

EL PROBLEMA PÚBLICO EN LA AGENDA GUBERNAMENTAL

La salud mental infanto-juvenil en la agenda del gobierno chileno,
1990-2015

Vanessa Orrego Tapia

Maestría en Estudios Latinoamericanos

Facultad de Humanidades, Universidad de Leiden

Julio de 2015

Supervisor: Prof. Dr. Patricio Silva

ÍNDICE

Índice	2
Introducción	3
Capítulo 1: La definición de los problemas públicos	5
1.1 El proceso de definición de los problemas públicos y la construcción de la agenda gubernamental.....	5
1.2 El auge y caída de los problemas públicos.....	7
1.2.1 Atención y principios de selección de los problemas públicos.....	8
1.2.2 El modelo del bote de basura	11
Capítulo 2: La preocupación histórica por la salud mental, infancia y juventud en Chile	14
2.1 Relaciones entre salud mental y política.....	14
2.1.1 Comienzo de la psiquiatría y el hacinamiento: 1852-1952.....	14
2.1.2 Primeros pasos hacia la reforma psiquiátrica: 1952-1973.....	15
2.1.3 Involución: 1973-1990.....	16
2.1.4 Restablecimiento de la reforma psiquiátrica: 1990-presente.....	17
2.2 Las narrativas sobre infancia y juventud.....	19
2.2.1 Infancia y juventud en Chile hasta 1989	20
2.2.2 Infancia y juventud en el retorno a la democracia	23
Capítulo 3: El lugar de la salud mental infanto-juvenil, salud, infancia y juventud en la agenda gubernamental.....	27
3.1 Planes Nacionales de salud mental.....	27
3.1.1 Vida moderna, desarrollo humano y salud mental	27
3.1.2 Trastornos mentales infanto-juveniles	29
3.2 Discursos presidenciales del 21 de mayo.....	32
3.2.1 Acceso, calidad y equidad en salud.....	32
3.2.2 La educación y los escolares	35
3.2.3 Los jóvenes y la integración democrática: empleo y voto voluntario.....	37
3.2.4 Los menores en la delincuencia, drogadicción y alcoholismo.....	39
3.2.5 Mente sana en cuerpo sano: cultura y deporte	42
3.2.6 Maltrato infantil y violencia intrafamiliar.....	43
3.2.7 Derechos del niño	44
Conclusión	46
Referencias bibliográficas.....	49
Anexo: Fuentes primarias analizadas.....	54
Planes nacionales de salud mental.....	54
Discursos Presidenciales en Chile ante el Congreso Pleno.....	54

INTRODUCCIÓN

La salud mental tiene un desarrollo histórico importante en Chile, evolucionando desde su consolidación institucional y científica en el siglo XX hasta la reforma que transformó sus bases teóricas hacia el enfoque comunitario tras la Dictadura Militar. En su última etapa de desarrollo, se abrió simultáneamente una ventana de oportunidad que permitió promulgar en 1993 el primer Plan Nacional de Salud Mental, el cual estableció la salud mental infanto-juvenil como prioridad programática y, al hacerlo, llamó la atención, por vez primera, sobre la relevancia de la organización institucional de medidas promocionales, preventivas, de tratamiento y rehabilitación hacia el consumo de alcohol y drogas y el maltrato infantil. Lo mismo haría el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, promulgado en 2000, sumando a la lista el trastorno de hiperactividad, depresión y esquizofrenia a favor de la salud mental de la infancia y juventud. Sin embargo, la literatura ha sido enfática en considerar estos progresos ilusorios, pues, en lo concreto, el apoyo político hacia la salud mental, y por extensión la salud mental infanto-juvenil, sería escaso debido al bajo presupuesto aprobado y su alta variabilidad anual, consecuencia de la ausencia de decreto o ley que asegure un mínimo presupuestario anual y dé estabilidad a los programas sociales. Ante esta situación la comunidad de profesionales, académicos, pacientes y familiares de personas con trastornos mentales han esgrimido argumentos que avalan la evidencia científica respecto al alto costo económico que producen los trastornos mentales, así como su magnitud, tasa de uso de los servicios de salud, brechas de tratamiento e intervenciones costo-efectivas, sin llegar a una solución que sea satisfactoria para sus defensores.

La definición de los problemas públicos desde el construccionismo ofrece, al respecto, una comprensión interesante. Según esta perspectiva, desarrollada sobre todo por Herbert Blumer, los problemas públicos son construcciones sociales y no el simple reflejo de condiciones objetivas, por tanto, una alta prevalencia, mortalidad y/o coste económico no determina *per se* la prioridad de un asunto de salud en la agenda gubernamental. Más bien, su inclusión y permanencia dependería de cómo es interpretado y cuáles son las soluciones que ofrece según los valores culturales, procesos históricos o dinámicas institucionales, por ejemplo, que permean la agenda y a los tomadores de decisión. De la existente literatura sobre esta temática, se han seleccionado dos teorías que ofrecen la interconexión de distintos factores para explicar la probabilidad de éxito de un problema público, su auge o caída en la agenda institucional. La primera pone el acento en el principio de competencia tanto entre distintas definiciones de un problema público como entre problemas de diversa naturaleza para obtener atención de los tomadores de decisión y ser definidos como prioritarios. En este escenario, sus autores, Hilgartner y Bosk, señalan cuatro principios para la definición de los problemas públicos que permitiría aumentar su éxito. La teoría de Elder y Cobb, en cambio, describe la dinámica entre problemas, soluciones, personas y oportunidades para remarcar la necesidad de su conjunción en la creación de ventanas de oportunidad, las cuales permiten insertar un nuevo problema público en la agenda formal.

En este contexto, la presente tesis tiene por objetivo analizar el problema público de la salud mental infanto-juvenil en la agenda del gobierno chileno entre 1990-2015, considerándose así todo el período posterior a la Dictadura y de retorno a la democracia, el cual está marcado por un nuevo enfoque hacia las políticas sociales y la consolidación de la reforma en salud mental. Consecuentemente, la pregunta de investigación es ¿qué lugar tiene el problema público de la salud mental infanto-juvenil en la agenda gubernamental de Chile entre 1990-2015?. Los objetivos específicos se dirigen tanto hacia la indagación de los imaginarios políticos presentes en la agenda

institucional sobre la salud mental, salud, infancia y juventud, como a la reflexión de los desafíos que presenta la inclusión de la salud mental infanto-juvenil en la agenda institucional. La hipótesis a revisar refiere a la existencia de soluciones al problema público de la salud mental infanto-juvenil inviables considerando los recursos políticos, económicos y culturales del país.

El enfoque utilizado ha sido el cualitativo y la técnica elegida fue el análisis de contenido. Los recursos revisados corresponden a los Planes Nacionales de Salud Mental promulgados en 1993 y 2000 y los discursos presidenciales emitidos por el/la Presidente/a de Chile ante el Congreso Pleno cada 21 de mayo entre 1990 y 2015. El primer documento señala objetivos, propuestas, argumentos, prioridades y soluciones al problema público de la salud mental, tal como ha sido reconocidos por el Estado. El segundo es la cuenta pública del estado administrativo y político de la nación que los Presidentes de Chile exponen ante al Congreso Pleno cada año seleccionando, explícita e implícitamente, las prioridades en la agenda formal que fueron transformadas en iniciativas estatales, en cuyo caso se presentan los resultados comprometidos, o que esperan ser convertidas en proyectos de ley, decretos, políticas, planes o programas. Ambos documentos, sin excluir a otros, simbolizan la definición oficial de los problemas públicos en la agenda formal.

La estructura de la presente tesis está organizada en tres capítulos. El primero, dedicado a la presentación teórica, sigue la línea del construccionismo para comprender los problemas públicos, su vínculo con la construcción de la agenda institucional y las diferencias entre ésta y la agenda sistémica. A su vez, se detallan dos teorías que explican el auge y caída de los problemas públicos en la agenda gubernamental. El segundo capítulo da cuenta del contexto histórico-político de la salud mental, salud, infancia y juventud en Chile. Esta sección, debido a la existencia de una historia de la salud mental que no distingue entre niños, jóvenes y adultos, ha sido configurada en dos partes. Por un lado, se reseñan los hitos históricos de la salud mental en cuatro fases y el estado de las políticas de salud en cada una de ellas: consolidación científica de la psiquiatría, primeros pasos hacia la reforma psiquiátrica entre 1952-1973, retroceso producido durante la Dictadura Militar y su nuevo empuje, tras el retorno a la democracia, donde se aprobaron los Planes de Salud Mental aquí analizados. Por otro, se relata la historia de la infancia y juventud destacando las instituciones involucradas y las narrativas resultantes en dos etapas divididas por el retorno a la democracia y el nuevo compromiso asumido por los gobiernos de la Concertación hacia ambos grupos etarios. El tercer capítulo muestra los resultados obtenidos en el análisis realizado sobre ambos Planes Nacionales y los respectivos discursos presidenciales, siguiendo la estructura del segundo capítulo. La primera parte da cuenta del problema público de la salud mental y el lugar que, por primera vez, posee la infancia y juventud en ella; la segunda parte, sistematiza los problemas públicos relativos a la infancia y juventud destacando las distintas políticas y programas así como los imaginarios asociadas a ellas.

CAPÍTULO 1

LA DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS PÚBLICOS

En el primer capítulo se expone el concepto central de la presente tesis: la definición de los problemas públicos. Desde la perspectiva del construccionismo social, se entenderá que éste es un fenómeno construido socialmente y que atraviesa por completo el proceso de construcción de una política pública, desde el levantamiento del problema desde la agenda sistémica hasta su implementación, afirmando así una doble oposición a las versiones más tradicionales que refieren al proceso de formulación de las políticas públicas. Además, se destaca su vinculación con los procesos de construcción de la agenda de gobierno y se describen dos modelos teóricos para explicar el auge y caída de un problema público en su camino para convertirse en política pública, plan o programa social. El primer modelo pone el acento en la idea de competencia por la atención de los tomadores de decisión, describiendo además un conjunto de principios que ayudan a una definición del problema público a salir victoriosa. El segundo, evidencia el correlato del éxito en base a la conjunción de problemas, soluciones, personas y oportunidades.

1.1 El proceso de definición de los problemas públicos y la construcción de la agenda gubernamental

La identificación y definición de un problema público suele ser reconocida como la primera fase del proceso cíclico de construcción de la política pública (Aguilar, 1993: 16; Tamayo, 1997: 281; Weiss, 1989: 97). "¿Cuál es el problema? ¿Cuáles son sus dimensiones? ¿Cuáles son las causas del problema? ¿A quién afecta y en qué medida? ¿Cómo evolucionará el problema si no actuamos sobre él?" (Tamayo, 1997: 285), son algunas de las preguntas que caracterizarían esta etapa. Desde la perspectiva del construccionismo social, empero, la definición de un problema público corresponde a un proceso que recorre todo el proceso, incluyendo la etapa final de implementación. El presupuesto básico de ésta es que ningún problema puede ser definido *a priori* o ser el simple reflejo de condiciones objetivas. Un problema social es siempre el producto de una definición colectiva, la cual es responsable de la forma en que los problemas son vistos, las soluciones ofrecidas y la transformación del plan de acción en su implementación (Blumer, 1971: 301). Esta construcción es el resultado de las creencias, valores e interpretaciones que los actores involucrados poseen sobre las concepciones que, en apariencia, son materiales y es, a su vez, capaz de reflejar la particular visión de la realidad que éstos poseen (Elder y Cobb, 1993: 77). Por tanto, un problema social existe continuamente como construcción social y toda, así llamada, condición objetiva es secundaria (Blumer, 1971: 300-302).

En salud, la propuesta del construccionismo han sido acogida sólo en los últimos años. Shiffman (2009: 608) sostendrá, por ejemplo, que las tasas de mortalidad y morbilidad así como la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas, medidas popularmente consideradas determinantes en la priorización de temas en salud, no explican por sí mismas la variabilidad de atención que reciben estos problemas. Sin negar la conexión entre condiciones materiales y atención prestada, el poder final depende más bien de cómo se interpreta problema público y qué retrato de él se construye. En cambio, Brown (1995: 34-35), desde una visión más estricta, habla de la construcción social de la prevalencia, incidencia, tratamiento, diagnóstico y riesgo. Mientras que Hilgartner y Bosk (1988: 54) relativizan la cualidad importante de los problemas públicos: las condiciones sociales de definición de los problemas son aquellas que además tienen la capacidad de construir ciertos temas como asuntos más relevantes y/o urgentes que otros. Lo mismo puede decirse sobre el carácter de peligroso y maligno (Blumer, 1971: 298). Bajo estas líneas entonces Dery (2000: 37) ha señalado que el proceso de

definición de los problemas públicos lleva implícito un conflicto por el significado de la realidad y "cuál" es finalmente la "versión oficial" seleccionada conlleva profundas implicaciones en el futuro del problema público, grupo involucrado, objetivos, métodos e instrumentos. Esta idea ha sido ampliamente replicada por otros autores (Aguilar, 1993: 52; Hilgartner y Bosk, 1988: 58; Weiss, 1989: 114-116), incluso frente a definiciones que aparentan ser puramente técnicas (Rochefort y Cobb, 1994: 8; Weiss, 1989: 111), tal como se ejemplifica en la competencia histórica que la ciencia ha generado en torno a los factores de estrés social, interacciones familiares, genética y biología en la explicación causal a la salud mental (Rochefort y Cobb, 1994: 12).

En el desarrollo teórico propuesto por Blumer (1971: 301-305), el proceso de definición de un problema social atraviesa cinco fases: (1) emergencia del problema; (2) legitimación; (3) movilización para la acción; (4) formulación de un plan; e (5) implementación. La primera fase define el momento en que los problemas sociales aparecen para una comunidad específica como resultado de su definición colectiva y su fracaso se produce cuando los individuos afectados directamente no son capaces de despertar conciencia o impotencia en los demás miembros y, por ende, no reciben su apoyo. Si el problema social supera esta etapa, aún debe pasar a la siguiente donde debe ser legitimado, aprobado y adquirir un estatus de respetabilidad; mientras su opuesto corresponde a aquellos problemas que han sido caracterizados como insignificantes, no dignos de consideración y/o cuestionables. Superadas estas dos etapas, el problema adquiere un nuevo impulso. La movilización para la acción, como tercera fase, contempla todas aquellas discusiones, abogacías y evaluaciones que ocurren para darle movimiento al problema, así sus preguntas capitales son cómo el problema llega a sobrevivir a estas confrontaciones, cómo es redefinido, cómo despierta interés y cómo refleja el juego de poder. La formulación oficial de un plan de acción es un proceso de negociación donde las diferentes definiciones e intereses son acomodados a través de distintos compromisos, concesiones, compensaciones y juicios en torno a qué es factible. La definición *oficial* del problema representará cómo la sociedad, a través de sus aparatos gubernamentales, perciben el problema y actúan hacia él. Dado el intrínseco proceso de competencia entre distintas definiciones, es común que esta formulación sea distinta a aquella definición que surgió en las dos primeras fases. La fase final o implementación refiere al plan puesto en acción, en él las nuevas definiciones provienen de aquellos que lo ejecutan y beneficiarios.

Además de la formulación *oficial* del problema público a través de un plan de acción como programas, planes o políticas públicas (Blumer (1971: 303), autores como López, Vilches y Miranda (2011: 39-40) han señalado la importancia que poseen los discursos presidenciales ante el pleno del Congreso, dictámenes de la Corte Suprema, leyes y noticias en los medios de comunicación. De éstos, sin embargo, los autores destacan el primero de los documentos en tanto representa los problemas sobre los cuales el ejecutivo se hace responsable en la agenda gubernamental, fijándolos además en un listado de prioridades que orientarán la gestión de la política pública, especialmente en los presidencialismos latinoamericanos.

En el terreno de las políticas públicas, la investigación realizada por Rochefort y Cobb, (1993: 63-67; 1994: 15-23) ha concluido que son dos los elementos que componen un problema público. El primero, la causación, explica los orígenes del problema; en cambio, la naturaleza incluye un diagnóstico sobre su severidad, incidencia, novedad, proximidad y crisis. Asimismo, los autores incluyen las características de la población afectada, orientación de sus medidas finales y naturaleza de su solución.

La definición del problema público está estrechamente vinculada con el establecimiento de la agenda gubernamental. Existe consenso teórico en afirmar que sólo existe un problema público cuando éste ha sido reconocido/aceptado en la agenda gubernamental (Aguilar, 1993: 51) y la construcción de aquella corresponde al proceso a través del cual las demandas sociales de la agenda sistémica son transformadas en

asuntos que pueden recibir la atención del Gobierno (Cobb, Ross y Ross, 1976: 126; Nelson, 1993: 106).

Los primeros autores en hacer la distinción entre dos tipos de agenda fueron Roger Cobb y Charles Elder. Según su investigación, la agenda pública o sistémica corresponde a todos los temas que son objeto de amplia atención y/o conocimiento por parte de una comunidad, quienes consideran que éstos requieren un tipo de solución que cae dentro de las competencias de una unidad gubernamental (Cobb y Elder, 1971: 906). Para Stone (1989: 283), los temas, además, deben ser comprendidos como resultado de la agencia humana y no cuestiones accidentales o casuales que puedan vincularse al accionar de la naturaleza, Dios o la mala fortuna. Incluso, señala Araujo, Guzmán y Mauro (2000: 137) en su análisis sobre el surgimiento de la violencia doméstica como problema social en Chile, los problemas públicos no pueden ser atribuidos a factores personales. En cambio, la agenda formal, institucional o gubernamental es la lista de temas que uno o más tomadores de decisión han aceptado seriamente o, al menos, sobre los que señalan tener conciencia. La diferencia entre ambas agendas conlleva también una diferenciación en el formato de los problemas. Por un lado, la agenda pública tiende a estar compuesta por temas generales y abstractos. Por el otro, la agenda formal posee problemas públicos que se consideran complejos, específicos, interdependientes y cuyas soluciones sólo pueden alcanzarse con la intervención estatal.

La investigación sobre ambas agendas ha demostrado, sin embargo, dos elementos que son importantes de considerar. Primero, la aceptación de una demanda social en la agenda institucional no implica su resolución y puede incluso no existir acción alguna respecto a aquella, entrando los problemas a formar parte de una *pseudo-agenda* (Cobb, Ross y Ross, 1976: 126-127), pues legitimar un asunto no es lo mismo que legitimar una demanda y el acceso a la agenda pública no es la meta sino un avance hacia la causa comprometida (Dery, 2000: 38). Segundo, la aceptación de una demanda en la agenda formal no implica necesariamente la sincronización entre la jerarquización en la agenda sistémica y las prioridades de la agenda institucional (Cobb y Elder, 1971: 905-906). De esa manera, el paso de una agenda a la otra requiere la movilización desde una "situación problemática a la definición del problema" (Montecinos, 2007: 328) e implica una importante tarea política para líderes, organizaciones y partidos políticos, pues acortar la brecha significa que gobierno y sociedad deben informarse, dialogar, argumentar, persuadir y negociar (Aguilar, 1993: 59), pues la definición de todo problema público es un fenómeno conflictivo que requiere alcanzar cierto consenso, el cual, empero, nunca cerrará el debate (Blumer, 1971: 304; Weiss, 1989: 98). En esta línea, Cobb y Elder (1971: 906), señalan que la discrepancia de prioridades puede considerarse una medida directamente proporcional de la intensidad y frecuencia del conflicto en el sistema político, evidenciando la habilidad gubernamental para controlarlo dentro de límites tolerables. El análisis de estos procesos es entonces un reflejo de la recepción de las demandas sociales, cuyo análisis permite comprender la democracia, cambio social, participación popular y opinión pública (Dorantes, 2008: 78), así como exponer la estructura de poder político al permitir reconocer el valor cultural e ideológico del sistema y evidenciar los grupos que tienen la influencia para insertar problemas, definirlos y/o reaccionar a las demandas ciudadanas (Aguilar, 1993: 27).

1.2 El auge y caída de los problemas públicos

No todos los problemas que ingresan a la agenda gubernamental llegan a despertar la iniciativa estatal y pueden ser transformados en política pública (Aguilar, 1993: 24; Lahera, 2004: 12; Weiss, 1989: 113). Aunque la composición de la agenda de gobierno muestra variaciones a lo largo del tiempo, lo cierto es que está compuesta por sesgos consistentes e identificables que limitan el tipo de preguntas que serán consideradas,

los problemas atendidos y los grupos e intereses que serán oídos. Como señala Tamayo (1997: 289), "la inclusión de un problema en la agenda institucional es una condición necesaria, pero no suficiente, para que el problema dé lugar a una política pública que intente solucionarlo". En el análisis sobre el auge y caída de los problemas públicos se han desarrollado distintas conjeturas de este fenómeno. Entre estas explicaciones, la presente tesis describe dos. La primera, explica fundamentalmente el proceso de identificación y reconocimiento de una demanda como un problema público que merece la atención de uno o más tomadores de decisión, explicitando seis principios que servirían de ayuda en este proceso. La segunda, reúne el concepto de *bote de basura* para dar cuenta del momento en que personas, problemas, soluciones y oportunidades de decisión se reúnen creando una *ventana de oportunidad*.

1.2.1 Atención y principios de selección de los problemas públicos

El proceso de atención activo y serio de los problemas públicos, central en la formación de agenda (Elder y Cobb, 1993: 77), ha sido estudiado detalladamente por la investigación de Hilgartner y Bosk (1988: 61) sobre las arenas públicas. Sus conclusiones les ha llevado a afirmar que el éxito en el ingreso y permanencia de un problema público en la agenda gubernamental puede ser medido por la cantidad de atención que recibe en ella. La premisa básica del modelo teórico es que la capacidad humana, y consecuentemente la capacidad del sistema administrativo-político, es limitada y que siempre existirá mayor número de problemas sociales que la habilidad del sistema para atender a todos ellos por igual. En un contexto de atención selectiva y fijación de prioridades para el correcto funcionamiento del aparato estatal, los problemas públicos compiten para ser considerados seriamente (*Ibíd.*: 70). El conflicto existe entonces no sólo entre las distintas concepciones de realidad que se ponen en juego durante la definición del problema público, existe un segundo nivel de conflicto entre diferentes problemas, los cuales deben luchar para ser reconocidos en la lista de prioridades de cada arena pública (*Ibíd.*: 58). Según Lahera (2004: 13-14), esta competencia de intereses es esencial para la democracia y su premisa se cumple para cada una de las arenas públicas que retroalimentan la construcción de la agenda institucional, sin embargo, también es importante señalar aquellos fenómenos que atentan contra la democracia al representar reglas de desigualdad entre problemas públicos: falta de representatividad que afecta a ciertos grupos, lobby indirecto, corrupción, inequidad de educación y falta de transparencia en el financiamiento de la política suelen, entre otros, inhibir o sesgar la discusión.

La permanente transformación de la agenda institucional, ha llevado a distintos autores a concluir que la competencia no acaba nunca, así, aunque los antiguos problemas siempre tienen una posición más prominente en la agenda que los nuevos, los primeros corren permanentemente el riesgo de ser reemplazados. Esta situación se produciría por dos fenómenos paralelos: por un lado, existe la tendencia a favorecer acuerdos y agendas preexistentes en búsqueda del *status quo* y, por el otro, la competencia intrínseca y la disrupción de nuevos problemas, sea por medios legales o ilegales (Cobb y Elder, 1971: 902; 906-907; Hilgartner y Bosk, 1988: 67; 71). Un rol que para Aguilar (1993: 36) cumple la violencia, presión masiva y medios de comunicación, tal como puede observarse en la experiencia del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Minoletti, 2011: 88). Los análisis muestran que pocos problemas públicos poseen la habilidad de mantenerse en la agenda durante años y que el ascenso de un problema produce reacciones en otras arenas debido a una compleja red de conexiones. En este proceso, mientras un grupo selecto de problemas alcanza la cúspide, otro grupo se transforma en asuntos menores mantenidos por pequeñas comunidades de ciudadanos, profesionales, activistas o grupos de interés, quienes suelen estar a la periferia de los debates públicos, y otra mayoría nunca llamará la atención o sólo la conseguirán durante breves períodos de tiempo. Por tanto, un problema debe mantener

su vigencia, pues uno nuevo despoja y/o atenúa la atención que otros reciben, al tiempo que sienta precedentes para problemáticas similares (Nelson, 1993: 110: 135). Respecto a este último punto, el análisis desarrollado por Minoletti, Rojas, y Horvitz-Lennon (2012: 445) sobre la experiencia chilena en salud mental revela lo difícil de alcanzar resultados a gran escala cuando no se dispone de documentos oficiales que enmarcan el tema como prioritario en la larga lista de temas sanitarios presentando una definición clara de los roles de las instituciones vinculadas y guías clínicas, de modo tal, de disminuir resistencias. De esa forma, sigue Minoletti (2011: 90), las enfermedades mentales incluidas en el sistema AUGÉ se favorecieron del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya que éste permitió dar mayor visibilidad política a la salud mental que la reforma sanitaria anterior.

Además de retratar las capacidades limitadas del sistema, Hilgartner y Bosk (1988: 61-66) son reconocidos por presentar una serie de principios de selección que aumentarían las probabilidades de éxito de un problema público. Estos principios, tal como el principio de competencia, serían inherentes a todas las arenas públicas. Los principios son: drama, novedad y saturación, cultura y política y ritmos institucionales.

Respecto al primer principio, las agendas institucionales se verán tentadas a aceptar problemas públicos que han sido definidos dramáticamente, con una vivida y emocional retórica y un tono autoritario que demande urgencia. El drama sería una fuente de energía que da al problema vida y crecimiento (*Ibid.*: 62). En sintonía con estas ideas, Nelson (1993: 112;133) refiere a los *asuntos de valencia*, "aquellos asuntos o cuestiones que despiertan respuestas afectivas fuertes bastante unánimes, por lo que no se caracterizan como conflictivas o controversiales". Su fuerza emocional es tal que causan, casi automáticamente, consenso, por tanto, en ciertas ocasiones, llegan a ser más efectivos que los *asuntos de posición* definidos por su carácter científico-técnico. Un ejemplo, según la autora, es el etiquetamiento del problema, ya que lleva un mensaje implícito que logra enfatizar los aspectos de mayor consenso, más emocionales y generalmente extremos, tal como mostró el análisis de las políticas en infancia de Argentina desarrollado por Moro (1997: 149-150), para quien el término "menor" utilizado por el Estado ha servido para otorgar sentido a su actitud paternalista y sostener el proyecto político de integración social que vincula automáticamente este tema al abandono y delincuencia: "¿quién podría oponerse a la protección de los menores y no volverse un desalmado?", pregunta el autor. La fuerza del proceso de etiquetamiento, asociado a representaciones y estereotipos sociales, puede ser tan poderoso que permite la perpetuación de políticas y la resistencia al cambio de enfoque que propone la Convención de los Derechos del Niño, incluso cuando ésta tiene carácter constitucional. Por otro lado, Ungar (1992: 438) afirmó que los mejores ejes dramáticos provienen del uso de casos de la vida real, especialmente frente a problemas intangibles.

El principio de novedad refiere a la renovación de un problema público tratándolo desde distintos puntos de vista y manteniendo el imaginario de su urgencia, a pesar de su familiaridad y evitando su saturación y percepción de ser un asunto repetitivo. Este ritmo de actualización dependerá de la velocidad impuesta por cada arena pública. El éxito por obtener la atención está también vinculado a la defensa de intereses culturales compartidos con los tomadores de decisión o, al menos, preocupaciones que despierten suficiente consenso. Asociado a este aspecto se encuentran consideraciones sobre la expansión y crecimiento económico que afectan la capacidad de atención, ya que aumentan los recursos disponibles para resolver los problemas públicos (Hilgartner y Bosk, 1988: 64; Ungar, 1992: 485). Un efecto que, según Nelson (1993: 131) se observa también ante la ausencia de costos políticos o económicos.

Por último, las dinámicas institucionales permiten el alza de ciertos problemas que se ajustan a ellos. Aguilar (1993: 40-43) y Elder y Cobb (1993: 82) han defendido una hipótesis interesante respecto a esta idea: las agendas poseen una estructura informal y laxa que, como puerta de entrada, estabiliza las corrientes de demandas al perfilar el

proceso de identificación y definición de nuevos problemas públicos. Esta estructura organizacional, formada por motivos históricos y constitucionales, valores culturales e ideológicos, conforma un patrón de atendibilidad y aceptabilidad que limita el número de problemas públicos tratados simultáneamente, obligaciones básicas y disponibilidad de tiempo y recursos y restringe el acceso a demandas contradictorias, pues impone restricciones fiscales, operativas, políticas y mentales. Así, por ejemplo, existirá inclinación por el análisis de cierto tipo de problemas desde la misma óptica, valores, solución y formato de política, por ende, análisis, fuentes de información y opciones suelen estar estereotipadas (Aguilar, 1993: 53). Lo anterior, hace que problemas nuevos o redefiniciones, si caen fuera de estas concepciones o desafían sus acuerdos, tengan dificultades para abrirse camino en la agenda formal, siendo opciones la campaña agresiva, movilización masiva o amenaza de sanciones electorales para derribar los obstáculos (Elder y Cobb, 1993: 90; 97). Este principio de selección plantea entonces la necesidad de que los problemas cuenten con capacidad de adaptación, pues deben ser capaces de variar su definición para entrar y competir en distintas arenas.

Siguiendo la perspectiva teórica de Hilgartner y Bosk (1988), Shiffman y Smith analizan el auge y caída de iniciativas de salud pública global, independiente de su carga de mortalidad y morbilidad, a través de once factores, organizados en cuatro categorías: (1) actores involucrados; (2) ideas para retratar el problema; (3) contexto político; y (4) características del problema. Las iniciativas tendrán mayores posibilidades de éxito si comparten varios de los factores descritos.

Los actores involucrados define la fuerza de individuos y organizaciones conectadas al problema y sus factores son cuatro. El grado de cohesión de los participantes representa la existencia de consensos básicos sobre la forma en que debe ser entendido el problema, llegando a constituirse como fuente de conocimiento autoritario. El segundo factor, refiere a la existencia de líderes capaces de dar dirección y unificar comunidad y conocimiento disponible en torno a una particular visión del problema. Además, señala el tercer factor, la existencia de instituciones consolidadas que coordinen las acciones juega un rol capital (Shiffman y Smith, 2007: 1371), pues no sólo administran recursos monetarios y humanos, también crean, consolidan y difunden retratos del problema (Shiffman, 2009: 610). El cuarto factor es el apoyo de las organizaciones de la sociedad civil, el cual, según Tomlinson y Lund (2012: 2), debe sostenerse en organizaciones poderosas e incluir más que sólo cuerpo académico.

La segunda característica, el poder de las ideas utilizadas, posee dos factores. Por un lado, la consistencia interna se refiere al grado en que la comunidad converge en definir causas y soluciones, incluyendo, en el caso de la salud mental, discusiones sobre el sistema nosológico de diagnóstico, diferencias culturales y brechas de tratamiento (*Ibíd.*: 2). Por otro, la consistencia externa da cuenta del grado en que la definición del problema de salud es capaz de resonar con audiencias externas, especialmente líderes políticos (Shiffman y Smith, 2007: 1372). Reconociendo que cada definición resonará distinto con cada tomador de decisión, los autores recomiendan ser estratégicos con los marcos interpretativos seleccionados. Así, un ministro de finanzas podría adherirse a un asunto si éste es tratado bajo la dinámica del coste-efectividad; en cambio, el activista social va a preferir la defensa de los derechos civiles y el ministro de salud se inclinará por una definición que destaque costos y beneficios sociales (Shiffman, 2009: 609; Shiffman y Smith, 2007: 1372).

El marco político, en su primer factor, retoma el concepto de *ventanas de oportunidad*, desarrollado por Elder y Cobb (1993: 97), y agrega el valor de las estructuras globales de gobernanza. El segundo factor, da cuenta del grado en que las normas e instituciones del sistema global representan plataformas de acción en contraposición a la existencia de estructuras fragmentadas que compiten por determinar prioridades y no poseen capacidad organizativa (Shiffman y Smith, 2007: 1372). Apoyo internacional que, en el caso de la salud mental, sería escaso, pues ésta no ha sido considerada en los Objetivos del Milenio, señalan Tomlinson y Lund (2012: 2).

Por último, las características del problema se vinculan a tres factores: credibilidad de los indicadores, severidad y existencia de intervenciones costo-efectivas. El primer factor se refiere a la presencia de medidas claras que muestren la severidad del problema de salud y monitoreen su progreso. El factor de severidad viene dado por la carga de enfermedad y tasas de mortalidad, pues un tomador de decisión tenderá a percibir mayor peligrosidad en los problemas que muestran mayor número de afectados. Según Cobb (1998: s.n.p), estos números y estadísticas ayudan a crear un aura de objetividad sobre los problemas. Finalmente, las probabilidades de éxito aumentan si el problema de salud cuenta con intervenciones costo-efectivas claramente explicadas, respaldadas por evidencia científica y simples de implementar (Shiffman y Smith, 2007: 1372), tal como ocurrió con el ingreso del trastorno depresivo en el sistema AUGÉ en Chile (Rojas, 2006: 7).

La experiencia chilena sobre el proceso de abogacía a favor de la salud mental, descrita por Minoletti (2011: 85-89) muestra varios de estos factores. Así, por ejemplo, los actores involucrados no sólo poseían consenso básico sobre los problemas públicos y sus soluciones, basados en información epidemiológica construida por la Unidad de Salud Mental del MINSAL, también fueron capaces de generar un mensaje primario y seis mensajes secundarios para resumirlo ante las autoridades, los cuales además eran reforzados con experiencias internacionales y pilotos nacionales. Asimismo, la citada Unidad funcionó como líder, bien posicionado dentro del gobierno, capaz de involucrar activamente a profesionales de la salud mental, asociaciones de pacientes y familiares y sociedad civil e incentivar la presión masiva de los medios de comunicación, a quienes ofrecieron evidencia de la severidad de los problemas de salud mental y sus soluciones, pues el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se formuló con anticipación. Este proceso se vio fortalecido por la ventana de oportunidad abierta por la demanda judicial contra el Ministro de Salud y el Director de uno de los hospitales psiquiátricos del país que un grupo de profesionales, apoyados por el Colegio Médico, formuló para evitar el traslado de 120 personas sobreesidas, a causa de una enfermedad mental desde un recinto penitenciario a dicho hospital, debido a la ausencia de recursos para atender tal demanda y la defensa de los derechos humanos de los pacientes. Esta situación, definida con un alto dramatismo bajo el slogan de crisis, además de volcar la opinión pública a favor de la salud mental, fue mantenida abierta con astucia por los líderes, quienes retroalimentaron sistemáticamente a los medios con apoyo técnico en la elaboración de noticias y reportajes. Las medidas objetivas fueron construidas durante toda la década de 1990 y sirvieron para mostrar la severidad del problema, fundamentando la prioridad de la salud mental en la arena pública, tal como la sociedad exige a los temas de salud pública.

1.2.2 El modelo del bote de basura

La segunda explicación sobre el auge y caída de los problemas públicos viene dado por el enfoque de estudio de Elder y Cobb (1993: 82-83), llamado *bote de basura*, según el cual la decisión que da pie al proceso de inclusión de un problema público en la agenda institucional es el resultado de la sinergia de cuatro flujos: personas, problemas, soluciones y oportunidades de decisión. Aunque el flujo de éstos está institucionalizado, lo cierto es que la estructura, como se señaló, es laxa e informal, pues cada uno es potencialmente incierto.

El flujo de personas refiere a todos los participantes del proceso, independiente de su poder de acceso e influencia para dar forma a la definición. Se reconoce así a grupos sociales que cuentan con mejor organización y/o recursos para hacer oír sus demandas, priorizar sus definiciones y/o fijar alternativas de solución y, en contraposición, grupos que no poseen representación o carecen de conciencia grupal para constituir una fuerza electoral, siendo aquellos a quienes las políticas frecuentemente ponen en desventaja

(*Ibíd.*: 83-84). También se incluye a las *comunidad de profesionales de las políticas* (Walker, 1974 en Elder y Ross, 1993: 86), grupos profesionales que poseen los conocimientos especializados para desarrollar soluciones racionales y definir el clima general de la opinión informada, pudiendo minimizar los sesgos en información y crear barreras a la participación popular debido a que aumentan el tecnicismo y hacen poco inteligible el proceso y los resultados esperados, razón por la cual su influencia varía según el alcance e intensidad del problema, ya que a mayor interés y participación del público su poder suele disminuir. En cambio, Weiss (1989: 102;110) enfatizó la participación de los tomadores de decisión y su conexión con las elites y Aguilar (1993: 40) destacó que el interés de un tomador de decisión puede impactar más en el resultado final que el resto de los participantes. Así, por ejemplo, las probabilidades de avanzar en la agenda aumentarían si el tomador de decisión esté endeudado y/o identificado con el grupo social y/o el problema (Cobb y Elder, 1971: 908). Otros investigadores han llamado la atención sobre las *redes de cuestiones*, ya que ayudan en la definición del problema, ofrecen información y evidencia, escogen instrumentos y establecen los criterios e índices de rendimientos, es decir, participan en la construcción del problema público y muchas veces son quienes estabilizan el ingreso a la agenda gubernamental. Conocidos también como *triángulos de hierro* o *subsistema de políticas*, son grupos de actores, relativamente independientes del sistema político, que tratan de influir en la asignación de valores y cuya conformación incluye a grupos de interés organizados e intelectuales expertos (Aguilar, 1993: 47-50). En cambio, la influencia que está de lado de ciertos grupos sociales cuyas demandas no pueden ser ignoradas, los convierte también en un jugador importante, aunque, como señalan Cobb y Elder (1971: 908), las probabilidades de éxito de estos grupos aumentarían si contaran con mayores recursos o supieran cómo utilizarlos, si están ubicados estratégicamente en la estructura socio-económica y/o cuentan con una gran estima pública. Esta diversidad de actores y sus grados de participación está, sin embargo, restringida al funcionamiento de cada agenda formal. Es más, muchas veces la participación se institucionaliza y sólo un pequeño y predecible grupo de actores llega a involucrarse, situación que da origen a lo que ha sido denominado *subgobierno* (Ripley y Franklin, 1984 citado en Elder y Cobb, 1993: 88).

Respecto al flujo de cuestiones y soluciones, los autores destacan su necesaria interdependencia: todo proceso de definición de un problema público se produce junto a la definición de una o más soluciones. Sin una solución, un problema no será considerado seriamente (Rochefort y Cobb, 1993: 58) y dicha solución debe ser además viable (Elder y Cobb, 1993: 93-95), es decir, debe contar con experiencia, información, tecnologías, recursos, personal competente y teorías (Aguilar, 1993: 40); estar sincronizada con las restricciones ideológicas, valores culturales, intereses de los grupos involucrados en la abogacía, información científica y ayuda profesional (Elder y Cobb, 1993: 94-95; Rochefort y Cobb, 1994: 4); y no puede requerir grandes esfuerzos de la burocracia (Cobb, 1998: s.n.p). De todo ello, afirman Rochefort y Cobb (1994: 24), lo más importante es el lenguaje común entre solución y código de comportamiento, pues ello regula incluso la efectividad de las soluciones. El corazón del problema es ético, dicen los autores. Así, los problemas y soluciones necesitan ser políticamente creíbles y aceptables, y no requieren ser factualmente correctos. Lahera (2004: 20), en cambio, considera que todas las restricciones son similares, pues finalmente "limitan la libertad de elección del gobernante". Ahora, sea lo uno o lo otro, lo cierto es que el primer desafío de la política pública es encontrar problemas donde se deba y pueda hacer algo, según los recursos y capacidades que posee el gobierno en un momento determinado (Montecinos, 2007: 330).

Por último, el flujo de las oportunidades de decisión está relacionado a las condiciones que permiten el ingreso de nuevos temas en la agenda institucional. Estas oportunidades deben ser aprovechadas por los actores, problemas y soluciones, quienes deben encontrarse en el lugar y tiempo preciso, pues las oportunidades, a veces fugaces y pasajeras, predecibles o impredecibles, son escasas, pequeñas y vienen determinadas

institucionalmente al depender de las rutinas de la vida política. Algunos de los espacios favorables para su emergencia son las campañas electorales, modificación de la composición política del gobierno, determinación del presupuesto nacional, dictámenes de evaluación de programas sociales, crisis y escándalos (Elder y Cobb, 1993: 98-99), así como consultas públicas, bonanza de la economía y deseos de crecer de las organizaciones públicas (Aguilar, 1993: 43-44; Tamayo, 1997: 291-292). Su oposición es la época de saturación de la agenda debido a un intenso involucramiento estatal en distintos temas que dejan sin tiempo, recursos y disposición para prestar atención a nuevos asuntos (Aguilar, 1993: 43). El caso chileno muestra que el contexto del plebiscito y retorno a la democracia en 1990 fueron también oportunidades políticas para la emergencia de nuevos problemas públicos en la agenda gubernamental, tal como se observa respecto a la salud mental (Minoletti, 2011: 92), cuestión indígena (Aylwin, 1994: 8-9) y violencia doméstica (Araujo, Guzmán y Mauro, 2000: 138). Las sociedades se volvieron más inclusivas y los partidos políticos, al volver a ser puentes entre sociedad y Estado, se constituyeron en los espacios privilegiados para elaborar los problemas públicos que serían considerados en las agendas de los próximos gobiernos democráticos. Esta ocasión fue aprovechada por la comunidad de psiquiatras formados en el enfoque comunitario en la década de 1960-1970, las ONG feministas, especialmente el Círculo de Estudios de la Mujer, y el Consejo Nacional de Pueblos Indígenas, entre otros, respectivamente. Lo mismo sucedería con la redefinición de las políticas educativas, cuyo marco de reformas se remontó a décadas de investigación en centros independientes y opositores a la Dictadura (Cox, 1997: 10).

CAPÍTULO 2

LA PREOCUPACIÓN HISTÓRICA POR LA SALUD MENTAL, INFANCIA Y JUVENTUD EN CHILE

En este capítulo se analizan los procesos históricos que han condicionado la agenda de salud mental en Chile y se vinculan a las decisiones más amplias que impactan la agenda de salud. A su vez, en virtud de la inexistencia de bibliografía respecto a la historia de la salud mental infanto-juvenil, el segundo apartado de este capítulo comprende el relato de los hechos históricos por los cuales atraviesa la infancia y juventud, así como los idearios asociados. El primer análisis está dividido en cuatro etapas históricas y va desde la conformación de la psiquiatría en Chile, señalando los conflictos con las instituciones y los imaginarios sobre la salud y salud mental de la época, hasta el período que se inaugura con el retorno a la democracia, el cual, tal como se indicó en el capítulo anterior, abrió una ventana de oportunidad para la salud mental, permitiendo que la reforma psiquiátrica iniciada en el segundo período histórico y detenida durante la Dictadura Militar volviera a reanudarse y, esta vez, consolidarse en dos Planes Nacionales aprobados por el Estado. El segundo análisis, en cambio, está dividido en dos etapas, marcadas también por el fin de la Dictadura. En el caso de la salud mental infanto-juvenil, dicha ventana de oportunidad marcó verdaderamente su ingreso a la agenda formal.

2.1 Relaciones entre salud mental y política

La historia de la salud mental en Chile puede ser dividida en etapas. La primera describe el proceso médico-filantrópico de surgimiento de la psiquiatría como ciencia; la segunda evidencia las primeras transformaciones que, más tarde, desembocarían en la reforma psiquiátrica hacia el enfoque comunitario. La tercera etapa coincide con la Dictadura Militar y, tal como sucedió con otras iniciativas comunitarias, el modelo terapéutico en gestación y sus interlocutores sufrieron persecución política. Finalmente, la cuarta etapa, inaugurada con el retorno a la democracia, retoma y consolida la reforma psiquiátrica en dos Planes Nacionales de Salud Mental y se extiende hasta el presente.

2.1.1 Comienzo de la psiquiatría y el hacinamiento: 1852-1952

El inicio de la psiquiatría chilena se corresponde con la fundación de la Casa de Orates de Nuestra Señora de Los Ángeles en 1852, primero ubicada en el Barrio Yungay y luego trasladada al Barrio Recoleta. La Casa fue, por largo tiempo, la única institución psiquiátrica que recibió a los enfermos mentales del país, generando un marcado centralismo y demandas persistentes de la ciudadanía y los profesionales por ampliar sus recursos (Aroca y Figueroa, 2010: 49). En su funcionamiento, la institución se rigió por el criterio científico-médico, aunque fue inicialmente conceptualizada solo como establecimiento de reclusión (Camus, 1993: 90: 98).

La administración estaba a cargo de una Junta Directiva, vinculada a la Intendencia de Santiago y a la Junta de Beneficencia, sin embargo, el reconocimiento político y el apoyo caritativo de la aristocracia fueron siempre insuficientes ante la alta demanda. El edificio fue inaugurado con 272 camas y para 1894 alojaba a 897 de los enfermos más severos y/o peligrosos del país. Además, la desigualdad social de la época se tradujo pronto en desigualdad de salud, aumentando las críticas: los enfermos provenientes de la clase baja debía soportar la paupérrima situación de la Casa, vivir en el abandono, vagancia y/o morir, sin recibir ayuda médica, en las cárceles (Aroca y Figueroa, 2010:

49; Camus, 1993: 97); mientras los enfermos de las familias adineradas recibían atención privada en la quinta familiar o eran enviados al Hospital de Locos de San Andrés, fundado en Lima en 1533 (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 136). Las autoridades reconocieron varias veces este problema y nunca fueron capaces de resolverlo (Aroca y Figueroa, 2010: 51). Así, por ejemplo, en 1895 comenzaron las construcciones de un moderno manicomio para 1.200 personas, pero la situación interna del país llevaría a su ocupación por parte del ejército, quien devolvería las instalaciones totalmente destruidas. La construcción de nuevos establecimientos, bajo el sistema *Open Door* en Santa Fe, Los Ángeles y La Serena, también falló y ya para 1922 la Casa contaba con 2.184 pacientes (Garafulic, 1955: 67; Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 134).

Tres fenómenos explicarían las dificultades de este período. Por un lado, la concepción de la salud pública, que imperó en Chile hasta iniciado el siglo XX, dictaminó que ésta era un asunto de responsabilidad individual y que, por tanto, las políticas estatales representaban una intromisión a la privacidad y los derechos individuales. Sin recursos, los pobres sólo podían recurrir a la beneficencia pública, la cual era solventada con la caridad religiosa de la aristocracia (Camus y Zúñiga, 2007: 158-159; Larrañaga, 2010: 7-9). Por otro lado, la Junta de Beneficencia, institución que administraba los recursos de la caridad, luchó contra el avance de la ciencia, subordinando al médico, sin ofrecer propuestas a mediano plazo, pues sus funciones se reducían a mantener el funcionamiento de los servicios y ofrecer nuevos siempre que los recursos lo permitieran (Camus, 1993: 92-93). Esta situación, que comenzaría a cambiar lentamente con el gobierno de Balmaceda, llevó al país a un penoso estado sanitario, evidenciando los atrasados en higiene pública con cada epidemia. Se sumó a estas dificultades, la concepción sobre la locura que, en una sociedad fuertemente religiosa, veía a los enfermos mentales como seres endemoniados, peligrosos e incurables para quienes la única solución era el encierro, "un simple y prolongado secuestro del paciente" (Marconi, 1973: 17). Los intentos gubernamentales por mejorar el panorama se enfrentaron al desinterés por aumentar la caridad y, contra la tendencia general, la Casa debió mantenerse casi exclusivamente con subvención estatal (Camus, 1993: 104: 118).

Esta fase termina con una mejor consolidación de la psiquiatría como ciencia y del rol profesional de la medicina a través de su difusión, en congresos y revistas, y fundación de las primeras sociedades y ligas, destacando la Sociedad Chilena de Neuro-psiquiatría y Medicina Legal. Además, como cierre histórico se produce el Congreso Internacional organizado por la citada Sociedad con motivo del Centenario de la Neuro-psiquiatría Chilena (Garafulic, 1955: 72).

2.1.2 Primeros pasos hacia la reforma psiquiátrica: 1952-1973

Cumpliendo la Casa de Orates un centenario, se creó el primer servicio de psiquiatría en el Hospital José Joaquín Aguirre (Marconi, 2001: 10-11), el cual no sólo se transformó en el primer recinto especializado en atender a enfermos mentales fuera del hospital psiquiátrico, también fue un espacio para la docencia que potenció el desarrollo de novedosas terapias e investigaciones epidemiológicas, las cuales dieron un nuevo empuje a la psiquiatría chilena (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 138-139).

Este período coincide además con la reforma sanitaria que creó el Servicio Nacional de Salud (SNS). Hasta la formulación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, seguido de las leyes de medicina preventiva y madre-hijo en la década siguiente, el Estado participó escasamente de la protección a la salud. La Junta de Beneficencia, sociedades privadas filantrópicas e instituciones no ministeriales de pequeño alcance atendían a las clases bajas en el sistema de caridad, mientras las clases acomodadas utilizan servicios privados. Esta situación cambió con la promulgación del SNS, pues

éste institucionalizó el sistema de salud pública. Formado a partir de la rearticulación de instituciones públicas creadas durante la primera parte del siglo XX, la promulgación del SNS coronó una etapa de complejas negociaciones políticas que, finalmente, permitieron asegurar la protección gratuita en salud a un conjunto importante de la población, incluyendo obreros, sus cargas médicas e indigentes, quienes tenían, por primera vez, asegurado el acceso a la salud preventiva, curativa y de rehabilitación, con atención preferencial a las mujeres embarazadas e hijos menores de 2 años. Sin embargo, el sistema no estuvo excepto de problemas, pues, segmentado en categorías ocupacionales, excluía a trabajadores rurales, domésticos y por cuenta propia, empleados particulares y funcionarios públicos, exceptuando las acciones preventivas y de urgencia, y sufría de graves problemas financieros y de gestión, escasez de especialistas, infraestructura y centralización (Labra, 2004: 218; Larrañaga, 2010: 38-41) que producían exceso de demanda, baja cobertura e inequidades.

En este nuevo marco político, se desarrolló en Chile el primer estudio de prevalencia psiquiátrica y, gracias a sus hallazgos, en 1957 el SNS formuló el primer programa de control y prevención del alcoholismo, aplicándose en hospitales y educación (Marconi, 2001: 10-11). En 1966, el alcoholismo fue incluido en el Programa Nacional de Salud Mental y entre 1968-1973 se desarrolló el Programa Intracomunitario de Salud Mental por iniciativa de los docentes de la Universidad de Chile (Marconi, 1997: 34). El modelo de adiestramiento, desarrollado por el Dr. Marconi, capacitó a alumnos y profesionales para el tratamiento del alcoholismo, neurosis y privación sensorial, éste último en pre-escolares (Mendive, 2004: s.n.p.). La reforma psiquiátrica había comenzado y Chile adquiría un lugar en ella. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló uno de sus primeros seminarios para incentivar la reforma psiquiátrica en Viña del Mar, en 1969 (Caldas de Almeida, 2005: 315). Posteriormente, el Gobierno de la Unidad Popular contempló el control del alcoholismo como una de las 40 medidas programáticas, la Sección de Salud Mental del SNS anunció el primer Programa Nacional de Salud Mental orientado a la psiquiatría comunitaria y se promulgó el Reglamento para la Administración y Distribución del Fondo Especial Destinado a la Rehabilitación de Alcohólicos (Marconi, 1973: 24).

En términos asistenciales, los cambios suscitados permitieron la concepción de la asistencia "como tarea nacional, sin sectorización, incorporando técnicas psicoterapéutica y psico-farmacológica que permiten la atención externa de casos seleccionados de neurosis y alcoholismo" (*Ibíd.*: 18) y el desafío comenzó a configurarse hacia la transformación de las estructuras institucionales en redes comunitarias. Empero, estos avances quedaron rápidamente estancados: el Programa Nacional de Salud Mental nunca fue implementado por falta de apoyo político y recursos financieros (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012: 441), el Reglamento no fue promulgado a tiempo (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 139-142) y el Programa Intracomunitario fue desmantelado, todo tras el Golpe Militar (Mendive, 2004: s.n.p.).

2.1.3 Involución: 1973-1990

En Dictadura, la reforma psiquiátrica sufrió una profunda parálisis, referida como *involución* por Marconi (1997: 34), pues se detuvo el traslado de la atención psiquiátrica hacia los hospitales generales y los logros teórico-prácticos del enfoque comunitario. Las comunidades terapéuticas y de docencia se desarticularon y las universidades sufrieron una censura implícita por estar asociadas al cambio social, desarrollo comunitario y participación (Mendive, 2004: s.n.p.). Además, muchos especialistas y docentes fueron exiliados y/o asesinados y nuevos problemas de salud mental aparecieron debido a la cesantía masiva, detención, tortura, muerte y exilio de la ciudadanía (Marconi, 1997: 34). Las únicas iniciativas sobrevivientes fueron los servicios de psiquiatría instalados antes del Golpe y el tratamiento a la dependencia de alcohol en atención primaria (APS) (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012: 441).

Asimismo, la Sección de Salud Mental del MINSAL impulsó un programa de educación continua en psiquiatría básica y salud mental entre 1979-1989 y desarrolló cinco jornadas nacionales. Las ONGs, por otro lado, desarrollaron prácticas comunitarias, siendo relevante el apoyo a las víctimas de la represión política y sus familiares, pues sirvió de ejemplo para el Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) organizado por el gobierno tras el retorno a la democracia (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 143-145).

El modelo neoliberal produjo transformaciones al rol estatal y en la estructura organizacional del sistema de salud pública, impactando positiva y negativamente en la atención de salud mental. Una de las transformaciones más importantes fue la municipalización de APS, la cual dejó de potenciar la participación comunitaria, base del enfoque comunitario, y aumentó la inequidad entre comunas, reduciendo el personal y deteriorando sus condiciones salariales y de capacitación (Camus y Zúñiga, 2007: 172; Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 142). Sin embargo, este movimiento también facilitó el desarrollo del modelo descentralizado y ambulatorio, el cual fue de gran ayuda en la reforma psiquiátrica de 1990 (*Ibíd.*: 152). La segunda transformación importante fue el establecimiento de la protección a la salud como garantía constitucional, siempre que no existiera acceso al sistema privado, según fijó la Constitución de 1980. Este proceso incentivó la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) (Miranda, 1990: 12), pero con escasas regulaciones y así éstas excluyeron la atención de las enfermedades mentales, obligando a sus afiliados a buscar medios para recibir atención pública, sobre-demandando al sistema (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 144).

Al terminar el período dos hechos son centrales para la renovación del ambiente de reforma. Por un lado, el Decreto n° 326 promulgó finalmente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como Ley de la República, tras 27 años de espera. Este Pacto estableció que los Estados Partes reconocen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Ansoleaga y Valenzuela, 2013: 198-199). Por otro, el MINSAL culminó el primer proceso de elaboración del Plan Nacional de Salud Mental en 1989, sin cuestionar las ineficiencias del sistema sanitario por estar aún en Dictadura (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 143-144).

2.1.4 Restablecimiento de la reforma psiquiátrica: 1990-presente

La cuarta etapa comienza con el retorno a la democracia, en la cual la configuración estructural del sistema público siguió vigente y el cambio residió en la orientación del Gobierno hacia los programas sociales, adquiriendo éste mayor responsabilidad y centralidad bajo el lema *crecimiento con equidad*. Las nuevas políticas sociales, señaló Martín (1998: 317), debían mejorar la calidad de vida de toda la población al asegurar la igualdad de oportunidades y la integración social y productiva de los sectores más postergados. Así, en salud, aumentó el presupuesto y la prioridad fue mejorar la infraestructura, sobre todo en APS, para aumentar la cobertura y servicios del sistema. Le siguió el perfeccionamiento y aumento salarial a los profesionales del sector; creación de nuevos centros de diagnóstico (CDT y CRS) y de la atención primaria de urgencia (SAPU); modificación al sistema de pago público según población inscrita, diagnóstico, prestación y cumplimiento de compromisos de gestión en búsqueda de mejorar la eficiencia y calidad del servicio; y creación de la Superintendencia de ISAPRES para fiscalizar el sistema en reemplazo de FONASA (Arellano, 2005: 435). Según Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010: 146), estos cambios fueron la base para la reforma de salud propuesta por el Presidente Ricardo Lagos.

Un acontecimiento interesante fue el interés y compromiso que mostró el MINSAL con los cambios demográficos y epidemiológicos del país, organizando el primer estudio de carga de enfermedad para definir las prioridades en salud que debían guiar programas

y políticas públicas (MINSAL, 1996). Este estudio, junto a la experiencia de otros países, el cálculo de tendencias, proyecciones de mortalidad e información sobre la efectividad de las intervenciones, jugaron un rol fundamental en la definición de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 (Aguilera *et al.*, 2002: 4), el cual incluyó los episodios depresivos y las adicciones como enfermedades que "no matan, pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia" (*Ibíd.*: 8).

Este nuevo contexto impactó positivamente en la agenda de salud mental y las autoridades del MINSAL mostraron mayor sensibilidad. Las nuevas medidas incluyeron la creación de la Unidad de Salud Mental con representación en la Dirección de los Servicios de Salud, promulgación en 1993 del Plan Nacional de Salud Mental y elaboración de cuatro programas nacionales que aumentaron la visibilización en el servicio público: Salud Mental en APS, Reparación Integral de Salud y Derechos Humanos (PRAIS), Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) y Prevención en Alcohol y Drogas (Quiero mi Vida sin Drogas), perteneciente al recién inaugurado Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Además, se elaboraron normas técnicas para regular el funcionamiento de programas y unidades, se construyeron los primeros hospitales de día y hogares protegidos para la atención comunitaria, se reactivó el traslado de pacientes hacia los hospitales generales y se reacondicionaron los servicios ya existentes, resurgieron los estudios epidemiológicos, aumentó el número de consultas psiquiátricas y se incorporaron psicólogos y asistentes sociales a APS (Minoletti, 2011: 84-86; Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010: 146; Pemjean, 1996: 5-7). Por su parte, los organismos internacionales volvieron a tener un rol en la reforma psiquiátrica, siendo el más importante la Declaración de Caracas, adoptada en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina de la OMS/OPS, en 1990. Esta Declaración, descendiente de la Declaración de Alma Ata de 1978 de la OMS/UNICEF, potenció la sensibilización política (Minoletti, 2011: 85) hacia el enfoque comunitario, el cual concibe la atención psiquiátrica como descentralizada, integral, local, participativa, continua y preventiva (Caldas de Almeida, 2005: 315), siendo entonces una crítica al hospital psiquiátrico desde lo ético-jurídico, apelando a los derechos humanos de los pacientes, y desde lo clínico y económico, discutiendo alternativas de intervención costo-eficaces a favor de la prevención y promoción.

Estas transformaciones, sin embargo, no fueron acompañadas de mayores recursos económicos y políticos, repitiendo acontecimientos de etapas anteriores. Así, aún cuando la implementación del Plan Nacional de 1993 fue significativa, las brechas de tratamiento persistieron. Esta situación incentivó un proceso de abogacía entre 1997-1998 desde la Unidad de Salud Mental del MINSAL que, con el apoyo de profesionales y asociaciones de usuarios y pacientes, inició una campaña que culminó con la formulación de un nuevo Plan de Salud Mental y Psiquiatría promulgado el 2000. En base a la experiencia acumulada en los 90s, éste definió con mayor precisión el rol de APS, especialistas y organizaciones de usuarios y familiares, así como el financiamiento, calidad y recursos necesarios para lograr las metas propuestas (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012: 442). No obstante, aunque el segundo Plan cumplió con las recomendaciones de la OMS sobre la organización de los servicios y es parte del Modelo General de Atención en Salud que se aplica en Chile, la agenda de salud mental no cuenta con una ley que garantice su desarrollo y continuidad (Minoletti y Zaccaria, 2005: 348; 352). Según relata Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010: 148), el Ministro de Salud de la época impidió que el Plan fuera respaldado con un decreto ministerial, el cual fue otorgado sólo al capítulo referido al programa de salud mental.

Cinco años después del segundo Plan Nacional, las Garantías Explícitas de Salud (GES) reconocieron el trastorno depresivo, trastorno bipolar, consumo problemático y dependencia de alcohol y drogas, epilepsia no refractaria y esquizofrenia como principales problemas de salud pública. Sin embargo, estas decisiones nuevamente no

se conseguirían sin contratiempos. Minoletti, Rojas y Sepúlveda (*Ibíd.*: 149) dijeron que "muchos elementos subjetivos, insuficientemente basados en metodologías de salud pública, han influido en las decisiones tomadas por la planta mayor del Ministerio de Salud", ya que se pasaron por alto evidencias de magnitud y discapacidad, intervenciones costo-efectivas y preferencias de la ciudadanía. Por ejemplo, el tercer Decreto Presidencial GES incluyó el tratamiento del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas a menores de 20 años sólo para cuadros leves o moderados, bajo un plan ambulatorio básico, a pesar de la existencia de razones de salud pública para buscar mejores garantías y el apoyo del Ministerio de Hacienda (*Ibíd.*: 150-151). Además, la implementación de las políticas y programas del Plan Nacional, en la práctica, sólo alcanzó a ser entre un 20-25% en el año 2005 (Ansoleaga y Valenzuela, 2013: 201).

2.2 Las narrativas sobre infancia y juventud

En la historia de la salud mental en Chile pocos hitos marcan el lugar de la infancia. Hasta 1950, sólo aparece en tres ocasiones. La primera es el artículo científico publicado en la Revista Chilena de Medicina por el Dr. Barros en 1895. El documento, titulado *Perturbaciones del lenguaje en las afecciones cerebrales y sus centros*, relata las consecuencias médicas de un niño de 10 años que perdió el lenguaje oral después de sufrir fiebre tifoidea (Rosas, Terrorio y Gárate, 2009: 39). El segundo hito viene dado por la inauguración del primer servicio de neuro-psiquiatría infantil en 1937 en el Manicomio nacional. Posteriormente, sigue Garafulic (1955: 70) fueron creados servicios similares en los hospitales de niños del Roberto del Río, Manuel Arriarán y Calvo Mackenna, en la Dirección General de Protección de la Infancia y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria. La última mención clara surge en el Programa Intracomunitario de Salud Mental donde se señalan casos de privación sensorial en pre-escolares (Mendive, 2004: s.n.p.), cuya demanda espontánea fue de 42% de un total de 743 casos atendidos entre 1968-1969 (Marconi, 1973: 25). Otras informaciones menores pueden pasar desapercibidas. Por ejemplo, en el análisis del caso de Carmen Marín es posible vislumbrar algunas consideraciones teóricas sobre la salud mental de la juventud. Al describir los componentes de la enfermedad que poseía la *endemoniada*, el Dr. Carmona dirá que la histeria "no ataca a las niñas hasta que el desarrollo de la vitalidad sexual empieza a hablarles el lenguaje de la naturaleza, o sea anunciarles que es ya llegada la época de satisfacer su destino" (Roa, 1974: 295). En esta época, la "edad juvenil" era considerada uno de los factores gravitantes de la epilepsia (Vargas, 2002: 54). De esa forma, la historia de los niños y jóvenes enfermos mentales es, por sobre todo, difícil de rastrear y contrasta con el desarrollo de la pediatría en Chile, cuya primera cátedra fue fundada bajo Decreto en 1833 por el Presidente Joaquín Prieto, quien la consideró "de primera necesidad para la conservación de la vida" (Laval, 2007: 178). Ya, desde este punto inicial, la diferencia entre ambas es abismante: el primer servicio de pediatría surgió en 1871 y el primer hospital especializado en niños en 1894 (Vargas, 2002: 40).

El historiador Rene Salinas (2001: 11), en una mirada amplia del proceso histórico-social chileno, concluirá que la presencia de los niños en la historia es una presencia oculta, dueña de un *silencio histórico* proveniente de una concepción que, hasta fines del siglo XVIII, consideró muy tempranamente al niño un adulto. Situación que, según Duarte (2005: 165), también ocultó a la juventud. Siguiendo esta línea, el Dr. Vargas (2002: 68) dirá que hasta el siglo XX "los problemas de la infancia 'no existían'". Laval (2007: 178), explayándose sobre el mismo punto, señaló que la pediatría, antes de surgir formalmente, fue considerada la medicina del adulto. Así, existió total ignorancia sobre la mayoría de las enfermedades pediátricas y al atender al niño la única consideración era reducir la dosis del medicamento (Vargas, 2002: 44). No obstante, aunque en Chile se observa una historia de la psiquiatría que no distingue entre niños,

jóvenes y adultos, los avances internacionales muestran que otro camino era posible. En 1818 Benjamín Rush, médico firmante de la Declaración de Independencia de USA, habló de los factores hereditarios en la patología del niño; y en Europa, Esquirol describió en 1838 casos de manía. Por tanto, para fines del siglo XX, se reconocían y discutían en los niños y jóvenes casos de depresión, trastornos del lenguaje, deficiencia mental, epilepsia, histeria, neurosis, trastornos conductuales y su relación con la delincuencia, entre otros (Doménech y Canals, 1998: 151-154). La consolidación internacional ocurrió desde 1880 cuando aumentaron las publicaciones y sus traducciones, se inauguraron instituciones y desarrollaron distintos enfoques terapéuticos y asociaciones profesionales. Por ejemplo, en 1909 se fundó el Juvenile Psychopathic Institute y en 1930 se crearon las primeras guías clínicas y el primer Departamento de Psiquiatría Infantil en la Universidad de John's Hopkins (Montenegro, 2000: s.n.p.). Esta temprana consolidación se produce, sin embargo, sólo en los países con un alto nivel de desarrollo (Doménech y Canals, 1998: 160).

2.2.1 Infancia y juventud en Chile hasta 1989

En Chile, el silencio histórico puede ser comprendido como parte de un movimiento más amplio que cambia cuando, en el siglo XX, se instala la concepción de la niñez como una etapa independiente, vulnerable, merecedora de atención especial y con derecho a cierto nivel de bienestar material y espiritual. Aunque estas primeras demandas generaron principalmente sentimientos de piedad y compasión, permitieron que la infancia dejará de pasar inadvertida (Rojas, 2007: 130; 2010: 107). Internacionalmente, dos fenómenos tuvieron un rol central en este cambio: el Primer Congreso Español de Higiene Escolar de 1912 y la Declaración de Ginebra de 1924, los cuales lucharon por el reconocimiento de la infancia y sus derechos. La segunda fue firmada en Chile en 1924 (Rojas, 2007: 135-136).

En este nuevo contexto, tres instituciones tomaron fuerza en el debate, hubo un cambio de dirección estatal y ciertos temas adquirieron notoriedad. El proceso finalizó con una nueva definición de infancia y Estado.

Iglesia, educación y pediatría dominaron el debate político. La primera hizo un llamado a favor de la infancia con la intención de salvaguardar la máxima función del matrimonio (Salinas, 2001: 15) y, bajo el prisma de la necesidad de progreso y modernización, la educación se impuso como requisito socioeconómico, político y psicológico de la "civilización" de las clases populares, ampliación de la ciudadanía, estabilidad institucional y desarrollo integral. La medicina, en cambio, alertada por las altas tasas de mortalidad infantil, hizo de los pediatras los defensores de la protección sanitaria de los niños (Rojas, 2007: 143-144). La respuesta del Estado fue un cambio sustancial en sus funciones y, en el marco su fortalecimiento, éste adquirió el protagonismo que estuvo ausente durante el siglo XIX, cuando las principales instituciones dedicadas al tema eran privadas, tal como ocurrió con el primer hospital de niños del país, construido y administrado con los bienes del particular José Joaquín Luco (Camus y Zúñiga, 2007: 158). Por primera vez, existió consenso sobre el rol estatal en la protección de los niños y dos iniciativas mostraron esta transformación (Rojas, 2010: 200; 325). Tanto la Ley de Protección a la Infancia Desvalida de 1912 como la Ley de Menores de 1928 proclamaron la intervención estatal: la primera ante el abandono parental, centrándose en la reclusión de vagos y delincuentes, y la segunda disminuyendo la patria potestad siempre que fuera descuidada, corrompiendo al niño o abandonándolo. La segunda ley también promovería el cuidado físico, educación y consideración social (Rojas, 2007: 141; 2010: 211; Schonhaut, 2010: 306). Según Pilotti (2001: 25), abandono y peligro material o moral fueron las figuras jurídicas clásicas del Estado moderno para legitimar la protección y vigilancia de la nación, en donde la ciencia jugó un rol central al encargarse de erradicar malas costumbres y conductas.

Como se observa, los discursos de la época sobre los niños dejaron pronto en segundo plano los temas de adopción, ilegitimidad, aborto y control de la natalidad. El análisis del contexto socio-político muestra que orfandad, abandono y vagancia tuvieron prioridad, ya que acapararon por años los recursos privados de la filantropía y caridad religiosa, sobre todo con la fundación de la Casa Nacional del Niño y la Protectora de la Infancia, aún vigentes. Esta preocupación estuvo enmarcada en su conceptualización como amenazas al orden social, por tanto, al adquirir el Estado protagonismo se desarrolló el enfoque proteccionista, limitando la acción represiva para privilegiar la re-educación y prevención reinsertando al niño útilmente en la sociedad (Schonhaut, 2010: 306-308). Así nació el Consejo de Defensa del Niño, institución privada que derivó posteriormente en el Servicio Nacional de Menores (SENAME), organismo público fundado en 1979 (Arriet *et al.*, 2010: 11).

La educación también fue un tema protagónico, pues desde la República se le consideró mecanismo identitario y civilizador, especialmente en los pobres. La escuela, según Ponce de León (2010: 450), fue "un nuevo espacio social donde el pueblo adquiriría los hábitos de orden, aseo y subordinación, y se reformarían sus costumbres y su moral". El fortalecimiento de la identidad nacional fue esencial para el progreso de la nación, donde la infancia destaca como el aporte futuro al país (Pilotti, 2001: 18). Bajo esta mirada, las políticas educacionales se desarrollaron rápidamente. La Ley de Instrucción Primaria de 1860 garantizó gratuidad y libertad de enseñanza, mientras la Ley de Instrucción Primaria Obligatoria de 1920 instauró obligatoriedad de cuatro años de educación primaria. A pesar de esta preocupación, la baja asistencia y segregación social fueron características del período, así como las denuncias por las condiciones de los establecimientos públicos, persistencia del modelo de enseñanza que no reconocía ritmos de aprendizaje y condiciones socio-económicas, alto analfabetismo y escasez de docentes, escuelas rurales y subsidios estatal (Ponce de León, 2010: 479; Rojas, 2010: 237: 539-540). Esta dinámica marcó tres consecuencias. Lo primero, dado la escasa matrícula y asistencia, sólo a partir de la reforma de 1965 "la experiencia de ser niño comenzó a quedar impregnada de la vida estudiantil" (*Ibíd.*: 536). Segundo, las bajas tasas de escolarización y asistencia esconderían, por años, la realidad de los niños trabajadores, impidiendo la formulación política de la infancia vinculada al trabajo (Ponce de León, 2010: 480). Finalmente, debido a la alta segregación escolar, aparece por primera vez la juventud en el campo social, pero circunscrita a los hombres de la elite, ya que eran los únicos que podían extender su educación, más allá de la primaria, en un estado de moratoria social. Sin embargo, el contexto político de la época fijó un giro importante. La primera formación pública de la juventud fue la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile en 1906 y su descripción sociológica estuvo acompañada de posiciones políticas hacia el cambio democrático del país, marcando alianzas estratégicas con el movimiento obrero. Posteriormente, también se generaron expresiones culturales y los movimientos sociales de 1960, movilizaciones que en la década de 1980 permitieron comenzar a visibilizar a los jóvenes populares (Aguilera, 2009: 114-116; Duarte, 2005: 167-168).

Además de promover la categoría de la juventud, educación abre también un espacio a la salud mental infanto-juvenil. En 1955 se fundó la Clínica Psicopedagógica, dependiente del Ministerio de Educación, que, aún con cobertura limitada, estuvo destinada a atender a la población escolar con neurosis, alteraciones de la conducta, desajustes emocionales, retardo y trastornos del aprendizaje (Rojas, 2010: 528). En la década siguiente, se anexaron escuelas especiales en los servicios de neurología y psiquiatría infantil en los hospitales pediátricos Calvo Mackenna y Roberto del Río, permitiendo la integración profesional de psicólogos clínicos y psicopedagogos. El énfasis estuvo puesto, empero, en el bajo rendimiento y las dificultades escolares, finaliza Bravo-Valdivieso *et al.* (2009: 210).

Las políticas de salud también fueron un área prioritaria para la infancia, sobre todo respecto a la protección biológica y social en los estratos bajos (Rosselot, 1982: 485). La

mortalidad infantil estuvo dentro de las preocupaciones estatales, particularmente después de la creación de la Oficina de Estadísticas en 1848 (Rojas, 2010: 108). Según Camus y Zúñiga (2007: 166), ésta fue de 343,0 por cada 1.000 habitantes en 1900, siendo la más alta del mundo. A pesar de esta preocupación, pocos avances se hicieron hasta el siglo XX debido a la escasez de conocimientos, técnicas y especialistas para solucionar el problema. El primer establecimiento destinado a la atención médica fue el Patronato Nacional de la infancia, institución privada con aporte fiscal que, orientada a familias indigentes, procuró la protección desde el nacimiento. Su metodología, señala Arriet *et al.* (2010: 10) al relatar los antecedentes del programa Chile Crece Contigo fundado en 2007, era supervisar el desarrollo infantil, fomentar la lactancia materna, entregar leche suplementaria, atender médicamente, vacunar, y organizar visitas domiciliarias para vigilar las condiciones del hogar. Las creencias de la época se observan en el trabajo de las visitadoras sociales - mujeres aristócratas - que, en una práctica caritativa militante, eran las encargadas de concretar el compromiso civil de la pareja (Schonhaut, 2010: 309) y educar a las madres (Illanes, 2006: 217-218).

En este ambiente, se organiza en 1912 el Primer Congreso Nacional de Protección de la Infancia para analizar integral y objetivamente la situación de la mortalidad. A él asistieron las más altas autoridades constituyendo la representación de la política asistencial nacional agrupada bajo una misma dirección. Su presidente fue Ismael Valdés y su vice-presidente el Dr. Roberto del Río, el Dr. Calvo Mackenna fue uno de sus directores y como presidente honorario figuró el Presidente de Chile Ramón Figueroa Luco. A la lista se sumó el Ministro del Interior, Relaciones Exteriores, Industria y Obras Públicas, consejeros del Estado, senadores, diputados, miembros del Patronato y de la Junta de Beneficencia, el Rector de la Universidad de Chile y el Decano de su Facultad de Medicina. El Congreso se autodefinió como la protección a la conservación de la raza y una "asistencialidad corporal del pueblo", donde las instituciones construidas en Chile perdían sentido "si la fuerza viva de dicha nación, moría" (Illanes, 2006: 140-145). En otras palabras, el niño adquirió, en la lucha contra la mortalidad infantil, el corolario del futuro de la patria y su situación adquirió un estatuto que enfatizó la trilogía entre ciencia, patriotismo y caridad.

En el imaginario de la época, la culpa del problema de mortalidad infantil era exclusivamente del pueblo, quien no poseía "ambiciones de progreso", y de las madres "incultas" (Schonhaut, 2010: 308-309). Esta situación llevó a que no se interviniera sobre las condiciones sociales, donde "las enfermedades y la muerte eran una expresión más del fenómeno que en su época se denominó la cuestión social" (Camus y Zúñiga, 2007: 156), sino exclusivamente en las madres. Los cambios estructurales en salud materno-infantil se produjeron con la Ley 3.186 de 1917 y la Ley de Maternidad Obrera de 1925, la primera otorgó derecho a lactancia y sala cuna y la segunda reconoció el permiso pre y postnatal. Ambas, consagradas en el Código del Trabajo de 1931 y en sus modificaciones posteriores, fueron un debate entre posiciones que buscaron proteger la infancia como futuro de la nación y otras que defendieron al empresario (Casas y Valenzuela, 2012: 80-81). Le siguieron la incorporación de la madre e hijo, como cargas del trabajador, a las atenciones de la Caja de Seguro Obrero considerando controles de embarazo, parto, puerperio y entrega de leche (Schonhaut, 2010: 306), la Ley de Medicina Preventiva y la Ley de la Madre-Niño, ambas en 1938. Ésta última extendió la distribución de leche a todos los menores de dos años, siendo consagrada en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), el cual, durante la presidencia de Allende, se transformó en el lema de Gobierno: "medio litro de leche diaria para que el pequeño sea grande mañana". (Arriet *et al.*, 2010: 11-12).

Otra transformación gravitante fue la creación de instituciones hospitalarias infantiles entre 1920-1950, las cuales, gracias a su coordinación con las facultades de medicina, pudieron entregar atención de calidad (Rosselot, 1982: 485). Camus y Zúñiga (2007: 159-161) destacaron también el primer Código Sanitario (1918), pues fundó la medicina social y estableció la vacunación, desinfección pública, inspección sanitaria, profilaxis y

tratamiento de enfermedades infecciosas, estaciones sanitarias en provincias, control del ejercicio de las profesiones médicas, agua potable y alcantarillado. Asimismo, la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social en 1924 y el término de la Junta de Beneficencia en 1932. Los médicos sembraron su camino a la política transformándose en diputados, senadores y postulando a la Presidencia. La baja en la tasas de mortalidad infantil desde 1920 se debió entonces a una reestructuración estatal donde se desarrollaron políticas preventivas en educación, control médico, y distribución de alimentos, así como en cambios del perfil demográfico y mejores condiciones de vida de la población debido al desarrollo de políticas de agua potable, alcantarillado y vivienda (Camus y Zúñiga, 2007: 165-170; Rojas, 2010: 431; Schonhaut, 2010: 309).

Una de las iniciativas exclusivamente estatales hacia la infancia fue la creación del Departamento Central de la Madre-Niño en 1940, dependiente del Ministerio de Salubridad. Este departamento agrupó las funciones de la Junta de Beneficencia, el Seguro Obrero, la Dirección General de Sanidad, el Patronato Nacional de la Infancia y el Consejo de Defensa del Niño. En 1942 se fundó la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia (PROFINTA), la cual debía proteger y auxiliar tanto a la madre, desde la concepción hasta el fin de la lactancia, como a los lactantes, pre-escolares, escolares y adolescentes desde el orden médico-social, focalizándose en los menores de alto riesgo social (Rojas, 2010: 421; Arriet *et al.*, 2010: 11). PROFINTA sumó a sus funciones aquellas ya organizadas en torno al Departamento Central de la Madre-Niño y aquellas dependientes del Departamento de Sanidad Escolar, Servicio Dental Escolar Obligatorio, médicos escolares y Dirección General de Protección de Menores, dependiente del Ministerio de Justicia. En otras palabras, PROFINTA agrupó las iniciativas estatales dirigidas al niño/joven abandonado y potencial delincuente, escolar y enfermo. La creación del Servicio Nacional de Servicios de Salud (SNSS) generó una nueva reorganización y todas las iniciativas pertenecieron a la Sección Materno Infantil del Departamento de Fomento. Movimiento que, según Rojas (2010: 506) marcó el triunfo del "enfoque médico-sanitario para enfrentar la situación de la infancia pobre, amenazada y desviada y, con ello, la política de protección y rehabilitación se hacía parte del complejo preventivo-curativo del sistema de salud". En estas condiciones, desde el Departamento de Salud Mental del SNSS, surgió una iniciativa que marcó un acercamiento y distanciamiento de las políticas dirigidas al binomio madre-hijo, representando la antesala del programa Chile Crece Contigo. En 1973 se desarrolló la experiencia piloto de estimulación temprana en busca de prevenir el retraso psico-motor de niños pobres por medio de educación a los padres para la estimulación del lenguaje, coordinación y habilidades motoras. Desde 1979, insertado en el Programa de Salud del Niño, esta evaluación se extendería (Arriet *et al.*, 2010: 16). Sin embargo, la prioridad dada a la salud infantil disminuiría con los años al ir descendiendo su tasa de mortalidad.

Estos cambios institucionales re-conceptualizaron infancia, Estado y salud sin influir sobre la salud mental. Los enfermos mentales siguieron siendo considerados irrecuperables y las condiciones de los hospitales eran paupérrimas. En 1976, el Dr. Juan Marconi dirá a propósito del Hospital El Peral: "(...) este es un verdadero matadero social, como una pensión sin propósito, un depósito de enfermos que se morían de frío en las noches de invierno" (Gómez y Villanueva, 2010: 32).

2.2.2 Infancia y juventud en el retorno a la democracia

El retorno a la democracia en Chile marcó, al menos, cuatro hitos en infancia y juventud. La primera comenzó el tránsito hacia el debate sobre los derechos humanos y la segunda aparece por primera vez en las políticas públicas. Ambas, por primera vez, se constituyen en la defensa de planes y programas de salud mental infanto-juvenil, en el contexto de reforma psiquiátrica chilena. Por último, la salud mental de la juventud

fue incluida formalmente en la agenda de salud al incorporarse cinco enfermedades mentales al sistema AUGÉ/GES.

La demanda histórica por los derechos de la infancia se tradujo en la Convención de Derechos del Niño, documento aprobado en la Asamblea General de la ONU y ratificado por Chile en 1990 como Ley de la República. Ello produjo un compromiso vinculante para garantizar la protección de derechos civiles, sociales, económicos y políticos a los menores de 18 años, regulando su situación jurídica e institucionalizando un nuevo enfoque en las relaciones entre familia, sociedad y Estado. En este nuevo contexto, en 1992 el Gobierno chileno formuló el Plan Nacional a Favor de la Infancia con diez áreas de acción: desarrollo infantil y educación inicial; educación básica; salud materno-infantil; nutrición; maltrato, abandono y abuso sexual; conflicto con la justicia; agua y saneamiento básico; consumo de drogas; discapacidad; y problemas ambientales. El Informe Nacional sobre el Seguimiento de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia dio cuenta de los avances conseguidos en estos temas, a través de diversos programas sociales y leyes (MIDEPLAN, 2000: s.n.p). Sin embargo, la literatura remarca que todas las iniciativas siguen un modelo asistencialista que sólo rearticuló programas pre-existentes, sumando temas emergentes, sin adecuarse al tratado internacional (Rojas, 2010: 715). Una crítica que puede sumarse a la segunda política de infancia y juventud promulgada en 2001 (Zanzi, 2005: 7) y del cual estaría excepto el programa Chile Crece Contigo (Arriet *et al.*, 2010: 19). Falta, según De la Maza y Riveros (2014: 427), una ley marco de promoción y protección integral que impida la presencia de normas basadas en principios y doctrinas distintos y opuestos.

En el caso de la juventud, el retorno a la democracia planteó importantes cambios. Surgieron las primeras políticas en un contexto de reconocimiento a la deuda del Estado con los jóvenes, quienes participaron en los movimientos sociales contra la Dictadura Militar. La política resultante trató de reparar la exclusión socio-económica que sufrieron los sectores populares urbanos marginados del trabajo y del desarrollo económico del país (Aguilera, 2009: 188; Dávila, 2000: 19; Rodríguez, 2000: 92), al tiempo que se les asoció al ideario del "joven envuelto en el cambio social" que imperó en los años 60 en las movilizaciones estudiantiles, aunque ésta pronto mutó para describir a jóvenes dañados y poco preocupados del devenir social (Hein y Cárdenas, 2009: 99). Así, bajo el prisma de la apatía, se pasó a entenderlos como peligrosos para la transición política, ya que, debido a la delincuencia, drogadicción, vandalismo y violencia que los envolvían, se transformaron en sujetos desencantados, irresponsables y ausentes de la participación ciudadana (Aguilera, 2009: 119). Esta particular mirada centró las bases de una política que presentó tres focos, según Dávila (2000: 19-20): integración social para contrarrestar los efectos de la desintegración; participación política y sociabilidad juvenil; e identidad como una tarea para la juventud y donde el Estado se encarga de generar espacios. Bajo este contexto surgió el Instituto Nacional de la Juventud y Projovent consolidó, a pesar de los intentos de implementar una política integral, la década educación-trabajo.

Los procesos histórico-sociales han configurado otras tres concepciones sobre la juventud, concordantes con la tensión moderno y popular que acompañan a la sociedad latinoamericana, según Hein y Cárdenas (2009: 97-99). El primer imaginario en política pública tiene como centro las características de marginal y peligroso que invocan una mirada estigmatizante y controladora del niño, especialmente en los sectores populares. La segunda, como expresión de los procesos de modernización del país, instala una imagen de la juventud "exento de problemas, integrado, dedicado a sus estudios y al tiempo libre, conformista y consumidor". Una tercera concepción es la del "estudiante" y en ella también aparece la infancia. Juventud y educación, señala Dávila (2000: 18), comenzaron a unirse con la ampliación de la cobertura educacional y el acceso a la educación universitaria de la clase media. Gracias al aumento de los años de escolaridad obligatoria, el estudiante se consolidó en el imaginario social y ello

provocó un fortalecimiento sostenido del Ministerio de Educación en lo referente a las políticas de infancia y juventud (Hein y Cárdenas, 2009: 101).

El tercer hito en este período es el desarrollo de Objetivos Sanitarios 2000-2010 y 2011-2020, los cuales representan las directrices en política sanitaria que reorganizan el horizonte de desarrollo del país. Bajo la preocupación histórica que ha mostrado el Estado hacia la primera infancia, tres de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 los tuvieron como foco. Se trató, en primer lugar, de continuar el descenso de la mortalidad infantil y materna a través de educación, vivienda, saneamiento, inmunizaciones, alimentación y atención profesional de parto. Le siguió la reducción de la brecha de mortalidad infantil entre el primer y quinto quintil, una situación ya planteada en 1969 (Rojas, 2010: 497) sobre la cual el Estado no había intervenido seriamente. Finalmente, bajo los desafíos derivados del envejecimiento de la población, se planteó el desarrollo de estrategias preventivas en los niños para formar hábitos de vida saludable (Aguilera *et al.*, 2002: 5-6: 10). Para los Objetivos Sanitarios 2010-2020, el mayor conocimiento y experiencia disponible, movilizó una descripción más detallada de la infancia y la aparición por primera vez del joven. Así, además de incluir la mortalidad perinatal, se describieron iniciativas vinculadas a la disminución del rezago infantil en menores de 5 años y la obesidad en menores de 6 años. En el ingreso a la pubertad, se agregó la reducción del consumo de tabaco y drogas desde los 12 años. Desde los 15 años las iniciativas incluyeron la reducción del suicidio y embarazo adolescente, consumo de alcohol, sedentarismo y morbilidad bucal, y aumento de las conductas sexuales seguras (MINSAL, 2011: 81-84: 121-146: 158-173).

Finalmente, en el retorno a la democracia se produce el desarrollo de iniciativas que defienden la salud mental infanto-juvenil. Aunque ésta ya aparece señalada como prioridad programática en el Plan Nacional de Salud Mental de 1993, sólo el Plan Nacional del 2000 le dio mayor contenido a esta demanda. La lista de trastornos prioritarios en infancia incluyó el maltrato infantil; mientras el trastorno hiperactivo/deficiente de la atención considera a niños y adolescentes; y el abuso y dependencia de alcohol y drogas, junto a su comorbilidad psiquiátrica (trastornos afectivos y ansiosos), depresión y esquizofrenia aparecen ligados exclusivamente a la juventud. Para su definición, señala el programa, se establecieron criterios científicos de magnitud, epidemiología, impacto social, costo económico (AVISA), eficacia de las intervenciones y disponibilidad de recursos humanos (MINSAL, 2000: s.n.p.). Asimismo, tras la creación del AUGE, cinco enfermedades mentales que afectan a la juventud lograron ser consideradas prioritarias por Decreto: esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas, epilepsia no refractaria y bipolaridad. Otros progresos, indicados en el segundo informe WHO-AIMS, fueron: la Ley n° 20.332 reguló la producción, elaboración y comercialización de alcoholes etílicos, bebidas alcohólicas y vinagres; la Ley n° 20.000 sancionó el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; la Ley n° 19.966 estableció el Régimen AUGE/GES y la Ley n° 20.379 creó el sistema intersectorial de protección social e institucionalizó el subsistema de protección Chile Crece Contigo (OMS, 2014: 36-37).

Sin embargo, ambos Planes Nacionales, tal como otras iniciativas en salud mental, presentaron escaso apoyo político y económico, los cuales se han traducido en falta de disponibilidad y brechas de tratamiento en APS, escasa contextualización del Plan y del enfoque comunitario en docencia de pregrado, precarias condiciones laborales, dificultades para cambiar la cultura organizacional y desigualdades económicas, de seguro médico y regionales (Ansoleaga y Valenzuela, 2013: 201-202; Valdés y Errázuriz, 2012: 2-3). La falta de recursos fiscales es especialmente crítica: en 2013, Chile se ubicó, según datos del Banco Mundial, en el grupo de ingresos altos en donde el rango promedio de gasto fiscal en salud mental bordea el 5,10%. Chile invirtió ese año 2,16% (Ansoleaga y Valenzuela, 2014: 403). En infancia y juventud estos problemas también se ha reflejado en diferencias comunales y regionales para entregar atención de calidad, escasa infraestructura especializada para atención de corta estadía y camas

psiquiátricas, tasas insuficientes de recursos humanos capacitados en salud mental infantil, ausencia de medidas integrales para enfrentar el suicidio adolescente y exclusión de los menores de 15 años del AUGE, entre otros (*Ibíd.*: 404-408: 414). En otras palabras, 66% de los niños o adolescentes con un trastorno mental diagnosticado no recibe atención de ningún tipo (Vicente *et al.*, 2012: 454).

El *Informe de evaluación del sistema de salud mental* en Chile de la OMS (2006: 57) había evidenciado estos temas presentando como desafío al país la formulación de una política nacional de salud mental infanto-juvenil que permitiera subsanar las deficiencias percibidas, el cual, continúa Ansoleaga y Valenzuela (2014: 400: 415), debería incorporar el marco regulatorio de la Convención de los Derechos del Niño, desarrollando medidas intersectoriales y perfeccionando las dinámicas existentes. Chile, siguen las autoras, se encuentra en deuda con la salud mental infanto-juvenil.

CAPÍTULO 3

EL LUGAR DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, SALUD, INFANCIA Y JUVENTUD EN LA AGENDA GUBERNAMENTAL

En el presente capítulo se identifican y analizan las narrativas existentes en torno a la salud mental, salud, infancia y juvenil presentes tanto en los Planes Nacionales de Salud Mental, promulgados en 1993 y 2000, como en los discursos que los Presidentes de Chile han entregado como cuenta pública a la nación ante el Congreso Pleno cada 21 de mayo desde 1990 a 2015. Es interesante mencionar, como se verá a continuación, que los discursos sobre la salud mental y salud mental infanto-juvenil están descritos profundamente sólo en el Plan Nacional de Salud Mental de 1993 y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 2000, en los cuales la salud mental de la infancia y juventud se comprenden como prioridades programáticas a las cuales deben estar direccionados gran parte de los esfuerzos presupuestarios y políticos. En cambio, la agenda de salud viene desarrollada brevemente en ambos Planes Nacionales, destacando así su vínculo con la agenda de salud mental, y con mayor extensión en los discursos presidenciales. La agenda que contiene los problemas públicos de la infancia y juventud sólo está descrita en los discursos ante el Congreso Pleno siendo dueña, con variaciones anuales en términos de menciones y extensiones, de cierto protagonismo.

3.1 Planes Nacionales de salud mental

Dos tópicos se describen en este apartado. El primero refiere al concepto de salud mental que se presenta en el Plan Nacional de Salud Mental de 1993 y 2000, así como objetivos, valores y principios subyacentes. El segundo apartado, en cambio, se dirige específicamente al concepto de salud mental infanto-juventud que reside también en ambos planes.

3.1.1 Vida moderna, desarrollo humano y salud mental

En el contexto de los aportes de la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es definida por el Plan Nacional de Salud Mental como el equilibrio en la interacción entre individuo y ambiente social que depende de la conjunción de factores bio-psico-sociales, los cuales determinan la capacidad de personas y grupos para promover su desarrollo subjetivo y uso óptimo de sus potenciales psicológicas, cognitivas y sociales. La pérdida de este equilibrio puede transformarse en un trastorno mental, el cual, si bien puede ser intervenido con acciones preventivas, de tratamiento y rehabilitación, posee consecuencias críticas para la persona, familia y comunidad:

"Salud mental es la capacidad de las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia a la justicia y el bien común" (MINSAL, 1993: 4).

Sus objetivos se insertaron en los objetivos de las políticas de salud, los cuales fueron comprendidos como la resolución de las inequidades del sistema mejorando el acceso a la atención; fomento de la prevención y promoción según las necesidades de la población; mejoramiento de la eficiencia en base a la realización de intervenciones costo-efectivas; descentralización de la gestión; y fortalecimiento del rol normativo, asesor y supervisor del Ministerio de Salud. En este marco, las políticas de salud mental debían fomentar la promoción y prevención, especialmente en población vulnerable y con trastornos mentales específicos; planificar equilibradamente las acciones

necesarias para resolver los problemas psicosociales emergentes; proveer servicios de salud mental accesibles aumentando la cobertura y los recursos en todas las regiones, evitando la centralización histórica de la psiquiatría; superar las insuficiencias del enfoque psiquiátrico tradicional; asegurar el tratamiento de los afectados por las violaciones de los derechos humanos, maltrato a mujeres, infancia, ancianos y enfermos mentales, y niños, jóvenes y ancianos excluidos del sistema social por abandono o pobreza; y generar espacios comunitarios. Las soluciones, por otro lado, contemplaron la definición de trastornos prioritarios, capacitación de los profesionales de salud mental en el enfoque comunitario, construcción de unidades y consejos técnicos en los Servicios de Salud e integración de las acciones de salud mental en los dispositivos de salud general (MINSAL, 1993: 25-26; 29).

Para la agenda de salud mental, ésta estuvo inserta tanto dentro de la política del *crecimiento con equidad* definida por los gobiernos de la Concertación como dentro de las transformaciones epidemiológicas del país. Así, se produjo una conceptualización de las condiciones políticas, económicas y sociales como receptivas al sufrimiento psicológico y los problemas psicosociales y, dada la sobrevida de la población y el descenso de la mortalidad y morbilidad por causas evitables, un preocupante incremento de las enfermedades psiquiátricas. Lo segundo, como se verá en este capítulo, aparece sólo en la agenda de Eduardo Frei. Es decir, el Plan reconoció prematuramente la transición epidemiológica y asumió que la salud mental tendría prioridad en las futuras reformas sanitarias dada la existencia de medidas objetivas.

"Todos los sectores de la sociedad incrementan su preocupación por mejorar la calidad de vida de las personas, generando más allá del crecimiento económicos iniciativas en pro del desarrollo humano y el bienestar psicosocial. Invertir en la gente, dar no sólo años a la vida, sino también más vida a los años y lograr crecimiento con equidad" (MINSAL, 1993: 3).

"Las enfermedades no transmisibles, vinculadas a estilos de vida, entre ellas muchos de los trastornos mentales, constituyen ahora el principal desafío para lograr mejoras en la morbimortalidad y en la calidad del mayor número de años de vida de la población" (MINSAL, 1993: 8).

El Plan Nacional de 2000 evidencia un cambio en la primera concepción señalada, pues con una marcada actitud crítica enfatizó los desafíos sanitarios del país asociados al estado en que los chilenos viven la modernidad, incluyendo implícitamente el fracaso de las políticas sociales. Se habló así del daño que producen sobre la salud mental las condiciones de marginalidad y pobreza, deterioro del medio ambiente, escasa efectividad y cobertura de los sistemas de salud, incertidumbre laboral por el alto desempleo y bajas remuneraciones, deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia, escasa participación social, violencia, hacinamiento, inseguridad ciudadana, falta de identidad e individualismo, los cuales, más allá de los aspectos estrictamente económicos, producirían carga psicosocial y altos índices de estrés que afectan la calidad de vida y determinan tasas de mortalidad más elevadas. Por primera vez, este ambiente se asocia a factores económicos al indicar que, entre los efectos, se encuentra la disminución de la productividad del país por discapacidad evitable o muerte prematura, aumento de subsidios sociales y servicios de salud, justicia y vivienda. En este contexto, el camino hacia el bienestar psicosocial de individuos y comunidades es la construcción y consolidación de una Política y Plan Intersectorial de Salud Mental.

"Estos nuevos determinantes son capaces de generar alteraciones del sistema neuroendocrino, inmunitario y el funcionamiento biológico general. Las alteraciones psicobiológicas - inducidas por condiciones sociales - incidirían en la capacidad de responder fisiológica, conductual y emocionalmente frente a las situaciones de demanda o exigencia a que están sometidas las personas. El nivel de estrés y la baja tolerancia a éste, aumentan la vulnerabilidad de enfermar o morir" (Minsal, 2000a: s.n.p.)

Dos niveles distintos de solución son propuestos a esta definición del problema público de la salud mental. La primera incluye soluciones propias del sistema sanitario que, con estrategias de acción costo-efectivas en escuelas, barrios, justicia y espacios de trabajo, apunten a la promoción de la salud mental y reducción de los determinantes del riesgo; prevención para evitar, o reducir la severidad y duración de los trastornos mentales; detección temprana y facilitación de acceso y continuidad del tratamiento; y rehabilitación e inserción social de las personas con enfermedades mentales. Además, se diseñó un plan estratégico para cada una de las enfermedades mentales consideradas prioritarias, donde se describen, por ejemplo, el detalle de las prestaciones a cumplir. La segunda, en cambio, propone la intervención en todos los aspectos del ejercicio del poder estatal - incluyendo educación, trabajo, convivencia en los barrios y justicia - donde se debía trabajar a favor de la reducción de las desigualdades sociales y potenciación de estilos de vida saludables, solidaridad en las redes de apoyo en las comunidades y autocuidado. Ambas soluciones, bajo una dinámica opuesta al crecimiento económico con equidad, enfatizaron la elevación del nivel de salud mental de la población general hacia su desarrollo humano y su calidad de vida.

"Para elevar el nivel de salud de la población, y en específico de salud mental, se requiere reducir la pobreza y modificar, simultáneamente, otras condiciones psicosociales asociadas a las profundas diferencias de vida entre los grupos con los más altos niveles de ingreso y los más desfavorecidos, pero que afectan a toda la población. No es suficiente la creación de nuevos servicios, se requiere de políticas de Estado orientadas a superar las causas de mayor carga psicosocial producto de las desigualdades, no sólo de ingreso sino de oportunidades (...) Es imperioso invertir, como país, en la construcción de un tejido social basado en el respeto a los derechos de las personas, la solidaridad y la valoración de las diferencias" (MINSAL, 2000a: 3).

"El Plan Nacional de Salud Mental es una invitación y un aporte en el esfuerzo de incorporar como un propósito explícito, la elevación del nivel de bienestar psicosocial de las personas, familias, grupos y comunidades, en el modelo de desarrollo, en las políticas sociales y en los valores y principios en que se basa la convivencia ciudadana" (MINSAL, 2000a: 3)

3.1.2 Trastornos mentales infanto-juveniles

Considerando las dificultades históricas que presentó el problema de la salud mental para ser considerado en la agenda institucional y el silencio histórico que afectó particularmente a los niños y jóvenes con enfermedades mentales en Chile, el lugar de la salud mental infanto-juvenil se articuló, tras el retorno a la democracia, como un problema público nuevo en la agenda de salud mental que, además, logró adquirir gran notoriedad programática en ella. El Plan Nacional de 1993 definió seis áreas prioritarias de trabajo, de las cuales tres están relacionadas a la infancia y juventud: (1) salud mental infanto-juvenil; (2) beber problema y consumo indebido de drogas; y (3) derechos humanos, violencia y salud.

La primera articula el tono y dirección de los fundamentos que afectan a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. Su construcción como problema público comienza con su definición como "un aspecto básico de la calidad de vida", determinante del desarrollo infantil y promotora de un círculo de bienestar que favorece a las nuevas generaciones. La familia, escuela y grupos sociales se consideran las instancias de intervención ideales. Mientras sus objetivos ofrecen una mirada integral que apunta a la realización de intervenciones de promoción y prevención que fomenten la estabilidad familiar, vinculación afectiva, estimulación cognitiva, adecuación de la familia a las etapas evolutivas y habilidades suficientes para la

comunicación interpersonal y para la resolución de conflictos. Además, plantea la necesidad de intervenir en factores de riesgo, generales y específicos, e incorporar la salud mental en el Programa de Salud del Niño y el Adolescente definiendo normas técnicas para el trastorno del desarrollo y aprendizaje, desórdenes emocionales y conductuales, abuso de drogas y alcohol, maltrato infantil y discapacidad mental. Por último, se señala el aumentando de cobertura y elaboración programas preventivos y de atención integrar en maltrato infantil como medidas (MINSAL, 1993: 41-49).

La descripción del consumo de alcohol y drogas destacó la relación con "elementos genéticos, bioquímicos y neurofisiológicos que interrelacionan con determinantes psicológicos, familiares, sociales y culturales y económicos", los cuales afectan especialmente a la población juvenil y hombres de bajo nivel socioeconómico. Sus objetivos de intervención incluyeron una mirada amplia que consideró la coordinación con otros sectores para la disminución del consumo, perfeccionamiento de leyes, modificación de creencias que favorecen el acceso y desarrollo de medidas preventivas que promovieran el desarrollo personal, estilos de vida saludables, uso del tiempo libre y habilidades sociales, focalizando las intervenciones en sujetos de alto riesgo que fueran desertores escolares, tuvieran padres alcohólicos o vivieran en extrema pobreza. A su vez, incentivó la detección precoz, el desarrollo de una red de servicios y la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica (*Ibíd.*: 65-72). Por último, la prioridad programática de derechos humanos, violencia y salud consideró, además de las violaciones a los derechos humanos en Dictadura, el maltrato infantil como acción que vulnera los derechos humanos de los niños. Su único objetivo de acción fue la construcción de un programa de salud y violencia para coordinar acciones preventivas y de tratamiento de la violencia intrafamiliar (*Ibíd.*: 85).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría continuó con la línea del primero y, dado los escasos recursos destinados a la salud mental, también propuso la definición de siete áreas prioritarias de desarrollo, esta vez, sin embargo, todas estuvieron relacionadas a trastornos mentales. En infancia y juventud, las prioridades reiteraron los trastornos mentales asociados a la violencia y abuso y dependencia de sustancias, sumando el trastorno de hiperactividad, depresión y esquizofrenia.

En el caso del abuso y dependencia de alcohol y drogas los datos de prevalencia focalizan la atención hacia la población mayor de 12 años, con una marcada tendencia de género que perjudica tres veces más a los hombres entre los 12 y 45 años. Las consecuencias asociadas al trastorno incluyeron accidentes, conductas violentas y deterioro de la calidad de vida familiar y, por primera vez, una referencia explícita al daño producido sobre la productividad laboral al indicarse pérdidas económicas superiores a los US\$3.000 millones de dólares anuales. Las soluciones, al igual que en el Plan anterior, comprenden el tratamiento de comorbilidades, uso de medidas psicológicas, farmacológicas, terapia grupal y participación de la familia de modo de reducir y eliminar definitivamente el problema, incluyendo sus recaídas.

"Los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población" (MINSAL, 2000a: s.n.p).

Respecto a los trastornos asociados a la violencia, se produce aquí una definición más precisa y política respecto al primer Plan. El maltrato infantil es considerado una forma de abuso de poder en contexto de dependencia capaz de generar daños al bienestar psicosocial de todos los involucrados, siendo específicos de la infancia: daños físicos y emocionales, alternaciones en el desarrollo y conductas disociales que se proyectan en la adultez, así como fracaso y/o deserción escolar (MINSAL, 2000b: 19). Otros trastornos mentales asociados a la violencia fueron la violencia intrafamiliar y la represión política de las víctimas de la Dictadura. Sin embargo, es interesante

mencionar que el documento disponible en la web del Ministerio de Salud da cuenta únicamente de la violencia intrafamiliar destacando acciones preventivas y paliativas sólo en mujeres y ancianos (MINSAL, 2000a: s.n.p.).

La tercera prioridad programática del período fue el problema de salud mental más frecuente entre escolares: trastorno de hiperactivo/de la atención (THA). Este se definió determinado por variables biológicas, genéticas y ambientales y sus consecuencias incluyeron accidentes, fracaso y deserción escolar, problemas emocionales y de comportamiento, afectando también a la familia y aumentando el riesgo de maltrato infantil. Su intervención consideró la identificación temprana en las escuelas y, por ende, capacitación de los docentes. La población objetivo de las medidas incluyó a niños, jóvenes y sus familias (MINSAL, 2000b: 17).

La depresión fue definida como un problema que requiere intervención en los mayores de 15 años, principalmente mujeres pues corresponden al grupo de mayor riesgo y menor acceso. Por tanto, su priorización se conceptualizó como un trastorno cuya resolución propende a la equidad, previniendo, además, el "deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños" (MINSAL, 2000a: s.n.p.).

"La depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres en nuestro país, y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludable Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en ellas" (*Ibíd.*: s.n.p.).

Finalmente, la esquizofrenia, única enfermedad que incluyó en su descripción una cita al manual estadístico CIE-10, presentó prevalencia de vida de 1,02% e incluyó medidas farmacológicas, psicosociales y participación de las familias como soluciones a favor de los mayores de 15 años (*Ibíd.*: s.n.p.).

La definición de todas las prioridades, a diferencia del primer Plan Nacional, según la información explícita proveída en la introducción, se sostuvo sobre evidencia científica sólida relacionada a prevalencia, epidemiología, impacto social, costo económico (AVISA), eficacia de las intervenciones posibles y disponibilidad de recursos profesionales, lo cual facilitaría, según la literatura revisada, aumentar las probabilidades de éxito de un problema público al contar con medidas objetivas que dan cuenta de su severidad y permiten pesquisar su evolución. Sin embargo, es importante indicar que, en lo concreto, sólo en la definición del consumo de drogas y alcohol y depresión se da cuenta del lugar específico que dichos trastornos poseen en el ranking de las enfermedades con los mayores valores de AVISA del país, pero no se entrega información exacta sobre la cantidad de años perdidos por discapacidad que éstos poseen. Se pierde, de esa manera, parte de la fuerza que las medidas objetivas poseen en la construcción social de la importancia que poseen las enfermedades mentales, sobre todo cuando tradicionalmente tiende a mostrarse mayor conocimiento y respeto a las tasas de mortalidad, las cuales son bajas en estos trastornos.

Además, es relevante remarcar que, aunque se siguen varias recomendaciones dadas por la literatura respecto a la incidencia de los trastornos mentales que afectan a la infancia y la juventud para todos los casos, se excluye en la salud mental infanto-juvenil una definición precisa que explique los origen del problema y cómo las condiciones de la vida moderna afectan concretamente a la infancia en términos generales y para cada caso fijado como prioridad programática, en ambos Planes. Incluso siendo éste un asunto gravital, pues permite determinar las atribuciones de culpabilidad e intencionalidad que ayudan a persuadir sobre la importancia del problema público y permiten circunscribir su ámbito de acción, siguiendo lo señalado por las investigaciones de Rochefort y Cobb (1994: 15).

3.2 Discursos presidenciales del 21 de mayo

Además de la agenda de las políticas en salud, en los discursos presidenciales emitidos por los Presidentes chilenos entre 1990-2015, surgen tres tópicos que dominan la línea argumental de la agenda institucional apropiándose de la atención dentro de la agenda relativa a la infancia y juventud en Chile. Les siguen otros tres temas, cuya posición es más bien marginal. Las seis cuestiones, organizadas jerárquicamente según la importancia otorgada en los discursos, son: (1) educación; (2) integración democrática, empleo y voto; (3) delincuencia, drogadicción y alcoholismo; (4) deporte y cultura; (5) violencia intrafamiliar y maltrato infantil; y (6) derechos humanos. Dos elementos a destacar en esta categorización es que sólo el segundo tema toca lineamientos relacionados a la salud mental, aunque superficialmente, y en la agenda de salud se hace mención de las tres enfermedades mentales incluidas en el sistema AUGÉ. Sin embargo, en ambos el alejamiento respecto a las directrices impulsadas por ambos Planes son claras.

A pesar de ello, la revisión de los datos permite afirmar que existen configuraciones específicas de la estructura organizacional en la agenda institucional que ofrecen tanto oportunidades de intervención como obstáculos, los cuales deben ser considerados en el mediano y largo plazo para lograr, finalmente, insertar el problema de salud mental infanto-juvenil en la lista de prioridades del gobierno.

3.2.1 Acceso, calidad y equidad en salud

Desde el primer gobierno democrático, la agenda de las políticas sociales, donde se ubica salud, se insertó como un componente central de la estrategia del *crecimiento con equidad*, superando el asistencialismo del período anterior (Martín, 1998: 313). El objetivo de éstas era eliminar las desigualdades sociales como un asunto de justicia social, y así integrar al conjunto de la población, especialmente a los más vulnerables, al desarrollo.

"Avanzar en el camino de la equidad significa integrar cada vez más y más chilenos en el esfuerzo del desarrollo. La pobreza, la escasa educación, la mala salud de tantos chilenos, equivalen a un desperdicio de energía, talentos y capacidades potenciales. Avanzar hacia una mayor equidad equivale a invertir en las personas, en el capital humano de nuestra patria. La justicia social nos beneficia a todos, no sólo a nuestros compatriotas socialmente destituidos o marginados" (Aylwin, 1990: 29).

"Hemos colocado el tema de la reforma en salud como un tema central cuando hablamos de cómo tener un desarrollo productivo que llegue a todos los sectores. El desarrollo productivo, el crecimiento de Chile tiene que llegar a la salud de los chilenos" (Lagos, 2000: s.n.p.).

"Es mi deber garantizar la salud pública, la educación pública, la protección social y poner al servicio de todos ellos los bienes y servicios del Estado. No permitamos que en nuestro país existan familias de primera y segunda clase divididas por su capacidad económica de ejercer sus derechos tanto como sus deberes" (Bachelet, 2008: s.n.p.).

"Pero para alcanzar el desarrollo no basta con ciudadanos bien educados. También necesitamos ciudadanos sanos. Y en Chile queda mucho por avanzar en materia de calidad y equidad en el acceso a la salud. Las personas de escasos recursos además de enfermarse más, acceden a una atención de salud tardía y de peor calidad" (Piñera, 2010: 22).

Tras el retorno a la democracia, los problemas públicos de la salud eran de acceso, calidad y equidad, los cuales (re)producían las desigualdades sociales. El origen de este problema se situó discursivamente en el bajo presupuesto otorgado al área durante la

Dictadura, pues en virtud de aquél no se renovó la infraestructura de los servicios públicos y existían dificultades financieras y deficiencias de gestión y calidad, así como escasez de recursos humanos y apoyo técnico por parte del MINSAL (Aylwin, 1990: 34-35; Frei, 1994: 20). La traducción práctica de esta deficiencia eran los indicadores de desnutrición, mortalidad infantil y riesgo biomédico que iban en desmedro de la clase baja, afiliados al sistema público. En un contexto generalizado de desigualdad, las políticas sociales se dedicaron a resolver la *deuda social* e incentivar la igualdad de oportunidades, asegurando el cumplimiento efectivo de todos los derechos consagrados en la Constitución (Martín, 1998: 313).

"Lo hemos dicho y no nos cansaremos de repetirlo: el crecimiento sólo tiene sentido si se transforma en mayor bienestar para todos los chilenos. Nuestra vocación política es una vocación por la igualdad. Nos acompaña desde siempre. Por ello nuestros desvelos por la Reforma Educacional, la Reforma en la Salud, la Reforma Judicial, la Justicia Laboral, por mejorar los empleos, por abrirnos al mundo" (Lagos, 2005: s.n.p.).

"Para construir un Estado social y democrático de derecho, es imperativo asegurar jurídica y financieramente los derechos sociales que dicho Estado reconoce a las personas" (Bachelet, 2009: s.n.p.).

La especificidad del problema público de salud se articuló con el gobierno de Eduardo Frei, quien sumó a los problemas de acceso, calidad y equidad los requerimientos del nuevo perfil demográfico, cultural y epidemiológico del país. Aunque esta demanda ingresó tardíamente a la agenda institucional, tal como muestra la discrepancia con la inclusión de la transición epidemiológica en el Plan Nacional de Salud Mental, sus efectos fueron inmediatos. Entre éstos se cuenta la división, por primera vez, de la atención médica en sectores etarios: el programa madre-hijo se separó en sus dos componentes y se incorporaron programas para el adolescente, adulto y adulto mayor. Asimismo, se incluyeron programas de salud dental, salud mental, rehabilitación y violencia intrafamiliar. Estas transformaciones produjeron la propuesta de un salto cualitativo en salud que será realizado más tarde por Ricardo Lagos, pero cuyos cimientos se encuentran ya en la agenda gubernamental de Frei:

"He señalado en forma reiterada que dar más y mejor atención de salud no es sólo asunto de aumentar los recursos financieros; además, tenemos que mejorar la gestión de nuestros servicios públicos de salud. El Ministerio de Salud ha avanzado en la puesta en práctica del Plan de Reforma del Sector Público de Salud, con el propósito de responder mejor a los cambios epidemiológicos, demográficos y sociales de la población; mejorar la gestión pública; descentralizar las decisiones y elevar la calidad de las prestaciones" (Frei, 1996: 28).

"El objetivo primordial del sistema público es la satisfacción de los usuarios a través de una prestación de calidad. De acuerdo a ello, el Estado establecerá un Plan de Salud que incluya la totalidad de problemas de salud cuya atención y solución es considerada prioritaria por la sociedad chilena. Mediante este plan, cada persona estará en condiciones de exigir el cumplimiento de sus derechos en salud y el Estado tendrá el deber de responder de acuerdo a determinadas condiciones de cobertura y tiempos de espera máximos" (Frei, 1997: 15).

La agenda gubernamental de salud del Presidente Ricardo Lagos no sólo se haría cargo de discutir e implementar la reforma, también consideró la emergencia de una nueva solución: la protección de los afiliados del sistema público y privado a través de la conformación de un sistema de financiamiento solidario, llamado *fondo de compensación solidario*. La solidaridad, aunque no era estrictamente novedosa, no había sido debatida en la agenda gubernamental de salud desde las discusiones que, propuestas por la Falange Nacional (Labra, 2004: 215), dieron vida al Servicio Nacional de Salud en 1952. La política de consensos, que caracterizó las relaciones al interior del

sistema político, había impedido que se discutieran reformas estructurales al sistema de financiamiento y pronto también obstaculizó su avance, pues la idea encontró oposición en los partidos de derecha y no alcanzó a materializarse. A pesar de estos contratiempos, el sistema AUGE se construyó como la iniciativa estatal que vino a culminar las inversiones organizadas en salud desde el retorno a la democracia, centrándose en los cuatro principios de acceso, atención oportuna, calidad y financiamiento que perjudicaban a la clase baja y resolviendo las demandas del cambio epidemiológico, generando mecanismos de aseguramiento y control para las enfermedades prioritarias.

"La reforma de la salud tiene un solo norte: dar mejor atención de salud a todos los chilenos a través del Plan AUGE, evitando las desigualdades de hoy" (Lagos, 2002: s.n.p.).

"La salud es pionera en el concepto de derechos garantizados, a través del Plan AUGE. Es el mejor ejemplo de que podemos avanzar hacia bienes universales para los ciudadanos, como debe ser una sociedad moderna" (Bachelet, 2007: s.n.p.).

En este escenario deben comprenderse todas las soluciones que serían replicadas por los gobiernos desde 1990 a 2015, incluyendo el fortalecimiento del sistema público por medio de un programa de inversiones crecientes destinados a mejorar y aumentar infraestructura y equipamientos, recuperar las dotaciones y salarios de los profesionales; cambios en el sistema de pagos; fortalecimiento del rol fiscalizador; descentralización de la compra de medicamentos; aumento de la cobertura (incluyendo inversiones en agua potable y alcantarillado); modernización del sistema de gestión; proyecto de ley para la modificación a la Ley de Isapres; aumento de las enfermedades prioritarias del AUGE; creación de los Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad; y establecimiento del Fondo de Farmacias, entre otros. Ante la persistencia de las listas de espera e insatisfacción de los usuarios, así como las demandas por "una mejor atención de salud, más oportuna, rápida y de calidad" (Bachelet, 2015: 22), esta caracterización del problema público sigue presente retroalimentando la estructura organizacional de las políticas en salud y actuando como su puerta de entrada. Son demandas, necesidades e iniciativas históricas:

"Muchas de estas iniciativas son históricas, en buena parte porque debíamos recuperar el terreno perdido y retomar la iniciativa estatal en la salud pública, pero, sobre todo, porque un gobierno que busca hacerse cargo de las demandas y necesidades urgentes de los ciudadanos entiende la prioridad que para ellos representa la salud. Esas prioridades, por supuesto, pueden cambiar, porque la realidad social es dinámica. Nuestras respuestas deben adaptarse a ella, especialmente en la lucha contra las desigualdades que persisten en nuestra sociedad: una tarea de largo aliento que exige del Estado no sólo respuestas institucionales y permanentes, sino, sobre todo, creatividad y sintonía con las personas" (Bachelet, 2015: 24).

Respecto a la vulnerabilidad social, el segundo mandato de Bachelet, articula la inclusión del acceso a la salud como una de las medidas, junto al acceso a educación, trabajo, vivienda y seguridad social, del carácter multidimensional de la pobreza hacia cuya reformulación debe orientarse la nueva versión de la Encuesta CASEN.

El gobierno de Sebastián Piñera formó una nueva propuesta de solución al problema público de la salud, además de cubrir los aspectos ya tradicionales de la agenda. La prevención adquirió un rol prioritario en la resolución del acceso, calidad y equidad, al punto de quedar establecida como política pública en el programa Elige Vivir Sano, también referido como Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020.

"Las responsabilidades son compartidas: los ciudadanos deben asumir el cuidado de su propia salud. Al fin y al cabo, cada uno es el mejor y más

interesado médico de sí mismo. A ello apunta la ley de etiquetado de alimentos y la campaña Elige Vivir Sano" (Piñera, 2011: 13).

"Pero nada de lo anterior será suficiente si no reconocemos lo obvio: siempre es mejor prevenir que curar. Por eso estoy orgulloso del programa Elige Vivir Sano que dirige la Primera Dama y que está logrando que millones de compatriotas, de todas las edades, tomen conciencia de las ventajas de llevar una vida más sana, alimentarse mejor, hacer más deporte, compartir más con la familia y tener más contacto con la naturaleza. Y por supuesto disminuir su consumo de tabaco y alcohol" (Piñera, 2012: 18).

La prevención, presente como solución al problema sanitario desde la formulación de la Ley de Medicina Preventiva en 1938, adquiere una renovada prioridad en la agenda de salud, estableciendo un conjunto de restricciones políticas importantes al poner en segundo término las medidas de promoción, tratamiento y rehabilitación. Esta situación podría ser crítica respecto al área de la salud mental especializada en trastornos mentales.

3.2.2 La educación y los escolares

Las políticas educacionales dominan el discurso sobre la infancia y juventud en todo el período analizado, siendo congruente con la importancia desarrollada hacia la inversión en capital humano (Arellano, 2005: 422; Martín, 1998: 318), el aumento presupuestario hacia el área y el número total de menciones, las cuales la sitúan en el 2º lugar después de los asuntos macro-económicos (López, Vilches y Miranda, 2011: 43; 53). La definición del problema público de la educación, como política social, se enmarcó en las características de acceso, calidad y equidad, sumándose los requerimientos de democratización y modernización del Estado que se abría al siglo XXI y del cual dependía el desarrollo del país, incluso en el contexto de las demandas sociales por gratuidad que se han sumado en los últimos años.

"No habrá una sociedad democrática y moderna en Chile si desde ahora no formamos y preparamos a las nuevas generaciones, y si no damos las mismas oportunidades de acceso a una educación de calidad a todos los niños y jóvenes, los hoy privilegiados y los hoy desposeídos" (Aylwin, 1990: 41).

"Y también el futuro de nuestra economía avala nuestra decisión, Sólo si invertimos fuertemente en un sistema educativo de calidad que potencie los talentos de los alumnos, tendremos entonces en el mediano plazo una economía dinámica e innovadora (...) y donde se obtengan los conocimientos, competencias y valores democráticos que el país demanda de sus niños, niñas y jóvenes" (Bachelet, 2014: 7).

"Como sociedad compartimos la certeza de que instaurar las bases de un nuevo modelo educativo gratuito, de calidad, inclusivo y con énfasis en lo público es lo que nos permitirá borrar las discriminaciones y marginaciones y, al mismo tiempo, dar impulso a nuestro desarrollo como personas y como país" (Bachelet, 2015: 5).

La educación y los estudiantes tendrán, tal como señaló Cox (1997: 5), "el carácter estratégico del sector para el proyecto de desarrollo económico y democrático del país". Idea que ha estado presente desde el siglo XIX, cuando se creía que la escuela debía regenerar la raza, formar buenos ciudadanos y superar la cuestión social (Isla, 2012: 153; Rojas, 2007: 144), así constituye educación es un antiguo problema público que ha sido redefinido en el marco de la modernización, globalización y surgimiento de la sociedad de conocimiento. De esa forma, este discurso se constituye como rechazo a la educación heredada de la Dictadura, pues ésta hizo que la educación perdiera su prestigio, calidad y capacidad para formar a las nuevas generaciones de servidores públicos, profesionales, empresarios, científicos, técnicos y personal capacitado que la

sociedad necesitaría para alcanzar el desarrollo en el nuevo contexto mundial (Aylwin, 1993: 60-61; Frei, 1997: 63).

"Como he señalado muchas veces, mi gobierno quiere poner su vista en el futuro. Tengo la convicción de que es en la educación donde se juega el futuro de Chile. Y por eso me imagino para el 2010 una educación (...) donde todos dominen los conocimientos más revolucionarios de las ciencias, matemáticas o humanidades, hablen fluidamente el inglés y naveguen libremente por Internet. Sueño con una educación igualmente buena en una escuela municipal muy modesta allá en el sur o en el mejor colegio privado del barrio alto de Santiago" (Lagos, 2000: s.n.p.).

"Tenemos que tener un sistema a la altura de los desafíos del siglo XXI. Por eso la educación bilingüe, por eso acortar la brecha digital, por eso abrir los establecimientos después de las seis de la tarde, por eso la necesidad de la Jornada Escolar Completa" (Lagos, 2003: s.n.p.).

Esta re-definición del viejo problema de la educación no tuvo obstáculos para consolidarse y es probable que ello sucedería en virtud de los cambios paradigmáticos propuestos por el gobierno de la Concertación en el terreno de las políticas sociales bajo el lema de *crecimiento con equidad*. La educación de calidad favorecía, en el nivel individual, igualdad de oportunidades y movilidad social, mientras en el plano colectivo aseguraría la cultura democrática solidaria, libre y responsable y la productividad y competencia de la economía, afirmó Frei (1996: 35; 1997: 7).

"Compatriotas: Sólo los pueblos con una sólida base educacional pueden aspirar seriamente al desarrollo. Sólo las naciones que ofrecen a sus hijos una educación de calidad y equitativa, podrán estar a la altura de las exigencias de un mundo moderno. Sólo los países que invierten más en enseñar y aprender, y que ponen al día sus estructuras educacionales, estarán en condiciones de dar oportunidades a sus jóvenes de fortalecer la equidad y enriquecer la democracia" (Frei, 1996: 40).

"Tenemos más y mejor infraestructura educativa, más desayunos y almuerzos, más textos escolares, más horas de clases (...); en suma, más y mejores oportunidades educativas para los niños que provienen de familias más vulnerables. ¡Así trabajamos para llevar el crecimiento a todos los sectores!" (Lagos, 2005: s.n.p.).

"Compatriotas, la educación es el principal motor para el desarrollo y la movilidad social. Es el mecanismo para que los talentos emerjan y el merito surja. Es el gran instrumento para construir el país de las oportunidades. Por eso, la batalla por el desarrollo y contra la pobreza, la vamos a ganar o perder en la sala de clases" (Piñera, 2010: 19).

La persistencia de las desigualdades sociales en educación no sólo ha ayudado a su permanencia y prominencia en la agenda gubernamental de infancia y juventud, también ha producido tres tipos de escolares. El primero es aquél de menores ingresos, asistente a las escuelas públicas e incapaz de aprender "menos de la mitad de lo que se espera de ellos" (Aylwin, 1990: 42). El segundo, es el primer sujeto que ha logrado sobreponerse a todos los retos de la educación básica y media y ha llegado, con su talento y mérito, a la educación superior sin recursos para solventarla. En cambio, el tercer tipo corresponde a los alumnos de escuelas pagadas, implícitamente asociados a las clases altas y capaces de aprender. Aunque los tres estudiantes han sido objetivo de las políticas públicas, sobre todo a partir de la reforma educacional de Frei y bajo una consideración histórica de la infancia-juventud como futuro del país, lo cierto es que las intervenciones gubernamentales se han centrado principalmente en los dos primeros. En todos los casos, además, el análisis comenzó en las condiciones socioeconómicas, siendo entonces una visión reduccionista respecto tanto a la definición de vulnerabilidad contenida en la Convención de los Derechos del Niño, donde se define

desde los cambios biológicos, cognitivos, sociales, reproductivos y sexuales, como a la promulgada por el Plan Nacional de Salud Mental de 1993, el cual considera el impacto de factores sociales, culturales, demográficos, económicos y ecológicos.

"Estamos invirtiendo más allí donde hay más carencias y necesidades, en los niños de las familias más pobres y en aquellos lugares donde las oportunidades son más escasas" (Lagos, 2002: s.n.p.).

"Y, nuevamente, son las familias pobres, los que viven en comunas apartadas, los que más se benefician. En Huasco, por ejemplo, la matrícula pre-escolar es hoy 190 por ciento más que hace diez años; en Colchane, los estudiantes de educación media son un 200 por ciento más que en 1992; en Pudahuel, los jóvenes que cursan educación superior aumentaron en un 330 por ciento en una década (...) De cada cinco estudiantes hoy en la educación superior, cuatro tienen padres que nunca accedieron a la educación superior (...) ¡Esto es crecer con equidad! Porque estamos dando un salto generacional como nunca antes en la historia educacional chilena" (Lagos, 2003: s.n.p.).

"Nuestro gobierno pone la educación de sus niños y jóvenes al centro de sus preocupaciones. Hemos hecho de la formación de la persona humana - de sus talentos, su libertad y sus responsabilidades - el eje de nuestra acción y el norte del país" (Frei, 1997: 6).

"¡Porque si la educación es un derecho de todos, entonces debemos financiarla con recursos públicos, y no con el sacrificio de las familias, especialmente de las más vulnerables y de clase media!" (Bachelet, 2014: 8).

"A los jóvenes esforzados y talentosos de Chile, a ustedes que han soñado con estudiar un postgrado o formarse en el extranjero, les digo: tendrán esa oportunidad. Podrán conocer otras culturas y traer a Chile el conocimiento adquirido. Sí, porque vamos a hacer un esfuerzo adicional inmenso en materia de formación de postgrado y perfeccionamiento en universidades de prestigio y áreas prioritarias" (Bachelet, 2008: s.n.p.).

"Garantizar que ningún joven con mérito se quede fuera de la educación superior por falta de recursos, ni ninguna familia vea transformado su sueño de un hijo profesional en una verdadera pesadilla por la pesada mochila de deuda que ello puede significar" (Piñera, 2013: 15).

Todas las soluciones propuestas a lo largo de los años en términos de cobertura, infraestructura, equipamiento, modernización de la gestión, sistemas de enseñanza-aprendizaje, modificaciones curriculares, dignificación de la profesión docente, modificación a la ley L.O.C.E., creación de la Superintendencia de Educación, programa Inicia y el nuevo Simce de inglés, entre otros, deben adscribirse a esta definición del problema público de la educación. Esta situación ha conformado una estructura organizacional de la agenda gubernamental fijando, tal como remarca la literatura, un patrón de atendibilidad y aceptabilidad que ha condicionado restricciones económicas, operativas, políticas y mentales a los problemas públicos de las políticas sociales y a la agenda de infancia y juventud.

3.2.3 Los jóvenes y la integración democrática: empleo y voto voluntario

Durante el mandato presidencial de Aylwin, la agenda gubernamental abrió la integración democrática y participación como tarea del gobierno. En el marco de los jóvenes, este fenómeno se integró como objetivo en la creación del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), diseñado para terminar con su marginalidad y exclusión, pues les permitiría incorporarse a la vida económica, social, cultural y política de Chile (Aylwin, 1990: 19). La situación de marginalidad de la juventud venía del conocimiento que el Estado poseía de los problemas de cohesión e integración que los afectaron durante la Dictadura, sobre todo a aquellos provenientes de la clase baja (Aylwin, 1991:

10), y que los transformó, por razones económicas, en uno de los grupos desvalidos de la sociedad junto a las mujeres pobres jefas de hogar, ancianos (Aylwin, 1991: 28) y discapacitados (Aylwin, 1992: 66). En el caso de los jóvenes, se sumaron además variables que los describieron como sujetos con sentimientos de exclusión social y "falta de motivación integradora con el destino del país que los lleva a 'estar en otra'", las cuales, en una sociedad consumista, "debilita en ellos el noble idealismo propio de la juventud" (Aylwin, 1993: 70). Este diagnóstico era un riesgo frente a la responsabilidad que se le otorgaba como futuro del país:

"Nuestra gente y nuestra tierra: de ellas depende el futuro de Chile. En consecuencia, hay que cuidarlas. Nuestra gente del futuro son nuestros jóvenes y niños de hoy. ¿Los estamos cuidando como debemos y preparando para su tarea? Ciertamente es que nos esmeramos en mejorar su educación. ¿Pero estamos siendo capaces de transmitirles valores profundos y de suscitar en ellos grandes ideales? Los veo desorientados, faltos de fe, con aire de desaliento" (Aylwin, 1992: 69).

La revisión de los discursos permite concluir que la principal solución propuesta fue la inclusión laboral, tal como también afirmó Rodríguez (2000: 92) y Dávila (2000: 19-20), la cual representó la "expresión concreta del compromiso de este Gobierno con la creación de mayores oportunidades para la juventud" (Aylwin, 1990: 44). Dada las dificultades que el grupo siguió presentando para acceder al mercado laboral, el programa de capacitación se mantuvo presente, ahora bajo el nombre de Más Capaz, y llegaría a incluir un subsidio al trabajo juvenil, durante el segundo mandato de Michelle Bachelet.

"Son los niños, jóvenes y trabajadores con voluntad de perfeccionarse los mejores candidatos para recibir un apoyo de calidad en materia educacional y capacitación laboral que los habilite para romper las ataduras de la pobreza" (Frei, 1994: 11).

"Un motor de inclusión y equidad es incorporar al trabajo a quienes tienen mayores dificultades para hacerlo, estamos hablando de las mujeres y los jóvenes. En Chile, 49 de cada 100 jóvenes de entre 19 y 29 años no estudian ni trabajan. Es una de las cifras más altas de la región" (Bachelet, 2014: 26).

A las políticas de capacitación juvenil le antecede una preocupación que afecta al estudiante y que provoca que ambas políticas estén estrechamente vinculadas en la cumbre de la agenda de infancia y juventud, tras complejas redes de conexiones. En 1990, el problema de la educación media fue definido, además de su falta de calidad e inequidad, como desorientado en sus fines, pues "no prepara adecuadamente para el trabajo ni para la educación superior, y tampoco da al estudiante los instrumentos necesarios para comprender, participar e interpretar la sociedad en la que vive" (Aylwin, 1990: 43). Ocho años más tarde, se sumó la deserción escolar (Frei, 1998: s.n.p.). De esa forma, el joven del cual se preocupó el INJUV provenía, al menos en parte, del ideario fallido del estudiante y de los propósitos de la educación y su idea de inclusión era transformarlos en trabajadores, de modo tal, de seguir asegurando la democracia y su desarrollo productivo. Sin embargo, si se considera el contraste de esta definición con el ideario de la juventud asociada a la delincuencia, drogas y alcohol, la narrativa del joven y su integración democrática corresponde más bien a una definición aporética que podría transformarse en una amenaza en caso de no producirse la integración productiva (Rodríguez, 2000: 94). De ahí entonces la persistente necesidad de capacitar al joven, fortalecer la educación media y evitar la deserción escolar en un enfoque que se corresponde con la mirada estigmatizante y controladora sobre el niño, tal como señala (Hein y Cárdenas, 2009: 98).

"Si no hay deserción escolar, hay jóvenes que se apartan del vicio, de la droga y la delincuencia, sino hay deserción escolar ganamos cerebro, para ganar la batalla del siglo XXI" (Lagos, 2002: s.n.p.).

Con el ingreso de Ricardo Lagos a la Presidencia, el discurso de la integración juvenil da lugar a uno nuevo, también vinculado a la educación pero esta vez a sus logros: el joven profesional que, con su talento, usa su título para servir al país. A propósito de la creación de Chile Solidario, Lagos remarca su agradecimiento hacia el joven trabajador que ha logrado integrarse democráticamente en la sociedad:

"Poco más de mil profesionales y técnicos han sido contratados por el Fosis para esta tarea. Todos los cargos fueron llenados por concurso y los postulantes, en su mayoría, son jóvenes. Jóvenes cuyo único deseo es servir a los más pobres y vulnerables de nuestra sociedad (...) quiero expresar mi agradecimiento a esos miles de jóvenes que son ejemplo de vocación de servicio público (...). Hay camiseta, hay interés, hay pasión por lo que se hace. No es cierto que los jóvenes no están ni ahí. Los jóvenes están ahí cuando hay causas que valen la pena y Chile Solidario vale la pena" (Lagos, 2003: s.n.p.).

Un proceso similar se observa en el apoyo crediticio a los jóvenes emprendedores, a través de la industria del capital de riesgo (Lagos, 2003: s.n.p.; 2004: s.n.p.). Pronto, sin embargo, surgen dificultades al emerger la juventud que no está inscrita en los registros electorales y no participa de la democracia. Aunque en todas las sociedades democráticas la población adulta tiende a votar más que los jóvenes, la caída en la participación juvenil ocurrió a un ritmo especialmente acelerado, preocupando a las autoridades: en el plebiscito de 1988 cerca de un 30% de la población inscrita era menor de 30 años, en 2001 ésta bajó a 13%, señalan Contreras y Navia (2011: 10).

"Cuando envejece el padrón electoral también envejece la democracia. Nuestra juventud no es una juventud apática. Por el contrario. Los veo en todo Chile participando en cientos de causas nobles, en trabajos voluntarios, en talleres culturales (...) El sistema no les abre la oportunidad de participar, sino que les pone barreras y los desalienta" (Bachelet, 2008: s.n.p.).

"Debemos construir una democracia más vital, cercana, transparente y participativa. Una democracia que no le tema a la participación de los jóvenes. Porque nuestra sociedad necesita de ellos, no solamente por su voto, sino por su alegría, entusiasmo y energía" (Piñera, 2010: 27).

"Nuestros jóvenes quieren opinar y participar: se manifiestan a través de las redes sociales, pero no se inscriben en los Registros Electorales. Por eso, hagámoslo ya: Inscripción Automática y Voto Voluntario" (Piñera, 2011: 15).

La solución propuesta a este problema público en la agenda de Lagos, Bachelet y Piñera fue la inscripción automática en los registros electorales y voto voluntario, aunque la dificultad mayor, según Ricardo Lagos, estuvo relacionada al sistema binomial, el cual haría sentir al joven que su decisión es irrelevante, no se han hecho cambios en el área. Ninguna de las otras medidas propuestas apuntó directamente a la juventud.

3.2.4 Los menores en la delincuencia, drogadicción y alcoholismo

Desde el gobierno de Aylwin se observa rápidamente la asociación entre delincuencia y juventud. La cesantía juvenil es considerada, junto a la extrema pobreza, una de las condiciones socio-económicas que incitan a la delincuencia, reproduciendo nuevamente la clasificación socio-económica de vulnerabilidad y replicando la preocupación histórica por la vagancia y delincuencia de los niños abandonados de las clases bajas.

"La progresiva superación de la lacras, como la extrema pobreza y la cesantía juvenil, traerá consigo avances importantes en la disminución de la delincuencia. Si bien la constatación de este hecho poco puede influir en el enfrentamiento del problema en el corto plazo, llamo al país a tenerlo siempre presente y a aquilatar, por consiguiente, la relevancia de todos los avances que se puedan hacer hacia una mayor justicia social" (Aylwin, 1991: 18).

En la construcción del problema público de la delincuencia juvenil, otra de las principales causas ha sido también la drogadicción y alcoholismo. La prioridad concebida a ambas estaría relacionada a la alta connotación social que poseen, ya que comprometen los valores cívicos, las instituciones democráticas y la seguridad ciudadana. En menor medida también se habló de los contenidos de violencia de la cultura, las irresponsabilidades de prevención y represión del sector bancario, y escasa disponibilidad de recursos humanos y técnicos en Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones (Aylwin, 1991: 19-20). Posteriormente, se sumó la falta de oportunidades y la necesidad de capacitar a los jóvenes para el trabajo, así como la reforma del sistema judicial (Aylwin, 1993: 9), deserción escolar, exacerbado individualismo y deterioro de la vida familiar (Frei, 1999: s.n.p.).

"El consumo y el tráfico de drogas es un mal social contemporáneo de inquietantes dimensiones e inmenso poder económico corruptor. Puede envilecer la cultura cívica de una sociedad, degradar las condiciones de vida de las personas, especialmente jóvenes, y amenazar, incluso, la transparencia y estabilidad de las instituciones democráticas" (Frei, 1997: 26).

En el discurso que vincula delincuencia y juventud, los niños y jóvenes se transformaron en *menores en situación irregular* y, dada su pretendida probabilidad de reincidencia, reaparece el temor, que la literatura registra ya en 1890 (Cillero y Bernal, 2002: 13), de la profesionalización del delincuente. Un elemento importante a tener en cuenta es que este enfoque considera las problemáticas relativas a la infancia y juventud como asuntos privados donde la intervención estatal se materializa cuando dicha conducta disocial se hace pública, por ende, no existe resguardo de los derechos fundamentales *ex ante* (De la Maza y Riveros, 2014: 423), situación que obstaculiza la realización de medidas de promoción y prevención de la salud mental efectivas en la población vulnerable al enfrentarse este paradigma con el modelo de salud mental de los Planes Nacionales. En esta línea deben entenderse las soluciones propuestas, incluyendo "la humanización del sistema carcelario y del tratamiento de menores" (Aylwin, 1992: 15); generación de oportunidades de empleo, uniendo el imaginario del joven delincuente con el joven trabajador; esparcimiento sano y deporte; campañas masivas de educación en los medios de comunicación y en las escuelas; fundación del Fondo Nacional para la Prevención del Consumo de Drogas y realización de programas psicosociales como 24horas y Nueva Vida. Elementos que permanecerán estables en la agenda, de modo tal que, en 2006 la presidenta Bachelet afirmó:

"Y la seguridad comienza por lo más básico, que es la seguridad personal y familiar. No quiero barrios atemorizados. Quiero familias que puedan disfrutar de la vida del vecindario, de las calles. Quiero jóvenes que disfruten de su juventud (...). Sabemos que la prevención es crucial si queremos derrotar la delincuencia. Iniciaremos y ampliaremos programas de empleo y capacitación juvenil, prevención de drogas, reforzaremos programas contra la deserción escolar, diseño de espacios públicos, junto a una fuerte inversión en infraestructura y masificación del deporte a nivel comunal" (Bachelet, 2006: s.n.p.).

Además, las medidas han contemplado un amplio sistema de rehabilitación, el cual adquirió mayor fuerza en torno a las discusiones sobre la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil y, dentro de las iniciativas de ampliación de la infraestructura penal, la necesidad de segregar a los jóvenes primerizos para evitar la profesionalización del delito (Lagos, 2004: s.n.p.; Bachelet, 2006: s.n.p.). El énfasis puesto en la rehabilitación, según Cillero y Bernal (2002: 14), consolidó la definición del delito como patología y la pena como tratamiento. Más tarde, el AUGE consagró la preocupación por la rehabilitación del consumo de drogas y alcohol como una de las enfermedades prioritarias, con el objetivo de prevenir el delito.

"El desafío de este año ha sido la implementación de la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil. Se trata de una reforma altamente completa,

que hemos iniciado no sin dificultades, pero con mucha decisión, para poner fin a la impunidad de los jóvenes infractores, pero a la vez preocuparnos de su rehabilitación, bajo los estándares internacionales de derechos humanos de la infancia. Sabemos que las dificultades para cumplir este desafío no son pocas, pero también que ésta es la oportunidad para asegurar, a gran escala, que el delito no es una alternativa de vida para ningún joven" (Bachelet, 2008: s.n.p.).

"A contar de julio, el Plan AUGÉ incluirá tratamiento de drogas y alcoholismo en los jóvenes. Hemos también reforzado los programas de prevención de drogas en el Ministerio del Interior, porque tenemos claro que este no es sólo un problema criminal, es esencialmente un problema social" (Bachelet, 2007: s.n.p.).

"La sociedad de seguridades siempre va a ser implacable con los narcotraficantes y sus redes de apoyo, porque son criminales. Pero siempre acogedora con las personas adictas, que al fin de cuentas son enfermos que claman por nuestra ayuda" (Piñera, 2012: 20).

La construcción social de los problemas públicos y la necesidad de adecuar las definiciones al marco institucional y cultural de la agenda institucional y los tomadores de decisión adquiere en la inclusión de este trastorno mental su evidencia, tal como señalaron Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010: 149) respecto al tercer Decreto Presidencial GES sin comprender su real significado. Tanto el Plan Nacional como el estudio de Carga de Enfermedad realizado por el MINSAL destacaron prevalencias que favorecen la atención de todas las personas entre 12 y 45 años, es más, el segundo documento informa de 50.806 años de vida perdidos por discapacidad por dependencia de alcohol entre los 15 y 44 años y otros 10.551 por dependencia de drogas (MINSAL, 1996: 63), siendo juntos la primera condición neuro-psiquiátrica discapacitante en este rango etario. Ambos valores se duplican en la segunda medición, especialmente entre los 20-44 años (MINSAL, 2008: 48). Sin embargo, en la agenda institucional prima una estructura organizacional que históricamente ha puesto el acento en la juventud dado sus necesidades de integración, el riesgo social que representan, en términos de la seguridad ciudadana, y el peso que posee el ideario del estudiante como futuro del país. En base a estos datos puede decirse entonces que la versión oficial del problema público del consumo de drogas y sustancias no se encuentra en el Plan Nacional, sino en los discursos presidenciales entre 1990-2015, pues éste determina, como señala la literatura, el futuro del problema, grupo a intervenir y objetivos que luego fueron traducidos al sistema AUGÉ.

En la agenda gubernamental de Sebastián Piñera, la seguridad ciudadana tomaría un nuevo impulso con la creación del Ministerio de Interior y Seguridad Ciudadana, "responsable de liderar la lucha contra la delincuencia y la droga y coordinar la acción de Carabineros y la Policía de Investigaciones" (Piñera, 2010: 17) y la primera propuesta de transformación radical del sistema de infractores de ley. El Presidente volcó, en sus cuatro discursos ante el Congreso Pleno, las acciones del sector de infancia hacia la reformulación integral de SENAME al proponer crear el Servicio Nacional de Protección de la Infancia y Adolescencia, institución que debería encargarse del cuidado y protección de los niños y jóvenes vulnerables, separando este servicio del ofrecido por el Ministerio de Justicia, quien se hace cargo de los niños y jóvenes en conflicto con la ley (*Ibíd.*: 30). Sin embargo, la división entre infractores y vulneración de derechos en infancia y juventud no ha podido ser cumplida y en Chile sigue vigente el enfoque de los *menores en situación irregular*, imposibilitando la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, tal como mostró Moro (1997: 149-150) respecto a Argentina. Esta situación podría estar vinculada a los valores históricos y culturales con los cuales se ha tratado el problema público de la delincuencia juvenil en Chile, así como su carácter dramático y el proceso de etiquetado que acontece en los discursos presidenciales analizados en la presente tesis. Podría

decirse, entonces, que esta definición del problema público es uno de los *asuntos de valencia* ejemplares en Chile. De esa manera, su reforma debe ser, como señala Maldonado (2014: 230), una profunda redefinición conceptual y cultural hacia el real reconocimiento de una verdadera ciudadanía para la infancia.

3.2.5 Mente sana en cuerpo sano: cultura y deporte

Desde los mensajes presidenciales de Ricardo Lagos se observa la adhesión de una nueva imagen al ideario de la juventud, la cual permanece aún ligada al objetivo del desarrollo del país, dando así cuenta de la fortaleza de la estructura organizacional existente y las redes de conexiones al interior de la agenda de infancia y juventud. La cultura y el deporte comienzan a tomar un rol central en el objetivo de "engrandecer el espíritu de Chile" (Lagos, 2000: s.n.p.), pues permiten desarrollar la identidad nacional, creatividad y sentido de equipo asegurando el camino del éxito en el mundo global, especialmente en los jóvenes:

"Tan importante como el avance material en el mundo que se globaliza es entender que la cultura es la que nos afina a las tradiciones permanentes de Chile (...) Por ello vamos a definir una infraestructura cultural a lo largo del país, vamos a desarrollar un Programa Nacional de Juventud y Cultura, porque es allí, entre los jóvenes, donde están los Matta, los Neruda, los Arrau y las Mistral de este siglo XXI. Vamos a fomentar el deporte a lo largo y ancho del país, porque ahí están las figuras que nos llenarán de orgullo en el futuro" (Lagos, 2000: s.n.p.).

"La estima y el respeto que recibe Chile en la Comunidad Internacional, proviene también de los productos culturales que somos capaces de producir. Matta, pintando en París, Raúl Ruiz, filmando en distintos lugares del mundo películas chilenas, premiadas en importantes festivales internacionales, novelas de nuestros escritores traducidas y expresadas en los países más diversos, jóvenes de las orquestas infantiles y juveniles recorriendo el mundo: todo eso forma parte también del orgullo de una nación como la nuestra" (Lagos, 2002: s.n.p.).

Tanto las actividades culturales como el deporte representan la integración social cumplida satisfactoriamente al reflejar el logro de la igualdad de oportunidades en las comunidades más pobres y en uno de sus grupos más vulnerables, los jóvenes. También constituyen recetas para luchar contra el flagelo de la delincuencia y la drogadicción, las cuales atentan contra la integración y desarrollo del país.

"Cuando se llega a la Isla del Rey y hay una pequeña orquesta, con 30 jóvenes, (...) ¿Qué ocurre cuando en esos hogares hay una vinculación directa al violín, al instrumento musical, que es el que les permite soñar con un mundo distinto? Esas orquestas juveniles son la forma más directa que tenemos de demostrar igualdad de oportunidades y de hacerlos soñar en un mundo distinto" (Lagos, 2002: s.n.p.).

"Hemos dicho que no sólo basta con que haya justicia y mano firme. También es importante una mano inteligente y la prevención (...) Quiero poner un ejemplo. Creamos un modelo de atención psicosocial que ha llamado la atención de los jóvenes y que hoy se extiende en 60 comunas, como son las Escuelas Preventivas de Fútbol (...), nos ayudan a mantener a los jóvenes donde deben estar: haciendo deporte, divirtiéndose, integrándose socialmente, formándose en valores, trabajando en equipo, mirando el futuro 'color esperanza'" (Bachelet, 2009: s.n.p.).

"El deporte no sólo mejora el estado físico, el ánimo y la salud, también enseña valores y es un poderoso instrumento para combatir la droga, el

alcoholismo y la delincuencia. Después de todo, hay mucha sabiduría en aquello de mente sana en cuerpo sano" (Piñera, 2010: 34).

La idea que el deporte permite desarrollar virtudes morales contra el alcoholismo y la holgazanería no es nueva, tal como se puede observar en el discurso presidencial de Arturo Alessandri Palma a propósito de la Ley de Educación Física. El deporte tempranamente se consideró un componente central en la disuasión de vicios, fortalecimiento de la identidad nacional y fortificación de la raza chilena, debido al impacto de las experiencias político-ideológicas del siglo XX que promulgaron la relación bio-política entre el Estado y la población (Isla, 2012: 179). Sin embargo, no es hasta 2008 que la propuesta se institucionaliza con el envío del proyecto de ley que propuso crear el Ministerio de Deporte y la Juventud, el cual debía reformar parte de la política juvenil (Bachelet, 2008: s.n.p.). El Ministerio de Deportes fue aprobado el 2013 y su treceavo objetivo remarcó la función del organismo de fomentar el deporte en personas en proceso de rehabilitación por drogadicción y alcoholismo, discapacitados, privados de libertad y menores de edad en condición de riesgo social (Gobierno de Chile, 2013). La relación entre el deporte y la prevención del consumo de drogas y alcohol en la población infanto-juvenil quedó también fijada en la definición de una Ministra para el período 2014-2015 especializada en criminología y seguridad ciudadana (Gobierno de Chile, 2014).

3.2.6 Maltrato infantil y violencia intrafamiliar

El maltrato infantil surge por primera vez en el discurso presidencial de 1993, dentro de las iniciativas de reforma al sector penitenciario y junto al proyecto de ley sobre adopción (Aylwin, 1993: 13). Pero no es hasta 1994 que se promulga finalmente la Ley del Maltrato a Menores. En el discurso presidencial del año siguiente, el maltrato infantil ocupó un espacio en la agenda jurídica dedicado a remarcar brevemente la protección de la familia e infancia. Así, la temática se reunió junto a las preocupaciones relativas a la violencia intrafamiliar, régimen de matrimonio y patrimonio familiar, erradicación de los menores de las cárceles y el proyecto de ley que posteriormente creó los Tribunales de Familia (Frei, 1995: 12-13). Luego de este empuje, sus apariciones son esporádicas: se vincula a la creación de centros profesionales para orientación y derivación de casos de violencia intrafamiliar en dos ocasiones (Frei, 1997: 24; Bachelet, 2014: 28) y a los temas que serán de competencia de los Tribunales de Familia (Lagos, 2001: s.n.p.), así como a la necesidad de su erradicación (Bachelet, 2014: 30; 2015: 26).

Esta temática, aunque no era desconocida, es considerada por la literatura académica y por el Plan Nacional de 2000 como una problemática emergente, pues históricamente permaneció al margen de las políticas públicas. Su emergencia, que vendría a ser determinante en su definición, vino de los esfuerzos del Servicio Nacional de la Mujer para promover la lucha contra la violencia intrafamiliar hacia las mujeres (Schkolnik, 1995: 274), vínculo que se reproduce en la agenda institucional de las políticas judiciales y de salud mental.

"Ellas son un conjunto de iniciativas que demuestran nuestra voluntad y nuestra vocación por fortalecer la familia. No sólo tenemos que llenarnos la boca diciendo que la familia es la base de la sociedad, sino que es necesario adoptar medidas concretas y precisas, que vayan en defensa de las mujeres, los niños y los más débiles" (Frei, 1999: s.n.p.).

"La violencia contra los niños y niñas al interior de sus casas, en el seno de sus familias, donde debieran tener la protección máxima, genera una sensación dolorosa de desprotección y vulneración de derechos" (Bachelet, 2014 : 28).

En el gobierno de Bachelet, la agenda gubernamental se centró en la violencia intrafamiliar que afecta a la mujer, focalizando el accionar en proyectos de ley que

tipificarían el femicidio y subirían sus penas (Bachelet, 2009: s.n.p.). Sin embargo, el maltrato infantil, aunque desapareció por largo tiempo de los discursos ante el Congreso Pleno, siguió vigente en otras arenas públicas. De esa manera, se relacionó por primera vez a la Convención de los Derechos del Niño gracias a la vinculación mayor de las políticas de infancia con el enfoque de derechos (JUNAEB, 2009: 5).

3.2.7 Derechos del niño

Los derechos del niño tienen, junto al maltrato infantil, el último lugar en las prioridades de la agenda formal de infancia y juventud, sus menciones son escasas y la aplicación del modelo teórico es insuficiente. La Convención sobre los Derechos de los Niños aparece por primera vez en el segundo mensaje presidencial de Aylwin, cuando éste da cuenta de los tratados internacionales que el Gobierno ratificó en el marco de su preocupación por los derechos humanos (Aylwin, 1991: 8). Le siguen otras seis menciones: en 1995 son descritos como derechos humanos primarios que son "el alivio vivificante de la democracia" (Frei, 1995: 40) y en 1994 y 1996 surgen ante la necesidad de readecuar la Ley de Menores (Frei, 1994: 42; 1996: 27), aunque estas intenciones comenzaron en 1990 cuando se conformó la Comisión intersectorial Asesora para estudiar y redactar proyectos de ley adecuados a la Convención (Cillero y Bernal, 2002: 16). Finalmente, los derechos humanos de la infancia se mencionan con la promulgación de la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil (Bachelet, 2008: s.n.p.) y en el contexto de la legislación familiar y el cuidado del hijo de padres separados, cuando se refiere al interés superior del niño, pilar de la Convención (Piñera, 2011: 18). Por último, en 2015, tras la conformación del Consejo Nacional de la Infancia, Bachelet (2015: 25) compromete la elaboración de una nueva Política Nacional de Niñez y Juventud y un proyecto de ley que garantice la aplicación de sus derechos.

La agenda sobre los derechos humanos, a lo largo de todo el período analizado, tiene a estar ocupada más bien por la violación a los derechos humanos cometidas por la Dictadura Militar, el exilio y los presos políticos. Estos temas aparecerán permanentemente en la agenda institucional dada las controversias generadas por el Informe de Verdad y Reconciliación, la confusión de osamentas de detenidos desaparecidos en el patio 29 del Cementerio General y la detención del General Pinochet en Londres. En el siglo XXI, la tendencia se mantuvo producto de la conmemoración de los 30 años del Golpe Militar, el Informe de la Comisión Valech, la inauguración del Museo de la Memoria y la ratificación de la Convención de Naciones Unidas de Desaparición Forzada de Personas y la Convención de Roma que creó el Tribunal Penal Internacional. El marco narrativo de estos tópicos fue la "reconciliación nacional", primera tarea del Gobierno de Aylwin, entendida como reconstrucción de la patria y la democracia; el respeto al derecho, tolerancia y libertad y el rechazo a la opresión que apela a la nación como un todo, sin distinguir por grupo etario, sexo, nivel socio-económico o ideología. Respecto a la agenda de derechos humanos, Michelle Bachelet señaló en su primer mandato:

"Me hago cargo de una herencia dolorosa. Responder con verdad, justicia y reparación a las violaciones de derechos humanos de nuestro pasado reciente es necesario para sentar las bases de una buena convivencia entre los chilenos. Así lo han entendido los gobiernos de la Concertación (...) Escúchenme bien conciudadanos: mientras haya detenidos desaparecidos nunca dejaremos de buscarlos" (Bachelet, 2006: s.n.p.).

"Desarrollamos una política de derechos humanos que se basa principalmente en la educación y en el rescate de la memoria, como forma de proyectar estos dolorosos hechos al futuro y a las nuevas generaciones, y en la institucionalización de su protección, respeto y promoción" (Bachelet, 2007: s.n.p.).

La virtualmente nula presencia de la Convención de los Derechos del Niño en la agenda de derechos humanos se acompaña de escasa aplicación de su perspectiva teórica. Los niños son definidos como sujetos débiles, desvalidos, vulnerables y desprotegidos, sin considerar el cambio desde *objetos de tutela estatal* a *sujetos de derechos*, establecida por la Convención.

Esta descripción se enmarca coherentemente con la preocupación del gobierno a favor de las mujeres, adultos mayores y discapacitados. Entre 1990 y 1997 se organizaron distintos planes y programas destinados a mejorar las oportunidades de estos grupos, a quienes se les caracterizó por las exclusiones, discriminaciones y vulnerabilidad que sufrían en la sociedad y que afectaba su ejercicio de ciudadanía (Martin, 1998: 318). Este panorama parecía estar cambiando en el discurso de 2014, pues Bachelet asumió la agenda de la infancia implementando un Observatorio Nacional de Infancia y Adolescencia, el cual, con participación de organismos internacionales, universidades y centros de investigación, tendría como objetivo detectar brechas y carencias estatales en la promoción y protección de los derechos fijados por la Convención de los Derechos del Niño. Además, propuso trabajar por el cumplimiento de los derechos de los niños y adolescentes implicados en procesos judiciales, erradicar el maltrato infantil acelerando un cambio cultural y formular una nueva Política Nacional (Bachelet, 2014: 30). Sin embargo, la inclusión de los derechos de la infancia y juventud en el discurso del año siguiente se comprendió que el marco más amplio de "actualizar nuestra manera de trabajar las diferentes vulnerabilidades" (Bachelet, 2015: 24), situación que hace dudar de la efectividad del cambio paradigmático.

CONCLUSIÓN

El análisis de la información presentada permite concluir que la definición del problema público de la salud mental infanto-juvenil cuenta con baja atención y escaso éxito en la agenda institucional del gobierno chileno en el período 1990-2015, a excepción de la agenda de salud mental donde ha sido definido como un problema público prioritario. Empero, esta situación no está sólo relacionada a la existencia de soluciones que son inviables a los recursos políticos, económicos, administrativos y culturales del país. Así, es necesario reformular la hipótesis planteada en esta tesis para considerar la presencia de una definición del problema público que es disonante con la estructura que fija la entrada y permanencia de los problemas públicos en la agenda institucional de las políticas sociales. La revisión de ambos Planes Nacionales de Salud Mental y los discursos presidenciales del 21 de mayo entre 1990-2015 ofrecen al menos dos conjeturas que permiten comprender este fenómeno.

En primer lugar, la *estructura organizacional* de la agenda gubernamental sigue, tal como indican Elder y Cobb, un patrón estable de atendibilidad y aceptabilidad que ha condicionado restricciones económicas, operativas, políticas y mentales a los discursos de la salud mental en la medida que se ven limitados el tipo de preguntas, definiciones de problemas, grupos e intereses atendidos. Este patrón está presente en todos los discursos presidenciales ante el Congreso Pleno, independiente de la afiliación partidista del/la Presidente/a, y puede traducirse en la lectura de los problemas públicos asociados a las políticas sociales, a grandes rasgos, en términos de: (1) acceso, calidad y equidad (2) en el marco de las desigualdades sociales, con objetivos asociados al (3) progreso productivo y sostenido del país en su avance hacia el desarrollo económico y la (4) defensa de la igualdad de oportunidades, (5) especialmente a favor de los grupos sociales más vulnerables (6) compuestos por las clases bajas y, después del gobierno de Piñera, también las clases medias. Estos seis lineamientos estarían configurando una definición del problema de la salud como política social que compite y excluye la definición de los problemas de salud mental, al tiempo que ésta desafía los acuerdos fijados por la primera. Es decir, por un lado, existe una ausencia generalizada en ambos Planes Nacionales de estos lineamientos, aun cuando existe literatura del MINSAL que ha registrado, por ejemplo, el costo económico de las enfermedades mentales sobre el progreso productivo del país, sólo se pudo encontrar ese dato mínimamente en el trastorno por consumo de alcohol y drogas y la depresión. Lo mismo sucede con la existencia de brechas de tratamiento que perjudican especialmente a la clase baja y media, afiliadas al sistema público, del cual existe suficiente evidencia actualizada, según reportan las evaluaciones al sistema de salud mental que han revisado autores como Ansoleaga y Valenzuela, Valdés y Errázuriz, así como el propio MINSAL. Por otro lado, y sobre todo en el segundo Plan Nacional, la protección de la salud mental de la población defiende la responsabilidad de los trastornos mentales en la vida moderna de los países en vías de desarrollo, incluyendo implícitamente a Chile, y, en lugar de propender a metas relacionadas al crecimiento económico, apunta al desarrollo humano, calidad de vida y bienestar psicosocial, sin considerar los efectos concretos que éstos pueden proporcionar al país, comunidades y familias, tal como se vio en el tercer capítulo. Esta situación produce una disonancia estructural entre la agenda de salud mental y la agenda formal en política social que dificulta el nivel de atención que la primera recibe en la segunda y las conexiones entre las prioridades programáticas fijadas por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y las políticas sanitarias, de modo tal, que la prominencia adquirida por el AUGE como política de salud pueda otorgarle un espacio estable a los trastornos mentales y, por sobre todo, a la salud mental.

La configuración de las prioridades en la agenda de infancia y juventud marca también dificultades para la salud mental infanto-juvenil en un doble sentido. Primero, como se observó en los datos analizados del tercer capítulo, es la educación, integración democrática y delincuencia, drogadicción y alcoholismo las demandas que dominan las prioridades de la agenda, dejando poco espacio para temas que también pueden requerir atención, pues son, como se puede deducir de la teoría presentada en el primer capítulo, *antiguos problemas* presentes debido a su permanente irresolución, revisión periódica y renovada novedad que adquirieron tras el fin de la Dictadura. Bajo la tendencia a favorecer acuerdos y agendas preexistentes, como remarca Cobb y Elder, Hilgartner y Bosk, los antiguos problemas públicos ya tienen establecido su rango de valores, principios y modelos aceptados para comprender, en este caso, la infancia y juventud y en ninguna de éstas se encuentra presente la salud y/o salud mental, siendo especialmente crítico y ejemplar la percepción que el gobierno posee sobre lo que significa la drogadicción y alcoholismo, restringiendo las soluciones que son aceptadas políticamente. Lo mismo podría deducirse sobre la influencia del modelo asistencialista en el tratamiento del niño y joven como *menor en situación irregular*, en lugar de un enfoque de derechos humanos basado íntegramente en la Convención de los Derechos del Niño. Segundo, el análisis histórico descrito en el segundo capítulo muestra que el problema de la salud infantil, aunque estuvo reducido a los menores de 7 años, fue un tema prioritario durante todo el siglo XIX y gran parte del siglo XX, pero está ausente en la agenda institucional entre 1990 y 2015 en los documentos analizados, probablemente debido a que el Estado ha podido revertir las altas tasas de mortalidad infantil que preocupan a la población. Tras este éxito, empero, los demás problemas de salud que involucraban a la infancia y juventud no han logrado el mismo auge y ello puede deberse, entre otros, al dominio que posee la mortalidad sobre las mediciones de discapacidad y coste económico de las enfermedades.

La revisión histórica evidencia, además, que la salud mental infanto-juvenil es un tema nuevo en la agenda y estuvo impregnado, parafraseando al historiador Salinas, de una presencia oculta en la historia. El retorno a la democracia ha permitido saldar parte de esta deuda histórica, sin embargo, ello no ha evitado que el nuevo problema público se excuse de dos dificultades para abrirse camino en la agenda formal, ya que debe enfrentar tanto la dinámica institucional de las políticas sociales, sin apoyo de la agenda de salud mental, y competir con antiguos problemas que dominan las comprensiones sobre la infancia y juventud chilena, produciéndose concomitantemente limitaciones políticas, presupuestarias y mentales. La experiencia del proceso de abogacía del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría promulgado en 2000, descrito por Minoletti y señalado en el primer capítulo en torno a la teoría de Shiffman y Smith, muestra el camino que el problema de la salud mental infanto-juvenil podría recorrer como desafío, pues si bien la agenda institucional posee una estructura organizativa que limita el acceso, también es cierto, como se indicó en el primer capítulo, que los antiguos problemas públicos siempre corren el riesgo de ser sustituidos y el primer paso para modificarlos debería ser la conformación de definiciones precisas sobre el problema público y sus soluciones, así como el aprovechamiento del flujo de personas y oportunidades que emanan del sistema político, académico y social. Asimismo, los análisis aquí expuestos subrayan la necesidad que éste proceso se construya sobre la línea argumental definida de antemano en la estructura organizacional del sistema de políticas sociales, sobre todo considerando que mucha de la información necesaria para replicar los seis lineamientos en la salud mental infanto-juvenil ya existe en la literatura académica, aún de forma dispersa, recordando, tal como mencionan Hilgartner y Bosk, que el desafío es también desarrollar la capacidad de adaptación para seleccionar estratégicamente los marcos interpretativos a emplear.

Finalmente, es importante retomar tres puntos. En primer lugar, las limitaciones de este estudio están centradas en la presencia de diversos documentos que dan cuenta de la definición *oficial* de los problemas públicos en la agenda del gobierno chileno y que

no han sido analizados, restringiendo estos resultados. En salud y salud mental, por ejemplo, sería interesante evaluar las guías clínicas del sistema AUGE/GES sobre las enfermedades mentales, así como la historia de ley que contempla el debate sobre la definición de las soluciones políticas de la reforma sanitaria. Lo mismo puede hacerse sobre los Objetivos Sanitarios 2010-2011 reforzando el análisis de la estructura organizacional de las políticas sanitarias bajo el principio de prevención, defendido por el Presidente Sebastián Piñera, y comandante de las políticas de salud del presente decenio. En relación a la infancia y juventud, podrían revisarse los comunicados de prensa oficiales emitidos por el Consejo de Infancia institucionalizado bajo el segundo mandato de Michelle Bachelet. La revisión global de éstas y otras fuentes debería además ayudar a comprender si existe o no sensibilidad política sobre la temática y el nivel de estigmatización, prejuicio y/o discriminación que puede alcanzar la salud mental infanto-juvenil y los trastornos mentales como problemas públicos en la agenda institucional, pues, considerando la marcada presencia de estos fenómenos como obstáculos para el acceso y continuidad en el tratamiento en enfermos individuales, no debería extrañar que se reprodujeran a nivel de políticas públicas. El segundo elemento es una recomendación teórica. Sería interesante extender y completar este análisis con los aportes desarrollados hacia el estudio de los movimientos sociales, específicamente el impacto y efectividad que posee la institucionalización en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de redes políticas con la sociedad civil - específicamente las agrupaciones de pacientes y familiares - como estructuras alternativas de representación política al partido al poder funcionar como intermediarios de las demandas sociales de la agenda sistémica. También pueden revisarse las estructuras de gobernanza internacional, evaluando, por ejemplo, el impacto de las recomendaciones técnicas de la OMS y/o de los informes de seguimiento a la Convención de los Derechos del Niño presentados por Chile. Por último, es importante recordar que los alcances, aunque modestos, son significativos. Esta investigación es una de las primeras en Chile que ha analizado la agenda institucional a través de la revisión de los discursos presidenciales, reconociendo críticamente el presidencialismo característico de la política del país desde su establecimiento a principios del siglo XX, abriendo entonces la academia a la revisión exhaustiva de los problemas públicos en la agenda formal. A través de estos análisis se debería avanzar en el conocimiento respecto a la receptividad que el sistema político chileno posee ante las demandas sociales generadas en la agenda sistémica, exponer su estructura de poder subyacente y desarrollar ciertas directrices que ayuden a la inclusión y/o auge de nuevos problemas públicos o redefiniciones de antiguos que puedan adecuarse mejor a las demandas y necesidades ciudadanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, L. (1993). 'Estudio introductorio', en: L. Aguilar (ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 13-74). México D.F.: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilera, O. (2009). 'Los estudios sobre juventud en Chile: coordenadas para un estado del arte'. *Última Década*, 31, 109-127.
- Aguilera, X., González, C., Guerrero, A., Bedregal, P., Milosavljevic, V., Rivera, M., Vega, J., Salinas, J., Otaiza, F., Espejo, F. y Espinosa, C. (2002). 'Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010'. *El Vigía*, 5(15), 3-12.
- Ansoleaga, E. y Valenzuela, E. (2013). 'Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría', en: T. Vial (ed), *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013* (pp. 187-222). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Ansoleaga, E. y Valenzuela, E. (2014). 'Derecho a la salud mental: la infancia olvidada', en: T. Vial (ed), *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2014* (pp. 377-416). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Araujo, K.; Guzmán, V. y Mauro, A. (2000). 'El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas'. *Revista de la CEPAL*, 70, 135-145.
- Aroca, A. y Figueroa, G. (2010). 'La psiquiatría en Valparaíso y Viña del Mar. El Hospital del Salvador, de Valparaíso', en: M. Armijo (ed), *La historia de la psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia* (pp.48-56). Santiago de Chile: Royal Pharma.
- Arellano, J. (2005). *Políticas sociales para el crecimiento con equidad en Chile, 1990-2002*. Serie Estudios Socio-económicos, n° 26. Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Arriet, F.; Cordero, M.; Moraga, C.; Torres, A. y Valenzuela, P. (2010). 'Una historia de aprendizajes', en: *Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010* (pp. 8-23). Santiago de Chile: Chile Crece Contigo.
- Aylwin, J. (1994). *Pueblos indígenas de Chile: Antecedentes históricos y situación actual*. Serie n° 1. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas.
- Blumer, H. (1971). 'Social problems as collective behavior'. *Social Problems*, 18(3), 298-306.
- Bravo-Valdivieso, L.; Milicic-Müller, N.; Cuadro, A.; Mejía, L. y Eslava, J. (2009). 'Trastornos del aprendizaje: investigaciones psicológicas y psicopedagógicas en diversos países de subamérica'. *Ciencias Psicológicas*, 2, 203-218.
- Brown, P. (1995). 'Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness'. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 34-52.
- Caldas de Almeida, J.M. (2005). 'Estrategia de cooperación técnica en la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe'. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(4/5), 314-26.
- Camus, P. (1993). 'Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago. 1852-1894'. *Historia*, 77, 89-140.
- Camus, P. y Zúñiga, F. (2007). 'La salud pública en la historia de Chile'. *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina*, 17(2), 155-176.

- Casas, L. y Valenzuela, E. (2012). 'Protección de la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de la infancia y los derechos de las trabajadoras'. *Revista de Derecho*, 25(1), 77-101.
- Cillero, M. y Bernal, M. (2002). 'Derechos humanos de la infancia/adolescencia en la justicia "penal de menores" de Chile: evaluación y perspectivas'. *Revista de Derechos del Niño*, 1, 9-40.
- Cobb, R. (1998). 'Are elderly drivers a road hazard?: Problem definition and political impact'. *Journal of Aging Studies*, 12(4), 411-427.
- Cobb, R. y Elder, C. (1971). 'The politics of agenda-building: an alternative perspective for modern democratic theory'. *The Journal of Politics*, 33(4), 893-915.
- Cobb, R.; Ross, J. y Ross, M. (1976). 'Agenda building as a comparative political process'. *The American Political Science Review*, 70(1), 126-138.
- Contreras, G. y Navia, P. (2011). 'Participación Electoral en Chile, 1988-2010. ¿Quiénes votan, quiénes han dejado de votar y quiénes nunca votaron?', en: *VI Jornadas de Jóvenes Investigadores*, 10 al 12 de noviembre de 2011 (pp. 1-23). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Cox, C. (1997). *La reforma de la educación chilena: contexto, contenidos, implementación*. Colección de estudios. Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Dávila, L. (2000). 'Política pública e institucionalidad en juventud'. *Última Década*, 12, 17-22'.
- De la Maza, C. y Riveros, M.P. (2014). 'Derechos humanos de la infancia y adolescencia: política pública de protección de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescente', en: T. Vial (ed), *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2014* (pp. 417-446). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Dery, D. (2000). 'Agenda setting and problem definition'. *Policy Science*, 21(1), 37-47.
- Doménech, E. y Canals, J. (1998). 'Evolución histórica de la psicopatología infantil', en: J. Rodríguez (ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Dorantes, G. (2008). 'La construcción de la agenda de poder'. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, 204, 77-99.
- Duarte, K. (2005). 'Trayectorias en la construcción de una sociología de lo juvenil en Chile'. *Persona y Sociedad*, 19(3), 163-182.
- Elder, C. y Cobb, R. (1993). 'Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos', en: L. Aguilar (ed.) *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 77-104). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Garafulic, J. (1955). 'Evolución de la psiquiatría en Chile', en: *Sección conjunta de las Sociedades de Neurología, Psiquiatría y Neurología y de Historia de la Medicina*, 12 de septiembre de 1955 (pp. 60-75), Santiago de Chile: Sociedad Médica.
- Gobierno de Chile (2014). *Ministros: Natalia Riffó, Ministra del Deporte*. Santiago de Chile: <http://www.gob.cl/ministros/deporte/>
- Gobierno de Chile, Ministerio de Secretaría General del Gobierno (2013). *Ley N° 20.686, Ley Ministerio del Deporte* (19.08.2013).
- Gómez, M. y Villanueva, M. (2010). 'El hospital Psiquiátrico el Peral', en: M. Armijo (ed), *La historia de la psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia* (pp. 30-47). Santiago de Chile: Royal Pharma.
- Hein, K. y Cárdenas, A. (2009). 'Perspectivas de la juventud en el imaginario de la política pública'. *Última Década*, 30, 95-120.

- Hilgartner, S. y Bosk, C. (1988). 'The rise and fall of social problems: a public arena model'. *American Journal of Sociology*, 94(1), 53-78.
- Illanes, M.A. (2006). *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*. Santiago de Chile: LOM.
- Isla, P. (2012). *Orden y patria es nuestro lema: construcción de alteridad en la gramática del legalismo y del enemigo interno en Chile*. Tesis doctoral, Programme Latin American Studies, Humanities, Leiden University.
- JUNAEB (2009). *Protocolo detección e intervención en situaciones de maltrato infantil*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Labra, M.E. (2004). 'Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)'. *Cuadernos Médicos Sociales*, 44, 207-219
- Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas*. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile: CEPAL.
- Larrañaga, O. (2010). *El Estado de Bienestar en Chile: 1910-2010*. Documento de trabajo. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Laval, E. (2007). 'La iniciación de la docencia y atención pediátrica en Chile. El profesor doctor Roberto del Río y el hospital clínico de niños'. *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina*, 17(2), 177-182.
- López, M.; Vilches, U. y Miranda, N. (2011). 'El discurso de política pública presidencial: los casos de salud y educación durante los gobiernos de la Concertación (1990-2009)'. *Revista Chilena de Administración Pública*, 18, 37-59.
- Maldonado, F. (2014). 'Estado y perspectivas de la reforma proyectada en Chile sobre el sistema de protección de menores de edad'. *Revista lus et Praxis*, 20(2), 209: 234.
- Marconi, J. (1973). 'La revolución cultural chilena en programas de salud mental'. *Actas Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19, 17-33.
- Marconi, J. (1997). 'Salud mental en Chile: análisis crítico de la formación de personal'. *Cuadernos Médico Sociales*, 38(4), 33-39.
- Marconi, J. (2001). 'La psiquiatría en el cambio de siglo: psiquiatría social'. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(1), 10-11.
- Martin, M.P. (1998). 'Integración al desarrollo: una visión de la política social', en: C. Toloza y E. Lahera (ed.). *Chile en los noventa*. Santiago de Chile: Presidencia de la República.
- Mendive, S. (2004). 'Entrevista al Dr. Juan Marconi, creador de la psiquiatría intracomunitaria. Reflexiones acerca de su legado para la psicología comunitaria chilena'. *Psykhé*, 13(2), 187-199.
- MIDEPLAN (2000). *Informe nacional sobre el seguimiento de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Minoletti, A. (2011). 'Abogacía para mejorar las políticas públicas en salud mental en Chile'. *Átopos*, 11, 84-93.
- Minoletti, A.; Rojas, G. y Horvitz-Lennon, M. (2012). 'Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica'. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447.
- Minoletti, A.; Rojas, G. y Sepúlveda, R. (2010). 'Notas sobre la historia de las políticas y reformas de salud mental en Chile', en: M. Armijo (ed), *La historia de la psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia* (pp. 132-156). Santiago de Chile: Royal Pharma.

- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). 'Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia'. *Revista panamericana de salud pública*, 18(4/5), 346-358.
- MINSAL (1996). *La Carga de Enfermedad en Chile*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- MINSAL (2008). *Informe final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- MINSAL (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- MINSAL (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Miranda, E. (1990). *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno*. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos.
- Montecinos, E. (2007). 'Límites del enfoque de las políticas públicas para definir un problema público'. *Cuadernos de Administración*, 20 (33), 323-335.
- Montenegro, H. (2000). 'La psiquiatría del niño y del adolescente'. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38(3), 143-146.
- Moro, J. (1997). 'Los menores en la agenda de Gobierno'. *Perfiles Latinoamericanos*, 10, 139-162.
- Nelson, B. (1993). 'La formación de una agenda. El caso del maltrato a los niños', en: L. Aguilar (ed.) *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 105-136). México: Miguel Ángel Porrúa.
- OMS (2006). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. Santiago de Chile: OMS y MINSAL.
- OMS (2014). *Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo Informe*. Santiago de Chile: OMS y MINSAL.
- Pemjean, A. (1996). 'El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990-1996)'. *Cuadernos médicos sociales*, 37(2), 5-17.
- Pilotti, F. (2001). *Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto*. Serie políticas sociales. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ponce de León, M. (2010). 'La llegada de la escuela y la llegada a la escuela. La extensión de la educación primaria en Chile, 1840-1907'. *Historia*, 43(2), 449-486.
- Roa, A. (1974). *Demonio y psiquiatría. Aparición de la conciencia científica en Chile*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Rocheftort, D. y Cobb, R. (1993). 'Problem definition, agenda access, and policy choice'. *Policy Studies Journal*, 21(1), 56-71.
- Rocheftort, D. y Cobb, R. (1994). 'Problem definition: An emerging perspective', en: D. Rocheftort y R. Cobb (ed.). *The politics of problem definition: Shaping the policy agenda* (pp. 1-31). Kansas: University Press of Kansas.
- Rodríguez, M. (2000). 'Reflexión sobre la experiencia de política de juventud en Chile'. *Última década*, 12, 91-102.
- Rojas, G. (2006). 'La incorporación de la depresión en el AUGÉ'. *Revista de psiquiatría clínica*, 63(2), 6-7.
- Rojas, J. (2007). 'Los derechos de los niños en Chile: una aproximación histórica. 1910-1930'. *Historia*, 40(1), 129-164.

- Rojas, J. (2010). *Historia de la infancia en el Chile Republicado 1810-2010*. Santiago de Chile: JUNJI.
- Rosas, R.; Terrorio, M. y Gárate, R. (2009). 'La neuro-psicología en Chile'. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(2), 35-46
- Rosselot, J. (1982). 'Salud infantil en Chile y el rol de la colaboración internacional'. *Revista Chilena de Pediatría*, 53(5), 481-490.
- Salinas, R. (2001). 'La historia de la infancia, una historia por hacer'. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 5, 11-30.
- Schkolnik, M. (1995). 'Políticas sociales para grupos de riesgo: Un nuevo enfoque', en: J. Vial, D. Raczynski y C. Pizarro (ed.). *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático* (pp. 283-305). Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Schonhaut, L. (2010). "'Profilaxia del abandono": Cien años de protección de la infancia en Chile'. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(4), 304-312.
- Shiffman, J. (2009). 'A social explanation for the rise and fall of global health issues'. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(8), 608-663.
- Shiffman, J. y Smith, S. (2007). 'Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality'. *Lancet*, 370, 1370-1379.
- Stone, D. (1989). 'Casual stories and the formulation of policy agenda'. *Political Science Quarterly*, 104(2), 281-300.
- Tamayo, M. (1997). 'El análisis de las políticas públicas', en: R. Bañón y E. Carrillo (comps.). *La nueva administración pública* (pp. 281-312). Madrid: Alianza.
- Tomlinson, M. y Lund, C. (2012). 'Why does mental health not get the attention it deserves? An application of the Shiffman and Smith framework'. *PLoS Medicine*, 9(2), 1-4.
- Ungar, S. (1992). 'The rise and relative decline of global warming as a social problem'. *The Sociological Quarterly*, 33(4), 483-501.
- Valdés, C. y Errázuriz, P. (2012). 'Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud'. *Instituto de políticas públicas*, 11, 1-10.
- Vargas, N. (2002). *Historia de la pediatría chilena: Crónica de una alegría*. Universitaria: Santiago de Chile.
- Vicente, B.; Saldivia, S.; De la Barra, F.; Melipillan, R.; Valdivia, M. y. Kohn, R. (2012). 'Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias'. *Revista Médica de Chile*, 140, 447-457.
- Weiss, J. (1989). 'The power of problem definition: the case of government paperwork'. *Policy Science*, 22, 97-121.
- Zanzi, O. (2005). *Promoción y protección de los derechos de la infancia a nivel territorial. Trayectorias y aprendizajes*. Serie reflexiones: Infancia y adolescencia nº 5. Santiago de Chile: UNICEF.

ANEXO
FUENTES PRIMARIAS ANALIZADAS

Planes nacionales de salud mental

1993: *Política y Plan Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

2000a: *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

2000b: *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Resumen ejecutivo. Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

Discursos Presidenciales en Chile ante el Congreso Pleno

1990: *Legislatura 320^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en viernes 21 de mayo de 1990*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Patricio Aylwin.

1991: *Legislatura 322^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en martes 21 de mayo de 1991*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Patricio Aylwin.

1992: *Legislatura 324^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en jueves 21 de mayo de 1992*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Patricio Aylwin.

1993: *Legislatura 326^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en viernes 21 de mayo de 1993*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Patricio Aylwin.

1994: *Legislatura 329^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en sábado 21 de mayo de 1994*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Eduardo Frei.

1995: *Legislatura 331^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en domingo 21 de mayo de 1995*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Eduardo Frei.

1996: *Discurso del Presidente de la República Eduardo Frei Ruiz-Tagle en el inicio de la Legislatura Ordinaria del Congreso Nacional 21 de mayo 1996*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Eduardo Frei.

1997: *Discurso del Presidente de la República Eduardo Frei Ruiz-Tagle en el inicio de la Legislatura Ordinaria del Congreso Nacional 21 de mayo 1997*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Eduardo Frei.

1998: *Legislatura 338^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en jueves 21 de mayo de 1998*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Eduardo Frei.

1999: *Legislatura 340^a, Ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, en viernes 21 de mayo de 1999*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Eduardo Frei.

2000: *Mensaje presidencial 21 de mayo 2000*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Ricardo Lagos.

2001: *Inicio de la Legislatura Ordinaria en el Congreso Nacional*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Ricardo Lagos.

2002: *Mensaje al país del Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Ricardo Lagos.

2003: *Discurso del Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Ricardo Lagos.

2004: *Mensaje presidencial ante el Congreso Nacional en el inicio de la Legislatura Ordinaria 2004*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Ricardo Lagos.

2005: *Discurso presidencial 21 de mayo 2005*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Ricardo Lagos.

2006: *Mensaje presidencial 21 de mayo 2006*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Doña Michelle Bachelet

2007: *Cuenta pública ante el Congreso Pleno*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Doña Michelle Bachelet

2008: *Mensaje presidencial año 2008. Cuenta pública ante el Congreso Pleno*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Doña Michelle Bachelet.

2009: *Protección social, el sello del gobierno. Contigo mejor país*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Doña Michelle Bachelet.

2010: *Del Chile del bicentenario al país de las oportunidades*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Sebastián Piñera.

2011: *Construyendo una sociedad de seguridades, oportunidades y valores*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Sebastián Piñera.

2012: *Chile cumple y avanza hacia el desarrollo*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Sebastián Piñera.

2013: *Chile avanza con todos al desarrollo*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Don Sebastián Piñera.

2014: *Mensaje Presidencial 21 de mayo 2014*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Doña Michelle Bachelet.

2015: *Mensaje Presidencial 21 de mayo 2015*. Mensaje a la Nación del Presidente de la República, Doña Michelle Bachelet.