiva de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y un sistema de salud que sea equitativo para todas las personas. Si entendemos los derechos en salud de las personas LGTBIQ+ de esta forma podremos observar que éstos giran en torno a muchas aristas más que solo el derecho a tener una atención en salud libre de discriminación y de violencia. Esta visión nos permitirá avanzar en torno al análisis de la necesidad de reconocer que la salud, dentro de una visión amplia, requiere una especificidad en torno a varios aspectos cuando nos referimos a una población en particular. En este caso, la falta de políticas públicas, ausencia de formación de profesionales de la salud en estas materias, entre otros problemas, se ha debido a una visión restringida sobre el derecho a salud.

Es por esto que proponemos que el derecho a la salud y los derechos en salud requieren un diseño normativo que permita la especificidad para reconocer derechos a las personas LGBTIQ+ y la elaboración de políticas públicas y leyes que permitan avanzar en esta materia.

La realidad de las personas LGBTIQ+ en Chile

Durante los últimos años en nuestro país se ha ido avanzando progresivamente al reconocimiento de los derechos de las personas LGBTIQ+. Desde la despenalización de las relaciones sexuales de personas del mismo sexo en 1999 hasta la promulgación de la ley de matrimonio entre personas del mismo sexo (llamado igualitario) en 2021, se han ido aprobando leyes y políticas públicas con el objetivo de reconocer los mismos derechos a las personas independientemente su orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales. Sin embargo, la discriminación y la violencia sigue estando presente hacia las personas LGBTIQ+ en nuestro país.

En efecto, han transcurrido décadas pero si observamos las discusiones políticas y sus argumentaciones para negar el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTIQ+ de inicios de la década de los 90 o de los 2000 y las comparamos con la actualidad, podremos observar que no ha existido un cambio en este ámbito. Expresiones haciendo alusión a la biblia, lo “antinatural” de reconocer derechos a las personas LGBTIQ+, entre otras, siguen vigentes en los discursos políticos que se emiten en el Congreso, debates políticos y otros espacios.

De esta manera, tal cómo ha señalado Oscar Contardo, *“algunas ideas, por absurdas que parezcan, pueden perdurar en el tiempo, camuflarse dentro de otras y sobrevivir. En ocasiones- cuando alguien las desafía- es probable que cambien, se adapten a las nuevas condiciones o que, incluso, terminen, por perder cualquier importancia”*(1). El ascenso y cada vez mayor visibilización de discursos anti derechos en el ámbito público, sumando recientemente también a un ex candidato presidencial de extrema derecha, José Antonio Kast, nos muestran que estas ideas perduran en el tiempo aún cuando en sus discursos señalen que no son conservadores.

A raíz de esta realidad podemos afirmar que la situación, aún cuando se haya avanzado en el ámbito de la legislación y políticas públicas, no ha cambiado sustancialmente. Las estadísticas nos muestran que las tasas de violencia y discriminación han ido en un aumento progresivo.

La organización Movilh que realiza anualmente un informe anual sobre derechos humanos de la diversidad sexual y de género en Chile recientemente publicó un gráfico estadístico respecto al aumento de casos denunciados de discriminados que la organización recibe desde el año 2002 hasta el año 2022 (2). Las cifras más altas de denuncias se han dado en los últimos 4 años. El año 2018 se contabilizaron 698 hechos, el 2019, 1013, el 2020, 1266 y el 2021, 114 casos. Si bien es importante recalcar que la mayoría de los casos de discriminación no llegan a ser conocidos o denunciados, por diversas razones, las cifras son ilustrativas para comprender la percepción de las personas LGBTIQ+ respecto a la discriminación.

En el ámbito de la realidad de discriminación de las personas trans, el estudio Encuesta T de Organizando Trans Diversidades, y respecto a las mujeres lesbianas y bisexuales, la encuesta “Ser lesbiana en Chile” de Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio son ilustrativas para ir complementando respecto a cifras en este ámbito.

Las cifras que podemos obtener sobre discriminación y violencia son principalmente de estudios y sondeos de las organizaciones de la sociedad civil. Lamentablemente en nuestro país las variables respecto a la discriminación, los crímenes de odio y la realidad de las personas LGBTIQ+ no son incorporadas por las instituciones estatales para contar con dichas estadísticas. La exclusión de estas variables contribuyen lamentablemente a la invisibilización y desconocimiento de la realidad y sobre todo, impide una elaboración específica y dirigida de políticas públicas hacia dichas personas.

Sumando a lo anterior, debemos enmarcarnos también en el contexto chileno que vivimos actualmente. La desigualdad social, los niveles de desempleo, las problemáticas de vivienda, los conflictos socio ambientales y el cambio climático nos afecta a todas las personas de igual manera en ciertos niveles pero de forma distinta en otros. Esto es algo que debemos entender y se relaciona directamente con el concepto de interseccionalidad, acuñado por Kimberlee Creenshaw, y que se refiere a las formas en las cuales una situación afecta a un grupo particular de la población y en las cuales se conjugan diversos factores. De esta forma, podremos entender que al hablar de derecho a la salud, derecho al trabajo, entre otros, y referirnos a una población en particular, no se está exigiendo un tratamiento diferenciado en cada tema o ámbito, sino que se refiere a de qué forma dicha temática o derecho afecta a dicho grupo de personas.

En razón de esto, entender la realidad de las personas LGBTIQ+ es enfocarnos en sus particularidades, en cada uno de los grupos, y el contexto macrosocial. Desde esta posición también podemos plantarnos para la elaboración de políticas públicas y el reconocimiento de derechos, puesto que así podremos hacernos cargo también de las desigualdades.

Derecho a la salud en la nueva constitución ¿Hacia dónde?

Uno de los problemas de la constitución de 1980 respecto a los derechos dice relación con la regulación de los llamados derechos sociales. Dicha regulación ha tenido problemas estructurales en torno a la exigibilidad de dichos derechos, además de tener una escueta regulación al respecto. En este sentido, Leticia Morales nos señala que “tanto la doctrina como la jurisprudencia nacionales consideraron a los derechos sociales constitucionales (derecho a la atención de la salud y derecho a la educación) como meramente declaraciones o directivas programáticas sin contenido determinado, protegiendo solo el aspecto negativo del derecho, esto es, respectivamente, la libertad de adquirir asistencia sanitaria en el mercado de la protección de la salud y adquirir educación en el mercado de oferta educacional”(3)

De esta forma, la constitución actual reconoce el derecho a la protección de la salud, sin embargo su regulación con ausencia de este derecho conceptualizado como un derecho humano (y social), y un deber del Estado que no se vincula directamente tampoco con un Servicio Nacional de Salud ni una institucionalidad clara ha tenido como consecuencia una regulación escueta respecto a este derecho. En la práctica, como consecuencia de dicha regulación y el Estado subsidiario, se ha creado una división entre la salud pública y privada. De esta forma, “la norma constitucional actual sobre el derecho a la salud busca y tiene éxito en generar paralelismos institucionales entre una salud para las ricas y otra para las pobres. Lo anterior entorpece el objetivo de la libertad de todas y de la solidaridad” (4) . Lovera y Contreras lo señalan de igual manera al manifestar que “el derecho a la protección a la salud o el derecho a la seguridad social, confían su satisfacción a mecanismos de mercado. En el caso sanitario, la constitución establece un derecho que garantiza siempre la libertad de elegir entre un sistema privado o público de salud (art. 19.9), el cual, además, está protegido por la acción de protección (art.20)”(5)

A raíz de este panorama, un Sistema Nacional de Salud, un seguro único de salud, el reconocimiento de la salud digna, la regulación de los medicamentos, la salud mental y un enfoque de género, derechos humanos y pluricultural han sido algunas de las demandas que se levantaron al inicio del proceso constituyente en torno al derecho a la salud en la nueva constitución.

La discusión constitucional que se ha radicado principalmente en la comisión de derechos fundamentales se ha enfocado en los elementos estructurales que han afectado a la regulación constitucional en el ámbito del derecho a la salud. Asimismo, y como lo hemos señalado, se ha dado la discusión respecto a la interseccionalidad y la focalización de distintos grupos de personas en torno al derecho a la salud. Esto es importante puesto que el asunto de fondo no es si establecer un derecho a la salud para cada grupo o persona en particular, sino que una regulación normativa que permita el goce y ejercicio de dicho derecho para todas las personas sin discriminación ni limitaciones, sean formales o materiales. Desde aquí nos posicionamos para la discusión respecto al derecho a la salud.

Entender el derecho a la salud desde un enfoque social también implica un cambio en el rol del Estado respecto a los derechos sociales. La constitución de 1980 reconoce el derecho a la salud desde una óptica liberal, lo que ha significado que su enfoque se orienta principalmente a una institucionalidad dual, entregando un rol fuerte en esta materia a los privados y relegando otra, al sistema público. En este sentido, reconocer el derecho a la salud desde una óptica social no constituye un cambio de paradigma si no se modifica el concepto de Estado subsidiario que encontramos en la constitución actual. En efecto, que se reconozca el Estado Social y Democrático de derecho (no un estado garante desde una mirada neoliberal) tiene consecuencias directas respecto a la garantía, tanto política y financiera, de los derechos fundamentales que una constitución reconoce, especialmente aquellos de corte social.

En este sentido, consideramos que las reformas necesarias respecto a un Sistema Nacional de Salud público, entender y regular el derecho a la salud como un derecho social y un derecho humano, reforzando la responsabilidad que le corresponde al Estado y al sistema de salud público en esta materia son elementos principales y fundamentales a la hora de avanzar en reformas estructurales en esta materia. Además de lo anterior, integrar los principios y características de solidaridad, universalidad, gratuidad, equidad, no discriminación, pluriculturalismo, participación, son fundamentales para este nuevo sistema de salud que queremos crear.

Por aquello, es inviable pensar en derechos sexuales y reproductivos, derecho a la salud mental, derecho a vivir una vida libre de violencia, derecho a la no discriminación, entre otros, que involucren a las personas LGBTIQ+ en relación a la salud si es que no se parte de la base estructural de una concepción distinta del derecho a la salud.

¿Derechos a qué?

Las personas LGBTIQ+ requieren, al igual como todas las personas, el goce y ejercicio equitativo de los derechos fundamentales que la constitución y las leyes reconocen. Desde este punto de vista, bien podríamos señalar que existe un tronco común en torno a las necesidades y demandas sobre las mejoras normativas que requiere el derecho a la salud. Sin embargo, es preciso ahondar en especificidades relacionadas con la realidad de las personas LGBTIQ+ y las prestaciones asociadas al ámbito de la salud. Respecto a esto, haremos una clasificación temática sobre los elementos que consideramos importante al momento de pensar en derechos en salud de las personas LGBTIQ+ en la nueva constitución

i) La discriminación y violencia en el acceso a la salud

Las personas LGBTIQ+ se enfrentan constantemente a la discriminación y violencia en el acceso a la salud, específicamente a las instituciones y prestaciones requeridas. Cuestionamientos y prejuicios hacia las personas por su identidad y expresión de género, orientación sexual son situaciones comunes en el acceso a la salud tanto pública como privada. Algunas medidas que se han dictado al respecto han sido las circulares N° 21 y N° 34 del Ministerio de Salud que permiten el reconocimiento del nombre social de personas trans en la atención de salud en los servicios públicos. Asimismo, durante muchos años las organizaciones de la sociedad civil también han asumido la labor de concientización y de formación en torno a la realidad de las personas LGBTIQ+.

Sin perjuicio de lo anterior, la discriminación y la violencia sigue estando muy presente en el ámbito de la atención en la salud pública y privada también y las causas de ésta son importantes para avanzar en torno a las soluciones para su erradicación. En este sentido creemos que la formación de profesionales en el ámbito de la salud y la elaboración de protocolos para la erradicación de la violencia y discriminación en el acceso a la salud son elementos sustanciales para lograr dicho objetivo.

ii) Salud sexual y reproductiva

Las personas LGBTQ+, especialmente mujeres lesbianas, bisexuales y trans, evitan acudir a ciertos profesionales de la salud o instituciones con el objetivo de acceder a la salud sexual y reproductiva. La principal razón es la discriminación y cuestionamiento que reciben al momento de acceder a una atención de salud en este ámbito. Para ejemplificar, el Estudio Ser Lesbiana en Chile nos muestra que el 68 por ciento de las mujeres encuestadas, declaró no haber acudido a centros de salud a realizarse exámenes de autocuidado por miedo a ser discriminadas.

Es común lamentablemente que se cuestione la orientación sexual y existan prejuicios relativos a supuestos comportamientos sexuales solo por su identidad u orientación. En este sentido, a consecuencia de la ausencia de una ley de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, estas realidades han sido muchas veces invisibilizadas o incluso dejadas de lado en la elaboración de políticas públicas. Este problema deja en evidencia que el asunto no es esencialmente en materia de formación de profesionales de la salud sino que también apunta a una falta de perspectiva de género, ausencia de leyes y de reconocimiento de derechos al respecto.

iii) Salud y personas trans

En este ámbito, vemos que las principales problemáticas son la falta de regulación expresa del acceso a terapias hormonales e intervenciones quirúrgicas, y las permanentes situaciones de discriminación en los centros de salud. En nuestra legislación no se reconoce como derecho el acceso a dichas terapias e intervenciones y solo contamos con algunas normas administrativas que regulan esta disposición. La primera de estas es la vía clínica para la adecuación corporal de personas con incongruencia entre el sexo y la identidad de género, dictada por el Ministerio de Salud el año 2011, que puede ser definida como una guía técnica que establece criterios para regular el tránsito psicológico y físico de una persona trans.

En este marco, las cirugías de reasignación sexual no son consideradas operaciones con fines cosméticos ni personales, sino intervenciones que favorecen la adopción satisfactoria de la identidad de género con la que la persona se identifica. La vía clínica fija tres grandes etapas en el procedimiento que, a su vez, se componen de distintas fases: intervenciones en salud mental (incluyen una evaluación inicial, psicoterapia, consejería, seguimiento, y confirmación de criterios de elegibilidad y disposición), adecuación corporal hormonal (prescripción y control de terapia de feminización o masculinización; excluye a personas trans menores de dieciocho años) y adecuación corporal quirúrgica (exige que la persona sea mayor de edad). En este sentido, “Con esto evidenciamos una visión patologizante y estigmatizante, pues el proceso de transición que establece la vía clínica es un listado de requisitos que el profesional de salud debe verificar, y solo una vez que lo hace se puede seguir avanzando”(6).

Con la creación de los llamados «polis trans» al interior de algunos hospitales públicos, procedimientos como las terapias hormonales y las intervenciones quirúrgicas se han ido enrumbando en un camino de respeto y conocimiento. El hospital de Talcahuano, Las Higueras y el hospital Carlos Van Buren de Valparaíso lideran hoy estos procedimientos médicos; y a nivel nacional, se estima que en siete de las dieciséis regiones de Chile existen centros públicos de salud donde se realiza acompañamiento a personas trans y tratamientos hormonales

Así, es fundamental preguntarse también de dónde provienen los recursos, pues en el Ministerio de Salud no existe ningún programa ni presupuesto asociado, ni disponemos de una glosa presupuestaria enfocada en la salud de las personas trans. Los medicamentos para los tratamientos hormonales y todo el material necesario para las intervenciones quirúrgicas, son costeados exclusivamente por los hospitales quienes sacan el dinero de su propio patrimonio. Por tanto, los ciudadanos que cotizan en Fonasa pueden acceder a estas prestaciones de salud gracias a los hospitales, mientras que aquellos que tienen Isapre sólo pueden cubrir las distintas prestaciones médicas en la medida de que sus contratos y las clínicas lo estipulen.

La realidad de la salud pública versus la de la salud privada ha originado una serie de conflictos en esta materia. En los centros públicos se ha alertado la escasez de medicamentos para los tratamientos hormonales (en 2016 fue de público conocimiento el desabastecimiento de estos en el hospital Van Buren) y la poca disponibilidad de profesionales que trabajen con personas trans. En los centros privados, en tanto, se han advertido las barreras de acceso para la cobertura de las intervenciones quirúrgicas.

En un intento por mitigar sus efectos —aunque manteniendo la visión patologizante de la vía clínica—, el Ministerio de Salud reguló en 2011 y 2012 el uso obligatorio del nombre social de las personas trans en su ficha clínica, en el trato con los profesionales de la salud y en su atención. Sin embargo, a nivel nacional existen pocos servicios públicos que conocen estas normas administrativas, lo que complejiza su aplicación y genera nuevos espacios de incomodidad y vulneración para quienes se ven expuestos a ser llamados por su nombre legal.

¿Qué sucede en las clínicas privadas? Si bien las circulares no son aplicables a estas instituciones, en ellas sí rigen las reglas generales sobre discriminación arbitraria y el derecho a la identidad de género, en base a estándares internacionales. Es decir, las clínicas están obligadas a respetar el nombre social de las personas trans y así lo ha confirmado nuestro máximo órgano de justicia.

Sin un programa ni políticas públicas claras del Ministerio de Salud y una legislación robusta en la materia, esta situación seguirá estando presente en los servicios de salud del país. Es aquí donde el diseño constitucional exige un avance en torno a lo que es el fortalecimiento de la salud pública y el deber de la institucionalidad de propender a la elaboración de políticas públicas hacia poblaciones históricamente discriminadas y excluidas.

iv) Salud mental

En Chile no se cuenta actualmente con una ley en materia de salud mental y las políticas públicas al respecto han sido escasas y no han significado un impacto a largo plazo en torno a la salud mental de la población. Esto ha afectado a todas las personas en nuestro país, siendo uno de los grupos más marginados las personas LGBTIQ+ a raíz de la escueta formación que tienen los profesionales de la salud mental en estas temáticas. Es común, lamentablemente, que las personas LGBTIQ+ sean discriminadas por los profesionales de la salud mental en las atenciones o existan prejuicios en torno a la realidad que viven. Aquí es útil traer el concepto de Estrés de Minorías que ha sido conceptualizado por Ian Meyer que hace referencia a las problemáticas de salud mental, ansiedad, entre otros, asociados a la discriminación y violencia que sufren las personas LGBTIQ+ por su orientación sexual, identidad y expresión de género.

Asimismo, ha sido un secreto a voces que aún se realizan terapias de conversión, o como se denominan, esfuerzos por modificar la orientación sexual, identidad y expresión de género de las personas. En este sentido, creemos que establecer como parte del derecho a la salud, el derecho a la salud mental contribuye directamente al abordaje de las problemáticas anteriormente expuestas.

v) Personas intersex

La realidad de las personas intersex se encuentra completamente invisibilizada en Chile. Actualmente no se cuenta con estadísticas respecto a niños y niñas recién nacidos intersex ni tampoco se cuenta con protocolos claros respecto a la asignación del sexo. En torno a esto, el Ministerio de Salud ha emitido 2 circulares, la circular N.º 18 del año 2015 y la N.º 07 del 2016 que regulan los procedimientos en la materia. La primera circular prohibía la realización de las llamadas cirugías correctivas para niños y niñas intersex, sin embargo la segunda, que vino a complementar, estableció un gran rango de casos en los cuales si se puede realizar y entregó la facultad de aquiescencia de dichos procedimientos a la familia.

Lamentablemente, dichas circulares no han sido muy difundidas en los centros de salud y no han implicado además un avance sustantivo en materia de políticas públicas para personas intersex.

vi) Financiamiento y elaboración de políticas públicas

Una de las principales problemáticas que hemos tenido ha sido la ausencia de una focalización de políticas públicas dirigidas a la atención en salud de personas LGBTIQ+. La estigmatización y los prejuicios que han estado presentes en la institucionalidad por parte del Ministerio de Salud ha tenido como consecuencia que hasta el día de hoy no contemos con planes, políticas ni programas claros en torno a los derechos en salud de las personas LGBTIQ+. La evidencia de su importancia queda de manifiesto cuando analizamos la realidad y las situaciones que se viven diariamente en la atención de salud.

Derechos en salud de las personas LGBTIQ+

Los derechos en salud de las personas LGBTIQ+ dicen relación con el concepto mismo de salud, siguiendo el concepto de la OMS sobre un estado de bienestar completo, por lo que podemos afirmar que son diversos los derechos o situaciones que se desglosan cuando hablamos de derecho a la salud en torno a la población LGBTIQ+. En razón de lo anterior, anteriormente mencionamos algunos de los elementos que consideramos importante abordar, ya sea de manera específica, o subsumida en el reconocimiento del derecho a la salud con los aspectos que habíamos señalado como piso mínimo para un avance sustantivo. En efecto, hacerse cargo de la realidad de las personas LGBTIQ+ en el ámbito de la salud exige en primer lugar contar con una conceptualización del derecho a la salud como un derecho humano, en segundo, un Sistema Nacional de Salud público con principios y características de universalidad, solidaridad, gratuidad, equidad, no discriminación, pluriculturalismo, participación, en tercer lugar, se requiere una institucionalidad que pueda hacerse cargo de planes, políticas y programas que puedan sostenerse en el tiempo y generar un avance en torno a la atención de salud de las personas LGBTIQ+. A través de esta propuesta creemos que puede avanzarse de esta forma en torno a la violencia, discriminación, salud de personas trans, personas intersex y en torno al financiamiento y elaboración de políticas públicas.

En relación con los derechos de las personas intersex, las personas trans y los derechos sexuales y reproductivos, el avance en materia de salud también debe ir aparejado del reconocimiento de otros derechos como por ejemplo el derecho a la identidad y el derecho a la autonomía corporal, avanzando de esta manera también en una concepción que permita la libertad de las personas sobre sus propios cuerpos en base al consentimiento informado en el ámbito de la salud. La no patologización de identidades y orientaciones encuentra su fundamento en el avance de estos derechos en conjunto con una visión del derecho a la salud que reconozca y respete a las personas.

En línea con lo anterior, lo relativo a la salud sexual y reproductiva y la salud mental deben conceptualizarse de manera separada, por un lado, en torno a la salud sexual y reproductiva creemos que debe ir en el marco de los derechos sexuales y reproductivos tal como lo habíamos señalado, y por el otro, reconocer propiamente la salud mental como un derecho, son las propuestas que manifestamos que pueden constituir un avance para solucionar las problemáticas que se dan en ese ámbito. Sin perjuicio de lo anterior, hay un vacío importante que debe suplirse de forma legal en torno a la formación de profesionales de la salud y la perspectiva de género y derechos humanos. Gran parte de los casos de violencia y discriminación se producen a raíz de una escasa formación en la materia.

Es aquí donde el rediseño de la educación superior y su institucionalidad deben hacerse cargo del rol social que cumplen en general las carreras tanto universitarias como técnicas en esta materia. Creemos que estas discusiones deben darse de forma especializada cuando hablemos de educación superior.

Consideraciones finales

Los derechos en salud de las personas LGBTIQ+ se conceptualizan desde una óptica de la interseccionalidad y de un diseño general-especial que requiere un análisis pormenorizado de lo que es la realidad de dicha población en conjunto con sus necesidades y sus demandas. La tesis que se ha manifestado en este artículo ha sido en torno a la necesidad de avanzar hacia una concepción distinta del derecho a la salud con el objetivo de garantizar dicho derecho para toda la población y a través de ésta, avanzar en soluciones respecto a cómo las personas LGBTIQ+ acceden a las distintas prestaciones de salud. Sin perjuicio de lo anterior, hay elementos que requieren un análisis separado, como la salud sexual y reproductiva y la salud mental, con el objeto de profundizar de forma especializada en dichos derechos.

Asimismo, hemos podido observar que el reconocimiento de los derechos en salud de las personas LGBTIQ+ también requieren que otros derechos se encuentren reconocidos, comprendiendo de esta manera la interconexión que existen entre los derechos, además de la vinculación directa que tiene el cambio en el rol del Estado. Conceptualizar el derecho a la salud como un derecho social va de la mano de contar con un Estado Social y Democrático de derecho. Es de esta forma que podemos hablar de derechos en salud de las personas LGBTIQ+ y no derecho a la salud propiamente tal, sin perjuicio que su conceptualización general pueda construirse de esta forma general. El proceso constituyente es una oportunidad histórica para hacerse cargo de las desigualdades y exclusiones que se ha generado en este sistema de salud que ha contribuido a una salud para ricos y otra para pobres, así como la discriminación hacia cierto grupo de personas.

Si bien es importante mencionar que el reconocimiento del derecho a la salud tal como lo habíamos señalado no es autosuficiente, será un primer paso para avanzar hacia la creación de un sistema de salud completamente distinto que pueda hacerse cargo de las situaciones que actualmente nos aquejan en este ámbito. Aquí el actual gobierno y congreso tomarán un rol importante en la tramitación de las leyes que se requerirán para la creación de este nuevo sistema y un cambio de paradigma en torno al derecho a la salud. De igual manera, las próximas generaciones de profesionales, técnicos y asistentes de la salud serán las encargadas de la ejecución en la práctica de esta nueva conceptualización, así como las Universidades e Institutos Profesionales, de formar a dichas personas. Con esto en juego, ahora solamente depende de la ciudadanía decidir, este 4 de septiembre de 2022, si es la nueva constitución la que tiene que hacerse cargo de esta nueva concepción del derecho a la salud.

Referencias bibliográficas

1. Contardo O. Raro: una historia gay de Chile. Editorial Planeta.; 2011.
2. Evolución casos de discriminación 2002–2021 [Internet] [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2022/03/Evolucion-casos-de-discriminacion.png>
3. Morales L. Derechos Sociales, Conceptos para una nueva constitución, Muñoz F, Ponce de León Solís V, Editorial. Der Ediciones; 2020.
4. Arenas Catalán ES. Derecho a la Salud en la Nueva Constitución Chilena: Libertad, Solidaridad e Instituciones. En: Asociación Chilena de Derecho Constitucional, coord. Tránsito Constitucional: Camino hacia una nueva Constitución. 1 ed. Valencia: Tirant Lo Blanch. 2021. p. 211–229
5. Contreras P, Lovera D. La Constitución de Chile. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2020.
6. Valdés C. ¿Un cuerpo equivocado? identidad de género, derechos y caminos de transición. [Chile]: Editorial La Pollera; 2021.





EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN EN CHILE: LEY MARCO DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Lorena Rodríguez-Osiac

Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Grupo Transdisciplinario para la Obesidad de Poblaciones (GTOP), Universidad de Chile.

Daniel Egaña Rojas

Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Grupo Transdisciplinario para la Obesidad de Poblaciones (GTOP), Universidad de Chile.

Patricia Gálvez Espinoza

Dpto. de Nutrición, Facultad de Medicina, Grupo Transdisciplinario para la Obesidad de Poblaciones (GTOP), Universidad de Chile.

Marcela Araya Bannout

Dpto. de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Grupo Transdisciplinario para la Obesidad de Poblaciones (GTOP), Universidad de Chile.

El Derecho a la Alimentación en Chile: Ley Marco de Alimentación y Nutrición

Introducción

El presente texto revisa conceptos del derecho a la alimentación, elementos de su historia, así como elementos de su discusión en el contexto constituyente en Chile dado que -probablemente- se incluya como un derecho explícito en la futura Constitución Política de la República. Hablar de este derecho hace necesario pensar en una Ley Marco que lo encarne, por lo que abordamos también esa opción; asimismo, abre un desafío de necesario diálogo y coordinación intersectorial para problematizar los reglamentos y programas que hagan efectiva la legislación en la vida de las personas, aspecto que analizaremos al final del texto.

Antecedentes sobre el Derecho a la Alimentación

El derecho a la alimentación es considerado un derecho humano que resguarda la vida y dignidad humana, y que permite la consecución de otros derechos (1). Los Estados tienen el deber, la obligación y responsabilidad de respetarlo, protegerlo y realizarlo (2). Para la FAO, el derecho a la alimentación se define como “el derecho humano de las personas, ya sea en forma colectiva o individual, a tener acceso en todo momento a alimentos adecuados, inocuos y nutritivos con pertinencia cultural, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, mantener una vida sana y lograr un desarrollo integral. Este derecho humano comprende accesibilidad, disponibilidad, uso y estabilidad en el suministro de alimentos adecuados” (3). Esta definición implica una reflexión y acción que va más allá del cómo resolver el problema del hambre, o de asegurar raciones mínimas de nutrientes de manera gratuita, si no que requiere visualizarlo como “un derecho a alimentarse en condiciones de dignidad” (3), haciendo

frente al aseguramiento al acceso económico y físico, así como la disponibilidad a alimentos sanos y adecuados para cada persona.

La historia internacional del derecho a la alimentación inicia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948, que en su artículo 25 (inciso 1) hace mención del derecho a la alimentación de manera implícita, indicando que las personas requieren, “un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar” (4). Sin embargo, dada la amplitud de esta Declaración, se han requerido una serie de pactos y acuerdos para garantizar que los Estados interpreten y cumplan correctamente este mandato (5).

En ese contexto, en 1966 se elabora el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que ratifica en su artículo 11 la idea que el derecho a la alimentación se requiere para lograr “un nivel de vida adecuado para sí y su familia”. Además de expresarlo de manera explícita, impone a los Estados proteger a las personas “contra el hambre” adoptando medidas en dos áreas: a) mejorar la “producción, conservación y distribución de alimentos”, divulgando el saber nutricional y reformando el agro para incrementar su eficacia; y b) “asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades” (6). Asimismo, en 1969 se realiza la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, de la Asamblea General de Naciones Unidas. En esta se indica que, como base para lograr el desarrollo social, es necesaria “la eliminación del hambre y la malnutrición y la garantía del derecho a una nutrición adecuada” (7).

Posteriormente, en el año 1988, se lleva a cabo el Pacto de San Salvador que viene a complementar lo anteriormente discutido en la materia. En su artículo 12, el pacto señala, “toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual” (8). Más actual, en la Cumbre Mundial de la Alimentación del año 1996, los países firmantes se comprometen a la reducción del número de personas desnutridas antes del 2015 y se plantea la necesidad de clarificar la definición de este derecho. Como respuesta, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publica en 1999 su Observación General N°12, que busca puntualizar conceptualmente el derecho a la alimentación, siendo uno de los puntos más relevantes aclarar el concepto de “adecuada” que quedó definido como: “a) la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; b) la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos” (9).

En el año 2004 FAO aprueba las Directrices Voluntarias sobre la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada, orientando a los Estados en su aplicación en términos de legislar para su implementación, adjudicarle presupuesto, supervisar su cumplimiento y evaluar sus resultados (10).

Es habitual que la discusión del derecho a la alimentación haya sido impulsada por situaciones de crisis alimentaria o hambruna. Por ejemplo, la crisis alimentaria mundial de 1972 y 1973 donde se observó una caída en la producción y aumento de precio de los cereales, dio cabida a la reflexión sobre la inestabilidad del sistema alimentario y las consecuencias para la población de esta suscep-

tibilidad (5). Actualmente, la discusión sobre el derecho a la alimentación se da en un contexto de sindemia global en la cual la desnutrición, la obesidad y el cambio climático afectan a la población del mundo al mismo tiempo, teniendo como factor causal común a la alimentación (11). Así también la pandemia por COVID-19 (12) y la guerra Rusia-Ucrania (13) han puesto en evidencia que la vulnerabilidad de los años 70 aún sigue sin resolverse. En este sentido, se hace relevante hacer mención a dos términos asociados al derecho a la alimentación y que contribuyen a su reflexión en contexto de crisis globales: la seguridad alimentaria y soberanía alimentaria.

Para la FAO, existe seguridad alimentaria “cuando todas las personas tienen en todo momento el acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana” (14). Esta definición incorpora 4 dimensiones esenciales: disponibilidad, acceso, utilización biológica y estabilidad (15). Nuevas discusiones acerca de la definición de la seguridad alimentaria, indican que faltan algunas dimensiones esenciales para contribuir a mejorar los sistemas alimentarios; así, se propone que otras dimensiones a incluir sean la agencia y la sustentabilidad (2). Es necesario aclarar que el derecho a la alimentación requiere de la seguridad alimentaria para ser ejercido plenamente pero además impone la obligatoriedad a los Estados de velar por su cumplimiento (10).

Por otra parte, en 1996 surge la noción de soberanía alimentaria como un concepto crítico a la idea de seguridad alimentaria, desde organizaciones populares y campesinas articulados en “la Vía Campesina” (16). Entre otras cosas, este concepto busca recentrar la responsabilidad de los países y sus Estados en la alimentación de los pueblos, haciendo énfasis en una mirada más política del tema. La Vía Campesina propone que las personas tienen el derecho “a alimentos saludables y culturalmente apropiados producidos a través de métodos sostenibles y ecológicamente racionales, y su derecho a definir sus propios sistemas alimentarios y agrícolas” (16). Asimismo, agrega que, “la alimentación es un derecho humano básico, todos y cada uno deben tener acceso a alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados, en cantidad y calidad suficientes para llevar una vida sana completa dignidad humana. Cada nación debe declarar el derecho de acceder a los alimentos como un derecho constitucional y garantizar el desarrollo del sector primario para asegurar la realización completa de este derecho fundamental” (17). Esto problematiza aún más la definición de derecho a la alimentación, agregando la necesidad de reflexionar sobre un sistema alimentario que sea capaz de respetar los recursos naturales. Esta demanda fue incorporada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1999, cuando reencuadra el derecho a la alimentación desde una mirada más integral que incluye “a) la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; b) la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos” (18).

Por último, la Agenda 2030 y los 17 objetivos de Desarrollo Sostenible, han puesto a los Estados en función de la adopción de las “Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional,” incentivándolos a crear entornos adecuados para que la población pueda alimentarse con dignidad

(19). Así también, el derecho a la alimentación ha sido parte de diversos compromisos e iniciativas adoptadas por la Región como la Iniciativa América Latina y el Caribe sin Hambre, y el Frente Parlamentario contra el Hambre (20). Si bien, existen compromisos y avances en la materia, aún una parte importante de la población de América Latina y el Caribe no logra ver cumplido el derecho a la alimentación (21).

Derecho a la Alimentación en Chile

El derecho a la alimentación y la inseguridad alimentaria parecían ser un problema resuelto en Chile, sin embargo, con el estallido social ocurrido en 2019 y la pandemia por COVID-19 iniciada en 2020, se retoma con fuerza el tema, relevando no sólo la falta de alimentos sino la calidad de los alimentos disponibles y accesibles para la población, llevando incluso a necesidad de su inclusión en la nueva Carta Magna.

Chile suscribió Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1966 y la ratificó en 1972; también suscribió en 1969 al Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y lo ratificó en 1972 (22); finalmente ha suscrito en 2001 al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” y el senado aprobó su ratificación en julio de 2021 (22), lo que implica -para la legislación chilena- que deben ser asumidos como parte del ordenamiento jurídico nacional (23). Sin embargo, el derecho a la alimentación no está consagrado de forma explícita en la Constitución de 1980, actualmente vigente (24).

En los últimos años existieron dos iniciativas parlamentarias de Diputados de la República de Chile destinados a incluir el derecho a la alimentación en la Constitución, pero lamentablemente no prosperaron en el Senado (25,26).

En el proceso constituyente actual -iniciado el 4 de julio de 2021- fueron incorporados desde sus inicios dos tópicos relacionados con la alimentación para su discusión: una sobre soberanía alimentaria en la Comisión de Medio Ambiente, y otra sobre un sustituto alimenticio en la Comisión de Derechos Fundamentales. El Reglamento de la Convención Constituyente estableció además dos mecanismos para incorporar iniciativas de normas, uno ciudadano (pueblos originarios (1-3) e iniciativas populares (4-12)) y otro para los propios convencionales (13-21). Por estos mecanismos ingresaron 21 iniciativas relativas a alimentación (lo que demuestra el interés y necesidad del tema), las que se mencionan a continuación:

1. Protección a las semillas ancestrales
2. Derecho de soberanía alimentaria
3. Soberanía alimentaria de los pueblos
4. Derecho a la alimentación, un derecho fundamental e inalienable de los pueblos, la única en alcanzar 15.000 firmas ciudadanas
5. Seguridad alimentaria para cultivar el futuro
6. Derecho a una alimentación y nutrición adecuada y soberana

7. Derecho inalienable a una alimentación saludable, garantizando el desarrollo del canal alimentario agro pesquero tradicional
8. Sin derecho a la alimentación no hay derecho a la salud ni desarrollo saludable (iniciativa popular del Grupo Transdisciplinario de Obesidad de Poblaciones de la Universidad de Chile, GTOP)
9. Derecho a una alimentación adecuada y seguridad alimentaria
10. Pensiones alimenticias garantizadas por el Estado, una solución para las mujeres, niños y niñas víctimas del papito corazón
11. Derecho a la alimentación saludable, sustentable e informada
12. Priorización del acceso a alimentos nutricionalmente balanceados y apetecibles como prevención de la desnutrición por exceso y sus consecuencias
13. Seguridad alimentaria, agricultura y ruralidad
14. Seguridad alimentaria
15. Soberanía y seguridad alimentaria
16. Derecho a la alimentación
17. Seguridad alimentaria
18. Derecho a la Soberanía alimentaria
19. Derecho a la alimentación adecuada
20. Derecho a la alimentación y soberanía alimentaria
21. Derecho a la alimentación

La única iniciativa popular en reunir las 15.000 firmas en este tema, fue la de la Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas (ANAMURI) -nº7 en listado anterior-, aprobada en la Comisión de Medio Ambiente de la siguiente manera: “La alimentación es un derecho fundamental e inalienable de los pueblos de Chile, base de la salud y la calidad de vida, indisolublemente ligado a la Soberanía Alimentaria, a los sistemas campesinos de uso y conservación de semillas, a la agricultura campesina e indígena, a la recolección artesanal y al canal agropesquero tradicional. Garantizar este derecho es un deber del Estado y es principio ordenador de las políticas agrícolas y alimentarias del país. No puede quedar al arbitrio del Estado”. Mientras tanto dos iniciativas de los pueblos originarios (nº2 y nº3) fueron discutidas en las Comisiones de Derechos Fundamentales y Medio Ambiente, respectivamente. De las iniciativas discutidas y votadas en el pleno de la Convención Constituyente a la fecha de esta publicación¹, finalmente pasarán a la Comisión de Armonización de la Convención 3 propuestas que se describen a continuación:

Artículo 21 de Derechos Fundamentales. “Toda persona tiene derecho a una alimentación saludable, suficiente, nutricionalmente completa, pertinente culturalmente y adecuada. Este derecho comprende la garantía de alimentos especiales para quienes lo requieran por motivos de salud. El Estado garantizará en forma continua y permanente la disponibilidad y el acceso a los alimentos que satisfagan este derecho, especialmente

en zonas aisladas geográficamente. Adicionalmente, fomentará una producción agropecuaria ecológicamente sustentable, la agricultura campesina, la pesca artesanal, y promoverá el patrimonio culinario y gastronómico del país”.

Artículo 17 de Medio Ambiente. “Es deber del Estado asegurar la soberanía y seguridad alimentaria. Para esto promoverá la producción, distribución y consumo de alimentos que garanticen el derecho a la alimentación sana y adecuada, el comercio justo y sistemas alimentarios ecológicamente responsables”.

Artículo 37 de Forma de Estado. “El Estado fomentará los mercados locales, ferias libres y circuitos cortos de comercialización e intercambio de bienes y productos relacionados a la ruralidad”.

Aún está pendiente el resultado del plebiscito de salida que aprobará la propuesta de Nueva Constitución.

Ley Marco de Alimentación y Nutrición para ejercer el Derecho a la Alimentación

Se incluya o no el derecho a la alimentación en la nueva Constitución, será necesario desarrollar una Ley Marco de alimentación y nutrición que permita su efectiva fruición.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, respecto del derecho a la alimentación, plantea la necesidad de aprobar una “Ley Marco” que funcione como instrumento básico de aplicación de una estrategia nacional para el ejercer este derecho (6), donde deben figurar objetivos, medios, metas y tiempos; formas en que la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales pueden contribuir; responsabilidades institucionales, así como mecanismos de vigilancia y eventuales procedimientos para interponer recursos. Este tema ha sido apoyado por diferentes relatores especiales de Naciones Unidas para el derecho a la alimentación.

En 2012, un grupo de Parlamentarios representantes de distintos países de Latinoamérica y El Caribe (Parlatino - (27)) al alero de FAO, propuso una Ley Marco que reflejara la convicción y el compromiso político de la Región por fortalecer la lucha contra el hambre, a través de mecanismos legales que permitan llevar a cabo las acciones necesarias para su erradicación (3). Una ley de estas características tiene sin duda impacto no sólo en el hambre y la desnutrición, sino en la otra gran epidemia que afecta a muchos países de esta Región y del mundo, la obesidad. En atención a esto, varios países de la Región han comenzado a elaborar disposiciones para promover o garantizar la plena efectividad del derecho a la alimentación, entre ellos Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Costa Rica, Uruguay, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, y Venezuela. Chile no.

El término “Ley Marco” se refiere a un mecanismo legislativo que aborda cuestiones multisectoriales y establece principios y obligaciones generales y sectoriales. Como su nombre lo indica, una Ley Marco supone un encuadre que permite dialogar a los distintos sectores del Estado, planteando un terreno conceptual común. Es un instrumento más concreto que los textos constitucionales el

cual permite a los Estado evaluar, monitorear y rendir cuentas sobre derechos complejos.

Chile necesita contar con una ley de alimentación y nutrición que establezca las características que el derecho a la alimentación debe tener y oriente su implementación.

Pero Chile no parte de cero, ya que a principios de 2018 se aprobó la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (28) con el propósito de entregar un marco de referencia para el desarrollo de regulaciones, estrategias, planes, programas y proyectos en materia de alimentación y nutrición. Esta Política fue elaborada en base a un modelo de ambientes alimentarios para Chile (29) y un proceso participativo con expertos, profesionales de diferentes organismos públicos y la opinión de ciudadanos de distintos puntos del país. Los contenidos y forma de construcción de esta Política responden en buena medida a lo que debería ser una Ley Marco de Alimentación y Nutrición para nuestro país. Por otra parte, leyes como la Ley 20.606 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad (30), que incorporó el etiquetado frontal de advertencia (sello negro), y restricciones de publicidad y venta de alimentos no saludables, así como la Ley 20.869 sobre Publicidad de Alimentos (31), y la Reforma Tributaria de 2014 (32) que incluyó impuestos a las bebidas azucaradas, constituyen antecedentes legales que sientan jurisprudencia respecto a la posibilidad y necesidad de contar con legislación que proteja a la población de la falta de disponibilidad y acceso, físico y económico, a alimentos y entornos saludables.

Contenidos de la Ley Marco de Alimentación y Nutrición

El Estado tiene diversas obligaciones que deben verse reflejadas en una Ley Marco de Alimentación y Nutrición. En primer lugar, respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la alimentación, pero también la obligación de garantizar la disponibilidad y el acceso tanto físico como económico a alimentos sanos y seguros para satisfacer las necesidades y preferencias de toda la población. Con esto queda cubierto el concepto de seguridad alimentaria (33), pero hay dos conceptos más que deberían quedar establecidos y cubiertos en una Ley Marco, la soberanía alimentaria y la sostenibilidad que hacen referencia a decisiones más bien de orden político, sobre qué y cómo producir.

Todos los conceptos que involucrarán el derecho a la alimentación en Chile, deben quedar definidos y referenciados en la Ley, de modo que, al momento de su exigibilidad, se pueda tener claro y a la vista las entidades correspondientes (33). En este sentido debería incluir el derecho fundamental a una alimentación inocua, saludable, sostenible, que cubra sus necesidades biológicas y nutricionales, respetando sus tradiciones sociales y culturales. La inocuidad hace referencia a que los alimentos no generen perjuicios a la población que los consume. La expresión saludable está referida a una alimentación de calidad que promueve la salud de las personas en miras a su óptimo desarrollo. Por sostenible, entendemos que la alimentación debe responder a un equilibrio entre el desarrollo

biológico, económico, social y la preservación ambiental, considerando a las futuras generaciones apuntando a la solidaridad intergeneracional. La cobertura de necesidades biológicas y nutricionales es respecto de las características individuales, y necesidades para el óptimo crecimiento, desarrollo y bienestar. Por último, las tradiciones sociales y la pertinencia cultural se corresponden a grupos o comunidades con costumbres particulares que deben ser respetadas.

Además, debería incluir que el Estado tiene el deber de garantizar, en forma progresiva, continua y permanente, la disponibilidad y el acceso, tanto físico como económico, a alimentos de calidad que satisfagan este derecho, y de requerir a quienes corresponda, que entreguen información pública, clara y veraz respecto a la trazabilidad, composición y calidad nutricional de los alimentos. En este caso, la progresividad está señalada como una ampliación constante de la satisfacción del derecho. Respecto al acceso físico el sentido es de poder alcanzar los alimentos en su materialidad y contar con el ingreso económico suficiente para ello.

Por otra parte, esta Ley debería establecer que es responsabilidad del Estado promover condiciones sociales y económicas suficientes, ambientes alimentarios saludables, y el ejercicio de la soberanía alimentaria de los pueblos. Esta última parte está referida a la necesidad de considerar que la alimentación está determinada no son sólo por decisiones meramente individuales sino más bien por las condiciones que rodean la vida de las personas, por lo que la garantía de acceso (físico y económico, así como la capacidad de acceso) y disponibilidad es deber del Estado. Adicionalmente, se señala a la soberanía alimentaria de los pueblos en consonancia con el deber de satisfacción de las necesidades culturales, lo que implica la promoción y respeto por las prácticas productivas, de intercambio, elaboración y consumo de los alimentos.

La Ley Marco en Chile deberá establecer también sus objetivos para permitir su evaluación, su ámbito de aplicación, los principios rectores que la rigen, la(s) entidad(es) estatales que quedarán a cargo y sus funciones/atribuciones, así como la forma de monitoreo de su cumplimiento. Será decisión de la autoridad legislativa, si la Ley entrega un marco genérico y las especificidades descritas se disponen en un reglamento ad-hoc.

Estrategia intersectorial para el desarrollo e implementación de una Ley Marco de alimentación y Nutrición

Es necesario comprender que una Ley Marco de Alimentación y Nutrición debe ser intersectorial para asegurar la participación de todos los actores del sistema alimentario, teniendo en consideración que sin aquello no será posible alcanzar el derecho a la alimentación en la amplia definición descrita previamente.

Las políticas sectoriales deben tener a la vista el concepto de Salud en Todas las Políticas, para evitar que alguna disposición específica dañe o ponga en riesgo el ejercicio de este derecho.

Por otra parte, entendiendo que, entre las causas de la malnutrición en todas sus formas, están

los determinantes sociales, entre ellos el nivel educacional, el nivel socioeconómico, la etnia, el género, el acceso a salud, y los entornos alimentarios y comunitarios, es fácil comprender por qué es indispensable la participación de sectores como educación, economía, agricultura, desarrollo social, urbanismo y por supuesto salud.

Por último, es indispensable la mirada transdisciplinaria desde la academia y la sociedad civil para completar el mapa de actores y construir una propuesta legislativa inclusiva y participativa que convoque a toda la sociedad, más allá de los vaivenes políticos.

Experiencia de Brasil

Revisar la interesante experiencia de Brasil con el ejercicio del derecho a la alimentación puede servir de ejemplo a Chile en su aplicación (34,35). El estudio de CEPAL (34) aborda las lecciones de política pública más relevantes para la garantía de este derecho en ese país, sus avances, el marco legal vinculado, una serie de experiencias locales y las políticas y programas que emanaron a propósito de la implementación de dicho derecho, entre otras, la política agrícola, salarial y social. El estudio concluye que los éxitos alcanzados por Brasil en la garantía del derecho a la alimentación están asociados a la recuperación del valor real del salario mínimo, al mayor énfasis en la promoción de la agricultura familiar, al más elevado gasto social, a la amplia cobertura del sistema de pensiones y su expansión en el ámbito rural, y al carácter crítico de la sociedad civil en la promoción del derecho. La experiencia de Brasil demuestra que la acción directa de las organizaciones de la sociedad civil es clave para generar un nuevo balance de poder que permita hacer avanzar la defensa de los derechos económicos y sociales.

Brasil cuenta con respaldo constitucional (artículos genéricos y específicos) (36) y legal del derecho a la alimentación (Ley Orgánica de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Ley 11.346/2006) (37), uno de cuyos puntos relevantes es que establece un eslabón institucional entre la alimentación ofrecida en las escuelas públicas y la agricultura familiar, reflejando la intersectorialidad efectiva y la mirada de cadena alimentaria. Además, otras leyes orgánicas sectoriales (desarrollo social, salud, educación, niñez, etc.) hacen referencia explícita o implícita al cumplimiento del derecho a la alimentación (34).

Conclusiones

La legislación es sólo uno de los componentes necesarios para garantizar el derecho a la alimentación. Para que una legislación en materia de derecho a la alimentación sea efectiva debe ser incorporada por todos los sectores involucrados, incluido el sector jurídico, quién podría tener el rol de dirimir en una situación de exigibilidad ciudadana, cuestión que debería quedar establecida en el más alto nivel jurídico, la Constitución Política de la República.

Una Ley Marco sobre el derecho a la alimentación debe establecer responsabilidades y obligaciones claras, así como mecanismos de coordinación interinstitucional; fijar criterios de equidad, no

discriminación y transparencia; y adoptar mecanismos de exigibilidad del derecho.

Una Ley Marco como la descrita requerirá sin duda, además de su reglamento de implementación, un conjunto de programas y normativas que la hagan efectiva, y que debieran ser parte de un plan estratégico de alimentación y nutrición, de corto, mediano y largo plazo, con acciones concretas e indicadores que permitan su seguimiento y evaluación. Este plan debe responder a una construcción participativa e intersectorial del más alto nivel que permita el consenso y los compromisos necesarios para eludir vaivenes políticos y cambios gubernamentales.

Referencias bibliográficas

1. FAO. Seguridad y soberanía alimentarias (documento base para discusión) [Internet]. FAO; 2013 [consultado en marzo 2022]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-ax736s.pdf>
2. HLPE. Food security and nutrition: building a global narrative towards 2030. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. [Internet]. Rome, Italy; 2020 [consultado en marzo 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca9731en/ca9731en.pdf>
3. FAO. Ley Marco: Derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria [Internet]. FAO; 2013 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/au351s/au351s.pdf>
4. Naciones Unidas. Declaración Universal de los derechos humanos [Internet]. UN; 1948 [consultado en marzo 2022]. Disponible en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
5. De Loma-Ossorio E. El derecho a la alimentación. Definición, avances y retos. Boletín ECOS [Internet]; 2008 [consultado en marzo 2022]; 4. Disponible en: <http://www.oda-alc.org/documentos/1341427609.pdf>
6. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. UN; 1966 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf
7. Naciones Unidas. Declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social [Internet]. UN; 1969 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx>
8. OEA. Departamento de Derecho Internacional. Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador” [Internet] OEA; [s.f] [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
9. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. El derecho a una alimentación adecuada (art. 11) E/C.12/1999/5, CESCR Observación general 12; 1999.
10. ONU/FAO. El derecho a la alimentación adecuada [Internet]. (Folleto informativo no. 34). Ginebra: UN; 2010 [consultado en abril 2022]. Disponible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/595F8363D41C9C59C12577BB0037953A-OHCHR_Oct2010.pdf

11. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791–846.
12. CEPAL, FAO, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Agricultura O de las NU para la A y la. Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria. Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393_es.pdf
13. Nicas J. Ukraine war threatens to cause a global food crisis. *New York Times* [Internet]. 2022 mar 20 [consultado en abril 2022]; Disponible en: <https://www.nytimes.com/2022/03/20/world/americas/ukraine-war-global-food-crisis.html>
14. FAO. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo [Internet]. 2001 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/y1500s/y1500s.pdf>
15. FAO. Food Security. Policy Brief Issue 2 [Internet]. 2006 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <http://www.fao.org/forestry/13128-0e6f36f27e0091055bec28ebe830f46b3.pdf>
16. Vía Campesina. La Vía Campesina: la voz de las campesinas y de los campesinos del mundo. [Internet] Zimbawe: Vía Campesina; [s.f.] [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://viacampesina.org/es>
17. Vía Campesina. Soberanía Alimentaria, un futuro sin hambre. Declaración [Internet]. 1996; [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://nyeleni.org/es/soberania-alimentaria-un-futuro-sin-hambre/>
18. Naciones Unidas. Observación general 12 al artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1999 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1450.pdf>
19. Carreño B. MT, González CV, Londoño MS, González CC. Derecho a la alimentación en América Latina y El Caribe 2017. [Internet]. Manizales; 2021. Disponible en: <https://www.fao.org/publications/card/en/c/CB5598ES/>
20. Biblioteca del Congreso Nacional (Chile). Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones (Chile). Derecho a la alimentación, soberanía y seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y Chile [Internet] Serie Minutas No 33-21. [Chile]; BCN; 2021 [consultado en abril 2022]. Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32161/1/N_33_21_Derecho_a_la_alimentacion_Seguridad_y_Soberania_Alimentaria.pdf
21. De Shutter O. Una revolución de derechos. La aplicación del derecho a la alimentación a nivel nacional en América Latina y el Caribe [Internet] Nota informativa No. 6; 2021 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://derechoalimentacion.org/sites/default/files/pdf-documentos/Aplicaci%C3%B3n%20del%20DA%20a%20nivel%20nacional%20en%20AL%20y%20Caribe.pdf>
22. Naciones Unidas. Ratification Status for CESC - International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [Internet] [consultado en abril 2022]. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CESCR&Lang=en
23. Fuentes Torrijó X, Pérez Fariás D. El efecto directo del derecho internacional en el derecho chileno. *Rev Derecho*. 2018;25(2):119–56.
24. Decreto No. 100. Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile [Internet]. (Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Santiago, 2005) [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>

25. Proyecto de reforma constitucional que consagra el derecho a la alimentación y la promoción la soberanía alimentaria [Internet]. (Boletín 13636-07, Senado de la República de Chile, 2020) [consultado en abril 2022]. Disponible en: https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=13636-07
26. Modifica la Carta Fundamental para asegurar a todas las personas el derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria y nutricional, y amparar su ejercicio con la acción constitucional de protección [Internet] (Boletín 12989-07, Chile. Cámara de Diputados, 2019) [consultado en abril 2022]. Disponible en: https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12989-0
27. Parlamento Latinoamericano y Caribeño [Internet]. 2020 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://parlatino.org/>
28. Chile. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/BVS_POLÍTICA-DE-ALIMENTACIÓN-Y-NUTRICIÓN.pdf
29. Gálvez Espinoza P, Egaña D, Masferrer D, Cerda R. Propuesta de un modelo conceptual para el estudio de los ambientes alimentarios en Chile. *Rev Panam Salud Pública.* 2017;41:1-9.
30. Ley 20606. Sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad [Internet] (Chile. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, 2012) [consultado en mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>
31. Chile. Ministerio de Salud. Ley 20869. Ley sobre publicidad de alimentos en Chile. [Internet]. 2015 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1083792>
32. Ley 20780. Reforma tributaria que modifica el sistema de tributación de la renta e introduce diversos ajustes en el sistema tributario [Internet] (Chile. Ministerio de Hacienda, 2014) [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1067194>
33. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) Centroamérica. FAO. Conceptos Básicos [Internet]. 2022 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/>
34. Gómez Bruera H. Desafíos para garantizar el derecho a la alimentación: las experiencias contrastantes de México y Brasil [Internet]. 2013 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://archivo.cepal.org/pdfs/Mexico/2013/M20130027.pdf>
35. Ribeiro de Castro IR. La supresión del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la agenda de alimentación y nutrición. *Cad Saude Publica.* 2019;35(2):1-4.
36. Constitución Política de la República Federativa del Brasil, 1988 [Internet]. 1988 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0507.pdf>
37. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. [Internet] (Presidencia de la Republic., 2006) [consultado en mayo de 2022]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11346.htm





SALUD, DEMOCRACIA Y PROCESO CONSTITUYENTE EN CHILE

Álvaro Lefio Celedón

Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende”,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Salud, Democracia y Proceso Constituyente en Chile

Desde una dimensión personal e íntima, traer a la memoria la experiencia de movilizaciones sociales experimentadas el año 2019 en Chile significa recordar una abrupta modificación del movimiento humano circundante, la presencia de disrupciones inesperadas de la cotidianeidad, así como la expresión de las más diversas manifestaciones de disenso y malestar. Se trata de rememorar extensas caminatas en direcciones inesperadas, incertidumbres varias y crecientes, acompañadas de una bocanada de libertad no experimentada y a escala colectiva. Al mismo tiempo es rememorar la emergencia de la preocupación y el estupor por la brutalidad de la respuesta gubernamental y las formas de represión observadas y sus efectos sobre las personas y sus familias, que hicieron patente las evidencias palpables del trauma transgeneracional y la vitalidad latente de la memoria colectiva.

Este ambiente de convulsión social parecía abrir las posibilidades del debate público en la más amplias y postergadas materias, entre ellas las pertinentes a la salud del colectivo. A los carteles y consignas marchantes se sumaron miles de cabildos desperdigados por el territorio que incluyeron las temáticas de salud en sus debates y discusiones e hicieron emerger los diversos problemas de la política social en salud y las propuestas de la ciudadanía interesada (1,2).

En este marco de eventos políticos y estéticos diarios, la idea de una convención que pudiera amalgamar, en un nuevo texto constitucional, parte de estas reflexiones y propuestas ciudadanas, parecía del todo deseable y necesaria para la mayor parte de la ciudadanía. Transformar las bases legales del actual arreglo institucional y desbaratar sus inequidades era una posibilidad casi palpable. De hecho, la convención instalada produjo un texto que promovía la suficiencia e igualdad de la ciudadanía en materia de protección y cuidado de la salud, previsiblemente capaz de integrar

el sistema de atención, erradicar a las ISAPRE y sus lógicas mercantilizadoras del aseguramiento, fortalecer el sistema público e incluso priorizar temáticas presentes en las preocupaciones de la ciudadanía que participó de los cabildos, como la salud mental, neurodiversidad y discapacidad (3).

Por motivaciones vitales de dilucidar, la ciudadanía rechazó en el plebiscito de salida, junto con todas las otras propuestas, esta posibilidad de transformación de las reglas del juego institucional, dejando al tiempo del disenso en duda o en aparente disolución. La pulsión instituida parece haber derrotado a la instituyente y el escenario político estético retrocede al orden consensual (4). Algo más de un tercio de los votantes valoraron suficientemente las transformaciones culturales e institucionales propuestas, cuyo contenido inestabilizaron las distinciones étnicas, de clase, género y territorio, elementales de nuestra jerarquización sociocultural y que hacen parte también del arreglo institucional en salud.

En el contexto de la muerte epidémica circundante, la precarización brutal de las condiciones materiales de vida y la transgresión y falta de cuidado político con valores culturales mayoritarios en la población –cuyas emociones corporalizadas son el miedo y la rabia– la deliberación de los problemas públicos, como fundamento de la democracia, parecen haber encontrado su actual límite.

En la pasada discusión constitucional la ciudadanía participó, deliberó, busco los caminos para acordar una propuesta y fracasó en su capacidad de generar adhesión y sostén político a nuevas reglas institucionales, abriendo paso a un nuevo momento de encuadre y tutelaje democrático, que es parte sustantiva de la respuesta aprendida transgeneracionalmente por la elite política y social y que intenta poner límite a las otras formas posibles del ejercicio del poder y cuyos resultados quedan aún por dilucidar.

Algo sobre la salud y su política

La salud como conjunto de significados en torno al bienestar y su ausencia, hace parte de los proyectos humanos y por tanto se configura como espacio de pareceres, opiniones, deseos y acciones potencialmente conflictivas. No existe una sola forma de explicar los procesos de salud y enfermedad, ni tampoco una sola forma terapéutica o de cuidado, más bien lo común es la creación de un campo de saberes, prácticas y poderes en torno a este aspecto de la cultura y de las prácticas sociales (5,6).

El debate por la salud, sus determinantes, así como las formas y contenidos del sistema organizado para su promoción y cuidado, es parte del juego del poder de una sociedad para crearse a sí misma y producir parte de su identidad. Las instituciones sanitarias son entonces el resultado histórico de las tensiones entre sus actores, sus discursos y proyectos, siendo los sistemas de salud parte y resultado de la construcción de un cuerpo colectivo mayor, dando forma a la política social en salud, que a su vez contribuye a la configuración de la relación entre Estado y sociedad. En el campo de la salud colectiva, además, lo que está en juego es una parte del proyecto de nación que unos y otros buscan instalar, su soporte corporal y la resolución de dolencias y sufrimientos.

En el caso chileno, el Estado de inicios del XX, sobre la base de la organización mutual y la caridad (7), se comprometió con el desarrollo de un aparato estatal de redes de servicios de salud de alta cobertura y capacidad, que ha permitido responder a las necesidades vitales y urgentes del cuerpo social, dirigiendo sus acciones principalmente a las clases populares y trabajadoras (8). Su modelo explicativo de la salud/enfermedad, que hace parte del contenido de la política y de la praxis asistencial concreta, provienen de la tradición moderna europea y se encuentra sustentado en la espacialización de la enfermedad en el cuerpo individual y colectivo (9), excluyendo en su instalación progresiva a otros modelos explicativos y terapéuticos presentes en el territorio, subestimando además el peso de los aspectos socioculturales sobre la distribución, frecuencia y consecuencias de los problemas de salud, así como de su estrecha relación con su existencia e identidad.

Así, esta dimensión de contenido y práctica de la política de salud resulta ser uno de sus patrones estructurantes y hace parte de la trayectoria de exclusiones en esta materia. Al mismo tiempo se constituye como la principal forma de acercamiento –de la ciudadanía–al problema de la salud y la enfermedad, permitiendo que la necesidad por una atención biomedicalizada sea una demanda viva en la población.

En Chile, la política de salud ha contribuido a reorganizar la desigualdad social, a partir de la segregación en el proceso de atención, diferenciando en base a las posibilidades de elección y los espacios de atención entre clases populares y estratos medios de la sociedad. Es sobre la distinción obrero/empleo de mediados del siglo XX, que ha sido posible el crecimiento del mercado de la salud, ahora sobre la base de la afiliación FONASA/ISAPRE y la libertad de elección⁸. La idea de “lo privado” en salud se contrapone en nuestro marco de significantes a la espera y la humillación de lo público, construido desde sus inicios como la atención de los pobres, precarizada en recursos y burocratizada en sus prácticas, lo que ha permitido construir una base material y simbólica para las campañas de desprestigio acerca de su actuar.

Hoy nuestro sistema de salud se debate en la dualidad de sus prácticas, enraizadas en los principios de la seguridad social por una parte y por otra, en el avance de la industria y mercado de la salud, que termina asignando una gran cantidad de recursos para un pequeño porcentaje de la población más acomodada y con menor riesgo de enfermar, yendo más allá incluso, en sus esfuerzos discriminatorios, de lo que la actual constitución le permite.

Con todo y visto en perspectiva histórica, las posibilidades de transformación y democratización de la política social en salud existen y se posibilitan en forma proporcional a la capacidad de protesta, movilización social y política de la ciudadanía. Antes de octubre del 2019 la discusión de la elite político-sanitaria y de los actores del mercado, acerca de la política de salud y sus reglas del juego, se encontraba prácticamente sin avances. Algunos estaban por impulsar diversos arreglos basados en la seguridad social, otros estaban tranquilos con la parte del mercado que les tocaba explotar. Todos y todas con sus respectivos expertos, argumentos y operadores, pero sin tocar las instituciones, sus lógicas y resultados sociales.

La trayectoria histórica del sistema de salud chileno y la discusión de la política social en salud han decantado en proyectos socio sanitarios en momentos de profunda convulsión social. Es la movilización de las capas populares del país la que ha tenido el potencial y la fuerza suficiente de transformar la política de salud, mientras en el intertanto los avances que se producen mantienen la dirección en el vector histórico previo. Hasta antes de octubre del 2019 lo que predominaban eran los intereses del mercado, la necesidad de mantener la gobernabilidad del país y cierta voluntad por fortalecer el sector público de salud sin modificar las reglas del juego de su problemático actuar.

La canalización del conflicto social por la vía institucional, a través de una convención constitucional, permitió abrir las posibilidades de cambios para la política de salud, de hecho el texto rechazado permitía los dos cambios mínimamente necesarios para construir un sistema de atención de salud público con mejores oportunidades de enfrentar los desafíos sociosanitarios de la ciudadanía: la exclusión de las ISAPRE de la administración de recursos de la seguridad social y la integración de los actores y dispositivos de atención de salud. El primero vital para desterrar al mercado y sus efectos de las reglas del juego del sistema y el segundo para articular eficiente y coordinadamente las respuestas que la salud del cuerpo social impone.

La actual constitución de 1980 impide cualquier reforma que opere en esta dirección. La articulación de la institucionalidad sanitaria en torno a las posibilidades de elección individual de las personas –entre el sector público y privado– es la instalación del mercado como asignador de recursos en la política social.

Los desafíos actuales del sistema de salud chileno son múltiples y complejos. La ciudadanía convive cotidianamente con los efectos de la mercantilización de la salud (10). Los extensos y socialmente inaceptables tiempos de espera no son el mero resultado de los problemas de gestión de los centros de atención, sino que son posibles por la existencia de aseguradoras privadas que captan los recursos de la seguridad social, no sólo las contribuciones de lo que más recursos tienen, sino que también el poder y el prestigio, generando los incentivos necesarios para despojar al aparato prestador de producción pública de salud de sus actores más relevantes –los equipos humanos– y de la confianza de la ciudadanía.

Un poco sobre democracia en salud

La tensión interna entre liberalismo e igualitarismo de la democracia, parecieron inclinarse por un momento a favor de esa igualdad originaria, como aviso de la fragilidad del orden institucional y su peso en la sustentación del capitalismo como forma de vida y reproducción de la vida social. Los acontecimientos desencadenados a partir de octubre del año 2019, hicieron emerger las pulsiones igualitaristas de los actores interesados en la política de salud. La idea de participar de los acontecimientos en curso, ya fuera que se entendiera como un fin en sí misma o como medio de intervención de los problemas de salud poblacional (11), arrojó a nuevos y más actores al campo de lo político en lo que a salud colectiva se refiere.

Esta renovada participación permitió la expresión de variados proyectos que lograron aglomerarse en la idea compartida de producción y construcción social y democrática de bienestar, en la valoración del proceso deliberativo y la toma de decisiones colectivas y la dotación del carácter de ciudadanos a sus participantes (12). La salud como derecho humano íntimamente ligado al territorio, la cultura, las relaciones de poder y condiciones materiales de vida, así como una respuesta terapéutica y de cuidados universal, pública y democrática a sus interrupciones, fue la propuesta que se escuchó con más fuerza durante el proceso.

Por cierto, este no es el único proyecto que habita en las diversas colectividades de nuestro país y parte del problema fue subestimar la fuerza y la instalación de las ideas de los otros proyectos conocidos e ignorar a los desconocidos. La idea del mercado como buen asignador de recursos, la iniciativa privada como motor de la innovación, la competencia como aseguradora de la calidad y provisión, la salud como fenómeno individual asegurable y el esfuerzo individual como sostén ético de la distinción respecto de la pobreza, los pobres y sus itinerarios asistenciales, son discursos presentes no sólo en los grupos de interés, sino también observables en parte de la colectividad ciudadana mayor.

El debate democrático se trata menos acerca de verdades reveladas y evidencias científicas probadas y más de una disputa por el apoyo ciudadano, en este caso una disputa por la instalación de un pequeño régimen de verdad, de discursos y prácticas en el espacio que la enfermedad y el dolor abren para la construcción colectiva de salud.

Desde esta perspectiva, la valoración y promoción de un enfoque participativo de involucramiento de la comunidad y sus actores, que se exponen al diálogo respetuoso con otros, además de la valoración de los aspectos dialógicos del proceso, sus técnicas, itinerarios e instrumentos, requieren de la capacidad política para definir lo común, distinguir la disidencia, enfrentar los obstáculos y a los adversarios para instalar el proyecto colectivo. La democracia y la participación como aparataje instrumental de su ejercicio no se corresponde sólo con un hito, metodología o técnica específica, sino más bien con un proceso cuyo sentido es la producción de cambios compartidos, cambios que deben cimentarse no sólo sobre la necesaria voluntad, sino que en el análisis colectivo y en la profundidad del contexto, en los actores y en las posibilidades inexploradas de transformación de la realidad sociosanitaria.

Si la democracia se trata no sólo de la instalación de la competencia política, un régimen de gobierno o una forma de relación entre ciudadanía política y civil, en el marco del Estado de derecho, sino que se trata de un ejercicio de poder que se amolda a las formas de ser, sentir y desear que conforman una sociedad (13), entonces esta será la medida de la sabiduría democrática del resultado final del proceso constituyente que al que asistimos.

La Salud y el Momento Constituyente

En este momento ya de aparente cierre de la interrupción forzosa al orden institucional imperante, la más o menos democrática nueva discusión constitucional deberá afrontar estos viejos, pero contingentes temas de la política de salud y su institucionalidad: seguridad social versus mercado, democratización de la política social o autoritarismo sanitario; distinción social o igualdad; y el interés público o el privado, pero no en el imaginario social acerca del pueblo, sus intereses y necesidades, sino que en el pueblo real y material que no terminamos de conocer ni comprender.

Una forma de entender la política social es como la ampliación del Estado, como la forma no revolucionaria de inclusión de las mayorías a un proyecto común, se trata entonces de construir derechos, igualdad, al fin y al cabo, ciudadanía (14,15). En el caso chileno, los avances en derechos conviven con las exclusiones y desigualdades en su ejercicio que atentan contra su sentido primordial y al mismo tiempo han determinado subjetividades que las valoran o validan (16). Con todo, la superación de las desigualdades al interior de la política social se constituye como principio habilitador para la profundización de la democracia, legitimar su propia existencia y permitir la adecuada y oportuna interpretación de la colectividad que la habita. Nada aporta, para esta legitimidad institucional por construirse, los tutelajes y límites impuestos por la actual clase política, más bien provienen y reproducen la desconfianza y el miedo a las subjetividades ciudadanas y las posibles rupturas con los dispositivos y prácticas, que permiten la rearticulación permanente de las distinciones sociales y sus efectos.

En el caso de la política social en salud, esto se traduce en la ruptura con la institucionalidad y los espacios ganados por el mercado de la salud, cuyo dispositivo central son las ISAPRE y las mutualidades, de la mano del subsidio colectivo que implica el uso de los recursos de la seguridad social para el negocio construido en torno a la enfermedad y que se articula con el clasismo histórico que emerge en la permisividad social a la distinción por ingresos en la experiencia de atención y cuidado de la salud. Por otra parte, también se trata de construir reglas del juego que permitan la inclusión de la ciudadanía –en sus diversas formas e identidades– a participar en las de decisiones, itinerarios y contenido de la política de salud, así como de hacerse cargo con suficiencia y humanidad de las problemáticas sanitarias contingentes, que a su vez son el reflejo de las intermediaciones entre cuerpo y sociedad.

El arreglo constitucional actual, en particular en lo que a salud se refiere, es la materialización institucional forzosa de un proyecto político que valora al mercado como asignador de recursos en este ámbito de la vida social y la iniciativa privada como articulador de la oferta de prestaciones y soluciones a individuos enfermos o en riesgo de enfermar, y al mismo tiempo desprecia o infravalora el rol del Estado y las posibilidades democráticas de este componente de la política social. Sus adherentes buscarán sostenerlo en el tiempo utilizando para ello todas las estrategias y tácticas empleadas en el pasado y más. La inercia institucional y los intereses sembrados en el espacio político y su crisis de legitimidad, complejizan las posibilidades de la deliberación democrática de

un proyecto alternativo y parecen depender, como en el pasado, de la capacidad de sintonizar con las necesidades y expectativas de la mayor parte de la ciudadanía y su voluntad de movilización y cambio.

En el desarrollo de estas disputas históricas, las epidemias –en mayor o menor medida, siempre íntimamente ligadas a las condiciones de vida de los grupos humanos y su relación con lo no humano– han acompañado e intervenido en la marcha de los acontecimientos y nos recuerdan la fragilidad del cuerpo social y la cercanía de la muerte, determinando profundos cambios en los procesos políticos y sociales (17). Esta última gran epidemia por COVID-19, no ha sido la excepción. Por una parte, ha revelado la tolerancia de algunos a la muerte de una parte de la ciudadanía y por otro la necesidad de una respuesta solidaria y colaborativa frente a la enfermedad y sus efectos sociales. Respuesta que ha sido liderada y posibilitada por la preeminencia histórica de un proyecto público y colectivo de respuesta a las necesidades de salud emergentes, sea al interior de la política social o por fuera de ella, y que hace parte de una memoria colectiva de organización, responsabilidad y prácticas de cuidado de la alteridad. Esta memoria y este proyecto no han sido derrotados en el momento constituyente que se cierra, pero su adecuación a la voluntad e interés ciudadano está aún por construirse.

Referencias bibliográficas

1. Unidad Social, Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública Dr Salvador Allende Gossens, Universidad Católica del Norte, Universidad de Tarapacá. Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá, Universidad Arturo Prat F de C de la S, et al. Demandas prioritarias y propuestas para un Chile diferente. Univ Chile [Internet]. 31 de marzo de 2021 [citado 24 de enero de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.34720/wk9d-dp94>
2. Dides C. Social Mobilization, Citizen Councils and the Constitutional Process in Chile. *Asian J Lat Stud.* 2021;34(2):145–67.
3. Arteaga Ó. Nueva Constitución y el derecho a la salud: ¿el fin de la segregación? - Escuela de Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/189211/nueva-constitucion-y-el-derecho-a-la-salud-el-fin-de-la-segregacion>
4. Rancière J. Política, policía, democracia. 1a. ed. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2006. 79 p. (Colección singular plural).
5. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5:219–30.
6. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8:185–207.
7. Illanes MA. La revolución solidaria. Las Sociedades de Socorros Mutuos de Artesanos y Obreros: un proyecto popular democrático, 1840–1887. Polis Santiago [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 24 de enero de 2023];(5). Disponible en: <https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/234>
8. Illanes MA. “En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia “: historia social de la salud pública : Chile 1880/1973 : (hacia una historia social del Siglo XX). Santiago: Colectivo de Atención Primaria; 1993. 514 p.

9. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo Veintiuno; 1963. 293 p.
10. Illanes MA. Algunos principios y contradicciones del cuidado colectivo del cuerpo humano: un enfoque histórico. Rev Chil Salud Pública. 2016;20(2):148–51.
11. Hersch P. Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso. Salud Pública México. 1992;34(6):678–88.
12. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Cad Saúde Pública. marzo de 1994;10:111–22.
13. Rancière J. Democracia y post-democracia. Ideas Valores. 1 de julio de 1995;44(98–99):23–40.
14. Fleury S. Estado sin ciudadanos [Internet]. Buenos Aires: EDUNLa; 2021 [citado 24 de enero de 2023]. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/17>
15. Fleury S. Democracia, ciudadanía y políticas sociales. Salud Colect. 2006;2(2):109–12.
16. Ruiz Encina C, Caviedes Hamuy S. Estructura y conflicto social en la crisis del neoliberalismo avanzado chileno. Espac Abierto. 2020;29(1):86–101.
17. Rosen G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Mexico: Siglo XXI Editores; 1985. 379 p. (Salud y sociedad.).

RC
SP | REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

www.revistasaludpublica.uchile.cl

www.saludpublica.uchile.cl/publicaciones