



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Serie Creación - Documento de trabajo n°44:

ENFOQUES Y PERSPECTIVAS EN TERAPIA OCUPACIONAL



C I E S

Centro de Investigación
para la Educación Superior

Autoras:

**Mg. Catalina Aguilera González
Carolina Würth Mariscal**

Los Documentos de Trabajo son una publicación del Centro de Investigación en Educación Superior (CIES) de la Universidad San Sebastián que divulgan los trabajos de investigación en docencia y en políticas públicas realizados por académicos y profesionales de la universidad o solicitados a terceros.

El objetivo de la serie es contribuir al debate de temáticas relevantes de las políticas públicas de educación superior y de nuevos enfoques en el análisis de estrategias, innovaciones y resultados en la docencia universitaria. La difusión de estos documentos contribuye a la divulgación de las investigaciones y al intercambio de ideas de carácter preliminar para discusión y debate académico.



En caso de citar esta obra:

Aguilera, C, y Würth (2017). Enfoques y Perspectivas en Terapia Ocupacional. Serie Creación n° 44. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Terapia Ocupacional. Centro de Investigación Sobre Educación Superior CIES - USS; Santiago.

SERIE CREACIÓN N° 44
Enfoques y Perspectivas en Terapia Ocupacional

UNIDAD 1 – CLASE 1

“Perspectiva Biologicista, Social y Ocupacional. Medicina Basada en la Evidencia”

Contenidos

- Perspectiva Biologicista.
- Perspectiva Social.
- Perspectiva Ocupacional.
- Medicina Basada en la Evidencia.

1. Perspectiva Biologicista

La Terapia Ocupacional tiene un inicio con un enfoque humanístico de amabilidad y un régimen de vida diaria que consistía en ocupaciones creativas y recreativas. Posterior a esto, con la llegada de la 2ª Guerra Mundial, existe un auge de la profesión, existiendo una gran cantidad de profesionales y programas enfocados en la intervención de los heridos de la guerra desde la artesanía y trabajo en oficios como la carpintería. Posterior a esto, la Terapia comienza un proceso de especialización, en el que las escuelas revisaron los currículos para agregar kinesiología, neurología, protésica, actividades de la vida diaria [...], para disminuir el énfasis en la enseñanza de artes y artesanía. La especialización también fue recomendada por aquellos que creían que aumentaría su nivel entre otros profesionales de la salud. La AOTA buscó lazos más estrechos en la asociación con American Medical Association con la esperanza de aumentar la credibilidad científica y **médica de la profesión** (Willard, 2005).

El reduccionismo supone que el mundo es un mecanismo vasto en el que las leyes de causa y efecto gobiernan las relaciones entre sus partes (Von Bertalanffy, 1968). Supone que todo fenómeno puede comprenderse mejor por medio de la disección y del examen. La medicina consideraba la salud como el equivalente del buen funcionamiento de una máquina y a la enfermedad como el equivalente de un daño

o el desajuste de las partes. La intervención de la medicina dentro de este marco apuntaba a la identificación y la reparación de las partes rotas o no adaptadas por medios como la cirugía, la quimioterapia y la psicoterapia (Kielhofner, 2006).

- *Paradigma Mecanicista*: Este nuevo paradigma prometía lograr el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como un servicio médico eficaz con un fundamento aceptado (Ayres, 1963; Fidler, 1958; Rood, 1958). En el cambio hacia un paradigma nuevo, la disciplina buscó articular objetivos diferenciados y tangibles para la modificación de las partes disfuncionales del paciente. La Terapia Ocupacional también buscó ganar algún grado de respeto dentro de la comunidad médica, por medio de la adopción de una perspectiva semejante a la de la biomedicina.

*Discrepancia entre la medicina tradicional y la Terapia Ocupacional, asociada a la invalidación de los procesos y perspectiva central de la práctica del terapeuta. Priman los procesos mecanicistas y científicos por sobre la comprensión de mecanismos internos y la influencia de la ocupación y el contexto en ellos.

2. Perspectiva Social

La práctica de la Terapia Ocupacional en el ámbito social, depende de la realidad social en la que se vayan a centrar los esfuerzos. Desde la perspectiva social, las nociones amplias de protección y promoción de salud deben reemplazar a los modelos curativos previos que se basan en la idea de tratar a personas disfuncionales y buscan ajustarlos o incluso, adaptarlos a su condición de deprivación. Los T.O. deben abordar el problema desde una perspectiva general en vez de centrarse exclusivamente en la persona. El papel de articulador social es uno de los primeros que los terapeutas ocupacionales deben desarrollar al trabajar con poblaciones vulnerables. (Galheigo, 2007)

Trabajar con personas que viven en condiciones de vulnerabilidad dentro de redes frágiles de apoyo social es un desafío, dada las condiciones dramáticas que experimentan en la vida cotidiana. La violencia social y familiar, la dificultad en el acceso al bienestar y las experiencias negativas de intolerancia y desigualdad social son causas de sufrimiento mental que puede expresarse de muchas formas distintas, como irritabilidad, agresión, fragilidad emocional, apatía, rebeldía o indiferencia. Las condiciones de vida de las personas están determinadas estructuralmente y no se pueden resolver simplemente a través de la intervención terapéutica. Sin embargo, los terapeutas ocupacionales nos encontramos en la posición privilegiada de estar involucrados en el desarrollo y la implementación de proyectos con personas que tienen perspectivas de vida muy limitadas y tenemos la capacidad de fortalecerlos y empoderarlos, tanto individual como colectivamente, para buscar y encontrar modos más constructivos y menos socialmente violentos para abordar sus situaciones. (Galheigo, 2007)

3. Perspectiva Ocupacional

La ciencia de la ocupación se define como una nueva ciencia social derivada de la Terapia Ocupacional. Su objetivo principal es el estudio del hombre como ser ocupacional y de cómo los seres humanos llegan a comprender el sentido de su vida a través de la actividad encaminada al logro de objetivos. Está incluida dentro de las ciencias y no entre las humanidades porque sus métodos de recolección de datos son sistemáticos, disciplinados y sujetos a análisis público. Además, está más relacionada con las ciencias sociales que con las físicas, porque su objeto principal tiene que ver con el comportamiento humano. (Durante, 2001)

4. Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

En cuanto a la MBE, según las estadísticas manejadas por el portal de comunidad médica "Intramed", al año se publican alrededor de 2.000.000 de artículos en las casi 25.000 revistas médicas que existen.

Esto significaría que se necesitarían cerca de 19 horas durante 365 días del año para poder leer la totalidad de estos artículos. (Intramed, 2003)

Según la definición de David Sackett, la MBE se define como “una manera de abordar los problemas clínicos utilizando concienzuda, juiciosa y explícitamente las mejores pruebas disponibles resultantes de la investigación científica, en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud del individuo”. (González de Dios, 2001)

Se apoya en cinco pilares fundamentales:

1. Las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible.
2. El interrogante clínico debe determinar el tipo de evidencia que debe buscarse.
3. Identificar la mejor evidencia implica usar razonamientos epidemiológicos y bioestadísticos.
4. Las conclusiones derivadas de la evidencia identificada y críticamente evaluada es útil puesta en acción durante la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud del individuo.
5. Su rendimiento o *performance* debe ser constantemente revisada.

Para una correcta práctica de la MBE, es necesario reformular la forma en que se busca y se accede a la información, por lo que se propone la siguiente metodología:

- Formular una pregunta precisa a partir del problema del usuario, tratando de definirla de la manera más concreta posible para acortar la búsqueda. Consiste en convertir las necesidades de información que surgen durante el encuentro clínico en una pregunta, simple y claramente definida, que nos permita encontrar los documentos que satisfagan nuestra interrogante.
- Llevar a cabo una estrategia de búsqueda accediendo a la información a través de los libros publicados sobre el tema, base de datos disponibles en internet, revistas, etc.

TABLA 1. Niveles de calidad de la evidencia científica

Calidad de la evidencia científica	Tipo de diseño	Condiciones de rigurosidad científica
Buena	Metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados	Sin heterogeneidad Diferentes técnicas de análisis Metaregresión Meganálisis Calidad de los estudios
	Ensayo clínico controlado y aleatorizado de muestra grande	Evaluación del poder estadístico Múltiples Calidad del estudio
Regular	Ensayo clínico controlado y aleatorizado de muestra pequeña (efectividad poco prevalente)	Validación del poder estadístico Calidad del estudio
	Ensayo clínico controlado y aleatorizado de muestra pequeña (efectividad prevalente)	Evaluación del poder estadístico Calidad del estudio
	Ensayo clínico controlado no aleatorizado	Controles coincidentes en el tiempo Múltiples Calidad del estudio
	Ensayo clínico controlado no aleatorizado	Controles idénticos Calidad del estudio
Mala	Estudios de cohorte	Múltiples Aparentemente Calidad del estudio Múltiples Calidad del estudio
	Estudios de casos y controles	Múltiples Aparentemente Calidad del estudio Múltiples Calidad del estudio
	Serie clínicas Estudios retrospectivos Conferencias de consenso Control de expertos Anécdotas o casos típicos	

La evidencia científica se clasifica en tres grados: Buena (grado A), como avanzada evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción del procedimiento médico según grado B), como cierta evidencia científica (no necesariamente mala (grado C), como insuficiente evidencia científica.

El desafío de la Terapia Ocupacional en la práctica basada en la evidencia es triple. En primer lugar se debe saber de qué modo tener acceso, evaluar e interpretar la investigación relevante. En segundo lugar, los/as profesionales deben tener la capacidad de reunir los datos para apoyar sus intervenciones. Finalmente, en tercer lugar, una vez que los/as profesionales comprendan las posibilidades de intervenciones y los resultados relacionados, deben comunicar los resultados probables a las personas correspondientes para que decidan si van a participar en la intervención de Terapia Ocupacional (Crepeau, 2005).

Referencias

- Crepeau, E.; Cohn, E. (2005). Historia de la Terapia Ocupacional (10° Ed.), *Terapia Ocupacional* (pp. 5-13). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Crepeau, E.; Cohn, E. (2005). Práctica de la Terapia Ocupacional (10° Ed.), *Terapia Ocupacional* (pp. 27-45). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gonzalez de Dios, J. (2001). De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *Anales Españoles de Pediatría*,

55(5), 429-439.

- Kielhofner, G. (2006). El desarrollo del conocimiento de la Terapia Ocupacional (3° Ed.), *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional* (pp. 44-47). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kronenberg, F.; Simó, S.; Pollar, N. (2007). Capítulo 7: Terapia Ocupacional en el ámbito social (1°Ed.), *Terapia Ocupacional sin Fronteras* (pp. 85-97). Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. (2001). Conceptos básicos de Terapia Ocupacional (1° Ed.), *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional* (pp. 13-24). Madrid: Médica Panamericana.

UNIDAD 1 – CLASE 2

“Rehabilitación basada en la comunidad (definición e historia del enfoque comunitario).”

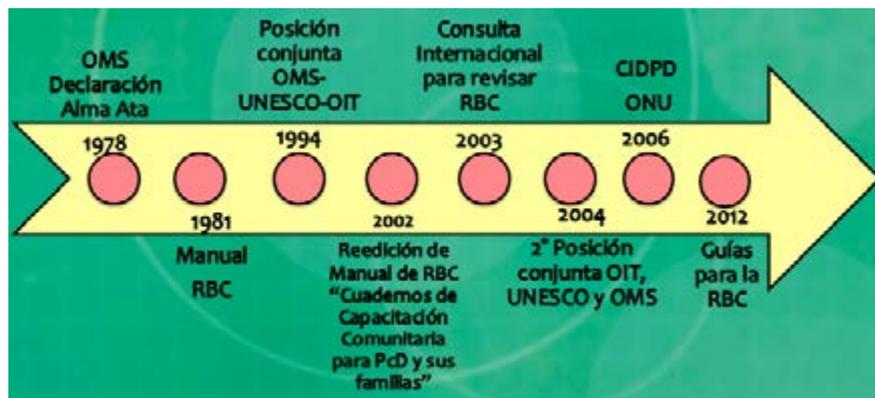
Contenidos

- Concepto de Rehabilitación
- Concepto de Comunidad
- Rehabilitación Basada en la Comunidad
- RBC en Chile
- Terapia Ocupacional y RBC

1. Rehabilitación

Proceso por el cual la persona con discapacidad logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener a causa de una deficiencia o discapacidad para desempeñar roles propios, desarrollando su potencial. A su vez la sociedad realiza ajustes para reducir o eliminar barreras para su integración (Glarp)⁽¹⁾.

- Concepto de rehabilitación asociado solo al ámbito clínico, pertinente solo a los profesionales, como proporcionar servicios no institucionales al elevado número de personas que no tienen acceso a ningún tipo de asistencia.
- La problemática discapacidad está asociada a la pobreza. La pobreza limita las oportunidades de accesibilidad a rehabilitación.



2. Definición del concepto de Comunidad



3. Rehabilitación Basada en la Comunidad

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su posición conjunta en el año 2004, plantean la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) como una *“estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad”*. Ésta surge en respuesta a la exclusión y a la dificultad en el acceso a la salud, principalmente en los servicios de rehabilitación, que vivían las personas con discapacidad en todo el mundo.

La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas. (OMS, s.f.) RBC y los cambios en la forma de intervenir en salud

De acuerdo a lo planteado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) en 2011, la RBC se enmarca dentro del modelo biopsicosocial, buscando replantear las intervenciones y visiones tanto de los individuos como de las atenciones y prestaciones de salud propuestas por el modelo biomédico. Según Oyarzún (2008), en el antiguo modelo la discapacidad es vista como un problema propio e inherente al individuo, pues es él quien presenta deficiencias que dificultan su desempeño y participación. Además las intervenciones y prestaciones de salud se orientan a solucionar las dificultades de manera unidireccional, es decir, la persona no participa en su proceso de tratamiento sino que sólo es un receptor. Por lo anterior se podría considerar la visión del modelo biomédico como reduccionista. Asimismo, debido al asistencialismo de sus prácticas, podría carecer de dialéctica, pasando por alto la responsabilidad y compromiso de las personas con su salud.

Por su parte, Oyarzún (2008) plantea que el modelo biopsicosocial concibe al individuo de manera holística, por ende, la discapacidad no debería ser entendida como una característica que sea propia de la persona, sino que corresponde a la interacción de las dificultades personales y las barreras físicas y sociales del entorno, que limitan el desempeño en las diferentes ocupaciones en las que se desempeña. Por otro lado, se deja atrás la lógica asistencialista, entregando a las personas y sus comunidades la responsabilidad de ser actores y productores de su propia salud.

Una de las principales características de la RBC es el empoderamiento de los individuos y de sus comunidades, quienes bajo la nueva visión están encargados de trabajar en pro de su salud, por lo que el mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de los individuos y de su entorno pasa de estar en manos de los profesionales a ser una labor de la comunidad. Para lograr éste objetivo, la idea es que exista una comunicación directa entre ambas partes, donde se entreguen estrategias y se compartan los saberes profesionales, otorgando las principales herramientas a las personas con discapacidad y su comunidad, donde los conocimientos profesionales ya no serán exclusivos ni impuestos a la comunidad. Esto permite una democratización del conocimiento, cuya base es la descentralización de las responsabilidades y de los recursos. Dicho propósito se podría realizar en base a la educación popular planteada por Freire (1970), donde los conocimientos son compartidos bajo una lógica dialéctica y constructiva, en una relación horizontal en la que exista una cooperación entre el profesional y las personas (Kolmans, s.f).

Otro cambio primordial se refleja en las acciones de los equipos de salud, al evolucionar los lugares en los que se deben realizar las intervenciones y quiénes deben ser considerados.

Comienzos Rehabilitación Basada en la Comunidad

Los comienzos de la nueva estrategia se remontan a los años setenta (finales de los años 60), caracterizado por un panorama económico y político crítico en el mundo, donde las democracias eran poco estables, la exclusión social en todos los sectores era abismante, las personas con discapacidad no eran consideradas dentro de las políticas públicas y donde la salud poseía una orientación centralista y deficiente (Alcalde, 1981). Bajo este panorama, en 1978 la OMS publica la “Declaración de Alma Ata” que busca ser la base para la construcción de un nuevo sistema de salud inclusivo y cercano a las comunidades. En ella se insta a los gobiernos a formular políticas nacionales que apunten a desarrollar e implementar la Atención Primaria en Salud (APS) como prioridad en las intervenciones, planteándola como el método para promover la justicia social, ya que facilita el acceso a la salud de las poblaciones y el acercamiento a la comunidad. Durante los últimos 30 años, la RBC ha evolucionado a una estrategia multisectorial para atender las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e inclusión en la sociedad y mejorando su calidad de vida.

Supuestos Centrales

- La comunidad es el agente y responsable central.
- La comunidad y sus potencialidades son el principal recurso para la implementación de los programas.
- Los programas deben ser relevantes para las necesidades de la comunidad y deben estar basados en los recursos que posee la comunidad

¿Cuáles son los beneficios del involucramiento de la comunidad?

- Los miembros de la comunidad y sus líderes tienen más sentido de responsabilidad por los problemas locales.
- Los miembros de la comunidad son mucho más conscientes de los problemas locales, las oportunidades y sus limitaciones.
- La mantención de los programas y su continuidad es mucho más segura.

Se busca combatir 3 características del viejo modelo

- La segregación
- La concentración masificada de los casos segregados y el internamiento
- Y enfatizar frente a ellas la integración y la normalización

Metodología de la RBC

- Servicios locales descentralizados
- Integrados en un sistema que asegura supervisión
- Servicios referenciales y transferencia de tecnología
- Adiestramiento de familiares o agentes de la comunidad para aplicar la rehabilitación
- Énfasis claro en el objetivo de integración social.
- Miembros de la comunidad y desarrollo comunitario.

Pilares

**Miembros de la comunidad | Voluntarios capacitados |
Profesionales e Instituciones**

4. Rehabilitación Basada en la Comunidad en Chile

La Rehabilitación Basada en la Comunidad comienza de forma más tardía en nuestro país, en comparación de lo que ocurrió en otros países, en los que esta práctica se dio más tempranamente. Las primeras acciones se remontan cerca del año 1994, en el que se proclama la Ley 19.284 de la integración de las personas con discapacidad. A partir de esta situación, y considerando el amplio desarrollo internacional de la RBC, es que el Ministerio de Salud (MINSAL) comienza a incorporar e

implementar proyectos y programas de RBC en la Atención Primaria de Salud (APS); pero no es hasta el año 2003 en que el enfoque comienza a ser implementado como respuesta para la inequidad de salud.

Luego, se comienza a generar un mayor desarrollo a nivel nacional en relación a la temática, estableciendo que se debe implementar la estrategia en el mediano plazo como método de rehabilitación en el país, sin embargo, la realidad dista de que esto se logre, considerando que las políticas públicas no se relacionan en su totalidad en lo que ocurre en los centros asistenciales. Esto también ocurre por las diferentes resistencias existentes en nuestro país para que se logre una completa implementación, como son las sociales, políticas e institucionales y profesionales.

5. Terapia Ocupacional y Rehabilitación Basada en la Comunidad

Según la pautas nacionales e internacionales de la implementación de la RBC, el Terapeuta Ocupacional es parte esencial del equipo de intervención, por lo que el proceso de desarrollo de la nueva forma de rehabilitación en Chile resulta trascendental para la profesión. Estas pautas consideran que las nuevas tareas de los equipos de rehabilitación, las cuales se asocian al acompañamiento y facilitación de oportunidades para personas en situación de discapacidad y su entorno, hace necesario que la profesión se vincule con aspectos comunitarios (Ossandón, 2014).

La Terapia Ocupacional se basa en la ocupación como principal campo de interés, que tiene un potencial de gran valor en la RBC. Los Terapeutas Ocupacionales deberían ser actores en estos programas e involucrarse más en la capacitación del desempeño ocupacional. El desarrollo ocupacional, el proceso del desarrollo desde una perspectiva ocupacional, se puede tratar en el entorno individual y familiar o en el terreno más amplio de la comunidad mayor. Todas las características de la RBC necesitan ser tratadas por la Terapia Ocupacional en la

comunidad a través de la enseñanza, la educación, el debate y la investigación para desarrollar nuevas guías (Fransen, 2006).

REFERENCIAS

- Kielhofner, G. (2006). Los desafíos de la Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Basada en la Comunidad (3° Ed.), *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional* (pp. 168-182). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- OIT, UNESCO, OMS (2004) “RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad”. Documento de posición conjunta. Suiza. Extraído de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43126/1/9243592386_spa.pdf
- Ossandón, M. (2014) Revista Chilena De Terapia Ocupacional issn 0717-6767 vol. x, n°, x: “Rehabilitación Basada En La Comunidad Frente A La Realidad Chilena”. Extraído de: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/35724/37512>

UNIDAD 1 – CLASE 3

“Enfoque de Derecho”

Contenidos

- ✓ **Derechos**
- ✓ **Derechos Humanos.**
 - Características
 - Clasificación de los Derechos Humanos
- ✓ **Enfoque de derechos**
 - Características del Enfoque de derechos
 - Perspectivas integradas en el enfoque de derechos
- ✓ **Derechos de los niños y niñas.**
 - Convención de los derechos del/a niño/a
- ✓ **¿Qué establece, en términos generales, la CDN?**
 - Una nueva perspectiva de la infancia
 - Historia de la CDN

1. Derecho

Termino latino «*directum*» que significa « **lo que está conforme a la regla**», se inspira en postulados de justicia, el cual regula la conducta humana en sociedad.

Su base son las relaciones sociales, ya que mediante ellas determinan su contenido y carácter.

2. Derechos Humanos

En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la que se establecen los derechos y las libertades fundamentales para todos los hombres y mujeres, entre ellos el derecho a la vida, la libertad y la nacionalidad; a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; el derecho a trabajar, a recibir educación, a tener alimento y vivienda y a participar en el gobierno.

Hace referencia a las libertades, facultades propias de cada individuo por el simple hecho de pertenecer a la raza humana. Estos son irrevocables, intransferibles e irrenunciables.

Los *derechos humanos* son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana. La legislación en materia de derechos humanos obliga a los gobiernos (principalmente) y otros titulares de deberes a hacer ciertas cosas y les impide hacer otras.

Dentro de los Derechos Humanos, se pueden identificar sus características, las cuales permiten una mejor comprensión sobre cuáles son los elementos que los identifican. Estas características de los Derechos Humanos corresponden a que éstos son:

- a. *Innatos o inherentes*: Todas las personas nacemos con derechos que nos pertenecen por nuestra condición de seres humanos.
- b. *Universales*: Todas las personas, sin importar su condición u origen, tienen derechos. Cada persona tiene la misma dignidad y ninguna persona puede estar excluida o discriminada del disfrute de sus derechos.
- c. *Inalienables e intransferibles*: La persona no puede, sin afectar su dignidad, renunciar a sus derechos o negociarlos. Tampoco el Estado puede disponer de los derechos de los ciudadanos.
- d. *Acumulativos, imprescriptibles o irreversibles*: Los derechos no caducan ni se pierden con el paso del tiempo. Como la humanidad es cambiante, las necesidades también. Por lo mismo, a través del tiempo se van conquistando nuevos derechos o ampliando los existentes.
- e. *Inviolables*: Nadie está autorizado para atentar, lesionar o destruir los derechos humanos.
- f. *Obligatorios*: Los derechos humanos imponen deberes concretos

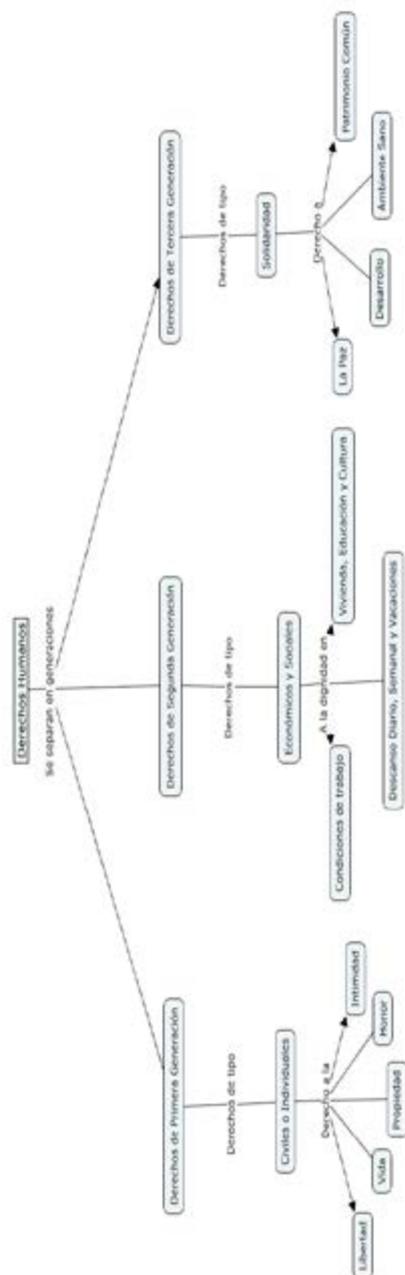
a las personas y al Estado. Se tiene la obligación de respetarlos aunque no haya una ley que así lo diga.

g. *Trascienden las fronteras nacionales*: La comunidad internacional puede y debe intervenir cuando se considere que un Estado está violando los derechos humanos de su población. En este sentido, ningún Estado puede argumentar violación de su soberanía cuando la comunidad internacional interviene para requerir que una violación de los Derechos Humanos sea corregida.

h. *Indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables*: Los Derechos Humanos están relacionados entre sí. Es decir, no se debe hacer ninguna separación ni pensar que unos son más importantes que otros. La negación de algún derecho en particular significa poner en peligro el conjunto de la dignidad de la persona, por lo que el disfrute de algún derecho no puede hacerse a costa de los demás. Es así, como no se puede, por ejemplo, disfrutar plenamente del derecho a la educación si la persona no está bien alimentada o si carece de una vivienda adecuada, ni se puede ejercer el derecho a la participación política si se niega el derecho a manifestar o estar bien informados.

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el constante desarrollo de sociedades ha sido de suma importancia garantizar, proteger y también, promover y exigir estos derechos en los distintos grupos que conforman una sociedad y también en los contextos en los cuales se encuentran inmersos, como los hombres, las mujeres niños, adultos mayores, trabajadores, personas en situación de discapacidad, etc.

3. Clasificación de los Derechos Humanos



Elaboración propia

4. Enfoque de derechos

«El enfoque de derechos está conectado íntimamente con los Derechos Humanos y sus bases, cuando sus actores sociales se comprometen activamente, demandan sus garantías y construyen cambio, así como también la comunidad política, para garantizar a la ciudadanía fundada en los derechos, la solidaridad y la justicia». (Compina 2006)

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos.

Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la caridad por sí sola no es suficiente. En un enfoque de derechos humanos, los planes, las políticas y los procesos de desarrollo están anclados en un sistema de derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas, y hacer responsables a los que tienen la obligación de actuar.

Aunque no existe una receta universal para el enfoque basado en los derechos humanos, los organismos de las Naciones Unidas han acordado un conjunto de atributos fundamentales:

- Cuando se formulen las políticas y los programas de desarrollo, el objetivo principal deberá ser la realización de los derechos humanos.
- Un enfoque basado en los derechos humanos identifica a los *titulares de derechos* y aquello a lo que tienen derecho, y a los correspondientes *titulares de deberes* y las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.

Características del Enfoque de derechos

- Reconocer la ciudadanía como un derecho de todas las personas.
- Enfatizar en la persona como sujeto integral (bio-psico-social), como un sujeto concreto y particular.
- Es una perspectiva que recupera la diversidad social y reconoce la especificidad además de plantear la democracia como un derecho humano.

Perspectivas integradas en el enfoque de derechos

- Perspectiva socioeconómica → La pobreza como problema estructural
- Perspectiva de género → Problemas con el patriarcado
- Perspectiva Generacional → Adultocentrismo como el principal ordenador

El Enfoque de Derechos reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y establece la política social como un derecho social, contempla el impulso de políticas institucionales tendientes a que las personas se apropien de sus derechos y participen de manera activa en su desarrollo social y controlen las acciones públicas en esa materia.

Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro

de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.

5. Derechos de los niños, niñas y adolescentes

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es un tratado internacional, emanado de las Naciones Unidas y aprobado por su Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, que reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas. Al aprobar la Convención, la comunidad internacional reconoció que, a diferencia de los adultos, las personas menores de 18 años necesitan una atención y protección especiales.

La Convención se ha consolidado en las legislaturas nacionales (en Chile se ratificó en 1990) y ha servido para motivar a los gobiernos de todo el mundo a considerar los derechos y el desarrollo de la infancia dentro de los elementos principales de sus programas legislativos. Chile ratificó este convenio internacional el 14 de agosto de 1990, el que se rige por cuatro principios fundamentales:

- I. La **no discriminación**
- II. El **interés superior del niño**
- III. Su **supervivencia**
- IV. **Desarrollo y protección, así como su participación** en decisiones que les afecten.

Los derechos de los niños, niñas y adolescentes:

A la identidad y la familia:

- La vida, el desarrollo, la participación y la protección.
- Tener un nombre y una nacionalidad.
- Saber quiénes son sus papás y a no ser separados de ellos.
- Que el Estado garantice a sus padres la posibilidad de cumplir con sus deberes y derechos.

- Crecer sanos física, mental y espiritualmente.
- Que se respete su vida privada.

A expresarse libremente y el acceso a la información:

- Tener su propia cultura, idioma y religión.
- Pedir y difundir la información necesaria que promueva su bienestar y desarrollo como personas.
- Que sus intereses sean lo primero a tener en cuenta en cada tema que les afecte, tanto en la escuela, como en los hospitales, ante los jueces, diputados, senadores u otras autoridades.
- Expresarse libremente, a ser escuchados y a que su opinión sea tomada en cuenta.

A la protección contra el abuso y la discriminación:

- No ser discriminados por el solo hecho de ser diferentes a los demás.
- Tener a quien recurrir en caso de que los maltraten o les hagan daño.
- Que no se les obligue a realizar trabajos peligrosos ni actividades que afecten o entorpezcan su salud, educación y desarrollo.
- Que nadie haga con su cuerpo cosas que no quieren.

A la educación:

- Aprender todo aquello que desarrolle al máximo su personalidad y capacidades intelectuales, físicas y sociales.
- Recibir educación. La enseñanza primaria debería ser gratuita y obligatoria para todos los niños. Todos los niños deberían tener acceso a la enseñanza secundaria.

A una vida segura y sana:

- Tener una vida digna y plena, más aún si se tiene una discapacidad física o mental.
- Descansar, jugar y practicar deportes.

- Vivir en un medio ambiente sano y limpio y a disfrutar del contacto con la naturaleza.
- Participar activamente en la vida cultural de su comunidad, a través de la música, la pintura, el teatro, el cine o cualquier medio de expresión.
- Reunirse con amigos para pensar proyectos juntos o intercambiar ideas.

Los niños impedidos a la atención especial:

- Los niños impedidos tienen derecho a los servicios de rehabilitación, y a la educación y capacitación que los ayuden a disfrutar de una vida plena y decorosa.
- El derecho de un trato especial en caso de privación de la libertad

¿Qué establece, en términos generales, la CDN?

Articula un conjunto de derechos para todos los niños y niñas, sobre la base de cuatro principios fundamentales: la no discriminación; el interés superior de la infancia; el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; y el respeto por la opinión de los niños y niñas.

En términos generales, la CDN establece que los países que han ratificado esta Convención deben asegurar que todos los niños y niñas se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud; puedan desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos; crezcan en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; y reciban información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa. Los países que aceptan someterse legalmente a las estipulaciones de la Convención, deben informar regularmente sobre sus avances al Comité de los Derechos del Niño, el que, a su vez, analiza y comenta estos informes y alienta a los Estados a que tomen medidas.

Una nueva perspectiva de la infancia

La Convención cambió la perspectiva que se tenía sobre la infancia: a partir de este tratado, niños y niñas ya no se consideran propiedad de sus padres ni beneficiarios indefensos de una obra de caridad; son seres humanos y los titulares de sus propios derechos.

Historia de la CDN

- 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- 1959, las Naciones Unidas aprobaron la Declaración de los Derechos del Niño. Ésta consistía en 10 derechos y no constituía obligación legal para los países que la firmaran.
- 1978, el gobierno de Polonia sometió a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas la versión provisional de una Convención sobre los Derechos del Niño.
- 1989, la Convención fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre.
- 1990, la Convención entró en vigor, después de ser ratificada por 20 países.

REFERENCIAS

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2016). Convención sobre los derechos del niño. Recuperado de <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino>

Naciones Unidas (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>

Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (2008). *Conceptos y características de los Derechos Humanos*. Recuperado de http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/tdnb_05.pdf

Periodistas, Periodismo, y Medios de Comunicación en Internet [Archivo de vídeo] Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=PPeRECua5CQ&feature=youtu.be>

UNIDAD 1 – CLASE 4

“Enfoque de Género”

Contenidos

- ✓ Conceptos básicos
 - Sexo
 - Género

1. Conceptos Básicos

Sexo

Corresponden a las características anatómicas y fisiológicas que identifican a una persona como mujer o como hombre (genético, cromosómico, hormonal, afectivo, genital). Frente a esto, es bastante claro de que ciertas características tengan influencia marcada en el comportamiento de las personas debido a la influencia hormonal, lo cual puede generar ciertas predisposiciones, pero no es un determinante de la elaboración y mantenimiento de la conducta, sobre todo en seres humanos, debido a la culturización y la construcción del pensamiento abstracto que determina el comportamiento.

- **Sexismo:** Mecanismo por el cual se conceden privilegios o se practica discriminación contra una persona en razón de su sexo, impidiendo la realización de todo el potencial humano que posee. *“El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo, y en primer lugar al cuerpo en sí, en su realidad biológica: es el que construye la diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión mítica del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, inscrita a su vez, junto con la división del trabajo, en la realidad del orden social”* (Bourdieu, 2000).

Género

Se refiere a las ideas y creencias compartidas culturalmente con respecto a mujeres y hombres, como construcciones históricas y sociales y que son modificadas a través del tiempo en sentido arbitrario sin que exista una relación con el sexo (Money, 1955). El concepto de género designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, es decir, se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer y hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder/subordinación en que estas relaciones se presentan (OXFAM, 1997). La estructuración del género se convierte en un hecho social de gran fuerza que incluso se piensa como natural; por ejemplo, al pensar que todas las mujeres serán madres, o que todos los hombres son violentos. Lo mismo pasa con ciertas capacidades o habilidades supuestamente biológicas, que son construidas y modificadas social y culturalmente, por ejemplo, que todas las mujeres saben cocinar, o que todos los hombres son racionales y saben arreglar todo, o que las mujeres no manejan bien.

Es importante mencionar que a partir de las diferencias (primero sexuales y después de género), dependiendo del desarrollo de las diferentes culturales, se han originado discriminaciones, en especial contra las mujeres, limitándoles a lo largo de la historia las oportunidades para su desarrollo personal y desmejorando su calidad de vida en relación con la de los hombres; por ejemplo, a las mujeres se les ha remitido al espacio privado o doméstico, mientras que a los hombres se les ha ubicado tradicionalmente en el espacio público o político.

La RAE define lo siguiente:

feminidad. 1. ‘Cualidad de femenino’: «Era bella, delicada y culta, plena de feminidad» (Hernández Secreter [Esp. 1995]). Se formó a partir del adjetivo antiguo femenino (del lat. femininus), con eliminación de una sílaba de la hipotética forma regular femininidad. No son válidas las

formas con e, feminidad y femeneidad, creadas a partir de femenino.

2. Con el mismo significado existe femineidad, derivado del cultismo femíneo (del lat. femineus): «Su delicadeza y femineidad me sorprendieron»(Quintero Danza [Ven. 1991]).

Relaciones de género: Manera en que la cultura define los derechos, responsabilidades y las identidades de las mujeres en relación a los hombres.

TÓPICOS QUE DEBEMOS EVITAR

1.- Género utilizado como sinónimo de mujer

En este uso, el término género no implica una toma de posición sobre las desigualdades entre mujeres y hombres y parece dissociarse de cualquier estrategia de cambio.

2.- Género utilizado para sugerir que la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres

Insiste en la idea de que el mundo de las mujeres forma parte del mundo de los hombres, que es creado dentro y por esa realidad. Ese uso rechaza la utilidad interpretativa de la idea de los espacios separados (doméstico/público) y no tiene en cuenta que la experiencia de un sexo tiene muy poco o nada que ver con la del otro. Defiende que estudiar a las mujeres de forma aislada perpetúa el dominio de un espacio sobre otro.

3.- Género utilizado como medida técnica y no como una categoría de análisis

La gran mayoría del funcionariado de las Agencias de Desarrollo no considera el género como un enfoque, como una categoría de análisis, sino como una medida técnica. Da a entender que es suficiente un curso de una semana para convertirse en especialista.

4.- Género utilizado como variable Dentro de este contexto, el análisis de género se limita muchas veces a recoger datos específicos (desagregados por sexo) de la realidad de mujeres y hombres. Lo que esos datos revelan y cuál es su función en los proyectos es un asunto que parece que concierne únicamente a las mujeres especialistas en género. Tanto el proyecto en sí como los beneficios del mismo, siguen siendo esencialmente androcéntricos.

2. Enfoque de género

Este concepto se refiere al género como opción política para el cambio del sistema sexo-género vigente. La perspectiva de género supone considerar sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades respectivas de las mujeres y de los hombres, en las fases de planificación, ejecución y evaluación de todas las políticas comunitarias por lo que respecta a Europa, a los países industrializados y a los países en desarrollo.

En definitiva exige el compromiso de todo tipo de organizaciones e instituciones para la modificación de la condición y posición de las mujeres, y en trabajar para lograr un sistema sexogénero equitativo, justo y solidario.

Se trata de:

- Modificar la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres en relación a los hombres en los campos económico, político, social, cultural y étnico.
- Abordar también los aspectos referidos a la condición de las mujeres, que tiene que ver con las circunstancias materiales inmediatas en las que vive: ingresos, salud, vivienda, etc., con el fin de mejorar las condiciones de su vida cotidiana.

A tres niveles:

- **El hogar**, como unidad básica de intervención;
- **La Comunidad** y
- **Las Instituciones**.

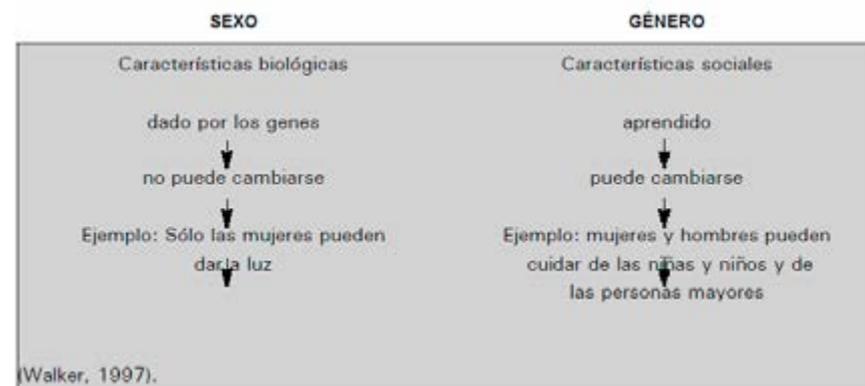
Ambos aspectos, condición y posición, están íntimamente relacionados. El avance de uno puede potenciar al otro, en un proceso dinámico e interactivo. (GTG, 1997).

3. Equidad de género

“Los sistemas Sexo-Género son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de las diferencias sexuales”. (De Barbieri, 1992).

Este sistema ha determinado tanto la posición social diferenciada para mujeres y hombres como las relaciones desiguales entre ambos. El Sistema sexo-género históricamente ha generado una situación de discriminación y marginación de las mujeres en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, así como en los ámbitos público y privado, estableciendo muy clara y diferenciadamente la intervención de los hombres en la esfera productiva y de las mujeres en la reproductiva.

Esta posición social diferenciada se construye a partir de la asignación de papeles, espacios, características e identidades diferentes para cada persona, en razón de su sexo biológico, lo que da como resultado una situación diferenciada (en términos de derechos, valores, oportunidades) y un código complejo que organiza y regula las relaciones entre los sexos.



Walker, 1997.

Rol: Conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se generan como expectativas/exigencias sociales y subjetivas: es decir, una vez asumido el rol por una persona, la gente en su entorno exige que lo cumpla y pone sanciones si no se cumple. La misma persona generalmente lo asume y a veces construye su psicología, afectividad y autoestima en torno a él.

4. Feminismo

Es un movimiento político, económico y cultural con el objetivo de igualdad de derecho para hombres y mujeres, cuestiona el dominio, la violencia y los roles sociales según un género.

- Comienza a finales del siglo XIX en Francia (1970)
- El movimiento feminista logro en 1948 el sufragio para las mujeres
- El 8 de marzo de 1975 la ONU declara día internacional de la mujer

REFERENCIAS

Lamas, M. (2000) El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Recuperado de: http://apuntes.cejvg.com.ar/sites/default/files/Conway-y-otros_El_Genero.pdf

Bourdieu, P. (2000) La dominación masculina. Barcelona: Editorial Anagrama.

Butler, J. (2002) Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Editorial Paidós SAICf.

"Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo" Carmen de la Cruz (1998) EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer. C/ Manuel Iradier, 36. 01005 Vitoria- Gasteiz y Secretaría General de Acción Exterior. C/ Navarra, 2. Vitoria-Gasteiz