

## Efectividad del Sistema de Protección Integral de la Infancia en madres y niños vulnerables<sup>1</sup>

Estela Arcos<sup>2</sup>

Luz Angélica Muñoz<sup>3</sup>

Ximena Sanchez<sup>4</sup>

Antonia Vollrath<sup>5</sup>

Patricia Gazmuri<sup>5</sup>

Margarita Baeza<sup>6</sup>

Objetivo: establecer la efectividad de la oferta pública de beneficios y/o prestaciones del Programa Chile Crece Contigo y la Red Protege, en niños y mujeres socialmente vulnerables en una comuna urbana de la Región Metropolitana de Chile. Método: estudio descriptivo con uso de la técnica de la encuesta, la muestra constituida por 132 madres de 133 niños fue estratificada según grupos de vulnerabilidad social; la información primaria fue obtenida con una entrevista estructurada a las madres y complementada con datos de fuentes secundarias institucionales. Se calcularon estadísticas descriptivas y de asociación. Resultados: hubo baja percepción de vulnerabilidad social de las diadas, por las profesionales al ingreso del control; la efectividad de beneficios universales y específicos fue baja, con mejores resultados en hijos que en madres, no obstante, no se observaron diferencias significativas según vulnerabilidad; un hallazgo fue la baja accesibilidad a beneficios específicos en niños con riesgo psicosocial y retraso del desarrollo psicomotor, especialmente en el grupo más vulnerable. Conclusión: los resultados muestran una brecha en el acceso a beneficios garantizados por ley; para superar esta situación, las enfermeras/os requieren fortalecer competencias para prácticas sanitarias contextualizadas y de gestión integrada, en redes interdisciplinarias e intersectoriales.

Descriptor: Política Social; Prestación de Atención de Salud; Vulnerabilidad Social; Salud del Niño; Enfermería.

<sup>1</sup> Apoyo financiero de la Apoio financeiro do Vicerrectoria de Investigacion y Doctorado, Universidad Andrés Bello, proceso n° DI-21-10/R.

<sup>2</sup> MSc, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

<sup>4</sup> MSc, Profesor Titular, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Playa Ancha, Santiago, Chile.

<sup>5</sup> MSc, Profesor Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

<sup>6</sup> MSc, Estudiante de Doctorado, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Correspondencia:

Estela Arcos  
Universidad Andres Bello. Facultad de Enfermería  
Av. República, 237  
26618476, Santiago, Chile  
E-mail: marcos@unab.cl

## Introducción

En Chile, el subsistema de protección social de la infancia vulnerable contiene un conjunto de prestaciones y acciones garantizadas por ley que son ejecutadas por diferentes organismos y actores del Estado y que consideran, entre otros, mediciones de producto relacionados con cobertura, focalización y calidad de las prestaciones sociales<sup>(1)</sup>. El fin es garantizar el desarrollo infantil temprano, especialmente en la niñez expuesta a determinantes sociales como son el bajo nivel de escolaridad de sus padres, la disfuncionalidad familiar, el empleo precario, la depresión materna, la violencia de género, el apego desorganizado-evitativo y la falta de estímulo, entre otros<sup>(2-5)</sup>.

El análisis desde la perspectiva de los determinantes sociales, económicos, culturales y políticos ha permitido comprender el mecanismo que subyace en los procesos de producción de las enfermedades que se generan independientemente de la universalidad de acceso a los sistemas de salud que tengan las personas<sup>(6-9)</sup>. Existen muchas evidencias que indican que: a) las circunstancias sociales y económicas de los individuos y de los grupos influyen en su estado de salud, tanto o más que la atención de salud y b) los determinantes sociales son los mejores predictores del estado de salud y del estilo de vida individual y colectivo. Por otra parte, se ha reportado que los determinantes sociales de la salud no se distribuyen equitativamente entre la población, sino que interactúan entre sí de manera compleja durante toda la vida y, como consecuencia, determinan una distribución diferencial de las condiciones de salud que se manifiestan en disparidades y desigualdades de la misma<sup>(2-4,7,10-12)</sup>.

Los factores sociales están fuera del sistema de salud y requieren ser abordados en forma holística para así asegurar el mejor comienzo posible en la vida de los niños. En este contexto, la práctica social en enfermería es crucial para dar un significado esencial al relevante rol que le compete en sociedades con profundas desigualdades estructurales. Esto implica garantizar el derecho al acceso a las prestaciones de la política social cuyo propósito esencial es mitigar el impacto negativo del contexto en el desarrollo y bienestar infantil<sup>(2,13-16)</sup>.

En Chile, la política pública de protección social ofrece, a partir del Programa "Chile Crece Contigo" (ChCC), equidad desde el principio a través de una oferta integrada de prestaciones que refuerzan la maternidad y apego seguro, la comunicación efectiva y pautas sanas de crianza como su componente fundamental<sup>(17-18)</sup>. El programa es aplicado desde la gestación hasta los 4 años e incluye a todos los infantes del 40% de hogares y familias

más pobres y vulnerables o con necesidades especiales. La política está diseñada bajo la perspectiva de derechos universales garantizados, en la cual la familia, la red social y comunitaria son los ejes centrales del desarrollo infantil. Este sentido integrador de las políticas de protección social ha determinado que las instituciones y equipos de trabajo de los sectores involucrados sean los responsables de gestionar la implementación, financiación, provisión y regulación del acceso a los servicios ofrecidos, condición que exige capacidades de respuesta contextualizadas y nuevas formas de organización institucional<sup>(18-20)</sup>.

Por esta razón, desde la enfermería, se impulsa la necesidad de reflexionar sobre una práctica sanitaria proactiva que asegure la calidad, pertinencia, integralidad y efectividad de la gestión de la política pública en la disminución de las brechas de equidad, especialmente, en la población infantil más vulnerable donde se concentra la desigualdad<sup>(21)</sup>. En relación a lo anterior, nos preguntamos: ¿Cuál es la efectividad del acceso a la oferta pública de las prestaciones del programa Chile Crece Contigo y de los programas asociados a niños y mujeres vulnerables? Para responder a esta pregunta se realizó un estudio descriptivo para establecer la efectividad de la oferta pública de beneficios y/o prestaciones del Programa Chile Crece Contigo y la Red Protege, en niños y mujeres socialmente vulnerables en una comuna urbana de la Región Metropolitana de Chile.

El estudio se justifica en la importancia de obtener antecedentes empíricos que permitan contribuir a mejorar la implementación del programa estudiado, reorientar la política social en el área y reforzar la pertinencia de la práctica social de la profesión en el marco de los programas de salud infantil.

## Métodos

Es un estudio de tipo descriptivo para establecer el comportamiento de un conjunto de variables consideradas relevantes para la investigación. La técnica utilizada fue la encuesta social. El universo del estudio estuvo compuesto por 1.514 mujeres (con neonato/a nacido vivo al parto), atendidas en los centros de salud de la red pública de una comuna urbana de la Región Metropolitana del país, adscritas al Programa Chile Crece Contigo el año 2009 y clasificadas con vulnerabilidad social, según criterios establecidos por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), por puntaje logrado  $\leq 11.734$  puntos en la aplicación de la Ficha de Protección Social (FPS). El puntaje  $\leq 11.734$  puntos fue estratificado en tres grupos: extrema vulnerabilidad ( $\leq 4.213$  puntos); vulnerabilidad moderada (4.214-8.500 puntos) y vulnerabilidad leve (8.501-11.734 puntos).

Se utilizó un 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 al interior del estrato y heterogéneos al exterior según puntaje de vulnerabilidad social. El tamaño de la muestra se estimó con un supuesto de variante máxima y una confianza de 95%, un error estimado a nivel de toda la población de 0,076 (7,6%); a nivel del estrato 1 de 0,105 (10,5%); del estrato 2 de 0,133 (13,3%) y del estrato 3 de 0,186. Durante el trabajo de campo, debido a domicilios no actualizados e inexactos, algunas unidades de análisis fueron reemplazadas desde los registros de los centros de salud, resguardando los procedimientos muestrales por estrato.

El instrumento de medición fue aplicado a 132 mujeres. La unidad de análisis fue la díada (madre-hijo), siendo la madre la informante. Una de las mujeres fue madre de mellizos.

Para caracterizar la población, se consideró la descripción de variables individuales de la mujer e infante, incluyendo antecedentes biosociodemográficos, condición biomédica y psicosocial (identificada durante el control prenatal y en el nacimiento) y control de salud de la mujer e infantil. En la madre se obtuvo información sobre edad, estado civil, nivel educacional, tipo de actividad remunerada, cotización seguridad social, seguro social, jefatura de hogar, riesgo psicosocial, discapacidad de la madre y edad gestacional al ingreso al Programa Chile Crece Contigo. Respecto al niño: peso, talla, sexo, Apgar al 1° y 5° minuto, edad gestacional al nacer, discapacidad, morbilidad, rezago infantil, retraso psicomotor, maltrato y vulnerabilidad social. Además, antecedentes sobre la persona y parentesco del cuidador/a y presencia del progenitor en el hogar. Esta información fue obtenida desde la entrevista y completada con consulta de fuentes secundarias como carné/libreta de control de salud, fichas del Programa del Chile Crece Contigo y los registros de la Ficha de Protección Social.

La efectividad del acceso a beneficios y/o prestaciones se realizó en base a: caracterización de las variables sobre prestaciones universales para la mujer y su hijo/a; prestaciones específicas recibidas cuando la mujer y su hijo/a cumplieron con una condición definida por la normativa vigente del Programa Chile Crece Contigo; y prestaciones integradas cuando la mujer cumplió con una condición de acceso definida por la normativa vigente de los programas de la red social asociados al Programa.

La información primaria se obtuvo mediante la aplicación de una pauta de entrevista estructurada a las madres. Se obtuvo información secundaria de los registros

del Chile Crece Contigo, de la Ficha de Protección Social y desde los registros en los cuadernos de los controles salud de la madre y del niño, para corroborar información que la madre no recordaba con exactitud. No se contó con autorización para revisar fichas clínicas.

El instrumento utilizado fue la entrevista estructurada con 38 preguntas sobre antecedentes biosociodemográficos de la mujer, hijo/hija, y antecedentes sobre riesgo psicosocial y 47 preguntas sobre acceso a prestaciones universales, específicas e integradas recibidas por la mujer y su hijo/a durante el período prenatal, parto, postnatal, neonatal e infantil del programa Chile Crece Contigo y programas asociados.

La validez del instrumento de medición se estableció mediante el análisis de contenido o validez del constructo, que permitió establecer la relación de las preguntas con los antecedentes del marco de referencia del estudio. La validez de contenido fue complementada por juicio de expertos: se le solicitó a dos especialistas la revisión de las preguntas para establecer su pertinencia, fundamentada en los antecedentes conceptuales y metodológicos que entregó el equipo de investigación.

La información fue recolectada desde septiembre 2011 a enero 2012, por las investigadoras en una entrevista directa a las madres en los centros de salud o el domicilio. En las aplicaciones en los centros de salud se contó con un espacio resguardado que permitió privacidad para controlar el sesgo de la aplicación fuera del hogar. La participación de las madres fue voluntaria y la decisión fue tomada cuando los objetivos del proyecto y procedimientos les fueron explicados. Firmaron el acta de consentimiento con garantías de privacidad y confidencialidad. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (registro L1/CECENF/14) y fue autorizado por la Corporación Municipal de Desarrollo Social.

Se configuraron bases de datos brutas y depuradas, cuyo procesamiento y análisis se realizó con los programas computacionales SPSS y Excel. La descripción se realizó con estadígrafos descriptivos de posición y dispersión acorde al tipo de variable. Las pruebas de Chi cuadrado y/o exacta de Fisher fueron usadas para establecer comparaciones, asociaciones, diferencias y correlación y ANOVA para la comparación de variante con un nivel de significación  $p < 0,05$ .

## Resultados

Los antecedentes de las díadas mostraron mayor proporción de determinantes adversos en los grupos con vulnerabilidad social extrema y moderada, aún cuando las diferencias no fueron significativas ( $p \geq 0,05$ ). Una de cada

dos mujeres era soltera, con escolaridad menor a 12 años (50,0%, 40,9% y 33,4% respectivamente) y una de cada tres con actividad remunerada. La cobertura del seguro social y seguro de salud no fue del 100% en los tres grupos.

En neonatos/lactantes con extrema y moderada vulnerabilidad se encontró mayor incidencia de bajo peso al nacer (8,5% y 9,3%), prematuridad (11,3%, 9,1% y 5,6%), retraso (11,3% y 6,8%) y rezago del desarrollo (16,9% y 9,1%). En uno de cada dos a tres niños el progenitor estaba presente en el hogar,  $p \geq 0,05$ . Hubo una duración mayor de 6 meses de la lactancia materna exclusiva, especialmente en el grupo con extrema vulnerabilidad (87,5%, 77,3% y 50,0%,  $p < 0,05$ ). En los tres grupos, hubo ingreso temprano y buena adherencia al

control de salud infantil, condición favorable a la oferta de prestaciones del Chile Crece Contigo,  $p \geq 0,05$ .

En las díadas se observó una alta proporción de riesgos biomédicos y psicosociales, con una situación más desfavorable en el grupo de extrema vulnerabilidad,  $p \geq 0,05$ . Sus causas fueron problemas de salud mental, conflictos con la maternidad, adicción al uso de sustancias y violencia de género en las madres. Sus niños/as viven en un entorno familiar con alta incidencia de problemas de salud mental, violencia intrafamiliar, abuso de drogas y cuidado infantil inseguro (Tabla 1). Hubo baja percepción de vulnerabilidad social de las díadas por parte de las profesionales al ingreso al control, situación que invisibiliza la vulnerabilidad.

Tabla 1 - Antecedentes sobre riesgo biomédico, psicosocial y causas del riesgo psicosocial en neonatos/lactantes y en sus madres, según vulnerabilidad social por puntaje de la Ficha de Protección Social

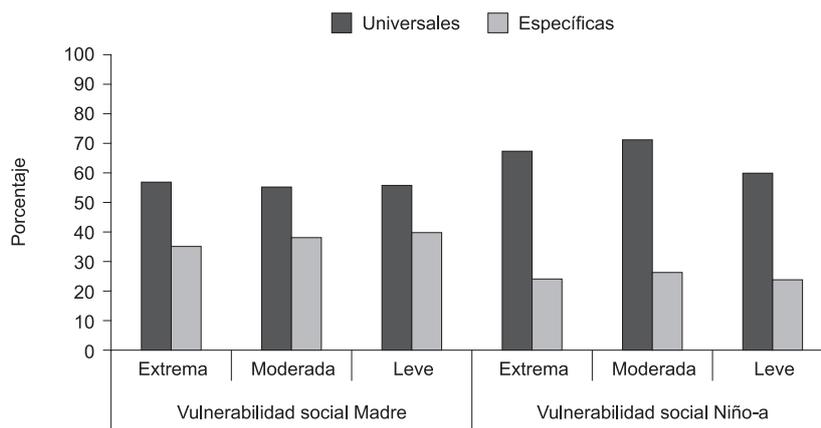
Riesgos	Presencia	Vulnerabilidad Social					
		Extrema		Moderada		Leve	
		N	%	N	%	N	%
<b>Neonatos/lactantes</b>							
Riesgo biomédico*	Si	21	29,6	10	22,7	2	11,1
Riesgo psicosocial*	Si	33	46,5	12	27,3	7	38,9
Detección de vulnerabilidad social†	Si	13	18,3	11	25,0	3	16,7
<b>Causas de riesgo psicosocial</b>							
Salud mental entorno familiar	Si	22	66,7	9	75,0	3	42,9
Violencia intrafamiliar	Si	10	30,3	3	25,0	2	28,6
Abuso de sustancias nocivas	Si	9	27,3	3	25,0	0	0,0
Condiciones del cuidado niño	Si	8	24,2	4	33,3	0	0,0
Habitabilidad	Si	7	21,2	3	25,0	0	0,0
Salubridad e higiene	Si	7	21,2	2	16,7	2	28,6
Condiciones de seguridad del entorno	Si	5	15,2	2	16,7	0	0,0
Maltrato infantil	Si	1	3,0	0	0,0	0	0,0
<b>Madres</b>							
Riesgo biomédico*	Si	25	35,7	22	50,0	10	55,6
Riesgo psicosocial*	Si	34	49,3	18	40,9	8	44,4
Detección vulnerabilidad social**†	Si	17	24,3	6	13,6	2	11,1
<b>Causas de riesgo psicosocial</b>							
Síntomas depresivos	Si	10	29,4	6	33,3	2	25,0
Conflictos con la maternidad	Si	10	29,4	3	16,7	1	12,5
Abuso de sustancias	Si	6	17,6	5	27,7	3	37,5
Violencia de género	Si	5	14,7	3	16,7	1	12,5
Adolescencia y embarazo	Si	4	11,8	1	5,6	1	12,5

\*Diferencias estadísticas no significativas,  $p \geq 0,05$

†Detección de vulnerabilidad por el profesional que realizó el ingreso al Chile Crece Contigo

La efectividad de las transferencias de beneficios/prestaciones universales en la díada no fue del 100%, con mejores resultados en los hijos (66,1%; 69,5% y 58,7%,  $p \geq 0,05$ ) que en sus madres (55,8; 54,2 y 54,8%,  $p \geq 0,05$ ) (Figura 1). La efectividad de prestaciones

específicas fue baja (menos del 30%), especialmente en los neonatos/lactantes. Se constató una situación levemente mejor en sus madres (34,7%; 37,2% y 38,8%,  $p \geq 0,05$ ) (Figura 1).



Diferencias estadísticas no significativas,  $p \geq 0,05$

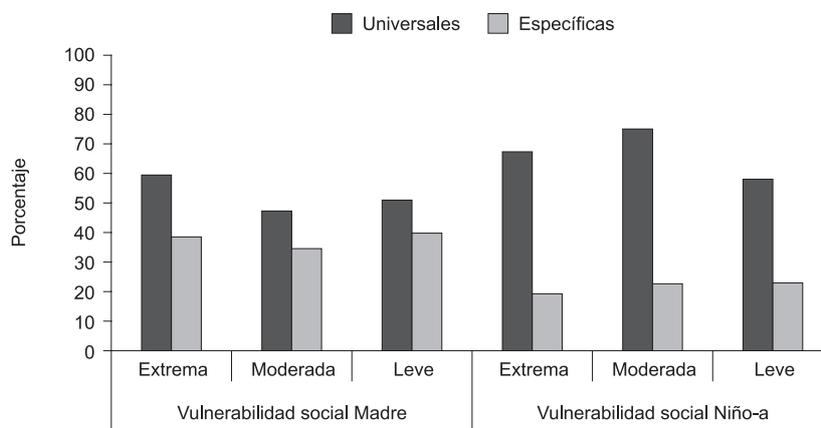
Figura 1 - Proporción de la transferencia de prestaciones universales y específicas del Sistema de Protección Integral (Chile Crece Contigo) efectivamente recepcionadas por las madres y neonatos/infantes, según vulnerabilidad social

El punto crítico de la transferencia de prestaciones universales estuvo en la baja participación en talleres educativos y entrega de recursos que refuerzan la maternidad y apego seguro (31,4%, 22,7% y 27,8% respectivamente,  $p \geq 0,05$ ), cuyo propósito es apoyar los estilos de vida saludable durante la gestación y el nacimiento, promoviendo la participación del padre y la familia para asegurar un vínculo seguro al niño(a) que está por nacer.

En los neonatos/lactantes se repitió la baja transferencia de prestaciones de apoyo a la crianza, porque en los tres grupos sólo una de cada dos madres participó en talleres educativos, con entrega parcial de

materiales que guían el desarrollo del niño/a.

Si el Programa Chile Crece Contigo se organiza en función de los niños/as más vulnerables, la efectividad observada en transferencias universales y específicas en días con riesgo psicosocial no da cuenta de esa intención. La realidad mostró un acceso que fluctuó entre un 57,1% y 73,8% en prestaciones universales y, sólo un 18% a 22% en prestaciones específicas para niños(as),  $p \geq 0,05$ . En madres con riesgo psicosocial, el acceso a prestaciones universales no superó el 60% y en las específicas el 40%, siendo mejor la situación en las mujeres que en sus hijos (as)  $p \geq 0,05$  (Figura 2).



Riesgo Psicosocial

Diferencias estadísticas no significativas,  $p \geq 0,05$

Figura 2 - Proporción de la transferencia de prestaciones universales y específicas del Sistema de Protección Integral (Chile Crece Contigo), efectivamente recepcionadas por las madres y neonatos/infantes con riesgo psicosocial, según vulnerabilidad social

Más inquietante fue la situación de niños/as con diagnóstico de retraso y rezago del desarrollo, en los que las prestaciones universales lograron una efectividad máxima de 78,6% y las específicas de 26,7%. La situación fue más desfavorable para niños/as con retraso del desarrollo psicomotor del grupo más vulnerable (Figura 3).

Otro punto crítico de la entrega de prestaciones específicas estuvo en el acompañamiento social que

proporcionaron los equipos del programa psicosocial y de los programas de la red social, especialmente por los problemas de salud mental, violencia, adicción a drogas y conflictos con la maternidad. En los niños/as, la realidad reveló desprotección, porque la gestión del cuidado no estuvo focalizada sobre grupos con exposición a determinantes adversos y, por tanto, fue menor la oportunidad de subsanar dificultades en el desarrollo infantil.

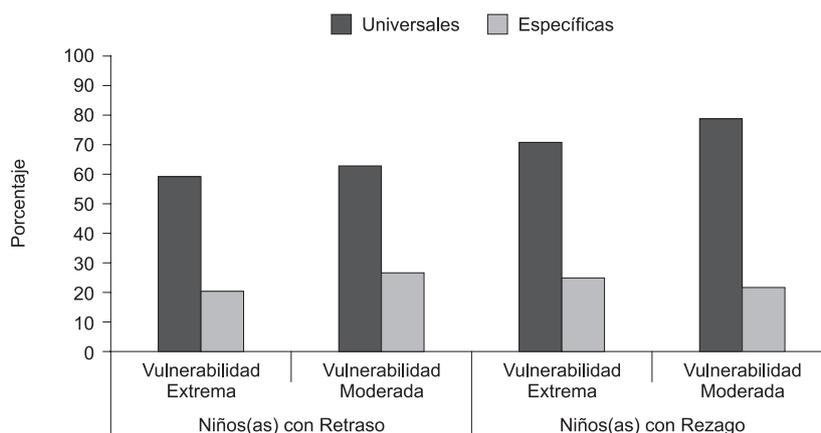


Figura 3 - Proporción de la transferencia de prestaciones universales y específicas del Sistema de Protección Integral (Chile Crece Contigo) efectivamente recepcionadas por niños(as) con retraso o rezago del desarrollo, según vulnerabilidad social

Finalmente, la efectividad de prestaciones integradas a la madre fue insuficiente, porque muy pocas mujeres tuvieron la oportunidad de mejorar su situación educacional, de empleo y de atención de salud, por

problemas de salud mental y disfunción familiar (Tabla 2). Sólo el 4,8% de las madres con extrema vulnerabilidad reportaron haber sido incluidas en el programa Chile Solidario.

Tabla 2 - Prestaciones integradas transferidas a las madres con la condición presente, según vulnerabilidad social por puntaje de la Ficha de Protección Social, 2009

Prestaciones integradas	Transferida	Vulnerabilidad Social					
		Extrema		Moderada		Leve	
		N	%	N	%	N	%
Nivelación de estudios	Si	3	9,4	1	6,3	0	0,0
Acceso a inserción laboral	Si	7	21,2	1	5,3	0	0,0
Atención por salud mental	Si	11	36,7	7	58,3	1	12,5
Atención por disfunción familiar	Si	3	14,3	0	0,0	0	0,0
Asistencia judicial	Si	2	50,0	0	0,0	0	0,0
Atención violencia intrafamiliar	Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Acceso Chile Solidario	Si	3	4,8				

## Discusión

Países con altos índices de desigualdad, como es el caso de Chile, necesitan incorporar políticas públicas de protección social como respuesta para subsanar la pobreza y vulnerabilidad generada<sup>(18-20)</sup>. Los resultados presentados en este estudio demuestran la precariedad de las condiciones de vida de las madres y niños/as y la brecha entre los resultados esperados y los observados en el acceso a beneficios y/o prestaciones garantizadas por ley<sup>(1)</sup>.

A pesar de que los niños/as y sus madres ingresaron tempranamente y con buena adherencia al control de salud y de que los profesionales aplicaron protocolos de clasificación de riesgos y problemas psicosociales, no se observó una gestión oportuna y focalizada para asegurar el acceso a prestaciones de prevención de problemas de salud y protección del desarrollo integral a todos los niños/as y las mujeres en riesgo psicosocial, según lo recomendado en la literatura revisada<sup>(18-21)</sup>. Esto es relevante, porque el programa Chile Crece Contigo pone a disposición desde el embarazo un conjunto de prestaciones, cuyo propósito es estimular los vínculos afectivos tempranos entre el niño y sus cuidadores primarios, para conseguir un marco socio-cultural de crianza donde el apego seguro es fundamental en cada etapa del desarrollo infantil<sup>(3)</sup>. La insuficiente focalización en la entrega de prestaciones a niños/as en situación de riesgo psicosocial, es un indicador de la invisibilidad de la gestión de las profesionales de enfermería en la articulación de la red social, familiar y comunitaria como recursos de apoyo para reforzar y fortalecer las competencias parentales y, de este modo, prevenir problemas en el desarrollo infantil<sup>(22)</sup>.

Las explicaciones sobre la baja efectividad observada, podrían centrarse en: a) Las expectativas de la protección social en la infancia, con respecto al programa que se ha estudiado, fueron demasiado ambiciosas para una implementación que *per se* es muy compleja dadas las condiciones de vulnerabilidad existentes; b) La política no ha funcionado eficazmente, debido a debilidades en su implementación y a la cultura tradicional en salud, que no ha superado el enfoque biomédico; como consecuencia, los profesionales de salud no tendrían capacidad de respuesta para enfrentar la complejidad de los contextos sociales<sup>(22)</sup>; c) En la literatura revisada se señala que aún no se ha incorporado el enfoque de determinantes y derechos sociales en la práctica sanitaria que permiten promover la gestión con pertinencia y oportunidad<sup>(22-23)</sup>. La baja percepción de la vulnerabilidad social de la díada por parte de las profesionales matronas y enfermeras,

es una dificultad que limita la aplicación del enfoque de determinantes y derechos sociales garantizados<sup>(22)</sup>; y d) La presencia de una práctica sanitaria y una gestión operativa segmentada y fragmentada, tanto en los programas de salud como en los programas sociales, limita la construcción de soluciones integradas donde es esencial la coordinación, cooperación y colaboración entre los sectores sociales<sup>(2,19,22,24)</sup>; en la literatura se señala que la fragmentación es el corazón de la ineffectividad, porque determina una escasa vinculación entre los sistemas de salud y sistemas sociales<sup>(19,24)</sup>.

La política de salud señala que se requieren cambios en los modelos y procesos del "cómo hacer, con qué y con quiénes" porque actualmente se enfrentan escenarios de profundas y complejas transformaciones sociales, que están generando una creciente vulnerabilidad social y demanda por servicios sociales y de salud<sup>(2,25)</sup>. Superar esta situación es difícil porque las mejores prácticas para una gestión integrada se logran con la articulación de actividades y relaciones fluidas entre disciplinas, profesiones, departamentos, instituciones y organizaciones<sup>(19,23)</sup>. De este modo, se puede superar la ambivalencia de las responsabilidades y la segmentación institucional en la ejecución de la política de protección social<sup>(20,22)</sup>.

## Conclusión

Los datos obtenidos y los antecedentes conceptuales permiten señalar que, para lograr una mayor efectividad de las políticas de protección integral destinadas a compensar las desigualdades sociales y superar las disparidades en salud en períodos tan sensibles como es la maternidad y la infancia, es necesario visibilizar la vulnerabilidad social con el fin de materializar las acciones que faciliten el desarrollo socio personal de los niños y mejorar habilidades parentales y resiliencia de cuidadores primarios.

Los resultados muestran un grupo de madres y niños con presencia de determinantes sociales adversos y con limitado acceso a prestaciones sociales, hecho que constituye una dificultad para propiciar una maternidad segura, una crianza saludable y un desarrollo integral del infante. Lo anterior, amerita una reflexión sobre la relevancia del rol de la disciplina de enfermería en el cuidado de salud como práctica social, específicamente, en la atención primaria de salud que es un espacio estratégico para asumir el compromiso social y ético de liderar la vigilancia y monitorización del acceso a las prestaciones de las políticas sociales. Una vez que esta práctica se materialice, se logrará avanzar en disminuir

las brechas e inequidades en la construcción de las bases de la salud para toda la vida.

## Referencias

1. Ley 20379/ 2009 de 12 de septiembre (CH). Sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo". Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [acceso 11 nov 2011]. Disponible em: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044>
2. Figueiredo GLA, Mello DF de. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(6):1171-6.
3. Gómez E, Muñoz M, Santelices M. Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia Psicol*. 2008;26(2):241-51.
4. Rojas MG, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile*. 2010;138:536-42.
5. Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, et al. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Rev Méd Chile*. 2011;139:739-47.
6. Rondero Hernandez V, Montana S, Clarke K. Child Health Inequality: Framing a Social Work Response. *Health & Social Work*. 2010;35(4):291-301.
7. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, OMS 2008. [acceso 10 jan 2010]. Disponible em: <http://www.who.int/>
8. Bambra C. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:740-5.
9. Frenz P, González C. Aplicación de una aproximación metodológica simple para el análisis de las desigualdades: El caso de la mortalidad infantil en Chile. *Rev Méd Chile*. 2010;138:1157-64.
10. Puyol Á. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit [periódico na Internet]*. 2012; 26(2): 178-81, [acceso 04 mar 2013]. Disponible em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000200016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200016&lng=es).
11. Pathak S, David Low M, Franzini L, Swint MJ. A Review of Canadian Policy on Social Determinants of Health. *Eur Stud Rev*. 2012,4(4):8-22.
12. Schofield T. Health inequity and its social determinants: A sociological commentary. *Health Sociol Rev*. 2007; 16:105-14.
13. Figueiredo MC, Santos RM, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(6):904-8.
14. Mannheimer LN, Lehto J, Ostlin P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden open, half-open or half-shut? *Health Promotion Int*. 2007;22(4):307-15.
15. Grugel J. Children's rights and children's welfare after the Convention on the Rights of the Child. *Progress Development Studies [periódico na Internet]*. 2013;13(1):19-30, [acceso 4 mar 2013]. Disponible em: [pdj.sagepub.com/content/13/1/19.abstract](http://pdj.sagepub.com/content/13/1/19.abstract)
16. Barros S, Ferreira M, Aranha A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41:815-9.
17. Bedregal P, González P, Kotliarenco MA, Raczynski D. Chile Lineamientos de política para la primera infancia (menor de 4 años). Banco Interamericano de Desarrollo y UNICEF 2007. [acceso 10 jan 2010]. Disponible em: [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/238/estudio\\_bid\\_Final.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/238/estudio_bid_Final.pdf)
18. Small R, Taft A, Brown S. The power of social connection and support in improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health [periódico na Internet]*. 2011; 11 Suppl 5S4, [acceso 15 fev 2013]. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S5/S4>
19. Mistry K, Minkovitz C, Riley A, Johnson S, Grason H, Guyer B, 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.
20. Schmied V, Mills A, Kruske S, Kemp L, Fowler C, Homer C. The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *J Clin Nurs. [periódico na Internet]*. 2010; 19(23/24):3516-26 [acceso 14 fev 2013]. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/2>
21. Egry E, Fonseca RM, Oliveira MA, Bertolozzi MR, Takahashi R, Ciosak I, et al. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade: uma abordagem geral. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(spe):762-4.
22. Moraes J, Cabral I. The social network of children with special health care needs in the (in) visibility of nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(2):282-8.
23. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria en las Américas. Edition OPS/OMS; 2007. [acceso 11 dez 2010]. Disponible em: [http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS\\_spa.pdf](http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf)
24. Stange K. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals Family Medicine*. 2009;7(2):100-3.

25. Ministerio de Salud de Chile. Objetivos nacionales de salud para la década 2010-2020. MINSAL 2010. [acceso 13 jan 2011]. Disponible em: <http://www.equidad.cl/biblioteca/informes/1objetivos.pdf>

Recibido: 25.10.2012

Aceptado: 22.4.2013

### *Como citar este artículo:*

Arcos E, Muñoz LA, Sanchez X, Vollrath A, Gazmuri P, Baeza M. Efectividad del Sistema de Protección Integral de la Infancia en madres y niños vulnerables. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sept.-oct. 2013 [acceso: / / ]; 21(5): [09 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día                      año  
mes abreviado con punto

URL