

opci3n

Revista de Antropologfa, Ciencias de la Comunicaci3n y de la Informaci3n, Filosoffa,
Lingfistica y Semf3tica, Problemas del Desarrollo, la Ciencia y la Tecnologfa

Afio 34, diciembre 2018 N°

87

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

ISSN 1012-1537/ ISSNe: 2477-9385

Dep3sito Legal pp 198402ZU45



Universidad del Zulia
Facultad Experimental de Ciencias
Departamento de Ciencias Humanas
Maracaibo - Venezuela

Aseguramiento y promoción de la salud desde la educación ciudadana: Entre una comprensión activa y la externalización de derechos en salud¹

Claudio Merino Jara

Universidad De Los Lagos
claudio.merino@ulagos.cl

Cristian Tejada Gómez

Universidad De Los Lagos
cristian.tejada@ulagos.cl

César Palencia Triana.

Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano
jerobosco@gmail.com

Jéssica Bórquez Mella

Universidad Católica De Temuco
jeborquez@uct.cl

Resumen

El propósito del artículo es analizar las políticas de promoción en salud desde una concepción crítica de la formación de ciudadanos. Considerando aquello, problematizamos las estrategias de promoción-prevenición en salud y su vinculación con los procesos de formación de una ciudadanía activa, en la que, los problemas asociados a la salud-calidad de vida, son de interés público y por lo tanto consustancial a la construcción de ciudadanos críticos. Concluimos que las acciones de promoción en salud se deben articular como un bien de interés público y no solo dejado a la libertad de elección según capacidad económica del sujeto.

Palabras clave: Promoción en salud; ciudadanía; derechos en salud; educación.

¹Agradecemos al Proyecto PMI ULA 1503 de Formación de Profesores y al Convenio Marco FID 1758 por permitimos espacios para la reflexión que complejicen el entendimiento de la educación ciudadana en la Universidad de Los Lagos. Los autores de este texto de alguna u otra manera estamos vinculados a los procesos de este Proyecto de Mejoramiento Institucional y al Convenio Marco.

Securing and promoting health from citizenship education: Between an active understanding and the outsourcing of health rights

Abstract

The purpose of the article is to analyze the health promotion policies from a critical conception of the formation of citizens. Considering that, we problematize the strategies of promotion-prevention in health and its connection with the processes of formation of an active citizenship, in which, the problems associated to the health-quality of life, are of public interest and therefore consubstantial to the construction of critical citizens. We conclude that health promotion actions should be articulated as a good of public interest and not only left to the freedom of choice according to the economic capacity of the subject.

Keywords: Promotion in health; citizenship; rights in health; education.

1.- INTRODUCCIÓN

La salud entendida como la calidad de vida que experimentan colectivamente las personas mantiene vínculos estrechos con educación, vivienda y previsión social. Espacio común en que se desarrolla la vida, sin embargo, cada vez más el bienestar colectivo queda relegado a la esfera individual-familiar, replegándose la protección y cuidado mutuo de la vida a una elección individual, mediada por la capacidad de pago del consumidor. Salud y educación, bajo este prisma, son entendidas como una inversión personal, en la que cada persona tiene la libertad de elegir en correspondencia a los

servicios ofrecidos por el mercado, por el contrario, cuando éste falla, es resguardado por un Estado Subsidiario que interviene temporalmente, bajo condiciones y protocolos específicos, asistiendo a los individuos libres que, por condiciones socioeconómicas, no pueden optar al consumo de los bienes y servicios de seguridad social. Considerando aquello, problematizamos cómo las estrategias de promoción-prevención en salud se vinculan con los procesos de formación de una ciudadanía activa.

2.- SALUD Y CIUDADANÍA: EDUCAR DESDE UN PARADIGMA CRÍTICO

Uno de los temas que preocupa a la agenda política en Chile los últimos años es la baja participación de la población en los sufragios universales. Las últimas elecciones presidenciales dejaron estas amargas cifras: “Aproximadamente un 55 por ciento del padrón electoral no quiso asistir a las urnas este domingo 19 de noviembre, consolidando a Chile como el país del continente con menos participación electoral”² (CAMPOS, 2017). En las elecciones presidenciales de 2013 los números fueron similares. Al descrédito de la política formal le han seguido algunas medidas necesarias para reconducir esta apatía generalizada en la población, especialmente joven. En el año 2016 se promulga la ley que crea el plan de formación

²Nota de prensa. 19 de noviembre de 2017. La abstención vuelve a ganar la carrera electoral. DiarioUChile. Recuperado de <https://radio.uchile.cl/>

ciudadana para los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado y con ella se abre el debate educativo acerca de qué es lo que debe ser considerado como ciudadanía en el siglo XXI.

La ciudadanía de por sí es un término difícil de definir, pero generalmente se reconoce su vínculo ineludible con la noción de Estado. “Hoy es ampliamente aceptado que el término moderno de ciudadanía es problemático, ya que su histórica vinculación con los principios ético-políticos del pensamiento ilustrado y con el Estado-nación reproduce, con frecuencia, las tensiones que debía solucionar” (ESCUADERO & FARÍAS, 2015)³. Es por lo mismo que, en general, todavía hoy la educación ciudadana suele relacionarse primordialmente con el análisis del Estado, sus poderes y los derechos y obligaciones que tiene un sujeto dentro del Estado de Derecho (BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE, 2018).

Sin embargo, la reconceptualización del término ciudadanía debería entregarnos como resultado los temas que necesariamente deberían tratarse en educación ciudadana. Un plan de formación ciudadana hoy debe poner “el acento en la necesidad de considerar que la formación de ciudadanías es un campo en disputa donde se encuentran diversos intereses, conflictos, visiones de mundo, estilos de vida, y novedosas prácticas de grupo” (ESCUADERO & FARÍAS, 2015). Es, por lo mismo, que pudiera concluirse rápidamente que la falta de asistencia a las urnas en Chile es el resultado de la falta de

³Revista electrónica, no detalla número de página.

compromiso de los jóvenes. O podría pensarse, contrariamente, que bajo una mirada de la participación y la ciudadanía tradicional (Estado, partidos políticos, etc.), ha emergido un nuevo modo de hacer política que no responde a los cánones antiguos. “Habría que tener cuidado de proponer que los jóvenes están desinteresados de la política, sino que más bien están interesados en otras dimensiones de la política [...] porque los jóvenes están en la búsqueda de espacios políticos más flexibles y cercanos” (ZARZURI, 2010)⁴. Además, también está claro que el contexto actual de una sociedad global, liberal y capitalista afectará nuestra forma de ver el mundo. “Los cambios producidos nos sitúan en una nueva configuración económica y social que repercute en el concepto y la práctica de la ciudadanía” (DOMÍNGUEZ, 2009: 16).

De la misma forma, podríamos cuestionarnos que no es para nada evidente que exista un vínculo necesario entre ciudadana y la promoción de la salud. Sin embargo, hay algunos elementos que nos permitirían relacionar ambos términos, por ejemplo, los que se rescatan del espíritu de la ley 20.911. El primer elemento de la ley que permitiría hacer esta relación señala que es necesario “fomentar la participación de los estudiantes en temas de interés público” (LEY 20.911, 2016). Tanto la sanidad como la educación y la vivienda son temas que pertenecen al ámbito de las preocupaciones comunes del espacio ciudadano. Se reconoce también en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (DESC) que: “los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda

⁴Revista electrónica, no detalla número de página.

persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1966)⁵. De allí que en el horizonte de los temas de interés de la ciudadanía aparece la salud y su promoción como un tema que se inscribe en el ámbito de los derechos humanos.

Pero no es todo lo que puede extraerse de ese objetivo de la ley 20.911. Se habla de “fomentar la participación” lo que involucra igualmente que la educación ciudadana y su vínculo con la salud debe ser activo⁶. Ser ciudadano, por tanto, puede ser concebido como una cuestión vital, un problema de construcción ontológica que refiere a las relaciones que establecemos con nuestro contexto y con otros sujetos (TEJEDA, CRUZAT, HERRERA & ÁVILA, 2018). La sanidad, así, debe ser concebida como un espacio donde se potencia tanto la salud física como mental de los individuos y en el cual estamos involucrados como integrantes de una comunidad con intereses compartidos. Si proponemos como supuesto necesario el hecho de “que la confección de un plan de formación ciudadana lo que debe hacer es sobre todo la conformación y el fortalecimiento de las relaciones entre sujetos” (TEJEDA *et al.*, 2018: 237), debería asumirse que todos los ámbitos en que se expresa la potenciación de la vida en su más alto nivel son temas que involucran inherentemente a la ciudadanía. Uno de ellos es necesariamente la promoción y el aseguramiento efectivo de la salud,

⁵Chile se encuentra suscrito a este pacto.

⁶ “La definición de ciudadanía activa es aceptada en la comunidad académica como el referente deseable en la sociedad civil, la comunidad, la vida política y la democracia participativa, porque implica el respeto mutuo, la no violencia, garantiza los derechos humanos y fortalece los valores de la democracia” (Escudero & Farías, 2015. Revista electrónica, no detalla número de página)

“especialmente en el marco de una vida vivible en justicia, igualdad y dignidad” (VILLALOBOS & GANGA, 2016:20)⁷.

Hacer el vínculo entre educación ciudadanía y salud se revela como necesario al momento de considerar los problemas que hoy enfrenta la escuela. “En Chile existen graves problemas derivados de una alimentación poco saludable, que se expresa en un incremento muy importante de la obesidad, en especial de la obesidad infantil” (VIO, SALINAS, MONTENEGRO, GONZÁLEZ & LERA, 2014). La falta de educación en alimentación en las escuelas y la mala alimentación que reciben los niños en su hogar, generan hábitos que tienen su arraigo en las mismas costumbres de los padres. Ante esta situación, “existe consenso en la necesidad urgente de incorporar los temas de alimentación y nutrición en las escuelas para educar a los profesores, niños y sus familias en hábitos de alimentación saludable” (VIO *et al.*, 2014: 1299).

Una de las acciones que tomó el gobierno de Sebastián Piñera fue la creación del programa *Elige vivir sano*, el que nos recuerda el título de una conocida obra de Milton Friedman: *Libertad de elegir*. La solución del problema es simple: es necesario externalizar los derechos en salud y de esta forma hacer responsable al sujeto de las elecciones que toma. Si elige vivir sano, toma una decisión racional y si opta por el camino contrario, debe aceptar las consecuencias de sus actos. De

⁷ Sin embargo, esta perspectiva como derecho tiene un sentido diferente en Chile (RODRÍGUEZ PEÑA, 2016), desde la óptica del consumidor de salud, o España (MORALES FERRER *et al.*, 2016), como derechos de los pacientes.

una manera similar habla Friedman acerca del intercambio en economía: “si un intercambio entre dos partes es voluntario, no se llevará a cabo a menos que ambas crean que dicho intercambio les beneficiará. Muchos errores económicos derivan de esta sencilla idea” (FRIEDMAN Y FRIEDMAN, 1983: 30). Desde esta perspectiva, todo se trata de un problema de voluntades y de hacer la mejor elección.

Sin embargo, debajo de esta inocente conclusión subyacen ciertos presupuestos paradójicos: no se puede vivir sano ni tampoco elegir estarlo, si las condiciones político-sociales en que se encuentran los sujetos no les permite tomar esa opción. La externalización de los derechos en salud supone entregar la responsabilidad de la potenciación de sus condiciones vitales al individuo: el Estado no puede intervenir ya que eso sería una violación directa a la libertad de elegir. Sin embargo, sabemos que representa en la historia de Chile ese *laissez faire* desregulado y la avanzada de los economistas de la escuela neoliberal de Chicago:

Los “Chicago” anunciaron desde su asalto al poder su intención de dejar al mercado la responsabilidad de tres funciones esenciales para el desarrollo humano y la inclusión social: la salud, la educación y la previsión social. Estas funciones, de responsabilidad del Estado y vitales para el mejoramiento cualitativo de la población y el bienestar social, son excluidas de la actividad estatal y entregadas a sectores privados” (URREA, 2014: 287).

Son estas mismas directrices las que subrepticamente vehiculizan el modo de ser de estos programas de salud que defienden,

principalmente, los gobiernos de derecha. “Tal vez Ud. o yo sí podamos elegir tomarnos un yogur en vez de comernos un completo, pero varios de nuestros compatriotas no pueden hacerlo [...] promocionar estilos de vida sin antes preocuparse que ellos sean asequibles a la población no solo es inefectivo e ineficiente, sino agresivo” (MARHINO, 2014)⁸. Chile es una sociedad de mercado desigual donde “el 50 % de los trabajadores chilenos gana menos de \$350.000 y 7 de cada 10 trabajadores menos de \$500.000 líquidos”⁹ (DURÁN Y KREMERMAN, 2017: 3). Ese es el resultado de más de cuatro décadas de políticas neoliberales que marca el camino que han seguido prestaciones sociales básicas como la salud.

Es, por lo mismo, que la tarea de una educación ciudadana activa y crítica en salud hace necesario concebirla como un problema de interés público que implica la potenciación de cada uno de los grupos que integra la sociedad. Esto sobrepasaría el mero esquema de la promoción de la salud, pues bajo este paradigma pensar la salud implicaría la imposibilidad de desligarla de otras importantes prestaciones sociales como son la educación y la previsión. De esta forma, podría visualizarse la problemática sanitaria no como un tema que afecta al sujeto aislado y cuyo resultado se sigue de la simple elección del individuo (VILLALOBOS, 2013). Si entendemos que “el liberalismo es la tradición del pensamiento que centra su preocupación

⁸ Nota de prensa, (14 de abril de 2014). A raíz de la revisión del Programa Elige Vivir Sano. Diario El Mostrador. Recuperado de <http://www.elmostrador.cl/>

⁹Según las bases estadísticas del Banco Central de Chile, el valor del dólar observado al 31 de enero de 2017 corresponde a \$648,87 y al 29 de diciembre de ese mismo año \$615,22. Mayor información en: <http://www.bcentral.cl>

en la libertad del individuo” (LOSURDO, 2007: 11) y hacemos partícipe de esta definición a la corriente neoliberal, entonces estamos condenados a entender el problema social bajo el tamiz de esos núcleos aislados que son los individuos. Pero el problema social-público es complejo y requiere ser visualizado como el producto de múltiples relaciones, encuentros y desencuentros que se dan en los sistemas político-económicos. Por lo mismo, para hacer una promoción adecuada, pero también asegurar la potenciación de los individuos desde la perspectiva sanitaria, hay que resguardar que tanto los individuos, el Estado y todos los actores asociados se comprometan con un piso mínimo para hacer efectiva el cumplimiento de derechos básicos. De la misma forma, la realización de una ciudadanía activa y crítica en salud solo es posible si visualizamos la salud como un problema público y común (MARTÍNEZ-CARRIÓN, CÁMARA, & RAMON-MUÑOZ, 2018).

3.- LA ENAJENACIÓN DE LO PÚBLICO COMO GARANTÍA DE LA LIBERTAD DE ELEGIR: UNA MIRADA A LA FRACTURA EN CHILE 1973

El 2 de julio de 1974 el Comandante en Jefe de la Fuerza Aerea de Chile, General Gustavo Leigh, iniciaba la Convención de los Consejos Regionales con el Consejo General de la Orden (Colegio Médico de Chile). En su discurso inaugural agradecía la invitación del Colegio Médico y sus acciones para contribuir al derrocamiento de Allende. Anticipando las transformaciones para Chile, detallaba la

trascendencia de las acciones del 11 de septiembre de 1973, resaltando la idea de re-estructurar los gastos realizados por el Estado en materia de seguridad social con el propósito de “ir cambiando y transformando las estructuras de salud, en forma paralela al progreso del resto de los programas socio-económicos, que tienen por finalidad la construcción de una sociedad más próspera, justa y eficiente” (LEIGH, 1974:129). La modificación de las estructuras de los programas socio-económicos significaba la entrada del sector privado en materia de políticas de educación, salud y previsión, se racionalizaban los recursos en seguridad social, responsabilizando al sujeto respecto del cuidado de su integridad, el Estado debe intervenir solo temporalmente vía políticas asistenciales en aquellos grupos que, dada su condición socio-económica requieran ayuda pública para acceder a prestaciones o servicios. (MERINO, GÓMEZ, & RODRÍGUEZ, 2018). Al dejar de invertir en políticas de seguridad social se genera ahorro que se orienta a fortalecer el crecimiento nacional a través de la producción en manos de actores privados, dinamizando fuentes de trabajo y circulación de bienes y servicios. De esta forma, la política del régimen dictatorial estaba dirigido a modificar la práctica estatista¹⁰ y el costo de oportunidad, que ello implicaba al financiar programas sociales en

¹⁰Como antecedentes de aquello, Luis Ortega (2014), devela las operaciones ideológico políticas para la construcción de un nuevo proyecto económico, detallando las primeras intervenciones en materia económico social de Estados Unidos en Chile, conocida como la Misión Klein-Saks, constituyendo el antecedente previo al convenio entre la Universidad Católica de Chile y el Departamento de Economía de la Universidad de Chicago; sumado a esto, el involucramiento de la Sociedad de Fomento Fabril (SOFOPA) en el direccionamiento económico político del Estado. La construcción de este nuevo proyecto económico se intentará concretar a través de la vía democrática con el candidato presidencial Jorge Alessandri, interrumpida esa alternativa se comienzan a gestar las condiciones económico político sociales para el derrocamiento de Allende, a través de Golpe de Estado, generando las condiciones óptimas para implementar las Bases de la política económica del Gobierno Militar Chileno.

desmedro del fomento de la producción privada. Señalaba en su discurso el General Gustavo Leigh ante el Colegio Médico de Chile:

Ya nos hemos referido públicamente en otras oportunidades y foros, a los vicios y errores del pasado que nos condujeron democráticamente y pacíficamente a la trampa marxista.

Entre ellos, y con clara atencencia al área de la salud, quiero recordar dos:

- El auge del socialismo, con su obligada secuela estatista.

- Y el concepto inorgánico y parcial que presidió al desarrollo de nuestra Patria durante el presente siglo.

En efecto, la mentalidad estatista se apoderó durante dicho período de la dirección, organización y funcionamiento de la salud en Chile.

Ello desalentó a la iniciativa privada en este terreno y derivó en una centralización estatal increíble, muy gravosa para el país y que no le devengó a la población rendimiento satisfactorio. (LEIGH 1974: 125)

¿Qué implicaba la secuela estatista en lo público y en la ciudadanía?

Las transformaciones que había realizado Allende durante su período de gobierno destacaron por las campañas de Acción Masiva (ILLANES, 2010). Orientadas a mejorar las condiciones sanitarias de niños que vivían en condiciones de pobreza y miseria, principalmente para evitar las diarreas infantiles, se propició un trabajo de voluntariado en salud que se tradujo en la participación de más de 1.700 voluntarios entre diciembre de 1970 y enero de 1971. Con un profundo compromiso social, los voluntarios, visitaban las casas de los sectores populares, realizando trabajos de educación para prevenir enfermedades asociadas a la higiene, preparación de alimentos y cuidados de los niños. Este trabajo se realizó bajo la figura de la Comisión Nacional de Emergencia de Salud. Las principales acciones en salud comunitaria estaban orientadas al fortalecimiento del voluntariado (Brigadas de salud) y la creación de consejos asesores-consultivos en distintos sustratos de la institucionalidad en salud.

En septiembre de 1971, el gobierno decretaba la democratización del S.N.S¹¹. Esto contemplaba: 1) La creación de un Consejo Local de Salud en cada establecimiento del S.N.S; 2) la creación, en cada área de salud, de un Consejo Local de Área de Salud; 3) la creación, en cada establecimiento de salud, de un Consejo Paritario: de representatividad paritaria entre trabajadores de la salud y representantes de la población. (ILLANES, 2010: 484)

¹¹ Servicio Nacional de Salud.

Estas transformaciones orientadas a lograr mayor democracia en salud, no constituía un proceso aislado del gobierno de la Unidad Popular, correspondía al fortalecimiento sistemático de las fuerzas sociales que, en primera instancia lograron a través de sus demandas y movilizaciones, las primeras leyes de seguridad laboral y el involucramiento del Estado en políticas de bienestar social, entre las cuales se destacaba salud, vivienda y educación. Proceso que desde 1924 significó un descenso sustantivo en materia de mortalidad general, mortalidad materna e infantil. En 1910 la esperanza de vida al nacer correspondía a 25 años en los hombres y 26 años en mujeres, en 1970 los hombres vivían en promedio 58 años y las mujeres 64 (INE, 1997).

El fortalecimiento de la participación a través de acciones comunitarias en salud, no se observaba incoherente en un sistema de salud nacional y unitario bajo la figura del Servicio Nacional de Salud, el cual, evidenciaba problemas de gestión y funcionamiento propios de un proceso aun no consolidado. Fundado en 1952 al momento del Golpe de Estado llevaba 21 años funcionando como institución pública. No obstante, pese a su temprana edad, fue destacado como una de las instituciones más influyentes en América Latina (APRÁEZ, 2010).

La secuela estatista en lo público y su expresión ciudadana, se reflejaba además de las acciones de voluntariado, en la creación de la figura de los Médicos Generales de Zona el año 1955 a través del Decreto 17.615 del Servicio Nacional de Salud. A través del

Reglamento para la provisión y desempeño de cargos médicos generales de zona, se descentralizaba el ejercicio médico de las grandes ciudades, se estimulaba la participación de jóvenes médicos en los diversos sectores rurales y aislados de Chile. Este hecho histórico favoreció el dinamismo y desarrollo rural al trabajar en coordinación con las bases sociales de los territorios y establecer alianzas de colaboración con profesores. Quienes, al igual que los Médicos Generales de Zona, se desplegaron en la diversidad territorial chilena, desempeñando un papel significativo en la alfabetización de la sociedad, pilar fundamental de la llamada *Revolución en Libertad* durante el gobierno de Frei-Montalva. En 1907 el 42% de los hombres y el 37% de las mujeres era alfabetas, porcentaje que se duplicó entre 1952 y 1970, período en el que el 90% de los hombres y el 89% de las mujeres era alfabetas (INE, 1997)

Respecto del impacto del desarrollo rural a raíz de las acciones de los Médicos Generales de Zona, describe Carlos Yurac:

Una de las experiencias más relevantes en Castro fue el trabajo con los voluntarios de salud rural, ya no me acuerdo si fue un plan nacional. En buenas cuentas era como el médico descalzo de China, en el sentido que venía a paliar una exigencia inmediata que teníamos, por las condiciones de morbimortalidad. De alguna manera tiene que haber funcionado bien, porque empezaron a mandarnos gente de Santiago; cuando llegaba alguna persona que quería ver, le decían vayan a Castro y empezamos a recibir muchas visitas, aun de otros países. Estos voluntariados de salud fueron concebidos como se decía en ese entonces por la base, era gente que se preparaba, de las comunidades mismas, a partir de los consejos comunales campesinos o lo que fuera. El voluntario no era remunerado,

era elegido por las organizaciones, tenía prestigio. Se preparaban con cursos que se realizaban en el hospital, con docentes que participaban con entusiasmo, sin importar el color político (CARVAJAL; MINGUELL; VÁSQUEZ & YURAC, 2007: 51).

La práctica de la medicina social comunitaria constituyó un aporte significativo en términos de descentralización, autogobierno en salud y desarrollo integral en los territorios rurales apartados del Chile de la década de 1960, “la forma de abordar la práctica médica desde la trinchera comunitaria, propiciaba la cooperación y la reactivación de las distintas organizaciones de la comunidad en base a un objetivo común. Mejorar la calidad de vida de los habitantes del territorio” (MERINO, 2016: 63). Los Médicos Generales de Zona, al igual que un número significativo de estudiantes, profesionales y pobladores, vivenciaban en ese período, al decir de Álvarez (2014), una conciencia ética respecto de los males sociales estructurales que vivenciaba la sociedad. El trabajo voluntario constituía un mecanismo para la transformación social que en el trabajo efectivo y simbólico constituía la conciencia del cambio para un Chile nuevo.

En su inmensa mayoría no militantes de partidos políticos, los participantes en los trabajos voluntarios expresaron en la práctica las ansias de transformación social existentes en un sector de la sociedad chilena. El éxito del gobierno y de las fuerzas de izquierda (Contexto de la Unidad Popular) se basó en que lograron hegemonizar esta experiencia, identificándola como parte constituyente de su quehacer revolucionario.

Si la Unidad Popular tuvo una dimensión de “fiesta”, una de las aristas de esta fueron los trabajos voluntarios, que tenían la enorme fortaleza de permitir a millones de personas colaborar y sentirse constructores del proceso de la Unidad Popular. En otras palabras, aunque el gobierno y los partidos de izquierda reforzaron mediáticamente el aporte “objetivo” de los trabajos voluntarios por medio de estadísticas y cifras varias, su singularidad radicó, desde nuestra óptica, en que desató la subjetividad utópica y revolucionaria de quienes participaron en ellos. Sueños, esperanzas, solidaridad, fraternidad, algunos de los principales conceptos llamados a constituir el “Chile Nuevo”, se sintetizaban en los trabajos voluntarios (ÁLVAREZ, 2014:178).

La construcción de este “Nuevo Chile”, prontamente se observaría truncado. La intervención armada al Estado fragmentaba la sociedad chilena en amigos y enemigos, mal social que se venía gestando en Chile a mediados de la década de 1960 y que se agudizó durante el Gobierno de la Unidad Popular, “esto significaba exacerbar la tendencia a clasificar de manera dualista: se estaba con el pueblo o con el fascismo. Ese era el dilema inevitable. Nadie podía darse el lujo de ser neutral” (MOULIAN, 2002:163). Al respecto señalaba Augusto Pinochet el 11 de septiembre de 1975.

El objetivo del movimiento iniciado el 11 de septiembre de 1973 es el de llegar a constituir una nueva forma de democracia, capaz de proporcionar tanto superación como posibilidades de mejoramiento y progreso. Esta concepción democrática deberá incluir poderosos factores de autodefensa para prevenir la crisis que ha afectado en todo el mundo a esta forma de gobierno, que tolera en su seno a los elementos que generan decadencia y destrucción. (...) Distinta es la posición de hoy en que, con insistencia, llamamos a sumarse al esfuerzo de la construcción en que estamos empeñados a todos aquellos

que lo deseen, sin fijarnos en cuáles son sus ideas. Este es el carácter unitario del Gobierno que sustentan y dirigen las Fuerzas Armadas con el apoyo y participación civil, diferente por cierto, a las concepciones ideológicas que dividen a la opinión pública, llegando al poder para favorecer y gobernar en beneficio de sus partidarios o aliados, sin consideración alguna en la inmensa mayoría de la ciudadanía ajena e indiferente a los afanes partidistas. (PINOCHET, 1975:4)

En materia de políticas sensibles para la comunidad, los principales cambios se materializaban el 27 de abril de 1981, al establecer las normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud por instituciones de salud previsual (Isapres) y, el 7 de marzo de 1990 se promulgaba la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza. La administración local era traspasada a los municipios, fundamentando mayor eficiencia administrativa y resolutiva para enfrentar problemas en el territorio. La “municipalización”¹², implicó que el Estado dejaba de ser la entidad que ejecutaba las políticas públicas a nivel local, perdiendo capacidad de articulación entre los distintos niveles de operacionalización nacional, afectando la coherencia entre los ejes macrosociales y locales. A nivel municipal, cada comuna establecía su propia normativa interna en recursos humanos, sistema de contratación, dotación de personal, etc. Esta potestad del gobierno local, favorecería problemas de gobernanza y coherencia entre los ejes nacionales, regionales en salud, afectando las

¹²Desde los gobiernos locales, la capacidad endógena para satisfacer las necesidades de formación y desarrollo humano en las comunas, estaba obstaculizada por la fuerte represión del régimen y la subordinación directa de los alcaldes a la figura de Pinochet, dependencia administrativa que estaba resguardada por una serie de decretos, entre ellos, “el DL 573 de julio de 1974 establecía que la única autoridad comunal radica en la figura del Alcalde y que éste será nombrado directamente por el Jefe Supremo de la Nación Pinochet. El otro decreto DL 575, publicado en la misma fecha, especificaba que los alcaldes serán supervigilados por el Ministro del Interior” (Merino, 2016:91).

políticas sociales de carácter estratégico nacional e incrementando las desigualdades entre municipios. Las comunas con mayores ingresos concentraban las horas profesionales y de especialistas, fenómeno que se agravó por la “*exoneración violenta de más de 8.000 profesores que trabajaban en establecimientos educacionales municipalizados*” (HEVIA, 1988:13).

Siguiendo el curso de estas transformaciones, las políticas públicas de la década de 1980 incorporaron sin mayores inconvenientes los principios fundantes de la implementación del neoliberalismo, es decir, descentralización, estado subsidiario y libertad de consumo. Fenómeno que aconteció en Latinoamérica y que coincide cronológicamente con el llamado Consenso de Washington en 1980. “Durante as décadas de 1980 e 1990, o neoliberalismo marcou o compasso da reestruturação da saúde pública, o que significou menos recursos financeiros e humanos” (CUETO, 2015: 986). Algunos ejemplos de arremetida violenta en Latinoamérica del neoliberalismo pueden encontrarse en (RICHARDS, 2010; AZPIAZU & SCHORR, 2010; HERNÁNDEZ, 2002). En Chile la receta neoliberal se aplicaba literalmente, en 1979 se eliminaba el Servicio Nacional de Salud y se creaban 27 servicios de salud regionales bajo la figura del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S). Entre los fundamentos que sustentaban el cambio, estaba la descongestión de una entidad estatal burocrática, ahora con pertinencia regional-local; los recursos se focalizaban en los sectores más pobres bajo la estructura de subsidiariedad del Estado y el derecho a elección en la entidad prestadora de salud, con lo cual, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de carácter público y

las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), estas últimas, entidades privadas. Tanto las instituciones públicas como privadas se debían acoger a los lineamientos de promoción y prevención en salud sustentados en Alma Ata¹³, sin embargo, la economía de escalas de las Isapres, sumado al conjunto de prestaciones bajo un sistema de integración vertical, favorecieron, bajo las leyes del mercado, que sus prestaciones sean orientadas a la curación, rehabilitación y venta de exámenes; incrementando significativamente sus utilidades. De esta forma la política pública de salud sufrió un proceso de segregación radical que dividió la atención de salud, en una de connotación preventivo promocional dirigida a aquellos sectores categorizados como pobres, objeto de intervención de programas sociales; y otra para aquellos que pueden acceder a la libertad de elección según su capacidad de pago. Procesos similares (LIMA, 2017; CELIS, 2017) se vivencian en otras latitudes de la región:

Por una parte, la incuestionable sintonía entre la minimización del Estado, la focalización, y la reducción del gasto social propuestos por el Consenso de Washington, y por otra parte el discurso de la participación comunitaria de APS y su relativización del derecho a la salud parecen coincidir algo más que cronológicamente. Paradójicamente, la participación comunitaria se va constituyendo en este período en un mecanismo facilitador de la transición hacia un Estado Mínimo fundado en los planteamientos del Neoliberalismo. Los

¹³Conferencia internacional desarrollada en 1978 con la finalidad de implementar la estrategia de Atención primaria en salud (APS). “Ligado a esto, la estrategia de APS otorgó un pilar principal al componente participativo, factor que posibilitó distintas líneas de fuga para comprender la salud como un derecho o instar a la democratización de la salud abarcando un abanico amplio de posibilidades desde interpretaciones críticas de carácter autónomo, hacia aquellas de índole conservador-institucional, de carácter funcionalista, coherentes al sistema productivo de regularización económica de recursos escasos” (MERINO, FERNÁNDEZ, LÓPEZ 1018: 81). Finalmente, la APS en Chile funcionó como un mecanismo segregador, como política de salud para pobres que gradualmente ha externalizado en la ciudadanía la responsabilidad del cuidado individual de su bienestar y calidad de vida.

ciudadanos ejercen el derecho y deber de participar, contribuyendo en el proceso con la liquidación del derecho a la salud (VILLASANA, 2010:33).

4- ASEGURAMIENTO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA UNA EDUCACIÓN CIUDADANA DEL SIGLO XXI: POTENCIAR ACTIVAMENTE LOS LAZOS SOCIALES

Las Reformas de Salud a principios de la década del año 2000, en parte trataron de revertir la dimensión pública del bien colectivo de salud. No obstante, su fuerza estuvo centrada en la dimensión profesional y su particular forma de relación con lo social, no como un proceso colectivo-simétrico; más bien de corte descendente, centrado en la intervención bajo el modelo de salud familiar-comunitario. Cuestionando las tácticas de intervención, la elite profesional ha problematizado la práctica clínica centrada en la patología, enfocada al síntoma, la enfermedad y no en los factores económico-sociales que determinan los procesos de salud enfermedad, atención y cuidado. (CABRAL-BEJARANO, NIGENDA, ARREDONDO & CONILL, 2018; MERINO, FERNÁNDEZ, LÓPEZ 2018). Fundada en distintos enfoques, entre ellos, la equidad y democracia en salud, el modelo de salud familiar y comunitario se aprecia como una técnica de intervención vanguardista que utiliza distintas herramientas de las ciencias sociales para contextualizar la enfermedad. Su necesidad, intervenir sobre los patrones culturales de las personas, familia y comunidad; adecuando el lenguaje, como una especie de hermenéutica

sanitaria que traduce e interpreta la cultura institucional para realizar acciones “ciudadanas” mediadas por la utilización de la comunicación efectiva como puente para abordar la diversidad comunitaria. (VEGA, CHERRES, ARAYA & CALDERÓN, 2018). Se educa según los parámetros y necesidades institucionales, considerando como epicentro el quehacer institucional-profesional. La ciudadanía bajo esas condiciones constituye una extensión comunitaria de aquello institucional.

A pesar de que tradicionalmente en la atención de salud se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos, familias y comunidades, se visualice la oportunidad para incorporar acciones de Promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables. El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud (MINSAL, 2010: 21).

Pese a todo, uno de los avances importantes, respecto de los procedimientos y prestaciones de salud, está asociada a la ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes, cuyo antecedente está en las primeras intervenciones en materia de dignidad del trato en 1996, se resguarda de esta forma la integridad de la persona al acceder a servicios de salud. Sin embargo, la educación ciudadana en acciones de

promoción y prevención en salud, no sólo está orientada a garantizar el respeto a cada persona, parámetro básico del resguardo de los derechos humanos. Las acciones comunitarias principalmente reguladas en el marco legal de la ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, norma el derecho a la asociación en el marco de organizaciones del interés público y establece un fondo para financiar iniciativas en este ámbito. Complementario a esta ley, una serie de resoluciones exentas regulan la participación en salud, por mencionar algunas, Res. ex. N° 168; N° 712; y N° 31 que establecen otros principios para fortalecer y resguardar las acciones de promoción y prevención en salud: igualdad de oportunidades entre las personas, transparencia en la gestión pública, libertad de opinión y el derecho a petición. Esto ha permitido y obligado a las instituciones de salud a establecer cuentas públicas participativas, consejos de la sociedad civil, consultas ciudadanas y facilitar el acceso a la información pública. Sin embargo, las instancias de participación no han logrado sobrepasar las fronteras institucionales para desarrollar y formar una ciudadanía activa en salud. En la actualidad se mantiene la dependencia institucional de la ciudadanía en el derecho a petición, es decir, participación mediada por las normas institucionales sin tener mayor injerencia endógena en los procesos y acciones que tienen pertinencia en los territorios donde están emplazados los establecimientos de salud. (FIORATI, ARCÊNCIO, SEGURA DEL POZO, RAMASCO-GUTIÉRREZ; & SERRANO-GALLARDO, 2018).

La formación ciudadana entendida como el despliegue profesional para entregar educación en materia de promoción de estilos de vida

saludables y prevención en cuanto al consumo de drogas, sexualidad responsable, etc., constituye un elemento indispensable para fortalecer y garantizar el cuidado individual. Fortaleciendo la integridad de cada uno en cuanto al cuidado de su propia vida. Sin embargo, la salud como un ámbito de interés público, apela al resguardo de la vida como un bien social colectivo que arraiga la comprensión de los derechos humanos como marco básico para la potenciación de la vida. El Estado no se puede desvincular de procesos que resguarden la protección de los derechos humanos, como el derecho a salud como un bien común. La libertad de elegir una vida saludable no puede ser pensada sin las condiciones ambientales para resguardar su desarrollo integral, en aspectos básicos como salud, educación y previsión social. Sin embargo, en este caso, los derechos humanos no pueden ser solo concebidos como un marco regulatorio universal o universalizable, sino como una herramienta efectiva para potenciar la vida.

5.- CONCLUSIÓN

La educación ciudadana se constituye en acciones de promoción y aseguramiento de la salud en la medida que es considerada un bien público, en el cual se establecen lazos efectivos de solidaridad como valor que resguarda el cuidado mutuo en sociedad. Este proceso, no solo contempla las acciones aisladas del sector salud, sino la amplia dimensión social, económica y política que resguarda y potencia la vida.

Parte de esa dimensión ciudadana del cuidado y potenciación de la vida se ha observado en las acciones en materia de seguridad social, sin embargo, estas son cada vez más inocuas en la medida que el Estado se repliega en su rol de desfinanciamiento o subsidiariedad y da paso al mercado como actor relevante en la prestación de “bienes de consumo”, mediados por la capacidad de pago del individuo.

Cabe señalar, que las acciones para potenciar activamente los lazos sociales como mecanismo de resguardo de la vida, no se plantea como una dualidad Estado-Mercado, sino como la pérdida gradual de derechos humanos mediante la neoliberalización que ha sufrido y experimentado el propio Estado en su dimensión histórica-política, y que se ha traducido en la materialidad, como entidad que ha sido ocupada por un proyecto político de raigambre neoliberal, cuya gestación se ha descrito en la fractura de 1973.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ, Rolando. 2014. “Trabajos voluntarios: el hombre nuevo y la creación de una nueva cultura en Chile de la Unidad Popular”. En PINTO, Julio. et al. **Fiesta y drama: nuevas historias de la Unidad Popular**. Lom. Santiago
- APRÁEZ, Giovanni. 2010. “La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud en Latinoamérica: Historia con igual raíz”. **Polis**. Vol. 9, No.: 27: 369-381.
- AZPIAZU, Daniel & SCHORR, Martín. 2010. Industry in argentina posconvertibilidad: Reactivation and legacies of neoliberalism. **Problemas Del Desarrollo**. Vol.41, No.:161:111-139.
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. **Guía de Formación Cívica 2018**. Recuperado en: <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/587>

- [98/1/Guia-de-Formacion-Civica-\(web\).pdf](#) _Consultado el: 20.06.2018.
- CABRAL-BEJARANO, María; NIGENDA, Gustavo; ARREDONDO, Armando & CONILL, Eleonor. 2018. “Stewardship and governance: Structuring dimensions for implementation primary health care policies in Paraguay”, 2008-2017. **Ciencia e Saúde Coletiva**. Vol. 23, No. 7: 2229-2238. doi:10.1590/1413-81232018237.09242018
- CAMPOS, Paula. 2017. La abstención vuelve a ganar la carrera electoral. **Diario UChile**. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2017/11/19/la-abstencion-vuelve-a-ganar-la-carrera-electoral/> Consultado el: 30.07.2018
- CARVAJAL, Yuri; MINGUELL, Jorge; VÁSQUEZ, Homero & YURAC, Carlos. 2007. **Calbuco, Castro, Quellón 1962-73: Memoria y salud en la XII zona**. Gobierno de Chile. Santiago (Chile).
- CELIS, Leila. 2017. Economic extractivism and agrarian social movements: Perspectives on low-intensity democracy in the face of the colombian conflict. **Latin American Perspectives**. Vol. 44, No. 5: 145-161. doi:10.1177/0094582X17719037
- CUETO, Marcos. 2015. **Saúde global: uma breve história**. Scielo- Editora FIOCRUZ. Edición de Kindle. Río de Janeiro (Brasil).
- DOMÍNGUEZ, José. 2009. **Educación para la ciudadanía: materiales didácticos**. Síntesis. Madrid (España).
- DURÁN, Gonzalo; KREMERMAN, Marco. 2017. **Pobreza y fragilidad del modelo chileno: Nuevos indicadores para el debate de pobreza en Chile**. Fundación Sol. Santiago (Chile).
- ESCUADERO, Alejandro & FARÍAS, Diana. 2015. “La noción de ciudadanía en los libros de texto de educación básica: Análisis desde la teoría del actor-red”. **Sinéctica, Revista Electrónica de Educación**. No.:5:1-23.
- FIORATI, Regina; ARCÊNCIO, Ricardo; SEGURA DEL POZO, Javier; RAMASCO-GUTIÉRREZ, Milagros & SERRANO-GALLARDO, Pilar. 2018. “Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide”.

Gaceta Sanitaria, Vol. 32, No.:3:304-314.
doi:10.1016/j.gaceta.2017.07.009

- FRIEDMAN, Milton y FRIEDMAN, Rose (1983), **Libertad de Elegir**. Ediciones Orbis. Chile.
- HERNÁNDEZ GÓMEZ, Lidia. 2002. “Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana”. **Revista Cubana De Salud Pública**. Vol. 28, No.:3.
- HEVIA, Patricio. 1988. “La salud en Chile: situación actual y propuestas de cambio para la transición democrática”. **Apuntes para el Trabajo Social**. Vol. 15, No.: 2: 5-28.
- ILLANES, María. 2010. **En el nombre del pueblo del Estado y de la ciencia: Historia social de la salud pública**. 1880-1973. Ministerio de Salud. Santiago (Chile).
- INE. 1997. **Anuario de demografía**. Gobierno de Chile. Santiago (Chile).
- LEY N° 20.911 (2016). Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088963> Consultado el 25 de julio de 2018.
- LEIGH, Gustavo. 1974. “Circular N°233 Convención de los consejos regionales con el consejo general del Colegio Médico de Chile”. En Carvajal, Yuri; Minguell, Jorge; Vásquez, Homero; Yurac, Carlos. 2007. **Calbuco, Castro, Quellón 1962-73: Memoria y salud en la XII zona**. Gobierno de Chile. Santiago (Chile).
- LIMA, Luciana. 2017. “Crisis and neoliberalism: Challenges and political alternatives for building universal health systems in Latin America”. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 33. Suppl 2. doi:10.1590/0102-311X00047517
- LOSURDO, Doménico. 2007. **Contrahistoria del liberalismo**. Viejo Topo. Barcelona.
- MARTÍNEZ-CARRIÓN, José; CÁMARA, Antonio & RAMON-MUÑOZ, Josep-Maria. 2018. Nutrition, growth and inequality in the long term: What does anthropometric history teach about spain? **Nutrición Hospitalaria**. Vol. 35, No.:5:1-10. doi:10.20960/nh.2078

- MARINHO, María. (14 de abril de 2014). A raíz de la revisión del Programa Elige Vivir Sano. **Diario El Mostrador**. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2014/04/14/a-raiz-de-la-revision-del-programa-elige-vivir-sano/> Consultado el: 20.07.2018.
- MINSAL. 2010. **Orientaciones para la planificación y programación en red año 2010**. Gobierno de Chile. Santiago (Chile).
- MERINO, Claudio. 2016. **Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998**. Editorial Universidad de Los Lagos. Osorno (Chile).
- MERINO, Claudio; FERNÁNDEZ, Carlos; LÓPEZ, Clara. 2018. “Una aproximación crítica a la promoción institucional de salud: reflexiones desde la salud colectiva”. **Inclusiones**, No.:5:78-88.
- MERINO, Claudio; TEJEDA, Cristian & RODRÍGUEZ, Cristian. 2018. “Gestación e implementación de las políticas neoliberales en salud: Una aproximación a la despotenciación de la vida. Chile 1973-1989”. **Fronteiras**. Vol. 7, No.:2:108-123. doi:10.21664/2238-8869.2018v7i2.p108-123
- MORALES FERRER, Salvador y DAZA CORONADO, Sandra M. 2016. “El deber de información al paciente, el consentimiento informado y el tratamiento ambulatorio en España”. En **Novum Jus. Revista especializada en Sociología Jurídica y Política**. Vol. 10 (2): 11-34. Disponible en: https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatomica/revistas_ucatomica/index.php/Juridica/article/view/1316/1249 Consultado el: 10.06.2018
- MOULIAN, Tomás. 2002. **Chile actual: Anatomía de un mito**. Lom. Santiago (Chile).
- ONU. 1966. **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. Disponible en Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12382>. Consultado el: 20.07.2017.

- ORTEGA, Luis. 2014. "Las operaciones ideológicas y políticas en la construcción de un nuevo proyecto económico (y social) para Chile. 1950-1970". **Espacio Regional**. Vol. 1, Nº.: 11: 67-86.
- PINOCHET, Augusto. 1975. Mensaje Presidencial del 11 de septiembre. Congreso Nacional de Chile. Santiago (Chile).
- RICHARDS, Patricia. 2010. "Of indians and terrorists: How the state and local elites construct the mapuche in neoliberal multicultural Chile". **Journal of Latin American Studies**. Vol. 42, No.: 1:59-90. doi:10.1017/S0022216X10000052
- RODRÍGUEZ PEÑA, Pilar. 2016. "El consumidor de salud. Aproximación comparada al derecho francés". En **Revista de Derecho**, No. 22: 77-89. Universidad de San Sebastián (USS), Santiago (Chile). Disponible en: <https://ojstest.com/rduss/index.php/rduss/article/view/28/19> Consultado el: 19.11.2017.
- TEJEDA, Cristian; CRUZAT, Marcela; HERRERA, Juan; & ÁVILA, Mónica. 2018. "Repensar la concepción de la infancia desde la educación parvularia: aportes ético-ciudadanos para la enseñanza de la filosofía con niños y niñas". En: **Pensar, dialogar y reflexionar juntos desde la Filosofía: desafíos pendientes en la Escuela**. Ril Editores (Chile).
- URREA, Germán. 2014. **Chile: por un nuevo modelo económico. Por una sociedad democrática, solidario y justa**. Ediciones Ceibo. Santiago.
- VEGA, Vivian; CHERRES, Patricia; MADARIAGA, Carlos & CALDERÓN, Michel. 2018. "Interculturalidad en salud. Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo Aymará del norte chileno". **Interciencia**, . Vol. 43, No.: 5: 322-328.
- VILLALOBOS, José. 2013. "Bioética, educación universitaria y derechos humanos de cuarta generación". **Agora**. Vol. 16, No.:31:89-110.
- VILLALOBOS, José & GANGA, Francisco. 2016. "Bioética, dignidad e intertemporalidad de los bioderechos humanos". **Revista de Filosofía**. Vol. 83, No 2.:7-24.

- VILLASANA, Pedro. 2010. “De Alma Ata a Barrio Adentro: Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en Venezuela”. En LÉVY, Johana; MALO, Miguel. **De la participación en salud a la construcción del poder popular**, IAES Dr. Arnoldo Gabaldon, Maracay.
- VIO, Fernando; SALINAS, María; MONTENEGRO, Edith; GONZÁLEZ Carmen & LERA, Lydia. 2014. “Efecto de una intervención educativa en alimentación saludable en profesores y niños preescolares y escolares de la región de Valparaíso, Chile”. **Nutrición Hospitalaria**. 29(6): 1298-1304.
<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.6.7409>
- ZARZURI, Raúl. 2010. “Tensiones y desafíos en la participación política juvenil en Chile”. **Utopía y Praxis Latinoamericana**. Vol.15, No.: 50:103-115.



**UNIVERSIDAD
DEL ZULIA**

opción

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

Año 34, N° 87, 2018

Esta revista fue editada en formato digital por el personal de la Oficina de Publicaciones Científicas de la Facultad Experimental de Ciencias, Universidad del Zulia.
Maracaibo - Venezuela

www.luz.edu.ve

www.serbi.luz.edu.ve

produccioncientifica.luz.edu.ve