

Estela Arcos^IXimena Sanchez^{II}Maria Cecilia Toffoletto^IMargarita Baeza^{III}Patricia Gazmuri^ILuz Angélica Muñoz^IAntonia Vollrath^I

Sistemas de protección social en familias vulnerables: su importancia en la salud pública

Social protection systems in vulnerable families: their importance for the public health

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la efectividad de las transferencias de beneficios del Sistema de Protección Integral de la Infancia a familias de Chile socialmente vulnerables.

MÉTODOS: Estudio transversal analítico con 132 familias, estratificadas según vulnerabilidad social en la Región Metropolitana, Chile, entre septiembre de 2011 y enero de 2012. Se aplicó entrevista semiestructurada a madres de familias en centros de salud públicos o en sus domicilios. Las variables fueron: estructura familiar, riesgo psicosocial del entorno familiar y beneficios integrados del sistema de protección social requeridos en las familias que cumplían con el requisito de aplicabilidad para la transferencia del beneficio. Se calcularon estadígrafos descriptivos, de posición y dispersión. Fue realizada regresión logística binaria, pertinente por el tamaño de la muestra.

RESULTADOS: Los grupos fueron homogéneos en cuanto a tamaño de la familia, presencia del progenitor y número de allegados, capacidad generadora de ingresos, tasa de dependencia y riesgo psicosocial ($p \geq 0,05$). La transferencia de los beneficios fue baja en los tres grupos ($\leq 23,0\%$). La mejor cobertura estuvo representada por el Subsidio Único Familiar, cuya entrega se relacionó con el tamaño de la familia, la presencia de allegados, progenitor ausente, la alta tasa de dependencia y alta capacidad generadora de ingresos ($p \leq 0,10$).

CONCLUSIONES: La efectividad de entrega de los beneficios fue baja, especialmente en familias de extrema vulnerabilidad social. Nuevos estudios explicativos de formas de transferencia de beneficios deben ser realizados con diferentes niveles de intensidad y tiempos de exposición en poblaciones vulnerables, para disminuir las disparidades y desigualdades en salud.

DESCRIPTORES: Vulnerabilidad en Salud. Desigualdades en la Salud. Inequidad Social. Asistencia Social. Economía de la Salud. Estudios Transversales. Chile.

^I Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile

^{II} Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Playa Ancha. Valparaíso, Chile

^{III} Programa de Postgrado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile

Correspondencia | Correspondence:

Estela Arcos
Facultad de Enfermería
Universidad Andrés Bello
Sazié 2212, 7° Piso
Santiago, Chile
E-mail: marcos@unab.cl

Recibido: 9/9/2013
Aprobado: 16/1/2014

Artículo disponible en español y inglés en:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the effectiveness of the Chilean System of Childhood Welfare in transferring benefits to socially vulnerable families.

METHODS: A cross-sectional study with a sample of 132 families from the Metropolitan Region, Chile, stratified according to degree of social vulnerability, between September 2011 and January 2012. Semi-structured interviews were conducted with mothers of the studied families in public health facilities or their households. The variables studied were family structure, psychosocial risk in the family context and integrated benefits from the welfare system in families that fulfill the necessary requirements for transfer of benefits. Descriptive statistics to measure location and dispersion were calculated. A binary logistic regression, which accounts for the sample size of the study, was carried out.

RESULTS: The groups were homogenous regarding family size, the presence of biological father in the household, the number of relatives living in the same dwelling, income generation capacity and the rate of dependency and psychosocial risk ($p \geq 0.05$). The transfer of benefits was low in all three groups of the sample ($\leq 23.0\%$). The benefit with the best coverage in the system was the Single Family Subsidy, whose transfer was associated with the size of the family, the presence of relatives in the dwelling, the absence of the father in the household, a high rate of dependency and a high income generation capacity ($p \leq 0.10$).

CONCLUSIONS: The effectiveness of benefit transfer was poor, especially in families that were extremely socially vulnerable. Further explanatory studies of benefit transfers to the vulnerable population, of differing intensity and duration, are required in order to reduce health disparities and inequalities.

DESCRIPTORS: Health Vulnerability. Health Inequalities. Social Inequity. Social Assistance. Health Economics. Cross-Sectional Studies. Chile.

INTRODUCCIÓN

Chile es el país latinoamericano con mejor índice de desarrollo humano, la menor tasa de pobreza y con uno de los niveles de ingreso *per capita* más altos de la región.²² Paralelamente, presenta uno de los índices de desigualdad más altos de América Latina y es el país más desigual de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE^a),^{5,22} lo que se traduce en profundas inequidades y diferencias que son injustas, evitables e innecesarias.^{9,21} Existen persistentes desventajas, sufridas principalmente por familias pobres, que se manifiestan en: problemas de comportamiento social, inestabilidad funcional, precariedad de sus activos, deterioro de los lazos de afecto y de solidaridad y desigualdades de salud.^{12,14,22,24}

Las condiciones sociales adversas en las familias son determinantes subyacentes que contribuyen al deterioro

de la salud, lo que se traduce en una mayor incidencia de enfermedades y demanda de atención. Las disparidades en salud son la expresión objetiva del rezago socioeconómico que los individuos acumulan a lo largo de sus vidas que deben ser prevenidas con estrategias tempranas de intervención, cuya intensidad y tiempo de exposición varían según el gradiente de vulnerabilidad.^{3,4,18,19}

La política pública de protección social ofrece la oportunidad de compensar las carencias, tanto individual como familiar, asegurando universalidad de acceso a servicios, prestaciones y transferencias desde las instituciones públicas.^b Enfoques similares son descritos en estudios de países con sistema de bienestar social.^{9,15,18,19}

Entre los intentos para reducir las desigualdades evitables en salud, se recomienda la implementación de

^a Organization for Economic Co-operation and Development. OECD. Economic surveys Chile. Santiago de Chile; 2012 [citado 2013 Ene]. Disponible en: <http://www.oecd.org/eco/49398281.pdf>

^b Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile. Más y mejor protección social para Chile: memoria 2006-2010. Santiago de Chile: Protege; 2010.

políticas sociales compensatorias focalizadas en la primera infancia y en la adolescencia,^{3,12,16,18} considerando que estas etapas: i) ofrecen la mayor oportunidad para nivelar el gradiente de desigualdades y maximizar trayectorias de vida más saludables durante el ciclo vital^{9,15,18} y ii) son más efectivas en la reducción de desigualdades, sobre todo cuando se integran a una estrategia nacional de desarrollo.^{7,16,18}

Se reconoce la importancia del impacto de los determinantes socioeconómicos en la salud de los niños en Chile. Este hecho se materializó en la implementación de la política pública Sistema de Protección Social Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC), con inicio en 2007.^b Es una propuesta sistémica en la que convergen diversos servicios públicos para asegurar el máximo de oportunidades a niños(as) y sus familias, especialmente al 40,0% más pobre, desde la gestación hasta los cuatro años.¹ El embarazo es la puerta de entrada al ChCC y permite vincular a la madre, hijo y familia con otros programas de apoyo, acordes con el cumplimiento de condiciones establecidas. La finalidad es reducir las desigualdades en salud que afectan los primeros cuatro años de vida de los niños, asegurando el acceso a servicios universales y diferenciados para ellos, sus madres y familias. Se ha utilizado un modelo de gestión integrado entre sectores sociales y disciplinas en la ejecución de esta política pública. La colaboración, cooperación, comunicación y continuidad longitudinal de la atención son fundamentales para promover, construir, reforzar y/o fortalecer comportamientos individuales y colectivos que les permitan superar sus condiciones de vulnerabilidad.^{3,b}

La evaluación periódica de las políticas e intervenciones es esencial para establecer si los cambios observados en salud, positivos o negativos, son atribuibles a la intervención.^{9,18} Existe consenso sobre las limitaciones de las evaluaciones de impacto en indicadores de desigualdad en salud. Sin embargo, se reconoce la urgente necesidad de generar evidencias empíricas sobre lo que funciona, o no, en la práctica.⁹ Un estudio realizado sobre la efectividad del ChCC en 132 madres y niños vulnerables resaltó que la transferencia de beneficios universales no logró la cobertura esperada (100%), observándose mejores resultados en los hijos que en sus madres. Se constató que la efectividad de acceso observada en días con riesgo psicosocial fluctuó entre 57,1% y 73,8% en prestaciones universales y, 18,0% a 22,0% en prestaciones diferenciadas para niños(as). En madres con riesgo psicosocial, el acceso a prestaciones universales no superó el 60,0% y el 40,0% en las diferenciadas.²

Este estudio tuvo por objetivo analizar la efectividad de la transferencia de beneficios del Sistema de Protección Social Integral de la Infancia a familias socialmente vulnerables en Chile.

MÉTODOS

Estudio transversal analítico con 1.514 familias atendidas en los centros de salud de la red pública de la Región Metropolitana, Chile. Las madres (casos índices) ingresaron al sistema ChCC en el 2009 y fueron clasificadas con vulnerabilidad social por el Ministerio de Planificación de Chile (MIDEPLAN) a través del puntaje (≤ 11.734 puntos) en la Ficha de Protección Social.

Las familias fueron clasificadas en tres estratos: extrema vulnerabilidad (≤ 4.213 puntos); vulnerabilidad moderada (4.214 a 8.500 puntos) y vulnerabilidad leve (8.501 a 11.734 puntos). Se utilizó diseño muestral estratificado con afijación proporcional para representar con precisión las características de la población y asegurar la participación de los elementos de cada estrato, que son homogéneos en el interior del estrato y heterogéneos en el exterior. según puntaje de vulnerabilidad social. El tamaño de la muestra se estimó con supuesto de varianza máxima e intervalo de confianza de 95%. El error estimado a toda la población fue de 0,076 (7,6%) y para los estratos 1, 2 y 3 fue del 0,105 (10,5%), 0,133 (13,3%) y 0,186 (18,6%), respectivamente. Algunas unidades de análisis fueron reemplazadas desde los registros de los centros de salud debido a domicilios no actualizados e inexactos, resguardando los procedimientos de muestreo por estrato. La unidad de análisis fue la familia, y la madre adscrita al sistema ChCC (caso índice) fue entrevistada. La medición fue aplicada a 132 familias, 77 de vulnerabilidad extrema (estrato 1), 44 de vulnerabilidad moderada (estrato 2) y 18 de vulnerabilidad leve (estrato 3).

Fue aplicada entrevista semiestructurada a la madre. Las preguntas abiertas fueron leídas, analizadas, categorizadas y codificadas para ser incorporadas a la base de datos del estudio. El procedimiento consistió en encontrar y darles nombre a los patrones generales de respuestas similares o comunes, listar estos patrones y asignar un valor numérico o símbolo. Un patrón constituyó una categoría de respuesta. La aplicación del instrumento fue realizada por las investigadoras en los centros de salud o el domicilio desde septiembre 2011 a enero 2012. En mujeres con recuerdo impreciso sobre sus antecedentes, la información se completó con la revisión de los registros del sistema ChCC y de la Ficha de Protección Social. No se contó con autorización para revisar fichas clínicas.

Las variables analizadas fueron: *estructura de la familia*, presencia del progenitor en el hogar; tamaño y tipo de familia; presencia de adultos mayores en el hogar; presencia de discapacitado; tasa de dependencia y capacidad generadora de ingreso (baja $<$ o igual 216 dólares/ alta $>$ 216 dólares); *riesgo psicosocial del entorno familiar* (condiciones de habitabilidad; salubridad e higiene de la vivienda; problemas de salud mental; violencia intrafamiliar; abuso de sustancias nocivas; condiciones de cuidado del infante; seguridad del entorno y maltrato

infantil) y *beneficios integrados de protección social* (subsidio único familiar; subsidio al consumo agua potable; pensión básica solidaria; pensión asistencial; bono protección familiar Sistema Chile Solidario;^c bono de egreso programa Puente;^c visita domiciliaria integral; apoyo del programa psicosocial; rehabilitación por adicciones; apoyo por maltrato infantil; mejoramiento de condiciones de la vivienda; ayuda técnica para la vivienda; asistencia jurídica por problemas judiciales; bono egreso; apoyo programa psicosocial; nivelación de estudios; capacitación laboral; apoyo a discapacitados e integración de adultos mayores al Programa Vínculos).^{c,d}

Se calculó la tasa de dependencia en las familias como la relación entre las personas económicamente dependientes por cada 100 activos.^d Los valores < 2 se establecieron como baja dependencia y los ≥ 2 como alta dependencia. La capacidad generadora de ingresos de las familias (CGI) fue calculada en base a los ingresos promedio de los quintiles 1, 2 y 3 para los segmentos de interés, según los datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2011) de la población residente en la comuna donde se realizó el estudio.^c Se calcularon los ingresos promedio de las personas: < 15 años, estudiantes ≥ 15 años, mujeres embarazadas, madres con hijos(as) < 2 años, mujeres > 60 años y hombres ≥ 65 años y de los discapacitados no autovalentes de la comuna. Para el caso de personas < 15 años, estudiantes ≥ 15 años, mujeres embarazadas y madres con hijos(as) < 2 años, se estimó el CGI seleccionando cada uno de esos grupos individualmente y estimando su ingreso autónomo promedio. Para los adultos > 60 y 65 años y para los discapacitados no autovalentes, se calculó su ingreso promedio en base a su pensión de vejez e invalidez, respectivamente. Los promedios de ingreso obtenidos para cada uno de los grupos fueron multiplicados por la cantidad de personas en la condición respectiva. El ingreso autónomo fue integrado en la ecuación, restando a las personas que poseían alguna condición que afectara su ingreso del tamaño total de la familia. Los valores obtenidos fueron sumados y divididos por el tamaño de la familia, considerando a las personas allegadas, para obtener el ingreso *per capita* familiar. La CGI mostró distribución normal, razón por la que se dicotomizó con base en su valor medio. Los valores hasta US\$ 216 (\$110.028 pesos chilenos) fueron catalogados como baja capacidad generadora y aquellos por encima de US\$ 216, como alta capacidad generadora de ingresos.

Se optó por emplear una regresión logística binaria para generar un perfil de familias beneficiarias, que resultó pertinente por el reducido tamaño de la muestra

y dadas las características de las variables de estudio. Se estimó cuáles eran las chances de éxito de obtener un determinado beneficio según distintas variables de interés mediante el modelaje de los datos. Se seleccionó una submuestra, que efectivamente aplicaba al beneficio recibido (subsido familiar), para generar un perfil poblacional. Se eligió la pregunta de la entrevista “¿Se le otorgó el Subsidio Familiar?”, cuya categorías eran “sí” y “no”, como variable dependiente.

Se utilizaron dos variables categóricas como independientes considerando las siguientes preguntas: “¿Hay allegados en su hogar?” y “¿Está presente en el hogar el progenitor?”. Tres variables originalmente escalares fueron dicotomizadas según las características propias de cada una: tamaño de la familia, tasa de dependencia y capacidad generadora de ingresos familiar. Se utilizó la mediana como punto de corte para el tamaño familiar y la tasa de dependencia, ya que no hubo una distribución normal. Las familias se clasificaron en pequeñas a medianas (entre uno y cinco integrantes) y familias grandes (más que cinco).

Se calcularon estadígrafos descriptivos de posición y dispersión de acuerdo con el tipo de variable. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, con nivel de confianza del 95%, para determinar la asociación entre las características estructurales y de riesgo psicosocial de las familias, según estrato de vulnerabilidad, estableciendo en tablas asimétricas ($k \times n$) los estadísticos de corrección correspondientes, específicamente V de Cramer. Se analizó la relación entre las características de las familias y los beneficios correspondientes, empleando la regresión logística binaria. Fue seleccionado aquel beneficio que obtuvo mayor representación para generar el perfil del tipo de familia con mayores posibilidades de acceso, con nivel de confianza de 90%.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa computacional *Statistical Package Social Sciences* (SPSS) versión 18.0.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello (registro L1/CECENF/14) y autorizado por la Corporación Municipal de Desarrollo Social de la comuna. Las madres firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

Las familias presentaron homogeneidad ($p \geq 0,05$) con relación al tamaño (cuatro a nueve personas por familia). Aproximadamente el 50,0% eran nucleares y

^c Ministerio de Desarrollo Social de Chile, Sistema de Protección Social. Qué es Chile Solidario? Santiago de Chile; 2004 [citado 2014 Mar 19]. Disponible en: <http://www.chilesolidario.gob.cl/sist/sist1.php>

^d Tasa de Dependencia: $TD = \frac{(\text{Población} < 16 \text{ años} + \text{Población} > 65 \text{ años})}{(\text{Población entre 16 y 65 años})}$

^e Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Encuesta CASEN: base de datos secundarias de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica. Santiago de Chile; 2011 [citado 2014 Mar 19]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_usuarios.php

el 50,0% extendidas. En 1/3 y la mitad de ellas, el progenitor estaba ausente en los hogares y había baja presencia de adultos mayores. Las personas discapacitadas y los cuidadores de personas postradas estuvo presente en menos del 7,0%. La variable CGI presentó distribución homogénea entre las familias, ya que aproximadamente el 50,0% poseía ingreso menor a US\$ 216 y el grupo restante, ingreso mayor a esa cantidad (Tabla 1).

Una de cada dos familias en el estrato de extrema vulnerabilidad presentaba determinantes psicosociales adversas (Tabla 2), relacionados con alta frecuencia de problemas de salud mental, violencia intrafamiliar y consumos de drogas ($p \geq 0,05$). También se observó mayor probabilidad de entornos inseguros para la crianza, tanto en la calidad del cuidado como en las condiciones de la vivienda. No se encontró asociación entre los estratos de vulnerabilidad y los riesgos detectados ($p \geq 0,05$, Tabla 2).

La condición de vulnerabilidad social, reconocida institucionalmente por medio de la Ficha de Protección Social, proporciona la oportunidad de acceso de las familias a la red comunal de apoyo social. El acceso fue bajo en los tres grupos (extrema vulnerabilidad; vulnerabilidad moderada y vulnerabilidad leve), tanto al programa Puente (14,3%; 9,1% y 5,5%, respectivamente), como al Chile Solidario (14,3%; 9,1% y 5,5%, respectivamente). Respecto al programa Vínculos se registró el acceso de un caso.

Con respecto a las familias que cumplieron con la condición para recibir beneficios integrados, se observó una

amplia brecha entre los estratos en la efectividad de la concesión, siendo baja especialmente en familias de extrema vulnerabilidad social (12,5%; 16,5% y 22,6%, respectivamente, a saber: extrema vulnerabilidad; vulnerabilidad moderada y vulnerabilidad leve). Los beneficios integrados que presentaron mejor efectividad fueron el Subsidio Único Familiar, seguido del Subsidio al Agua Potable y Pensión Básica Solidaria (Tabla 3).

Los resultados de la regresión binaria mostraron que el chance de obtener el subsidio fue tres veces mayor en hogares con allegados, con respecto a los que no tenían allegados. La oportunidad de obtener el beneficio fue 86,5% menor cuando el progenitor estaba presente en el hogar en comparación a la condición de ausencia, ya que la vulnerabilidad y dependencia social de la familia es mayor cuando el progenitor no se encuentra en el hogar. Los chances de obtener el beneficio fueron 75,6% menores en familias de tamaño grande con relación a las familias pequeñas. Si el nivel de dependencia estaba por encima de la mediana, los grupos familiares presentaban chance dos veces menor de obtener el beneficio con respecto a las familias con dependencia por debajo de la mediana, y las oportunidades fueron cinco veces mayores en aquellas familias con valor de CGI por debajo de la media en comparación con aquellas que presentaron el valor por encima de la media (Tabla 4).

Las familias que tuvieron mayores oportunidades de obtener el subsidio único familiar (como variable proxy de los beneficios globales de la familia) presentaban las siguientes características: allegados, un progenitor

Tabla 1. Distribución de las características estructurales de las familias según el estrato de vulnerabilidad. Región Metropolitana, Chile, 2012. (N = 132)

Característica sociodemográfica		Vulnerabilidad social ^a					
		Extrema		Moderada		Leve	
		n	%	n	%	n	%
Presencia de progenitor en el hogar	Si	36	51,4	25	56,8	12	66,7
	No	34	48,6	19	43,2	6	33,3
Tamaño (personas)	1 a 3	8	11,4	10	22,7	2	11,1
	≥ 4	62	88,6	34	77,3	16	88,9
Tipo de familias	Nuclear	33	47,1	25	56,8	9	50,0
	Extendida	37	52,9	19	43,2	9	50,0
Presencia de allegados en el hogar	Si	38	54,2	25	56,8	9	50,0
	No	32	45,8	17	43,2	9	50,0
Presencia de adultos mayores	Si	19	27,1	9	20,5	6	33,3
	No	51	72,9	35	79,5	12	66,7
Tasa de dependencia	Alta (≥ 2)	33	48,5	21	51,2	9	50,0
	Baja (< 2)	35	51,5	20	48,8	9	50,0
Capacidad generadora de ingreso ^b	Baja	27	45,8	20	50,0	8	50,0
	Alta	32	54,2	20	50,0	8	50,0

^a $p \geq 0,05$

^b Variables dicotomizadas en base a su media.

Tabla 2. Presencia de riesgo psicosocial en el entorno familiar y distribución de las causas reconocidas según estrato de vulnerabilidad social. Región Metropolitana, Chile, 2012. (N = 132)

Riesgo psicosocial	Vulnerabilidad social ^a					
	Extrema		Moderada		Leve	
	n	%	n	%	n	%
Con riesgo psicosocial	33	46,5	12	27,3	7	38,9
Causas reconocidas						
Problemas de salud mental	22	66,7	9	75,0	3	42,9
Antecedentes de violencia intrafamiliar	10	30,3	3	25,0	2	28,6
Consumo de sustancias nocivas	9	27,3	3	25,0	0	0,0
Deficiente cuidado del infante	8	24,4	4	33,3	0	0,0
Problemas habitabilidad vivienda	7	21,2	3	25,0	0	0,0
Problemas de salubridad y higiene	7	21,2	2	16,7	2	28,6
Inseguridad del entorno	5	15,2	2	16,7	0	0,0
Maltrato infantil	1	3,0	0	0,0	0	0,0

^a p ≥ 0,05

ausente, tamaño familiar bajo, alta tasa de dependencia y alta capacidad generadora de ingresos.

DISCUSIÓN

El 56,0% de las variaciones de la condición en salud de las personas son explicadas por factores sociales y ecológicos. Se encontró un sustrato de características estructurales y del entorno familiar que permiten suponer un proceso de crianza de los niños y de una vida

familiar menos segura y protegida.⁶ Las complicaciones de salud mental, antecedentes de violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias nocivas seguidas del cuidado inseguro del infante y la ausencia del progenitor, juegan importante rol en el bienestar social y emocional de los niños en los primeros años de vida, ya que propician dificultades psicosociales en el desarrollo del área motora, cognitiva y social y aumentan las posibilidades de vulnerabilidad con respecto a las actividades comunes de su ciclo vital.^{11,17,20}

Tabla 3. Efectividad de la transferencia de beneficios (ETB) cuando la familia cumple con la condición (Aplica), según estrato de la vulnerabilidad social. Región Metropolitana, Chile, 2012.

Beneficio integrado	Vulnerabilidad social								
	Extrema			Moderada			Leve		
	Aplica	ETB		Aplica	ETB		Aplica	ETB	
	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%
Subsidio Único Familiar	53	29	54,7	25	9	36,0	10	4	40,0
Agua potable	58	11	18,9	4	3	75,0	1	1	100
Pensión básica solidaria	12	4	33,3	4	1	25,0	1	1	100
Pensión asistencial	12	3	25,0	5	0	0,0	1	1	100
Bono protección familiar	65	6	9,2	2	0	0,0	1	0	0,0
Visita domiciliaria integral	45	4	4,4	18	1	5,5	6	0	0,0
Rehabilitación por adicciones	14	1	7,1	6	1	16,6	2	0	0,0
Apoyo por maltrato infantil	11	1	9,1	5	0	0,0	0	0	0,0
Rehabilitación de la vivienda	62	1	1,6	3	0	0,0	0	0	0,0
Ayuda técnica vivienda	60	1	1,6	2	0	0,0	0	0	0,0
Asistencia jurídica	2	1	50,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Bono egreso	64	1	1,6	3	0	0,0	0	0	0,0
Apoyo programa psicosocial	41	1	2,4	17	1	5,8	5	0	0,0
Nivelación de estudios	5	0	0,0	4	0	0,0	1	0	0,0
Capacitación laboral	7	0	0,0	2	0	0,0	1	0	0,0
Apoyo a discapacitados	3	0	0,0	3	1	33,3	2	0	0,0

Tabla 4. Análisis de regresión logística binaria entre las características estructurales de las familias y el acceso al subsidio único familiar. Región Metropolitana, Chile, 2012.

Características estructurales de las familias	β
Constante	-0,157
Allegados en el hogar	1,179 ^a
Presencia del progenitor	-1,999 ^c
Tamaño de familia	-1,424 ^b
Tasa de dependencia	0,710
Capacidad generadora de ingresos <i>per capita</i> familiar	1,647 ^b
N	82
Deviance	86,896
R2 Nagelkerke	0,371
Pseudo R2 McFadden	0,2353
% de casos correctamente predichos (0,5)	76,8%

^a Sig. < 0,1

^b Sig. < 0,05

^c Sig. < 0,01

Con el fin de atenuar el impacto nocivo de la situación de vulnerabilidad social sobre la salud, el tema de la eficacia y eficiencia de los sistemas de protección social está en el centro de la discusión de la literatura especializada, principalmente al considerar que los beneficios se distribuyen desde diferentes ministerios con diversas líneas de responsabilidad y rendición de cuentas.^f El sistema de protección social presentó efectividad insatisfactoria en este estudio. Hubo baja transferencia de los servicios de apoyo social destinadas a fortalecer las habilidades parentales de las familias para responder a situaciones de estrés, depresión, conflicto familiar, entre otros.²⁵ Hallazgos similares se han reportado en estudios realizados en Colombia y Suecia: se reconoce inefectividad y/o fracaso de las políticas sociales en la integración social de las familias a los beneficios de los programas.¹³ También, mencionan que la baja efectividad de los servicios del sistema de bienestar social en la población vulnerable no logra disminuir la dependencia hacia los servicios de asistencia social, incrementando las desigualdades en salud, marginación y exclusión social.¹⁵

La inefectiva transferencia de los sistemas de apoyo social limita la reducción de la vulnerabilidad en los niños, familias y comunidades.²⁵ Un ciclo negativo de impacto de efectos directos e indirectos en el desarrollo emocional del niño y problemas de salud en la adultez son evidencias de este problema.^{8,16} Los efectos directos incluyen factores genéticos antes del nacimiento y deficiencias del apego y desarrollo infantil después del parto. Los efectos indirectos incluyen: precariedad socioeconómica, exposición al abuso de sustancias, conflictos familiares y violencia doméstica.^{8,20}

La condición de variables como tamaño de la familia, ausencia del progenitor en el hogar y capacidad generadora de ingresos definieron el chance de recibir, o no, los beneficios de apoyo social en este estudio. Por otra parte, las dificultades de la efectividad de los sistemas de protección social integrados se generan en la fragmentación de la gestión, los recursos limitados, la falta de confianza y barreras entre las áreas y los trabajadores, en la adopción de un enfoque integral y de colaboración.¹⁸ La asociación entre la investigación y la evaluación integrada es imprescindible para analizar la efectividad de las prácticas actuales, de la gestión sanitaria en red, en la atención primaria de salud.^{3,19} Es preciso estudiar críticamente la diversidad de factores que afectan la salud, las fortalezas y debilidades de los procesos operativos entre sectores e instituciones locales, las capacidades técnicas de los actores institucionales, la disponibilidad efectiva de recursos e información, la pertinencia de los sistemas de monitoreo y evaluación, la percepción de los usuarios y la construcción de alianzas con la comunidad.³

Las evidencias reportadas sobre la efectividad de la transferencia de beneficios del Sistema de Protección Integral de la Infancia a familias vulnerables, muestran que la efectividad de la entrega fue baja en los casos que cumplían con la condición para recibir beneficios integrados, especialmente en familias de extrema vulnerabilidad social (12,5%; 16,5% y 22,6% respectivamente, extrema vulnerabilidad; vulnerabilidad moderada y vulnerabilidad leve).

Los antecedentes obtenidos señalan la necesidad de continuar con estudios de carácter explicativo, que permitan tanto la profundización de los datos obtenidos, como la comparación de los resultados, en muestras de mayor magnitud y con mayor representatividad y proporcionalidad en los respectivos estratos. Esto ayudaría a explicar y evaluar el impacto y costo de la efectividad del sistema en poblaciones vulnerables equivalentes. Lo anteriormente mencionado, además de ser un requerimiento para futuras investigaciones, es un desafío pendiente para el país. Se trata de una política pública orientada a prevenir, de forma anticipada, las disparidades y desigualdades en salud infantil, salud familiar y salud comunitaria, en las que se han invertido cuantiosos recursos financieros y humanos. Interesa responder a los retos de la búsqueda de equidad para los grupos más vulnerables de la sociedad, por medio de la transferencia de beneficios de una política compensatoria en salud.

Las limitaciones del estudio se encuentran implícitas en el párrafo anterior, al referirse a la necesidad de profundizar en los resultados obtenidos, en futuros estudios de tipo explicativo, con diseños muestrales de mayor complejidad.

^f Larrañaga O. Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) – Chile. Documento de trabajo. 2010-4. Disponible en: http://www.pnud.cl/areas/ReduccionPobreza/2012/2010_4.pdf

REFERENCIAS

- Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, et al. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna urbana de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile*. 2011;139:739-47. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600007&script=sci_arttext
- Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Gazmuri P, Baeza M. Efectividad del Sistema de Protección Integral de la Infancia en madres y niños vulnerables. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(5):1071-9. DOI:10.1590/S0104-1169201300050000
- Baum FE, Legge DG, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley G. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health*. 2013;13:460. DOI:10.1186/1471-2458-13-460
- Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, Gwatkin D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):1-16. DOI:10.1590/S0034-89102010000100001
- Behrman JR. How much might human capital policies affect earnings inequalities and poverty? *Estud Econ*. 2011;38(1):9-41. DOI:10.4067/S0718-52862011000100002
- Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. *Health Hum Rights*. 2010;12(2):31-48.
- Carroll K. Addressing inequality: framing social protection in national development strategies. *IDS Bull*. 2011;42(6):89-96. DOI:10.1111/j.1759-5436.2011.00279.x
- Davidson G, Duffy J, Barry L, Curry P, Darragh E, Lees J. Championing the interface between mental health and child protection: evaluation of a service initiative to improve joint working in Northern Ireland. *Child Abuse Rev*. 2012;21(3):157-72. DOI:10.1002/car.1164
- Davies JK, Sherriff N. The gradient in health inequalities among families and children: a review of evaluation frameworks. *Health Policy*. 2011;101(1):1-10. DOI:10.1016/j.healthpol.2010.09.015
- Devereux S, McGregor JA, Sabates-Wheeler R. Introduction: social protection for social justice. *IDS Bull*. 2011;42(6):1-9. DOI:10.1111/j.1759-5436.2011.00265.x
- Hancock KJ, Mitrou F, Shipley M, Lawrence D, Zubrick SR. A three generation study of the mental health relationships between grandparents, parents and children. *BMC Psychiatry*. 2013;13:299. DOI:10.1186/1471-244X-13-299
- Hunter BD, Neiger B, West J. The importance of addressing social determinants of health at the local level: the case for social capital. *Health Soc Care Community*. 2011;19(5):522-30. DOI:10.1111/j.1365-2524.2011.00999.x
- Lampis A. Desafíos conceptuales para la política de protección social frente a la pobreza en Colombia. *Rev Estud Soc*. 2011;41(1):107-21. DOI:10.7440/res41.2011.08
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Marttila A, Johansson E, Whitehead M, Burström B. Keep going in adversity: using a resilience perspective to understand the narratives of long-term social assistance recipients in Sweden. *Int J Equity Health*. 2013;12:8. DOI:10.1186/1475-9276-12-8
- Mistry KB, Minkovitz CS, Riley AW, Johnson SB, Grason HA, Dubay LC, et al. A new framework for childhood health promotion: the role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health. *Am J Public Health*. 2012;102(9):1688-96. DOI:10.2105/AJPH.2012.300687
- Rossiter C, Fowler C, McMahon C, Kowalenko N. Supporting depressed mothers at home: their views on an innovative relationship-based intervention. *Contemp Nurse*. 2012;41(1):90-100. DOI:10.5172/conu.2012.41.1.90
- Salari R, Fabian H, Prinz R, Lucas S, Feldman I, Fairchild A, et al. The Children and Parents in Focus project: a population-based cluster-randomised controlled trial to prevent behavioural and emotional problems in children. *BMC Public Health*. 2013;13:961. DOI:10.1186/1471-2458-13-961
- Sarti S, Alberio M, Terraneo M. Health inequalities and the welfare state in European families. *J Sociol Soc Welfare*. 2013;40(1):103-30.
- Small R, Taft AJ, Brown JS. The power of social connection and support in improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health*. 2011;11(Suppl 5):S4. DOI:10.1186/1471-2458-11-S5-S4
- Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(6):2673-85. DOI:10.1590/S1413-81232011000600002
- Valenzuela JP, Duryea S. Examinando la prominente posición de Chile a nivel mundial en cuanto a desigualdad de ingresos: comparaciones regionales. *Estud Econ*. 2011;38(1):259-93. DOI:10.4067/S0718-52862011000100011
- Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice. *Health Hum Rights*. 2010;12(2):3-16.
- Wehby GL, McCarthy AM. Economic gradients in early child neurodevelopment: a multi-country study. *Soc Sci Med*. 2013;78:86-95. DOI:10.1016/j.socscimed.2012.11.038
- Yablonski J, Bell B. Responding to vulnerability: the role of social welfare services and cash transfers. *Vulnerable Child Youth Stud*. 2009;4(Suppl 1):477-80. DOI:10.1080/17450120903128580