



El cuidar de enfermería y los derechos de la infancia: experiencia en Centros de Salud Familiar

Nursing care and children's rights: Experience in Family Health Centers

Cuidados de enfermagem e direitos da criança: experiência em Centros de Saúde da Família

329

C. Sepúlveda-Rivas^{a1}, E. Rivas-Riveros^{b2*}

ORCID

^a [0000-0002-5256-2270](https://orcid.org/0000-0002-5256-2270)

^b [0000-0002-9832-4534](https://orcid.org/0000-0002-9832-4534)

¹ Universidad Santo Tomás, Facultad de Ciencias, Carrera de Enfermería, Temuco, Chile

² Universidad de La Frontera, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería, Temuco, Chile

Recibido: 02 diciembre 2020

Aceptado: 03 agosto 2021

RESUMEN

Introducción: En la última década, la política pública de salud presenta una efectiva transformación e innovación. La acción de legitimar la protección del ejercicio de los derechos de la infancia transita desde los riesgos y problemas imperantes, hasta la visualización de sus potencialidades y anhelos.

Objetivo: Develar el cuidado en el marco en derechos de la infancia desde la política pública de salud.

Métodos: Investigación cualitativa según Charmaz. Se abordó la perspectiva de 12 trabajadores de enfermería adheridos a la salud comunitaria a través de una entrevista semiestructurada. El análisis de los datos fue simultáneo, identificando las categorías fundamentales y la categoría central. La investigación cumplió con los criterios éticos de Ezekiel Emanuel; fue aprobada por el comité ético científico.

*Autora para correspondencia. Correo electrónico: edith.rivas@ufrontera.cl

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.3.1030>

1665-7063/© 2021 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Resultados: Surgen las categorías: 1) negativa socialización con la construcción de identidad de género; 2) brecha entre derechos de la infancia y el rol del personal de enfermería.

Discusión: Estudios muestran que la enfermería ejecuta el manejo del rol en el análisis de las realidades familiares en derechos, pero frente a disparidades sanitarias se devela la influencia de sus puntos de vista sociales, sesgos y prejuicios, que pueden reflejarse en su comportamiento e influir en la forma en que los pacientes utilizan los servicios.

Conclusiones: Las acciones del cuidado de enfermería dirigidas a la niñez coexisten con un déficit de herramientas para el manejo del derecho infantil. Por su parte, la política pública de salud se desarrolla desde los programas con una mirada biologicista, asistencialista, racionalista, entendiendo el cuidar desde el enfoque biomédico.

Palabras clave: Derecho a la salud; salud del niño/ética; atención de enfermería; relaciones interpersonales; política pública; Chile.

ABSTRACT

Introduction: During the last decade, the public health policies have experienced diverse effective transformations and innovations. Now, the Lawful protection of children's rights has a broader scope and can go from considering their prevailing problems and risks to visualizing their potential and desires.

Objective: To explore nursing care within the children's rights frame from a public health perspective.

Methods: This is a qualitative research study that follows the guidelines of Charmaz. The perceptions of 12 community health nursing workers were analyzed through semi-structured interviews. The central and fundamental categories were simultaneously analyzed. The research study met Ezekiel Emanuel's ethics criteria and was approved by the scientific ethics committee.

Results: Two main categories arose: 1) the negative socialization towards the construction of gender identity; and 2) the gap between the children's rights and the role of the nursing personnel.

Discussion: Diverse studies show that nurses shape their roles in the context of family rights; however, while dealing with health disparities, they are further driven by their social points of view, their biases, and their prejudices, and these behaviors can have an influence on the way patients utilize health services.

Conclusions: Children's healthcare that nurses provide is not always based on tools to handle the children's rights. Moreover, there are still some public health policies that rely on biology, assistance, and reason-focused programs which consider care only from a biomedical perspective.

Keywords: Right to health; child health/ethics; nursing care; interpersonal relations; public policy; Chile.

RESUMO

Introdução: Na última década, as políticas públicas de saúde apresentaram uma efetiva transformação e inovação. A ação de legitimar a proteção do exercício dos direitos da criança passa pelos riscos e problemas predominantes, até a visualização de suas potencialidades e desejos.

Objetivo: Revelar el cuidado en el marco de los derechos de la infancia a partir de la política pública de salud.

Métodos: Investigación cualitativa según Charmaz. La perspectiva de 12 trabajadores de enfermería vinculados a la salud comunitaria fue abordada por medio de entrevista semiestructurada. El análisis de los datos fue simultáneo, identificando las categorías fundamentales y a la categoría central. La investigación obedeció a los criterios éticos de Ezekiel Emanuel; fue aprobado por el comité de ética científica.

Resultados: Emergieron las categorías: 1) socialización negativa con la construcción de la identidad de género; 2) brecha entre los derechos de la infancia y el papel del equipo de enfermería.

Discusión: Los estudios muestran que la enfermería desempeña un papel gerencial en el análisis de las realidades familiares en derechos, pero frente a las disparidades de salud, se revela la influencia de sus puntos de vista sociales, roles y prejuicios, lo que puede reflejarse en su comportamiento e influencia en la forma como los pacientes utilizan los servicios.

Conclusiones: Las acciones de cuidado de enfermería dirigidas a la infancia conviven con la falta de instrumentos para la gestión de los derechos de la infancia. Por su parte, la política pública de salud se desarrolla a partir de los programas con una perspectiva biológica, asistencialista, racionalista, comprendiendo el cuidado a partir de un abordaje biomédico.

Palabras clave: Derecho a la salud; salud de la infancia/ética; cuidados de enfermería; relaciones interpersonales; políticas públicas; Chile.

INTRODUCCIÓN

Para la profesión de enfermería, ejercer el cuidado de la mano de los derechos de la infancia es una temática nueva que exige capacitación y especialización en materia legislativa, bioética y en el cuidar. Dicha temática responde a una reforma integral a nivel país, en especial en los ámbitos locales y familiares, que busca ejercer plenamente los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño. En este contexto, la Política Nacional de Niñez y Adolescencia de Chile agrupa los aprendizajes, desafíos e iniciativas de la política pública de los últimos años, entre los que destacan particularmente las recomendaciones nacionales e internacionales en la materia; tal es el caso de la experiencia del Subsistema de protección integral a la infancia *Chile Crece Contigo* (ChCC), iniciado en el año 2007, y de políticas recientes diseñadas con enfoque de derechos, como el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Debido a ello, la Política Nacional de Niñez y Adolescencia busca identificar los nudos críticos en respeto e inclusión, autonomía progresiva, participación y relación del Estado con la infancia para generar propuestas que permitan elaborar un nuevo marco político, normativo, institucional y programático, considerando cambios en las prácticas institucionales a fin de promover el trabajo en red¹. En el marco de la situación de derechos, Chile no se ha manifestado con claridad respecto a las líneas garantistas en cada derecho, por lo que han emergido conflictos en la atención de salud bajo el paradigma reduccionista, o dichos derechos solo han sido contemplados bajo el modelo de conducta biomédica, centrado únicamente en el cumplimiento de metas.

En el contexto de salud y derecho destacan algunas situaciones, así como cifras críticas en la infancia; en el *derecho a la identidad y a la familia*, las familias en riesgo psicosocial expresan alta vulnerabilidad y efectos negativos en la expresión del derecho^{2,3}. En *protección contra el abuso y la*

discriminación, los factores de riesgo son la pobreza y el género, pues el ser niña aumenta la posibilidad de sufrir abuso sexual; mientras que en los niños se suscita el maltrato físico. A su vez, los hijos de padres desempleados tienen 2.8 veces más probabilidades de ser víctimas de abuso físico; los infantes de hogares monoparentales (que cohabitan con padrastros), tienen 4.0 mayor probabilidad de ser violentados físicamente⁴. Por otro lado, la población de infantes del programa de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS), ha aumentado en las últimas décadas, y se observa entre los escolares que 6 % a 7 % presentan problemas de aprendizaje o síndrome de hiperactividad⁵. Del *derecho a recibir una atención especial en situación de discapacidad*, relacionado con el *derecho a los servicios de rehabilitación, educación y capacitación que los ayuden a disfrutar de una vida plena*, se identifica que las políticas y los programas de salud, tanto en el ámbito nacional como internacional, requieren mejorar sus lineamientos para brindar mejor atención a los niños con trastornos neurológicos o motores y déficit de atención⁶.

Referente a la salud mental, en Chile, la prevalencia de trastornos mentales en la infancia es de 27.8 %. En una evaluación realizada entre estudiantes, alrededor de una tercera parte refirió la presencia de síntomas depresivos, y entre un 20 % a 22 % consideró seriamente la posibilidad de intentar suicidarse en los últimos 12 meses⁶. Respecto al *derecho a la educación*, es decir, aprender todo aquello que desarrolle al máximo su personalidad y capacidades intelectuales, físicas y sociales, se identifica en las experiencias de alimentación de buena calidad (lactancia materna), apego seguro, lo que determina el éxito en el desarrollo de la función cerebral temprana.

En el *derecho a una vida sana y segura* han contribuido leyes como la eliminación de la distinción entre niña/niño según su sexo al nacer; las que regulan el desarrollo infantil; la obligatoriedad y gratuidad de la educación media; la Ley de Régimen de Garantías en Salud (GES); la creación de los Tribunales de Familia; la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente; las Normas contra la violencia intrafamiliar y protección a las víctimas. También se considera como un importante contribuyente la implementación del programa *Chile Crece Contigo*, así como las leyes de igualdad de oportunidades e inclusión social de personas en situación de discapacidad; y la convivencia escolar, entre otras¹.

Los derechos de la infancia son un tema complejo que involucra diversas formas de expresión y una multiplicidad de escenarios sociopolíticos, económicos y del cuidado de la salud donde el personal de enfermería en la atención de salud comunitaria debe evaluar día a día sus garantías y abordarlas desde las políticas públicas. Así, el ejercicio de la enfermería avalada en el marco regulatorio legal, respecto de la gestión del cuidado, tiene el deber de salvaguardar los derechos de acuerdo con su responsabilidad, compromiso profesional y formación ética deontológica, considerando al niño(a), como sujeto de derecho, a crecer en salud y dignidad⁷.

En ese sentido, adquiere gravedad particular la temática en la región de estudio, debido a la alta pobreza y vulnerabilidad social que se vive en Chile; por ello, el programa ChCC, como Subsistema de protección integral a la infancia, procura acompañar, proteger y apoyar integralmente.

El objetivo general del estudio es develar el cuidado, en el marco de los derechos de la infancia, ejercido por el personal de enfermería comunitaria considerando el enfoque de la política pública de salud.

La investigación se realizó bajo el enfoque teórico de Kari Martinsen, por su relación con la ética del cuidado y el cuidado para la existencia humana en interdependencia, ya que los seres humanos están interconectados y dependen unos de otros, característica ontológica de la teoría de Martinsen⁸.

MÉTODO

Diseño de investigación con teoría fundamentada, que, de acuerdo con Charmaz⁹, la convierte en un método abductivo, porque incluye el razonamiento sobre la experiencia, ayuda hacer conjeturas teóricas y luego las verifica a través de la experiencia adicional. La metodología de esta teoría se basa en la interpretación del escenario y en la interacción simbólica, esta sugiere que la realidad existe en las acciones sociales significativas de los individuos¹⁰.

Dado que la representatividad y la consistencia en la teoría fundamentada no se trabaja con muestreo preestablecido, sino con la representatividad de conceptos, se realizaron entrevistas en profundidad a 12 profesionales de la enfermería. Los participantes fueron seleccionados con base en la experiencia y por estar trabajando activamente en Centros de Salud Familiar (CESFAM). Los criterios de inclusión corresponden a personal de enfermería con experiencia mínima de cinco años que participaban en el Programa de salud infantil de los CESFAM, Región de La Araucanía. Considerando que estos centros proporcionan cuidados básicos en salud a lo largo del ciclo vital a través de acciones de promoción, curación y tratamiento con extensión comunitaria, se identificó que el personal de enfermería, con sus discursos, racionalidades y acciones, podrían dar cuenta de las dimensiones cognitivas, creencias, sentimientos, emociones y valores que permitirían develar el cuidar de enfermería en el marco de los derechos de la infancia desde la política pública de salud chilena como internacional.

La selección de los participantes se inició utilizando un muestreo intencional; después de la octava entrevista se continuó con un muestreo teórico (para completar las categorías y conceptos creados a partir de entrevistas anteriores), hasta alcanzar la saturación teórica. Los participantes fueron identificados y contactados vía telefónica o por correo electrónico; en esa comunicación expresaron su interés por colaborar y firmaron un consentimiento informado, posterior a esto se les envió un enlace para realizar una entrevista individual a través de la plataforma *Zoom*, solo cuatro entrevistas se realizaron de forma presencial.

Las entrevistas, llevadas a cabo de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales, se realizaron a través de la formulación de preguntas abiertas con una duración de 40 a 60 min en cada una de ellas. Las preguntas detonantes fueron: ¿cómo dialoga enfermería con el derecho de identidad y familia desde la mirada garantista?, ¿cuáles son las preocupaciones de enfermería en materia de los derechos de la infancia?, ¿qué está haciendo enfermería en materia de derechos de la infancia?

Si bien se partió de preguntas abiertas, posteriormente se desarrollaron preguntas direccionales que permitieran obtener información adicional sobre los conceptos específicos, sus propiedades y dimensiones, las cuales fueron: ¿cómo influye en su experiencia las situaciones de vulneración de derechos?, ¿cuál es la relación práctica entre los derechos de la infancia y el programa *Chile Crece Contigo*?, ¿cómo interviene en situaciones con enfoque de género?, ¿cómo se siente en la práctica diaria con el aporte de los programas en el ámbito de derechos de la infancia?

Las entrevistas, realizadas en la herramienta *Zoom*, fueron guardadas en un computador de uso exclusivo para la investigación. Una vez que se transcribieron las entrevistas, se realizaron dos lecturas línea por línea para corroborar que el texto transcrito coincidiera con el audio, y que fuera claro, completo y fidedigno. También se utilizaron memos escritos que apoyaron el análisis de los datos a lo largo del proceso investigativo y que mantuvieron a las investigadoras involucradas en el análisis aumentando su nivel de abstracción.

La recolección y análisis de los datos se hizo simultáneamente (codificación abierta, axial y selectiva), identificando las categorías fundamentales y la categoría central. En el análisis, se realizó

comparación constante hasta alcanzar la saturación de las categorías. Para el proceso de codificación abierta, las investigadoras realizaron la comparación de los datos a partir de la interpretación investigativa acerca del mundo de los participantes, otorgando precisión a la codificación de la información y mayor confiabilidad al análisis. En esta etapa se utilizó el programa *ATLAS.ti*, versión 9. Durante el proceso de codificación constante se identificaron relaciones entre códigos (subcategorías) y familias (categorías); para finalmente teorizar a través de la codificación selectiva¹¹.

El criterio de rigor fue la credibilidad, o valor de verdad, fundamentada en el método apropiado de recolección de los datos. Para aumentar la transferibilidad o aplicabilidad de los resultados se realizó la descripción del contexto; la selección de los participantes; la descripción de las características del personal de enfermería; la recopilación de los datos y el proceso de análisis. Respecto a la confirmación, se utilizaron procedimientos como la triangulación por investigadores; encontrándose en una primera etapa divergencias, mismas que posteriormente fueron consensuadas. Para cumplir con la consistencia o dependencia, se realizó una descripción detallada de los informantes, descripción de la técnica de análisis de datos y delimitación del contexto físico y social.

La investigación cumplió con los criterios éticos de Ezekiel Emanuel: valor, validez científica, selección equitativa del sujeto, proporción favorable de riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado, respeto a los sujetos inscritos; y fue aprobada por el Comité de Ética Científica en Enfermería de las entidades participantes¹².

RESULTADOS

De los 12 participantes, 11 fueron mujeres y 1 hombre con edades entre 30 años y 60 años, edad promedio de 40 años y experiencia laboral promedio de 11 años.

Durante el análisis de los datos cualitativos, las dimensiones significativas fueron agrupadas en dos categorías: negativa socialización con la construcción de identidad de género y brecha entre derechos de la infancia y el rol del enfermero(a). Por otro lado, los resultados se agruparon en las siguientes cuatro subcategorías: desarticulación de la identidad de género teórica y clínica en enfermeros; desensibilización en el cuidado expresado en modelos de conducta biomédica; práctica de cuidado con tensiones y expresión de estrategias de reacción/acción en vulneración de los derechos de la infancia y normalización de derechos y atención en niños especiales: cuidado inclusivo en etapa primaria (Tabla 1). Enseguida se desglosa cada categoría/subcategoría con algunas de las respuestas recogidas en las entrevistas (E).

Tabla 1. Organización unidades temáticas

Tema central	Categoría	Subcategoría
Cuidado en el marco en derechos de la infancia desde la política pública de salud: visión del personal de enfermería de atención primaria	<i>Negativa socialización con la construcción de identidad de género</i>	Desarticulación de la identidad de género teórica y clínica en enfermeros.
		Desensibilización en el cuidado, expresado en modelos de conducta biomédica.
	<i>Brecha entre derechos de la infancia y el rol del enfermero(a)</i>	Práctica de cuidado con tensiones y expresión de estrategias de reacción/acción en vulneración de los derechos de la infancia.
		Normalización de derechos y atención en niños especiales: cuidado inclusivo en etapa primaria.

Categoría 1. Negativa socialización con la construcción de identidad de género

Subcategoría 1. Desarticulación de la identidad de género teórica y clínica en enfermeros

En esta categoría y subcategoría, se muestra un diálogo en materia de derecho con déficit de herramientas para fortalecer la identidad del niño y familia. Como a continuación se observa, se aprecia en el personal lagunas de formación sobre las políticas públicas, así como una desvinculación vital con organizaciones que permitan fortalecer el trabajo comunitario infantil en esta área.

E1: *Preparación ninguna, no se menciona el movimiento LGBTI, se normaliza todo, no hay capacitaciones.*

E2: *Es complejo, se trabaja con la educadora porque quizás existe alguna alteración en el entorno, no es un tema de género y se debe dar la posibilidad de que la mamá piense que es algo fisiopatológico, por ello derivamos al médico.*

E4: *El tema se está empezando a ver ahora, nos falta trabajar esa parte, hay que hacer algo rápido, y sabemos que a futuro se va a ver mucho más.*

Subcategoría 2. Desensibilización en el cuidado expresado en modelos de conducta biomédica

La potencia en el cuidar está dada por la posibilidad de conocer un estudio de familia, diagnosticar, y diseñar un plan de intervenciones de acuerdo con el riesgo analizado por el equipo de cabecera de cada CESFAM y consensuado con la familia. En las entrevistas, se observa que el cuidado en la protección de los derechos de la infancia circula disgregado en la conciencia de los profesionales de enfermería.

E3: *Chile Crece es importante porque motiva al equipo y realiza el nexo del niño-grupo familiar y el seguimiento de los niños vulnerables.*

E4: *Hay actividades establecidas y protocolos de acogida a las familias como evaluación de riesgo familiar, estudios de familia.*

E2: *La pauta biopsicosocial evalúa la violencia. La situación materna genera un flujograma de manejo, pero en la práctica se aplica la pauta biopsicosocial y se corta el proceso. Es la enfermera quien inicia las visitas, realiza estudios de familia y las derivaciones al psicólogo al asistente social.*

E9: *Cuando la pauta de riesgo sale alta, se realiza una visita integral y se inicia un estudio de familia.*

E5: *Chile Crece es un aporte teórico y es limitado el trabajo de familia e identidad, no hay reuniones, ni lineamientos.*

E3: *Chile Crece apoya poco y tiene una gran cantidad de pautas a aplicar, no tienen tanto que ver, más sirve la mirada general.*

E5: *Trabajamos el control, el municipio hace el seguimiento según la vulneración del niño. Pero se trabaja mecánico, nadie tiene contacto con los niños, solo se marcan los riesgos. Ej.: padres cesantes, niños con malformaciones congénitas. En estas últimas no se puede trabajar porque no hay un equipo interdisciplinario.*

Categoría 2. Brecha entre derechos de la infancia y el rol del enfermero(a)

Subcategoría 3. Práctica de cuidado con tensiones y expresión de estrategias de reacción/acción en vulneración de los derechos de la infancia

Enfermería asume un rol relevante en la determinación de la negligencia del cuidar, advirtiendo que en las familias no se brinda el cuidado necesario para garantizar la protección de los infantes. El personal de enfermería actúa como ente de referencia frente a estas situaciones, de ellos preceden dispositivos institucionales de protección de las conductas negligentes. Sin embargo, no se desprenden discursos claros del objetivo de la enfermería en estas situaciones, quizás relacionado con el *orientar a la familia en aspectos armónicos, afectivos, incentivando el autocontrol emotivo del cuidado infantil*, con el fin último de rehabilitar haciendo énfasis en la transformación de la familia.

E8: *Se ha denunciado por negligencia más que por violencia intrafamiliar, pero no hay mucha resolución, era quedarse en el hogar o institucionalizarse.*

E11: *Tenemos déficit en cómo trabajar lo psicológico, conductual, y cognoscitivo.*

E7: *Abordar el derecho vulnerado es complejo, en violencia intrafamiliar se denuncia, se sigue el protocolo, pero muchas veces queda hasta ahí.*

E11: *En vulneración nuestra obligación es informar, se deja el caso a la asistente social y se conversa sutilmente con la familia.*

E3: *En detección de abuso se tiene que denunciar e iniciar una intervención legal.*

E5: *Hemos tenido casos con vulneración reiterada que ha llegado a tribunales y los padres no han cambiado en absoluto, siguen con las drogas, violencia y el bebé sin alimentarse.*

E5: *No se sabe cómo abordar, a veces se prefiere omitir o dejarlo a la asistente social.*

E3: *Se teme al proceso por lo engorroso, te citan a declarar, dudan y se silencia.*

E1: *Si se denuncia se expone y se pone en riesgo, no hay ni protección para los funcionarios.*

E11: *Hay poca pesquisa en abuso, maltrato y negligencia por parte de enfermería y no nos atrevemos a denunciar, nos falta respaldo y capacitación.*

Subcategoría 4. Normalización de derechos y atención en niños especiales: cuidado inclusivo en etapa primaria

Del cuidar inclusivo se identifica que los entrevistados se encuentran en una etapa primaria de visualización del fenómeno, es decir, con mirada asistencialista. No se observan líneas de un eje transformador liderado por enfermería en aspectos de monitorización y comunicación efectiva con el equipo y la familia, el cual permita ascender a una conciencia crítica que retroalimente el cuidar a través de prácticas específicas, sistemas de creencias y una conciencia de las relaciones de poder.

E9: *Las pautas del programa no muestran cómo trabajar; se necesita conocimiento especializado. La alimentación tampoco se encuentra incorporada. Debe haber un equipo completo para los niños NANEAS.*

E7: *Se nota que son vulnerables, tienen que esperar listas lentas en avanzar, no es expedito para ellos.*

E1: *Hay mucha tardanza en los diagnósticos y tratamientos oportunos, hoy hay más déficit atencional o patologías de tipo conductual.*

E2: *Es insuficiente el trabajo con estos niños porque no hay capacidad de respuesta, el diagnóstico es tardío, no hay capacidad resolutive o es solo de 30 % a 40 %.*

E7: *Los niños NANEAS son prácticamente no vistos, son derivados a atención primaria, pero todos se atienden en atención secundaria.*

E2: *Los instrumentos no están adaptados para ellos.*

E4: *No hay directriz sobre cómo cuidar en Chile Crece, de hecho, no están incluidos los niños Asperger.*

E1: *Hay déficit de acceso, tenemos mucha población rural y mapuche de escasos recursos, no contamos con apoyo para realizar la atención de especialidad.*

E5: *Los niños solo acceden a sala de estimulación y fonoaudiología.*

E4: *Han aumentado los problemas de salud mental en niños y adolescentes, es importante contar con herramientas. Es problema que no se ha abordado. Yo he visto hartos escolares con autoagresiones y la enfermera solo deriva al psicólogo.*

DISCUSIÓN

En el enfoque de género, enfermería dialoga sobre el derecho a la identidad y la familia desde el cuidado, con contenidos limitados y no socializados entre el colectivo; lo que en la praxis se traduce como desarticulación de la identidad de género, teórica y práctica, hecho que coexiste con el déficit de herramientas respecto de cómo fortalecer el derecho. Conjuntamente, emergen lagunas en la formación tanto en políticas públicas como en los programas, con desvinculación de las organizaciones y normativas técnicas.

Por su parte, se conoce que la familia es el principal actor de socialización y protección en la infancia, pero cuando la familia falta a los derechos, el personal de enfermería interviene.

Al respecto, estudios muestran que desde la enfermería se desarrolla un plan consensuado para reparar y, con ello, restituir los derechos, demostrando manejo del rol en el análisis de las realidades familiares. Sin embargo, frente a disparidades sanitarias, develan la influencia de puntos de vista sociales, sesgos y prejuicios, los que pueden ser apreciados en su comportamiento e influir en la forma en que los pacientes utilizan los servicios³³.

En la práctica, a través de los estudios de familia, se sabe que desde la enfermería se diagnostica y se diseñan intervenciones y actividades que circulan en un eje disgregado en la conciencia en relación con la protección de los derechos. Lo anterior hace concluir que el trabajo de identidad de género es limitado. Otros estudios recomiendan no estigmatizar la actuación del personal de enfermería en el maltrato infantil, es preferible que se enfoquen en el contexto estructural si el objetivo es lograr resultados en toda la población, y no solo a nivel individual¹⁴. Dicho aspecto no fue develado en el estudio.

Un aspecto relevante en los derechos infantiles es el trabajo con conocimiento mutuo (niños-instituciones), la creación de confianza, negociación de roles y expectativas para que se sientan seguros y motivados. Se cree que escuchar verdaderamente a los niños y actuar junto a ellos es el camino para seguir. Al respecto, algunos artículos plantean la importancia de la participación de la infancia en la planeación de políticas internacionales para su protección¹⁵.

La falta de participación de la infancia en la toma de decisiones médicas puede afectar profundamente sus vidas a corto y largo plazo, como también la falta de participación en los procesos judiciales por abusos de los derechos humanos fundamentales¹⁵.

Entre los profesionales de salud, el tema de estudio es pertinente a la complejidad del campo de la salud colectiva. Para la enfermería, es un área destacada que exige formación académica para poder brindar la capacitación requerida a fin de realizar acciones que promuevan la salud, así como el cuidado familiar¹⁶. También resulta imperante que, como profesión, la enfermería transite hacia un modelo transformador, incorporando nuevas prácticas en virtud de la complejidad de las demandas de la atención primaria de salud¹⁷.

Por otra parte, acerca de la desensibilización, el cuidado expresado en modelos de conducta biomédica se aprecia en el desarrollo de programas normativos como el Modelo de Salud Familiar y el programa ChCC, a través de los cuales se desarrollan intervenciones familiares dirigidas a familias con disparidades en salud. Particularmente, en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, se ejecutan prácticas con la ayuda de los *estudios de familia*, permitiendo mapear la situación biopsicosocial de las familias. Dicho modelo favorece a determinar el nivel de atención requerido para iniciar precozmente las acciones preventivas o de intervención, que es más compleja en las familias con condiciones desfavorables de salud y riesgo psicosocial, como la ordenanza lo solicita¹⁸.

Los comentarios de los entrevistados denotan la falta de vinculación del programa ChCC con los problemas emergentes, lo que debilita las prácticas de cuidado acorde a las necesidades, dejando en evidencia un exceso burocrático de documentación (pautas, instrumentos, anexos, entre otros), sumado a un exceso de material informativo educativo biomédico. Lo anterior invisibiliza las intervenciones que derivan del programa, debido a la inexistencia de un escenario computarizado.

En cuanto al liderazgo de enfermería frente a la temática de estudio y referente al escenario práctico, se aprecia que el cuidado recibe influencias del poder, descrito como una fuerza positiva e infinita el cual ayuda a establecer la posibilidad de que las personas puedan liberarse de la opresión; al respecto, la teórica Benner, menciona cómo la enfermería utiliza este poder para empoderar a los pacientes¹⁹.

En el contexto de la atención de enfermería se aprecian diversos tipos de poder en diferentes dominios: a) control sobre el contenido de la práctica, b) control sobre el contexto de la práctica y c) control sobre la competencia. El primero habla de la capacidad de actuar de acuerdo con el conocimiento y el juicio personal¹⁹. En el segundo se desarrolla la construcción del entorno, en donde,

desde el liderazgo, enfermería puede fortalecer el derecho de identidad en la infancia, ofreciendo materiales y estrategias de cuidado que permitan lograr familias autorrealizadas, con identidades individualizadas. En contraste, este estudio muestra que el personal de enfermería está en una etapa de primer contacto con la realidad.

La frecuente falta de control sobre el contenido y el contexto, sugieren que el poder sigue siendo un atributo difícil de alcanzar para la enfermería. El tercer dominio para tener en cuenta en el profesional enfermero es la autonomía, definida como *la libertad de actuar sobre lo que uno sabe*; que representa un tipo de poder necesario. Así, el empoderamiento es el elemento clave sobre su práctica, y la capacidad de actuar de acuerdo con el conocimiento y el juicio personal, es a menudo sinónimo de autonomía. En razón, en un estudio, los altos niveles de autonomía aumentaron la identificación del personal de enfermería con la profesión¹⁹.

Enfermería es situada específicamente en el nivel de atención primaria para ejecutar acciones de protección, reconociendo el déficit de las capacitaciones sobre la vulneración de derechos en la infancia. Asimismo, admiten la responsabilidad profesional en la ejecución de la denuncia frente a situaciones de faltas, negligencia y vulneración. Se ha evidenciado que el maltrato infantil influye en el quehacer profesional de los equipos de salud, lo que hace necesario el componente ético y legal de sus integrantes, por lo que se recomienda incluir en su formación los factores que facilitan el acto de la notificación del maltrato en la infancia²⁰.

La notificación de la violencia durante la atención de salud familiar se ha expuesto en forma desafiante debido a la falta de preparación en la identificación, conducción de casos, así como por el recelo de represalias personales y profesionales¹⁷. Teóricamente, la capacidad para prevenir tanto el abuso infantil como la negligencia requiere de fuerza laboral autónoma, informada y proactiva que pueda reconocer los signos de abuso, negligencia y, desde luego, contar con la preparación para intervenir²¹.

Visto así, las prácticas de pesquisa en vulneración de derechos involucran un conjunto de acciones de articulación institucional, intervención dentro y fuera del centro de salud, así como la vinculación comunal para otorgar protección y restauración de los derechos. Los entrevistados caracterizan la operatividad de los servicios de protección de los derechos de la infancia como burocráticos, desvinculados en algunas situaciones del cuidar de enfermería. Conjuntamente, también existen situaciones de vulneración y negligencia de derechos, con diversificación de miradas y acciones desde los distintos profesionales que se suman al proceso, quedando una brecha posdenuncia, evidenciando una desconexión en el cuidar.

El actuar de enfermería en estas situaciones se relaciona con el *orientar a la familia en aspectos armónicos, afectivos, incentivando el autocontrol emotivo del cuidado infantil*, con el fin último de rehabilitar apuntando a la transformación de la familia.

La importancia de la prevención primaria es total, en ella, el profesional de enfermería crea un entorno seguro, confidencial y afectivo, estableciendo una relación de confianza que favorece a los niños a expresarse. En este caso, la interdisciplinariedad resulta de gran ayuda al conocer la biografía y experiencias pasadas del infante, así como para favorecer la promoción de una sexualidad saludable en los niños para una prevención eficaz basada en la confianza¹⁴.

Un aspecto de riesgo para el personal de enfermería al realizar la denuncia (que incluye medidas de separación del niño del grupo familiar), ocurre cuando el profesional habita en la misma comunidad del caso denunciado, teniendo el riesgo de recibir amenazas afectando su propia seguridad.

Otras dificultades al abordar un caso de vulneración de derechos son el temor a las consecuencias legales, la falta de capacitación o conocimientos para el manejo de la violencia, el miedo a equivocarse, la escasa experiencia, la falta de protocolos, pautas o informes, el miedo a la reacción del agresor o la familia, miedo a empeorar la situación, falta de protección de los trabajadores o la falta de una red de soporte adecuada. Además, el personal de enfermería entrevistado considera como una barrera la excesiva carga de trabajo y la escasez de personal, que no les permite formarse adecuadamente sobre maltrato infantil¹⁴.

En el marco legal de los derechos y atención en niños especiales, el cuidado de la población de niños del programa NANEAS se devela distante, con débil fundamentación, aun cuando se considera la premisa de atención centrada en el paciente con enfoque inclusivo. Las organizaciones de salud recomiendan fomentar las prácticas de cuidado inclusivas a partir de modelos inclusivos de atención, ya que estos permiten visualizar las singularidades de los NANEAS, así como las prácticas que incluyen la autoconciencia; práctica reflexiva; práctica comunicativa y la conciencia crítica reflexiva²².

La autoconciencia y la práctica reflexiva se relacionan con observar, monitorear, escuchar y reflexionar sobre los comportamientos y prácticas, esenciales para comunicar en un nuevo contexto. La práctica comunicativa permite buscar ayuda e información, participación en grupo o equipo y contacto social a través de la conversación, esto genera la retroalimentación para facilitar una comunicación más efectiva entre el equipo de salud y las familias NANEAS. Por otra parte, la conciencia crítica del contexto implica la capacidad de buscar y dar retroalimentación sobre las prácticas específicas; identificar los sistemas de creencias y la conciencia de las relaciones de poder que operan en el contexto²².

Estas prácticas son habilidades que contribuyen a ser más inclusivos y a practicar la atención centrada en el paciente. Asimismo, las prácticas infunden resiliencia, lo que permite aplicar y volver a aplicar estas prácticas para empoderar y ejercer la inclusión²². Desde dicha perspectiva, el cuidado inclusivo se encuentra en una etapa primaria de visualización del fenómeno, desde la mirada asistencialista, en materia de apoyos de recursos humanos capacitados y especializados, es decir, solo se observa la ejecución de prácticas de observación y escucha en el cuidado de NANEAS. No se observan líneas de un eje transformador liderado por enfermería en aspectos de monitorización y comunicación efectiva con el equipo y familia para así ascender a una conciencia crítica que retroalimente el cuidar.

La implementación/ejecución de la inclusión infantil se expresa a través del Programa *Chile Crece Contigo*, del cual se desprenden las siguientes estrategias: el Taller *Nadie es Perfecto*, el Programa de Apoyo al Recién Nacido y el Programa de Salud Mental Infantil, este último no se implementa en todos los CESFAM del país, lo que desequilibra el ejercicio del cuidado inclusivo en la infancia. Al respecto, es relevante el rol que juega la enfermería en asegurar el acceso a servicios médicos adecuados, asistencia sanitaria y la necesidad de capacitación en ética, especialización en materias de inclusión y derecho *en contexto*, es decir, cómo el derecho está indisolublemente ligado a otros fenómenos sociales como los económicos, morales y éticos^{23,24}.

CONCLUSIONES

En el presente estudio fue posible apreciar el marco legal del cuidado en relación con los derechos de la infancia desde la política pública de salud en el personal de enfermería comunitario. La participación de enfermería en el desarrollo de los programas se realiza bajo una mirada biologicista,

asistencialista, racionalista, centrada en responder los compromisos de cumplimiento de metas, rendimiento y cobertura, pero no mostrando una visión integradora en protección de derechos en los niños.

Enfermería desarrolla su rol de cuidado centrado en: cumplimiento de metas, desarrollo de protocolos, e indagando en aspectos pautados de herencia, historial sociofamiliar, drogas, tabaco o alcohol; pero los aspectos de identidad de género, violencia intrafamiliar, conflictos interparentales, así como las situaciones de abuso o maltrato, que son afrontados con herramientas personales, dejan en evidencia la falta de capacitación del personal en tópicos legales, comunicación y participación. Visto así, las prácticas de cuidado están marcadas por tensión relacionada con déficit de manejo en temas de identidad de género, la disposición de recursos y la disposición de garantías profesionales para el afrontamiento.

En teoría, la experiencia de cuidado se habla como un derecho que se orienta hacia una situación de cuidado particularista y contextual, relacionado con la propuesta de Martinsen, pero que es incapaz de entregar una respuesta concreta al otro, por aristas legales, éticas, culturales, sociológicas, religiosas, etcétera. Por ello, la capacitación e instancias de diálogo o conversatorios, deben ser prioridad para que, desde la enfermería, pueda responderse a las necesidades de las familias del hoy y, fundamentalmente, resguardar los riesgos a los que se ven expuestos los infantes.

Finalmente, si bien se reconocen avances, se revelan brechas importantes, pero al mismo tiempo se visualizan motivaciones en enfermería para desarrollar y profundizar su rol de cuidar en el marco de los derechos del niño, especialmente desde lo emocional, lo social y lo humanitario, para contribuir a un mejor desarrollo de la infancia y de las organizaciones que lideran el cuidado infantil (salud-educación-instituciones gubernamentales).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Existieron limitaciones relacionadas al contexto actual de la pandemia y la subsecuente sobrecarga laboral de los enfermeros(as) de atención primaria de salud.

A modo de sugerencia, es necesario profundizar en nuevas líneas investigativas en el área de derechos de la infancia y enfermería, abriendo un perfil que permita integrar una nueva visión.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Las autoras declaran que en este estudio no se realizaron experimentos con personas o animales.

Confidencialidad. Debido a la sensibilidad de los temas, los datos están disponibles solo previa solicitud a las autoras y después de una cuidadosa consideración por parte del equipo de investigación.

Conflictos de interés. Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. Este artículo corresponde a una investigación independiente, sin financiamiento.

Agradecimientos. Programa de Doctorado Universidad Andrés Bello.

REFERENCIAS

1. Consejo Nacional de la Infancia. Política nacional de niñez y adolescencia: Sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia 2015-2025. Chile: Gobierno de Chile; s/f.
<https://bit.ly/3t8U8Jt>
2. Hughes M, Tucker W. Poverty as an adverse childhood experience. *N C Med J.* 2018; 79(2): 124-6.
<https://doi.org/10.18043/ncm.79.2.124>

3. Van der Hulst M, De Groot MW, De Graaf JP, Kok R, Prinzie P, Burdorf A, et al. Targeted social care for highly vulnerable pregnant women: Protocol of the Mothers of Rotterdam cohort study. *BMJ Open*. 2018; 8: e020199. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020199>
4. Almuneef MA, Alghamdi LA, Saleheen HN. Family profile of victims of child abuse and neglect in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2016; 37(8): 882-8. <https://doi.org/10.15537/smj.2016.8.14654>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Educación de Chile. Seminario internacional: Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas. Chile: UNICEF/MINEDUC; 2005. <https://bit.ly/38pUgwq>
6. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica. Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años: Gestión intersectorial y prestaciones. Chile: Gobierno de Chile; 2017. <https://bit.ly/3MJi6D7>
7. Martín-Ferreres ML. La presencia de los valores en la práctica enfermera. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2017. <https://bit.ly/37LSUfu>
8. Håkonsen-Martinsen E. Care for nurses only? Medicine and the perceiving eye. *Health Care Anal*. 2011; 19: 15-27. <https://doi.org/10.1007/s10728-010-0161-9>
9. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. London: SAGE Publications; 2006. <https://bit.ly/3I8gnDT>
10. Service RW. Book review: Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. *Organ Res Methods*. 2009; 12(3): 614-7. <https://doi.org/10.1177/1094428108324514>
11. Bonilla-García MÁ, López-Suárez AD. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta moebio*. 2016; (57): 305-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300006>
12. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Programa Regional de Bioética. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. <https://bit.ly/3CMp6dN>
13. Van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *Am J Public Health*. 2003; 93: 248-55. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.248>
14. Moro-Martínez R. Papel de la enfermería en el maltrato infantil en el ámbito familiar: prevención, detección y abordaje. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018. <https://bit.ly/3zNosd3>
15. Ruiz-Casares M, Collins TM, Tisdall EKM, Grover S. Children's rights to participation and protection in international development and humanitarian interventions: Nurturing a dialogue. *Int. J. Hum. Rights*. 2017; 21(1): 1-13. <https://doi.org/10.1080/13642987.2016.1262520>
16. Gusmão-Oliveira R, Silva-Marcon S. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 65-72. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100009>
17. De Souza-Aragão A, Carvalho-Ferriani MG, Sanchez-Vendruscollo T, De Lima-Souza S, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(esp.): 172-9. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700022>
18. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes asistenciales. Visita domiciliaria integral. Orientaciones técnicas en el marco del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Chile: Ministerio de Salud; 2018. <https://bit.ly/3MYAL7G>

19. Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs.* 2007; 12(1): Manuscript 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12Noo1Mano1>
20. Arruda-Rolim AC, Alves-Remigio Moreira G, Mendes-Gondim SM, Da Silva-Paz S, De Souza-Vieira LJE. Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2014; 22(6): 1048-55. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0050.2515>
21. Parry YK. Nursing and vulnerable children: Our role. *Austin J Nurs Health Care.* 2014; 1(2): 1007. <https://bit.ly/3rVLC9t>
22. Lawrence J, Reedy N. Fostering first year nurses' inclusive practice: A key building block for patient centred care. In: Carter S, Abawi LA, Lawrence J, Brownlow C, Desmarchelier R, Fanshawe M, et al. *Opening eyes onto inclusion and diversity.* Queensland, Australia: University of Southern Queensland; 2019. <https://bit.ly/36lWSdF>
23. Hendrick J. *Law and ethics in children's nursing.* United Kingdom: Oxford Brookes University; 2010. <https://bit.ly/3OKOG8r>
24. Delaney KR, Burke P, DeSocio J, Smith-Greenberg C, Sharp D. Building mental health and caring for vulnerable children: Increasing prevention, access, and equity. *Nurs Outlook.* 2018; 66(6): 590-3. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.10.004>