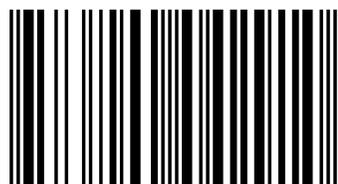


Enfermería y la Vulnerabilidad social en Chile

Las investigaciones realizadas responden a la inquietud que como Enfermera con dedicación casi permanente dentro del área pediátrica, mi objeto de cuidado han sido los niños y adolescentes. Teniendo presente que Chile, según la OCDE, está dentro de los países con el Gini más alto: Chile (0,465) junto a México (0,459) y Estados Unidos (0,394), la población vulnerable es nuestro principal objetivo al realizar cuidados desde la perspectiva biopsicosocial. Dentro de la gestión del cuidado de las personas es nuestra responsabilidad supervisar y gestionar que dicha población reciba las atenciones y beneficios otorgados por el estado que le sean necesarios para superar su pobreza y condición de vulnerabilidad. Chile crece contigo forma parte de una política orientada a la población vulnerable. El apoyo a los líderes comunitarios que trabajan con comunidades debe ser a través de las municipalidades (administración local de comunas en una región-país), entregando subsidios y apoyo técnico para permitir a la población asignada al líder comunitario satisfacer sus necesidades básicas. Ej. apoyo en salud, mejora de vivienda, subsidio familiar, entre otros, utilizando metodología mixta.

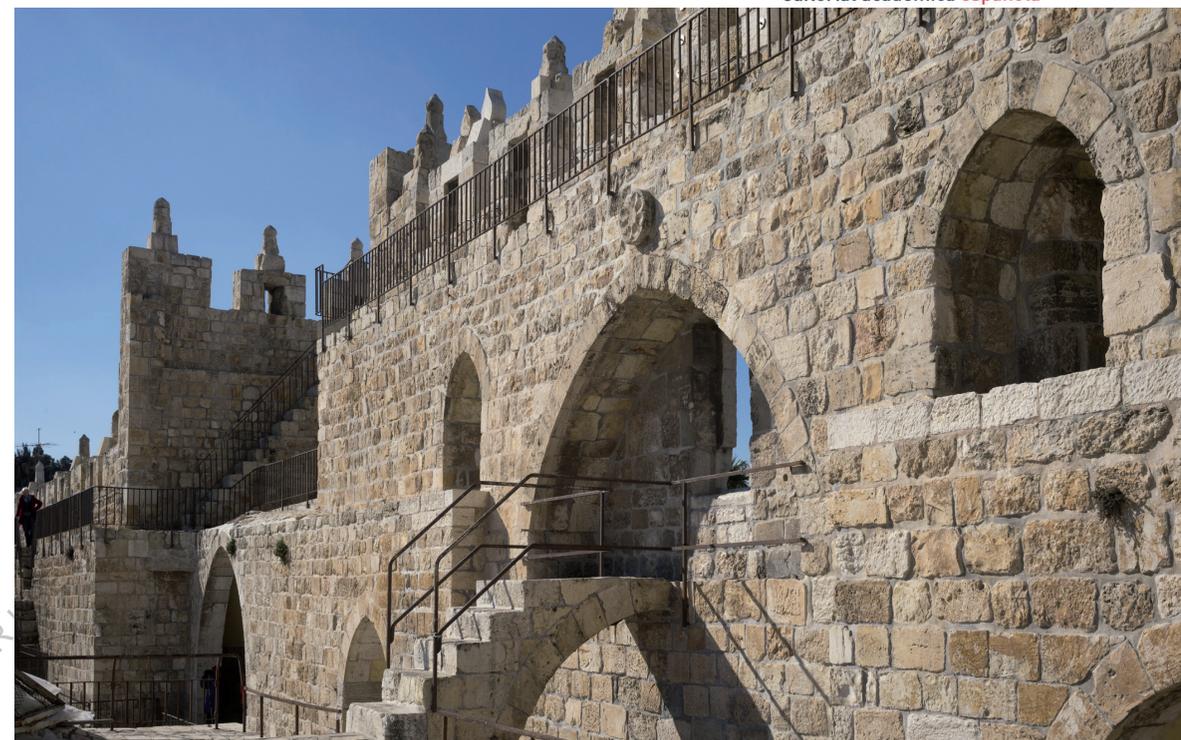


Enfermera, con más de 30 años de trayectoria laboral en la atención de niños/as y adolescentes, tanto como Enfermera clínica como académico de nivel superior. A cargo de realizar docencia a estudiantes de pregrado en Enfermería en niños y adolescentes y en asignaturas del área de investigación.



978-620-0-04291-0

editorial académica española



Margarita del Rosario Baeza Fuentes

Enfermería y la Vulnerabilidad social en Chile

Investigaciones orientadas a conocer las políticas y la vulnerabilidad social en Chile, claves en el cuidado

Margarita del Rosario Baeza Fuentes
Enfermería y la Vulnerabilidad social en Chile

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

Margarita del Rosario Baeza Fuentes

Enfermería y la Vulnerabilidad social en Chile

**Investigaciones orientadas a conocer las políticas y
la vulnerabilidad social en Chile, claves en el
cuidado**

FOR AUTHOR USE ONLY

Editorial Académica Española

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

Editorial Académica Española

is a trademark of

International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

17 Meldrum Street, Beau Bassin 71504, Mauritius

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-0-04291-0

Zugl. / Aprobado por: Santiago de Chile, Universidad Nacional Andres Bello, tesis doctoral 2015

Copyright © Margarita del Rosario Baeza Fuentes

Copyright © 2019 International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

FOR AUTHOR USE ONLY



ENFERMERIA Y LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN CHILE

INDICE:

RELACIÓN ENTRE ACCESO A PRESTACIONES DEL PROGRAMA DE RED PROTEGE Y VULNERABILIDAD DE FAMILIAS DE UNA COMUNA URBANA DE SANTIAGO DE CHILE. (Chile 2015)

..... Páginas 04 - 36

"POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD EN APOYO A LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES EN CHILE", PRESENCIA DE ENFERMERÍA. (año 2018)

----- Paginas 37 - 45

LÍDERES COMUNITARIOS Y SU RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD APLICADAS A LA VULNERABILIDAD SOCIAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y SENESCENTE, RM CHILE (Año 2018)

..... Páginas 46 – 78

ANEXOS:

..... Páginas 79 - 90

Prologo:

Chile, como país reconocido como uno con mayor desigualdad social según OCDE, ha generado varias políticas tendientes al apoyo de los grupos vulnerables con el fin de que logren salir del nivel de pobreza en que se encuentran.

Los estudios presentados en este libro, tienen como objetivo, mostrar algunas políticas y/o programas vigentes que apoyan a esta población.

Los/as Enfermeros/as en Chile, según el código sanitario (113) que identifica nuestra profesión como: “Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”. Dentro de nuestro quehacer profesional estamos preocupados de cautelar que se realice la mejor administración de los recursos de asistencia, ofertados a través de las políticas y programas, por lo que se han realizado estas investigaciones.

En relación a Chile crece contigo, los resultados en el año 2015 nos revelaron que las ofertas se entregaban en no mas de un 23%, actualmente estos beneficios han aumentado llegando alrededor de un 60%. (Aún bajo si tenemos en cuenta que ya lleva 12 años de implementación).

Naneas aún no se ha evaluado y la participación de los líderes sociales en políticas publicas relacionadas con apoyo a la población vulnerable aun no se ha masificado.

RELACIÓN ENTRE ACCESO A PRESTACIONES DEL PROGRAMA DE RED PROTEGE Y VULNERABILIDAD DE FAMILIAS DE UNA COMUNA URBANA DE SANTIAGO DE CHILE. (Chile 2015)

Autor: Margarita Baeza Fuentes

Co- autores: Dra. María Cecilia Toffoletto Prof. María Estela Arcos G.

1Enfermera, Doctora, Prof., Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile,
2Enfermera, Doctora Facultad de Enfermería, Universidad nacional Andrés Bello de Santiago de Chile,
3Matrona, Magister., Facultad de Enfermería, Escuela de Enfermería Universidad Nacional Andrés Bello de Chile,

RESUMEN

Introducción: Los resultados derivan del análisis de datos recogidos para medir la relación entre el acceso a la oferta de prestaciones de un programa de la red protege y la vulnerabilidad de familias de una comuna urbana: El Sistema Chile Crece Contigo, pilar de la política gubernamental Red Protege incluye beneficios ofertados a un grupo de la población con características de vulnerabilidad social. Objetivo: Determinar la relación entre el acceso a la oferta de prestaciones del Sistema de Protección Social integral de la Infancia y la vulnerabilidad de familias inscritas en el Sistema Chile Crece Contigo de una comuna urbana de Santiago de Chile. Método: Estudio correlacional, transversal, con muestra de 132 familias, estratificada según puntaje de vulnerabilidad social. Se aplicó una entrevista semiestructurada, entre septiembre 2011 y enero 2012, a madres de familias en centros de salud públicos o en sus domicilios. Las variables estudiadas fueron: estructura familiar, riesgo psicosocial del entorno familiar y beneficios integrados del sistema de protección social, requeridos en las familias que cumplieran con el requisito de aplicabilidad para la transferencia del beneficio. El análisis estadístico de los datos se realizó con SPSS, versión 15,0. Se calcularon estadígrafos descriptivos, de posición y dispersión y para determinar la asociación entre las características estructurales con los beneficios transferidos, se optó por emplear la regresión logística binaria, pertinente por el tamaño de la muestra. Resultados: Los grupos fueron homogéneos respecto a tamaño de la familia, presencia del progenitor y número de allegados, capacidad generadora de ingresos y tasa de dependencia ($p \geq 0,05$). La transferencia de los beneficios fue baja en los tres grupos (no superó el 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 una alta capacidad generadora de ingresos ($p \leq 0,10$). Conclusión: Las evidencias reportadas conforman la base para proseguir estudios explicativos de formas de transferencia de beneficios con diferentes niveles de intensidad y tiempos de exposición en poblaciones vulnerables. Es un desafío perentorio de una política pública orientada a disminuir las disparidades y desigualdades en salud.

Descriptores: Política Social, Vulnerabilidad, Inequidad, Salud, Protección Social.

SUMMARY

Introduction: The results presented come from the analysis of data collected to measure the relation between the access to the benefits of the program *Red Protege* and the vulnerability of the families of an Urban Commune. The system *Chile Crece Contigo*, being one of the pillars of the Government policy *Red Protege* includes benefits offered to a group of the population considered with social vulnerability. **Objective:** To determine the relation between the access to the benefits that the System de Protection Social integral de la Infancias offers and the vulnerability of the families enrolled in the system *Chile Crece Contigo* of a family of a Commune Urbana from Santiago de Chile. **Method:** Cross-correlation study, of a sample of 132 families, stratified according to their social vulnerability score. A semi structured interview was applied, between September 2011 and January 2012, to mothers of families in public health centers or at their homes. The variables studied were: The family structure, the psychosocial risk of the family environment and the integrated benefits of the social protection system, required in the families that fulfilled the requirements to apply to the benefit transfer. The statistical analysis of the data was performed with the program Statistical Package Social, version 15.0. Descriptive statistics of position and benefits were calculated. To determine the relation of the structural characteristics with the transferred benefits, binary logistic regression was required due to the size of the sample. **Results:** The groups were homogeneous between family size, presence of the parent and number of guests living in the house, income generating capacity and dependency rate ($p \geq 0.05$). The benefit transfer was low in the three groups (did not exceed 23.0%). The largest coverage was represented by the Subsidies Family Unicoi which was granted based on the size of the family, the presence of guests living in the house, absent parent, the high dependency rate and a high income generating capacity ($p \leq 0,10$). **Discussion:** The evidences reported are the start to continue with explanatory studies about the transfer of benefits with different levels of intensity and exposure times in vulnerable populations. It is a peremptory challenge of a public policy oriented to lower the inequalities in health.

Descriptors: Social Policy, Vulnerability, Inequality, Health, Social Protection.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Delimitación del Problema.

El núcleo familiar es definido como todas las personas con lazos de dependencia y obligaciones recíprocas que conviven en una misma unidad residencial y que no siempre están ligados por parentesco. Durante todo el ciclo vital, este núcleo es el encargado de la socialización y soporte social de cada uno de sus integrantes, independiente de las diferencias socio culturales de su estructura y tamaño.¹

Las desigualdades estructurales que afecta a las familias pobres dan lugar a desventajas persistentes que se manifiestan en inestabilidad funcional, precariedad de sus activos, deterioro de los lazos de afecto y solidaridad, lo que condiciona disparidades y desigualdades en el desarrollo, bienestar y seguridad de cada uno de sus miembros.²⁻⁵

Chile 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)⁶, lo que se traduce en profundas inequidades y diferencias que generan desventajas persistentes sufridas por estas familias. En este contexto, uno de los intentos realizados para reducir las disparidades en salud y brechas sociales, ha sido abordar estos determinantes a través de intervenciones^{4,7-9} como, por ejemplo, la aplicación de estrategias inclusivas y sustentables al desarrollo integral y bienestar del niño, de su madre y familia.^{7,10} En el caso de Chile, se implementó en la política pública el Sistema de Protección Social Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC), que se inició en el año 2007, respaldado en los compromisos contraídos con la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1990.¹¹

El embarazo es la puerta de entrada al Sistema ChCC, permitiendo vincular a la madre, hijo y familia con otros programas de apoyo, acorde al cumplimiento de condiciones establecidas.¹¹ La finalidad del sistema ChCC es reducir las brechas que afectan a las oportunidades en los primeros cuatro años de vida de los niños, asegurando el acceso a recursos. Se utiliza un modelo de gestión integrado entre sectores y disciplinas, en el cual 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.⁹⁻¹⁰

En un estudio realizado, por investigadores de la facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, sobre la efectividad del Sistema ChCC, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de vulnerabilidad social y los determinantes sociales que marcan la necesidad de protección social para las gestantes y sus familias, se observó una baja efectividad de la transferencia de prestaciones integradas a familias vulnerables, en el cual un 91,4% de las familias eran vulnerables, ubicándose el 51,4% en la categoría extrema pobreza. El 42,0% de las embarazadas presentaba riesgo psicosocial, siendo una de las principales causas el insuficiente apoyo familiar.¹² Las transferencias de prestaciones integradas a las familias son determinadas por un equipo de salud multidisciplinario, el cual incluye al enfermero/a, quien debe otorgar atención dirigida a la familia o caso índice en una situación problema, comprendiendo: valoración, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al

plan, evaluación, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.¹³ La articulación de actividades y relaciones entre los profesionales del equipo de salud, incluyendo el enfermero/a, aún no ha superado el enfoque biomédico, el cual debilita la comprensión y enfrentamiento de la complejidad de los contextos sociales y que puede estar incidiendo directamente en la baja efectividad de la entrega de prestaciones a las familias vulnerables.¹³⁻¹⁵ Frente a la problemática expuesta anteriormente, analizar el acceso efectivo de las familias socialmente vulnerables a la oferta de servicios diferenciados del Sistema de Protección Integral de la Infancia es esencial para fortalecer el acceso a recursos con un modelo de gestión integrado entre sectores y disciplinas, donde la colaboración, cooperación, comunicación y continuidad longitudinal de la atención son componentes esenciales que permitan a las familias pobres superar sus condiciones de vulnerabilidad.

1.2 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el acceso a la oferta de prestaciones del Sistema de Protección Social integral de la Infancia y la vulnerabilidad de familias inscritas en el Sistema Chile Crece Contigo?

1.3 Hipótesis

Existe relación entre el acceso a la oferta de prestaciones del Sistema de Protección Social integral de la Infancia y la vulnerabilidad de familias inscritas en el Sistema Chile Crece Contigo.

1.4 Objetivos

OG: Determinar la relación entre el acceso a la oferta de prestaciones del Sistema de Protección Social integral de la Infancia y la vulnerabilidad de familias inscritas en el Sistema Chile Crece Contigo de una comuna urbana de Santiago de Chile.

OE. Caracterizar las familias vulnerables sujetas al Sistema Chile Crece Contigo según nivel de vulnerabilidad, estructura familiar y riesgos psicosociales del entorno familiar.

OE: Identificar el porcentaje de beneficios entregados según nivel de vulnerabilidad durante su permanencia en el Programa.

OE: Establecer la tasa de cumplimiento entre beneficios ofertados por el programa y beneficios recibidos según nivel de vulnerabilidad.

OE: Analizar la relación entre beneficios entregados y vulnerabilidad de las familias.

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 Trayectoria conceptual: vulnerabilidad social y resiliencia, equidad, determinantes sociales.

La vulnerabilidad social es el concepto que refleja el nivel de pobreza y las posibilidades de las personas para acceder a la ayuda que entrega el estado, a través de las políticas y leyes, para mejorar su estándar de vida. La resiliencia, entendida como la capacidad de las personas para desarrollar habilidades para enfrentar, superar y/o recuperarse de situaciones adversas en sus vidas, les permite generar instancias para desarrollarse psicológica y socialmente sano en contextos adversos.¹⁶

La vulnerabilidad se conceptualiza como las posibilidades que tienen las personas de experimentar eventos negativos en su salud, desarrollo y/o bienestar como consecuencia de su exposición y/o interacción con determinantes adversos. El nivel de vulnerabilidad depende de factores que se relacionan con los riesgos de origen natural y social, y, con los recursos y estrategias de que disponen los individuos, hogares y comunidades para prevenir, reducir y afrontar choques externos.¹⁶ La vulnerabilidad está condicionada por factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la fragilidad de las personas y en gran medida por las condiciones sociales a que están expuestas.¹⁷

Respecto a lo anterior, existen reportes sobre experiencias de una diversidad de políticas e intervenciones que se han aplicado bajo el supuesto que el apoyo social a las familias, materializado a través del reconocimiento de la vulnerabilidad y exclusión social, es una instancia mediadora que permite generar resiliencia en las personas, para atenuar la influencia negativa de los determinantes sociales sobre el funcionamiento familiar y bienestar social.¹⁸⁻²¹

La resiliencia es un fenómeno complejo, entendido como la capacidad de las personas para desarrollar habilidades para enfrentar, superar y/o recuperarse de situaciones acumulativamente adversas de sus vidas y, como resultado, atenuar los efectos negativos que pudieran afectar su salud. Las personas resilientes generan activos a partir de las interacciones de afecto y apoyo que encuentran dentro y fuera de la familia; es una construcción social constante de estrategias y acciones para desarrollarse psicológica y socialmente sano en contextos adversos.²²

El concepto de equidad es controversial, porque es un concepto multidimensional que considera inclusión, igualdad de oportunidades, movilidad social y vulnerabilidad.²³⁻²⁵ No es lo mismo que igualdad, implica valorar las desigualdades desde la idea de justicia.²⁵ El tipo de valoración de la equidad social utilizado tiene implicaciones políticas, tanto en las decisiones cotidianas como en las políticas públicas, ya que existen relaciones profundas entre las posiciones éticas y los desarrollos científicos técnicos que sustentan las políticas, de manera que no hay neutralidad técnica en esta materia, a pesar del esfuerzo de los técnicos por probar lo contrario.²⁶

La salud es una condición muy valorada por las personas, por tanto, cualquier concepción de justicia social incorpora la necesidad de una distribución equitativa que no ignore el rol de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana.²³ La definición de inequidad en salud

más divulgada y sintética es la propuesta por *Margaret Whitehead*²⁴, quien la conceptualiza como las diferencias en salud: innecesarias, evitables e injustas. *Warren*²⁷ define operacionalmente equidad en salud como la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes -incluida, pero no limitada a la atención médica- entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales. Esta concepción cataloga explícitamente las disparidades evitables de los determinantes de la salud como inequidades en salud.

Desde la epidemiología, constituye inequidad toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida.²⁸ Son los hechos distintivos que, cuando se combinan, transforman simples diferencias en salud en inequidades sociales en salud: diferencias sistemáticas, socialmente producidas, modificables y valoradas como injustas.²⁴ Lo que es central al concepto de equidad, no es la igualdad de las distribuciones de los bienes sino su justeza, por lo tanto, para establecer una situación como inequitativa, el estudio de la diferencia en la distribución de los bienes debe seguir los criterios: i) las diferencias en la distribución tienen que ser técnica, financiera y moralmente evitables; ii) las diferencias no deben reflejar una libre elección y, iii) debe establecerse un vínculo entre la distribución y un agente responsable.²⁴

La literatura científica proporciona evidencias sobre la influencia que tienen los determinantes sociales en el estado de salud individual y familiar, como sustrato de diversas enfermedades que se manifiestan independientemente de la universalidad de acceso que tengan las personas a los sistemas de salud.²⁹⁻³²

Los determinantes se constituyen en el espacio social, interactúan entre sí de manera compleja durante toda la vida y se distribuyen de forma desigual, determinando una distribución diferencial en la estructura social y territorial de las condiciones de vida condicionando la marginación, exclusión y vulnerabilidad social.^{18, 29,32}

Los análisis desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, proporcionan evidencias sobre como las desventajas sociales acumuladas afectan el desarrollo humano desde las etapas más temprana de la vida y durante todo el ciclo vital individual y familiar.³¹ El estrés, asma bronquial, lesión accidental, exposición a toxinas y tabaco, deficiencias mentales funcionales y enfermedades crónicas son disparidades y desigualdades en salud reconocidas como consecuencia de desigualdades sociales y culturales de las familias.^{18-19, 31}

2.2 Familias vulnerables.

La familia es el espacio que garantiza la protección integral a los niños y demás miembros del grupo familiar, independiente de la forma como se encuentra estructurada. En el contexto de las familias vulnerables, este espacio esta caracterizado por la privación, dificultades, inestabilidades y perdida del vínculo afectivo, una vez que excluidas de las políticas sociales básicas, no disponen de recursos para el enfrentamiento de las adversidades.³³

Se ha reportado que las circunstancias económicas precarias de la familia elevan los niveles del estrés en los niños, pueden interrumpir la actividad neural y el desarrollo del cerebro, ponen en peligro la salud física y mental, disminuyendo la capacidad de aprendizaje y los resultados de salud para los adultos.^{31,32}

La pobreza y la inseguridad económica también pueden afectar la salud mental de los padres, produciendo trastornos psicológicos, ansiedad, y depresión, lo que puede desencadenar en el desapego infantil, problemas del comportamiento y problemas cognitivos en los hijos.³⁴

2.3 Políticas de Protección Social.

En Chile, se ha puesto énfasis en políticas públicas sociales sustentables, para compensar inequidades y exclusiones generadas por la estructura y funcionamiento del modelo económico.³⁵⁻³⁶ En particular, la salud pública ha enfrentado el ciclo intergeneracional de factores de riesgos de salud asociados a la pobreza mejorando el acceso a la atención de salud, aún cuando, existen evidencias que la exposición a situaciones adversas no producen similares resultados de salud. Las personas pueden mostrar resiliencia a algunos tipos de adversidad, pero no a otros.³⁷ Acorde a lo anterior, en Chile se instaló un Sistema de Protección Social (SPS) que apoya a todos los miembros de la familia, a lo largo del ciclo vital: desde la infancia a la vejez. La idea central, fue transitar desde un sistema de subsidiariedad del Estado de las políticas sociales a un Estado que construye un SPS fundado en derechos garantizados que, junto con apoyar a los sectores vulnerables ante situaciones de riesgo les permite avanzar en autonomía superando así las condiciones de vulnerabilidad. En este sistema la mujer es sujeto de protección y no únicamente la proveedora de protección (responsabilidad que los roles domésticos tradicionales le entregan en exclusividad), apoyando su camino a la autonomía.³⁶

La política social en Chile ha desplegado esfuerzos para avanzar en la dimensión de inclusión social a lo largo del ciclo de vida de las personas.³⁸ Desde el año 1990, el gobierno de Chile instaló un paquete de medidas que fortalecieron la atención primaria de salud implementándose el programa Chile Solidario como sistema de protección social para familias en extrema pobreza, con un enfoque de derechos y deberes. Este programa, inicialmente consistió en la asistencia y oportunidades de capacitación y, posteriormente, generó en las familias en extrema pobreza las condiciones mínimas requeridas para que sus integrantes tuvieran oportunidades y posibilidades reales para mejorar su nivel de vida.³⁸ Para su operacionalización, se definieron 53 condiciones mínimas de nivel de vida, agrupadas en dimensiones que fueron: salud, educación, habitabilidad, trabajo, ingreso económico, dinámica familiar e identificación, adoptando una estrategia de acción hacia la demanda (las familias) y hacia la oferta (servicios y programas).³⁸ Por el lado de la demanda, se realizó un trabajo con las familias para generar en ellas condiciones básicas de funcionamiento y auto-compromiso con su salida de la condición socioeconómica en que se encontraban y, por el lado de la oferta, se realizaron acciones dirigidas a sensibilizar a los agentes responsables de programas y servicios públicos para que abriesen y flexibilizasen sus servicios y beneficios de modo de asegurar la entrega de un apoyo oportuno y pertinente a la población en extrema pobreza.³⁸⁻⁴¹

Paralelamente al programa, se han ido generando mejoras sustanciales en acceso a agua potable (95% en el año 2004) y servicios de saneamiento básico (91% en el 2004). Para la población infantil se han realizado inversiones en unidades de

cuidados intensivos, promoción de lactancia materna, programas de nutrición complementaria para madres y niños hasta los 6 años de edad, programas de abordaje de las enfermedades respiratorias y programas de inmunización.³⁹ Los desafíos asumidos por la política social, para el periodo 2006-2010, fueron transitar desde un sistema de protección social basada en condiciones mínimas de vida, hacia una lógica de derechos sociales garantizada y de participación ciudadana.^{36,38} Para conseguir este propósito, dentro de la política social, se propuso establecer un mecanismo de supervisión interinstitucional que garantizara coherencia e integralidad en las políticas y programas^{42,43} y se recomendó contar con un adecuado soporte conceptual, metodológico-operativo e institucional en todos los niveles territoriales, con énfasis en lo comunal disponiendo de un sistema de monitoreo y evaluación en dos líneas: evaluación de gestión (proceso y resultados) y evaluación de impacto.⁴¹

2.4 Sistema Chile Crece Contigo

En los primeros años de vida, un niño que recibe amor, atención, buena crianza, beneficios en salud y protección rodeados de un ambiente que potencie todas sus capacidades, crecerá sano, desarrollará sus capacidades verbales y de aprendizaje, asistiendo al colegio y más tarde logrando una vida productiva que lo beneficiará junto a la nueva familia que forme.⁴⁴⁻⁴⁵ Entre los factores de riesgo presentes al analizar la vulnerabilidad infantil está la educación de la madre, el rol del padre para con la familia y el niño o niña, el tipo de temperamento del niño o niña y la estimulación en el hogar. Particularmente la capacidad de la madre, padre o cuidador/a para involucrarse en la satisfacción de las necesidades del niño o niña tiene un efecto significativo sobre su rendimiento, tanto en las habilidades motoras como en las psicológicas, la estimulación en el hogar es muy importante para este desarrollo, si esta ausente puede producir alteraciones del desarrollo infantil.⁴⁶

La primera infancia corresponde a una de las etapas críticas del ser humano, distintas dimensiones del desarrollo de la persona están ligadas entre sí, de modo que la no satisfacción de una determinada necesidad impacta negativamente en la satisfacción de las demás.²³ Esta fuerte interdependencia entre las distintas dimensiones del desarrollo (física, emocional, mental y social) implica que el apoyo al niño necesariamente debe ser integral y acorde a sus necesidades.⁴⁷ Para que los niños y niñas desarrollen al máximo sus capacidades es necesario generar apoyos e intervenciones de manera simultánea y sincronizada, sobre el conjunto de dimensiones de su desarrollo y sobre las condiciones del entorno socio-afectivo, emocional y físico en el que se desenvuelven y crecen, el apoyo debe ser diferenciado, de acuerdo a las necesidades particulares de cada uno.⁴⁶

El Sistema Chile Crece Contigo (SCHCC) (Anexo 1) está inserto en el proyecto macro "Sistema de protección social". La red de protección social del Gobierno de Chile, Red Protege, compuesto por el Sistema Chile Solidario, Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia¹¹ y el Sistema de Protección del Trabajo teniendo como base un conjunto de nueve programas y beneficios que cubren las principales necesidades de la población a lo largo del ciclo vital, busca reducir la vulnerabilidad, creando oportunidades para los niños, niñas y sus familias,

combatir la discriminación en todas sus formas, disminuir las desigualdades y mejorar la equidad social.⁴⁸⁻⁵¹ Para esto, dicho programa, tiene los componentes o prestaciones universales y focalizadas que son regidas bajo la Ley 20.379 del Gobierno de Chile y que se le entregan como beneficios a todos los niños que componen el grupo de población vulnerable.⁴⁴ Las medidas de carácter universal están dirigidas a la primera infancia desde antes del nacimiento hasta los 4 años. Los específicos están destinados a todos los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud y, las prestaciones focalizadas van dirigidas al sector de familias que pertenecen a hogares del 40% de menores recursos o que presentan alguna situación de vulnerabilidad especial. Dichas prestaciones tienen como requisito de acceso el atenderse en el sistema público de salud y/o haber sido encuestado con la Ficha de Protección Social, además de haber sido ingresado en el primer control de gestación en cualquier establecimiento de salud pública.⁵⁰

Las familias reciben una serie de beneficios que deben ser entregados por el personal de salud principalmente y por todo el grupo humano que colabora en la atención de este niño y su familia. Entre ellos, incorporación al sistema de protección social Chile Solidario, nivelación de estudios, mejoramiento de las condiciones de habitabilidad, programas de apoyo a la inserción laboral y a la generación de ingresos.⁵²⁻⁵³ La responsabilidad de la gestión en la entrega de transferencias del programa Chile Crece Contigo recae en la administración Municipal de la Comuna para lo cual cuenta con oficinas (Departamento Social del Municipio) y personal capacitado. La modalidad de acceso al programa es a través de la atención y entrevista a cargo de la Matrona del centro de salud, quien realiza la primera atención del embarazo y llena los formularios requeridos para clasificar a la mujer en tramos de riesgos en salud y sociales, luego es derivada a las oficinas municipales para realizar la encuesta que determinara el tramo de vulnerabilidad según el puntaje asignado en la ficha de protección social.

La Ficha de Protección Social (FPS) registra⁴⁹:

1. Las características socioeconómicas de la familia, expresadas como los ingresos económicos que recibe.
2. Las condiciones del grupo familiar: número de integrantes, parentesco y edades, niveles de educación de cada integrante, condiciones de salud y enfermedades, situación laboral, ingresos permanentes que permiten determinar la capacidad generadora de ingresos y el índice de necesidades del hogar.
3. La vivienda: propiedad, cuántos viven en el hogar, de qué tamaño es la vivienda y cuántas habitaciones tiene.
4. No interesan los bienes con que cuenta el hogar, tales como: televisores, equipos de música o vehículos motorizados, por lo que no son consignados.

Cada familia encuestada recibe un puntaje de acuerdo a sus características socioeconómicas y con ese puntaje postula a los distintos beneficios o asistencia que entrega el Estado. Para ser beneficiario de todos los beneficios que le correspondan según tramo de vulnerabilidad, deberá atenderse en los servicios de salud Público.

2.5 Efectividad del Sistema Chile Crece Contigo

Sobre estrategias específicas para subsanar desigualdades y dar sustentabilidad al trabajo iniciado y comprometido con las familias, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud propuso, entre otros, establecer un mecanismo interinstitucional que garantice coherencia e integralidad de las políticas y programas.⁴² En el país, se asumió como una de las debilidades de la política social la inexistencia de un marco general claro y reconocible para su evaluación. En particular, no existe una estructura de balances y chequeos institucionales que obligue a un diálogo entre las distintas instituciones encargadas de la ejecución de políticas públicas sectoriales convergentes; de la evaluación de su efectividad; y de la realización de un control sobre su gestión y ejecución financiera.³⁵ Se ha señalado que hay poca evidencia, porque, en general, poca atención se ha puesto en la evaluación de impacto de estrategias orientadas a la disminución de disparidades en salud.⁵⁴⁻⁵⁵ Probablemente, esto se deba a que el estudio de efectividad de intervenciones tenga la complejidad de incluir factores determinantes de las desigualdades en salud que están fuera del sector salud, como son el contexto social, la educación, los estilos de vida, vivienda y percepción de seguridad.^{27, 55}

Se concluyó que la pobreza no solo es un tema de ingresos, sino que es multidimensional, afecta a las personas en distintos ámbitos y momentos de su desarrollo y, que las políticas y programas destinados a la reducción de la pobreza deben organizarse en un Sistema de Protección Social, que incorpore las actuales características de la pobreza – dinamismo y heterogeneidad –; y las condiciones de variabilidad de los índices de ingreso y empleo.⁴¹ Para el periodo 2005-2006, se realizó un diagnóstico y análisis del costo-efectividad de las políticas y programas dirigidas a la primera infancia en Chile, a la luz de las mejores prácticas y de las lecciones aprendidas de las evaluaciones de programas, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, para entregar aportes y lineamientos al Gobierno para mejorar las políticas y la oferta del Estado dirigida a los niños menores de 4 años.⁵⁶ Un informe de evaluación de la eficiencia de la salud municipal presentó evidencia empírica sobre el desempeño de las municipalidades en gestión de salud primaria. Los resultados indicaron que la mayoría opera con un bajo nivel de eficiencia técnica y que existen importantes problemas de gestión,⁵⁷ que puede ocasionar diversos problemas en el uso de sus beneficios.⁵⁸

3. METODOLOGÍA

3.1 Estudio y tipo de diseño : Consiste en un estudio correlacional del tipo transversal. Los estudios correlacionales miden dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de estos estudios son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. Es decir, para intentar

predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas.⁵⁹ Los estudios de corte transversal tienen como objetivo conocer una comunidad, un evento o un conjunto de variables sin manipulación ni intervención por parte de los investigadores, se trata de una exploración inicial en un momento específico.

3.2 Población: El universo estuvo conformado por 1.514 familias atendidas en los centros de salud de la red pública de una comuna urbana de la Región Metropolitana, cuyas madres (casos índices) ingresaron al sistema ChCC el año 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 (FPS). Las familias fueron estratificadas en tres estratos: extrema vulnerabilidad (≤ 4.213 puntos); vulnerabilidad moderada (4.214 – 8.500 puntos) y vulnerabilidad leve (8.501 – 11.734 puntos).

3.3 Diseño Muestral: 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 varianza máxima y una confianza de 95%. El error estimado a nivel de toda la población fue de 0,076 (7,6%), a nivel de estrato 1 fue del 0,105 (10,5%), para el estrato 2 del 0,133 (13,3%) y, en el caso del estrato 3 fue el 0,186 (18,6%). 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. La unidad de análisis fue la familia, siendo entrevistada la madre adscrita al sistema ChCC (caso índice). La medición fue aplicada a 132 familias, 70 de vulnerabilidad extrema (estrato 1), 44 de vulnerabilidad moderada (estrato 2) y 18 de vulnerabilidad leve (estrato 3).

3.4 Localización del estudio: Este estudio fue realizado en los Centros de Salud Familiar (CESFAM): La Estrella, Pudahuel Poniente, Gustavo Molina, Raúl Silva Henríquez y Violeta Parra, además del Centro de orientación familiar (Cecof) Guillermo Flores y el Centro de referencia en salud (CRS) Salvador Allende de la Comuna de Pudahuel. La Comuna de Pudahuel cuenta con todos los servicios básicos que requiere su población, a excepción del hospital público, donde se debe atender la familia que lo requiera, ya que dicho centro asistencial está en la comuna adjunta a esta.

3.5 Variables. Nivel de vulnerabilidad – variable categórica, ordinal que fue determinada en la fecha que se obtuvo la información de acuerdo a los estándares establecidos por el Puntaje de Ficha de Protección Social (CASEN) del Programa Chile Crece Contigo:

Tramo 1 - Vulnerabilidad extrema 5% - puntaje entre 1 y 4213 puntos

Tramo 2 -Vulnerabilidad moderada 20% - puntaje entre 4214 y 8500 puntos

Tramo 3 - Vulnerabilidad baja 40% - puntaje entre 8501 y 11734 puntos

a) *estructura familiar*, variable categórica compuesta por: 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).

b) *riesgo psicosocial del entorno familiar*, variable categórica compuesta por: 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

c) *beneficios integrados de protección social* (prestaciones integradas a la mujer y la familia), variable categórica compuesta por: subsidio único familiar, subsidio al consumo de agua potable, pensión básica solidaria, pensión asistencial, bono de protección familiar Sistema Chile Solidario¹, bono de egreso programa Puente^b, visita domiciliaria integral, apoyo del programa psicosocial, rehabilitación por adicciones, apoyo por maltrato infantil, mejoramiento de las condiciones de la vivienda, ayuda técnica para vivienda, asistencia jurídica por problemas judiciales, nivelación de estudios, capacitación laboral, apoyo a discapacitados e integración de adultos mayores al Programa Vínculos^b.

d) *tasa de dependencia*, variable categórica: Se calculó la tasa de dependencia en las familias como la relación entre las personas económicamente dependientes por cada cien activos². Los valores < 2 se establecieron como baja dependencia y desde ≥ 2 como alta dependencia. La capacidad generadora de ingresos de las familias (CGI) fue calculada con 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 estudio³. De esta forma, se calcularon los ingresos promedio

¹ Sistema Chile Solidario: componente del Sistema de Protección Social que atiende familias, personas vulnerables, con acciones que permitan superar la pobreza extrema. El Programa Puente: entrada al sistema Chile Solidario y entrega a las familias beneficiarias Apoyo Psicosocial durante 24 meses, que consiste en un acompañamiento personalizado a la familia a través de visitas periódicas en cada domicilio. Su rol es establecer el vínculo entre la familia y la red pública y privada de promoción social: Identificación, Salud, Educación, Dinámica Familiar, Habitabilidad, Trabajo e Ingresos. Programa Vínculos: conjunto de acciones orientadas a las necesidades de los adultos mayores de hogares unipersonales y genera las condiciones para el acceso a la red comunitaria de protección social, con los servicios públicos y redes sociales de la comunidad.

² Tasa de Dependencia: $TD = \frac{\text{Población < 16 años} + \text{Población > 65 años}}{\text{Población entre 16 y 65 años}}$

³ Base de datos secundarias de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN. Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2011. Es una encuesta de hogares representativa a nivel nacional, regional, urbano y rural y comunal. Ésta se ha aplicado con una periodicidad bianual y trianual.

de las personas: menores de 15 años, estudiantes con 15 años o más, mujeres embarazadas, madres con hijos(as) menores de 2 años, adultos mayores de 60 y 65 años y de los discapacitados no autovalentes de la comuna. En segundo término, para el caso de personas menores de 15 años, estudiantes con 15 años o más, mujeres embarazadas y madres con hijos(as) menores de 2 años, se estimó el CGI seleccionando cada uno de esos grupos individualmente, estimando su ingreso autónomo promedio. Para los adultos mayores de 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 por 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 al tamaño total de la familia. Finalmente, los valores obtenidos fueron sumados y divididos por el tamaño total de la familia, considerando a las personas allegadas, para obtener el ingreso per cápita familiar. La CGI mostró una distribución normal, razón por la que se dicotomizó en base a su media, vale decir, los valores hasta US\$ 216 (\$110.028 pesos chilenos) fueron catalogados como baja capacidad generadora y, sobre US\$ 216 como alta capacidad generadora de ingresos.

Para generar un perfil de familias beneficiarias se optó por emplear una regresión logística binaria, que por el reducido tamaño de muestra y dadas las características de las variables de estudio, resultó pertinente. Mediante el modelamiento de los datos se estimó cuáles eran las chances de éxito de obtener un determinado beneficio según distintas variables de interés. Se seleccionó una sub-muestra que efectivamente aplicaba al beneficio recibido (subsidio familiar), para en base a esta generar un perfil poblacional. De este modo, se eligió la pregunta de la entrevista *¿Se le otorgó el Subsidio Familiar?*, cuya categorías eran "sí" y "no", como variable dependiente.

Con respecto a las independientes se utilizaron dos variables categóricas considerando las siguientes preguntas, a saber "*¿hay allegados en su hogar?*" y "*¿el progenitor está presente en el hogar?*" y tres variables originalmente escalares que fueron dicotomizadas según las características propias de cada una, a saber: tamaño de la familia, tasa de dependencia y capacidad generadora de ingresos familiar. Para el tamaño familiar y la tasa de dependencia se utilizó la mediana como punto de corte, ya que no hubo una distribución normal. Así, las familias se clasificaron en pequeñas a medianas, compuestas por entre 1 y 5 integrantes y familias grandes las que tenían sobre 5.

3.6 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó el instrumento, perteneciente al proyecto "Modelo de Gestión para la optimización de la efectividad del Sistema Chile Crece Contigo, focalizado a familias de extrema pobreza. Estudio piloto (*) validado y adaptado para la población beneficiaria perteneciente a la Comuna de Pudahuel.

*(Cód. Proyecto DI-432-13/I, Fac. de Enfermería, UNAB)

El instrumento fue conformado por un total de 98 preguntas y estructurado en dos partes (Anexo 2):

PARTE I: 42 preguntas sobre antecedentes biosociodemográficos de la mujer, hijo/hija, y la familia y, antecedentes sobre riesgo psicosocial e inclusión a programas vinculados de la Red Protege.

PARTE II: 56 preguntas sobre transferencia de prestaciones del sistema Chile Crece Contigo y programas asociados de la Red protege que recolectan las variables sobre prestaciones universales recibidas por la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y, por su hijo o hija durante el periodo neonatal e infantil. De la misma manera, se incluyen preguntas sobre transferencias integradas recibidas por la mujer y familia. Las preguntas abiertas fueron leídas, analizadas y categorizadas y posteriormente 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 después asignar un valor numérico o símbolo a cada patrón. Así, un patrón constituyó una categoría de respuesta.

3.7 Recolección de datos: La obtención de los datos se realizó a través de la fuente primaria, es decir, se aplicó un cuestionario mediante entrevista personal a la mujer ingresada al PChCC durante su control prenatal en el año 2009 (caso índice).

Las mujeres fueron citadas por una asistente técnica del Departamento de Desarrollo Comunitario (DIDECO) de la Municipalidad y se realizaron visitas en terreno a las mujeres ausentes a la citación. Para la entrevista se utilizaron dependencias de DIDECO o del Centro de Salud respectivo, además de su propio domicilio. A cada mujer se le explicó el propósito y objetivos del estudio, se les garantizó anonimato y confidencialidad de la información que proporcionaron y se les presentó un Acta de Consentimiento Informado (Anexo 3) bajo el cual decidió su participación. La aplicación del instrumento fue realizada por dos estudiantes de postgrado previamente entrenadas y supervisadas por los profesores orientadores y co-orientadores desde septiembre 2011 a enero 2012.

En mujeres con recuerdo impreciso sobre sus antecedentes, se utilizaron como fuentes secundarias los registros de DIDECO sobre el ChCC y programas de la Red Protege para obtener las informaciones complementarias, previa autorización de ellas (consentimiento informado – anexo 3). Así mismo, se revisaron los registros de los carnets de control de salud de la mujer e hijo. Eventualmente, se recurrió a registros de las bases de datos de Mideplan. No se contó con autorización para revisar fichas clínicas.

3.8 Procesamiento y análisis estadístico: El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa computacional Statistical Package Social Sciences (SPSS), versión 15,0. Se calcularon estadígrafos descriptivos, de posición y dispersión acorde al tipo de variable. Para determinar la asociación entre las características estructurales y de riesgo psicosocial de las familias, según estrato de vulnerabilidad, se utilizó la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de confianza del 95%, estableciendo para tablas asimétricas ($k \times n$) los estadísticos de corrección correspondientes, en este caso V de Cramer. Posteriormente, se analizó la relación entre las características de las familias y los beneficios

correspondientes, para lo cual se empleó regresión logística binaria, seleccionando aquel beneficio que obtuvo mayor representación, para generar así el perfil del tipo de familia que tuvo mayores posibilidades de acceso, con un nivel de confianza al 90%.

3.9 Consideraciones Éticas: Toda investigación en la cual esté involucrado el ser humano, debe garantizar el cumplimiento de los principios éticos básicos de una investigación siendo la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia y su objetivo debe ser siempre descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. El enfoque de la investigación tuvo como punto de partida la dimensión ética relacionada con el reconocimiento del valor y respeto a la dignidad del ser humano, el valor de la vida, la búsqueda del bienestar de la persona y las formas efectivas de atender sus necesidades y sus derechos. Para ello se tomaron en cuenta las pautas propuestas por la CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Ginebra 2002) y el cumplimiento de los principios de Exequiel – Emanuel.⁶⁰ La validez científica fue respaldada por la aplicación de una metodología válida y realizable para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación con un plan de análisis de datos probado y ejecutado correctamente. La elección de la comuna donde se aplicó la investigación, se respaldó por ser la base de los datos del proyecto planteado por investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Dicha comuna tiene implementado el programa desde el año 2008, su población vulnerable se encuentra dentro del 40% más pobre a nivel nacional.

El riesgo-beneficio del estudio, resguardó los principios de no-maleficencia y beneficencia, se respetó el derecho de no provocar daño al individuo resguardando la confidencialidad de los datos. Esta investigación fue presentada para su evaluación por un panel de expertos relacionados con la temática, que no participaron en la ejecución de ella y tuvieron la autoridad para aprobar, enmendar o cancelar la investigación. El consentimiento informado fue obtenido realizando una presentación de la investigación al grupo de estudio, informándoles acerca de los objetivos, los resultados esperados y los beneficios que se planteaban al efectuar el análisis del programa obtenido previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de información y solicitado en forma verbal y por escrito. En cuanto a la protección de la confidencialidad “El investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. Se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento”.⁶⁰ Se elaboró y gestionó carta de solicitud de autorización del comité de ética de UNAB y se creó un formato de consentimiento informado para los usuarios que fueron considerados como fuente básica de información en relación a los beneficios recibidos y los cambios percibidos en su condición social. Referente a la utilización de datos secundarios, en algunos países se solicita la aprobación para su uso por parte de un comité de ética de investigación que en el caso de este estudio la responsabilidad recae en el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, el que determinó la seguridad del

uso de esta información para fines específicamente acordados. Uno de los puntos especialmente crítico a considerar es controlar cuando las bases de datos disponibles registran la identidad de las personas. La legislación sobre la protección de los datos personales es el instrumento básico que debe delimitar su uso; sin embargo, este marco regulatorio es muy variable de un país a otro y suele desconocerse por parte de investigadores y comités de ética.⁶¹ En Chile, la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal, publicada en el Diario Oficial en agosto de 1999, establece qué se entiende por almacenamiento de datos, y reconoce que estos pueden realizarse y utilizarse por instituciones públicas y privadas, siempre que su utilización se sujete a la ley, con excepciones que debe regular el artículo 19, N° 12, de la Constitución Política. La ley señala que el tratamiento de los datos personales solo puede efectuarse cuando la ley u otros reglamentos lo autoricen expresamente o el titular lo autorice por escrito. La ley también autoriza a no tener autorización expresa cuando la información provenga de entidades de carácter financiero, económico, bancario o comercial, sobre aspectos relativos a los mismos; tampoco lo requieren si las entidades recolectan información de sus afiliados para uso exclusivo suyo.⁶⁰ En la práctica existe un vacío legal respecto del uso específico de información biomédica, por lo que finalmente la utilización de datos secundarios y el resguardo de su confidencialidad quedan a criterio de los investigadores y de la aprobación de los comités de ética de investigación.⁶¹ Los datos secundarios fueron recogidos post firma de las participantes en el consentimiento informado. 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 (Anexo 4).

4. RESULTADOS

De las 132 familias del estudio, el 53% (70) pertenecía al grupo en vulnerabilidad extrema (estrato 1), el 33,3% (44) al grupo en vulnerabilidad moderada (estrato 2) y el 13,7% (18) al grupo de vulnerabilidad leve (estrato 3).

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

Características socio demográficas		Vulnerabilidad social					
		Extrema		Moderada		Leve	
		N	%	N	%	N	%
Presencia 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	1 a 3 personas	8	11,4	10	22,7	2	11,1
	4 a 9 personas	56	80,0	32	72,7	16	88,9
	Más de 10 personas	6	8,6	2	4,6	0	
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 adultos mayores	Si	19	27,1	9	20,5	6	33,3
	No	51	72,9	35	79,5	12	66,7
Presencia discapacitado	Si	5	7,1	1	2,3	1	5,6
	No	65	92,9	43	97,7	17	94,4
Familiar cuidador de persona postrada	Si	4	5,7	2	4,5	0	
	No	66	94,3	42	95,5	18	100
Tasa de dependencia	Alta (\geq a 2)	33	48,5	21	51,2	9	50,0
	Baja (< de 2)	35	51,5	20	48,8	9	50,0
	No tabulado	02		03		0	
Capacidad* generadora de ingreso	Baja	27	45,8	20	50,0	8	50,0
	Alta	32	54,2	20	50,0	8	50,0
	No tabulado	11		04		02	

*Variables dicotomizadas en base a su media.

Prueba de Chi-cuadrado no significativa, $p \geq 0,05$

Describiendo las características socio demográficas de las familias en estudio, la presencia del progenitor en el hogar (marido o conviviente) fue porcentualmente mayor en los grupos de mediana y leve vulnerabilidad (56,8 y 66,7%), presentándose en el grupo de vulnerabilidad extrema una baja diferencia entre la presencia del progenitor y la no presencia de este en el hogar (51,4 y 48,6), lo que se reflejó también en la tasa de dependencia y en la capacidad generadora de ingresos que tuvo cifras porcentuales semejantes en los tres estratos de vulnerabilidad

El grupo de extrema vulnerabilidad presentó una tendencia a formar un grupo familiar extenso entre 4 y 9 personas (80%) por lo que conforma una familia extendida (52,9 %).

En relación a la presencia de allegados el 50,8% de las familias encuestadas, no tuvo allegados en su casa, siendo porcentualmente, levemente, mayor en el grupo de vulnerabilidad media (56,8%).

La presencia de adultos mayores dentro del grupo familiar correspondió al 25,8% del total de familias, correspondiente a los tres estratos, siendo porcentualmente mayor en el grupo de extrema pobreza (55,9%)

La presencia de discapacitados en el grupo familiar y la función de un familiar como cuidador presentaron una relación homogénea en el grupo de extrema vulnerabilidad (5 personas con discapacidad y 4 familiares cumpliendo el rol de cuidador)

La capacidad de generación de ingresos, dentro del grupo familiar, correspondió a un 41.7% en los tres estratos, siendo igual, (50%) en los estratos 2 y 3 y solo 45,8% en el estrato 1 o de pobreza extrema

Resumiendo, las familias del estudio presentaron características estructurales homogéneas ($p \geq 0,05$), con homogeneidad en el tamaño de la familia (4 a 9 personas por familia), siendo, aproximadamente el 50% de ellas nucleares y el 50% extendidas. Se observó que entre un tercio a la mitad, el progenitor estaba ausente en los hogares y se encontró una baja presencia de adultos mayores. La presencia de personas discapacitadas y cuidadores de personas postradas fue menor al 7%. La variable Capacidad Generadora de Ingresos presentó una distribución homogénea entre las familias, ya que aproximadamente el 50% poseía un ingreso menor o igual a US 216 dólares y el otro 50% un ingreso mayor a esa cantidad (Tabla 1).

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

Riesgos psicosociales	Vulnerabilidad social					
	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		
Deficiente cuidado del infante	8	24,4	4	33,3		
Problemas habitabilidad vivienda	7	21,2	3	25,0		
Problemas de salubridad y higiene	7	21,2	2	16,7	2	28,6
Inseguridad del entorno	5	15,2	2	16,7		
Maltrato infantil	1	3,0				

En relación a la presencia de riesgos psicosociales en el grupo de familias, se presentó una mediana incidencia de familias con riesgos pesquisados en el grupo en general (39,4%) siendo en el grupo de extrema pobreza, del total de familias con riesgo el 63.5%.

Entre las causas reconocidas como riesgo psicosocial más relevantes, se presentaron los problemas de salud mental con un alto porcentaje en los grupos de extrema y mediana vulnerabilidad (66.7% - 75%) no dejando de reconocer que es inquietante que el grupo de leve vulnerabilidad presente un 42,9%

Las otras causas reconocidas, que son preocupantes, fueron el presentar antecedentes de violencia intrafamiliar (promedio 27,8%), consumo de sustancias nocivas (26%), deficiente cuidado del niño (28,8%) y problemas de habitabilidad (23%).

Resumiendo, con respecto al estrato de extrema vulnerabilidad, se observó que una de cada dos familias presentaba determinantes de riesgo psicosocial que estuvo determinada por alta frecuencia de problemas de salud mental, violencia intrafamiliar y consumos de drogas (41.4%). También, mostraron mayor probabilidad de entornos inseguros para la crianza, tanto en la calidad del cuidado como por las condiciones de la vivienda. (Tabla 2).

Tabla 3. Distribución de las familias integradas al Programa Chile Crece Contigo según programas adscritos y nivel de vulnerabilidad al ingreso al Programa. Santiago de Chile, 2012.

Beneficios Ingreso de las familias a los Programas adscritos.	Vulnerabilidad social								
	Estrato 1 aplica*			Estrato 2 aplica*			Estrato 3 aplica*		
	total	N	%	total	N	%	total	N	%
Ingreso a programa Puente	70	10	14.3	43	4	9.1	18	1	5.6
Ingreso a programa Chile Solidario	70	7	10.0	44	4	9.1	18	1	5.6
Ingreso a programa Vínculos	64	1	1.4	38	0	0.0	17	0	0.0
Ingreso a programa abriendo caminos	62	0	0.0	39	0	0.0	17	0	0.0
Ingreso a programa abriendo calle	62	0	0.0	38	0	0.0	17	0	0.0

La condición de vulnerabilidad social, reconocida institucionalmente a través de la FPS, proporciona la oportunidad de acceso a las familias a la red comunal de apoyo social.

Sin embargo, en los tres grupos el acceso a estas redes fue muy bajo, tanto al programa Puente (14,3%; 9,1% y 5,5%, respectivamente), como al Chile Solidario (10,0%; 9,1% y 5,5%, respectivamente). En el programa Vínculos sólo se registró el acceso de un caso.

Tabla 4. Efectividad de la transferencia de beneficios (ETB) cuando la familia cumple con la condición (Aplica), según estrato de la vulnerabilidad social. Santiago de Chile, 2012.

Beneficios integrados	Vulnerabilidad Social								
	Extrema			Moderada			Leve		
	Aplica Total	N	ETB %	Aplica Total	N	ETB %	Aplica Total	N	ETB %
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	1	1	100
Bono Protección Familiar	65	6	9,2	2	0	0	1	0	0
Visita Domiciliaria Integral	45	4	4,4	18	1	5,5	6	0	0
Rehabilitación por adicciones	14	1	7,1	6	1	16,6	2	0	0
Apoyo por maltrato infantil	11	1	9,1	5	0	0	0	0	0
Rehabilitación de la vivienda	62	1	1,6	3	0	0	0	0	0
Ayuda técnica vivienda	60	1	1,6	2	0	0	0	0	0
Asistencia jurídica	2	1	50,0	0	0	0	0	0	0
Bono Egreso	64	1	1,6	3	0	0	0	0	0
Apoyo Programa Psicosocial	41	1	2,4	17	1	5,8	5	0	0
Nivelación de estudios	5	0	0	4	0	0	1	0	0
Capacitación laboral	7	0	0	2	0	0	1	0	0
Apoyo a discapacitados	3	0	0	3	1	33,3	2	0	0

La transferencia de beneficios (ETB) hacia las familias que cumplen con los requisitos (prestaciones integradas, aplica/no aplica) nos muestra lo siguiente:

En relación al Subsidio único familiar, según estratos, solo el 54.7%, 36.0% y 40.0% recibió dicho beneficio, de un 100% esperado al cumplir con el criterio de aplica. El subsidio al agua potable se entregó al 19% del estrato 1 que aplican, al 75.0% del estrato 2 y se entregó al 100% del estrato 3 que aplica.

Los beneficios transferidos al grupo de extrema pobreza en general presentaron un porcentaje bajo de entrega, no sobrepasando el 14%, considerándose que aplicaban para recibir la transferencia, es decir, cumplían con los requisitos solicitados

Concluyendo con la información obtenida, en las familias que cumplieron con el requisito para acceder a la oferta de beneficios integrados, se observó una brecha entre los estratos con respecto a la efectividad de la entrega, que, en todos los casos, fue baja, especialmente en familias de extrema vulnerabilidad social (12,5%; 16,5% y 22,6% respectivamente). Los beneficios integrados que presentaron una mejor efectividad fueron el Subsidio Único Familiar, seguido del Subsidio al Agua Potable y Pensión Básica Solidaria (Tabla 4).

Tabla 5. Análisis de regresión logística binaria entre las características estructurales de las familias y el acceso al subsidio único familiar. Santiago de Chile, 2012.

	B
Constante	-0,157
Allegados en el hogar	1,179*
Presencia del progenitor	-1,999***
Tamaño de familia	-1,424**
Tasa de dependencia	0,710
Capacidad generadora de ingresos per cápita familiar	1,647**
N	82
Deviance	86,896
R2 Nagelkerke	0,371
Pseudo R2 McFadden	0,2353
% de casos correctamente predichos (0,5)	76,80%

*Sig. <0,1; **Sig. <0,05; ***Sig.<0,01

Variable dependiente: ¿Le otorgaron el Subsidio Único Familiar?, Opciones: Si (1) Vs. No (0).

Los resultados de la regresión binaria mostraron que en las familias la chance de obtener el subsidio fue tres veces mayores en hogares con allegados en referencia a aquellos sin allegados Si el progenitor estaba presente en el hogar, la chance de obtener el beneficio fue 86,5% menor, en consideración a si no estuviera, ya que la vulnerabilidad y dependencia social de la familia es mayor cuando el progenitor está ausente. En familias de tamaño grande, las chances de obtener el beneficio fueron 75,6% menores en relación a familias pequeñas. Si el nivel de dependencia estaba sobre la mediana presentaban chance dos veces menores de obtención del beneficio que aquellos con dependencia bajo la mediana y, en casos de la CGI sobre la media las chances fueron cinco veces mayores de obtener el beneficio que aquellas familias bajo la media. (Tabla 4). En síntesis, las familias que tuvieron mayores oportunidades de obtener el Subsidio Único Familiar (como variable proxy de los beneficios globales de la familia) fueron aquellas que presentaban las siguientes características: allegados, un progenitor ausente, tamaño familiar bajo, alta tasa de dependencia y alta capacidad generadora de ingresos.

5. DISCUSIÓN Considerando los objetivos propuestos para este estudio, los hallazgos demostraron que las familias presentaron homogeneidad en los tres estratos en cuanto al tamaño y tipo. Un estudio brasileño que evaluó la vulnerabilidad de familias atendidas en la atención básica de salud, corrobora los resultados, sin embargo, difiere de los hallazgos relacionados a la presencia del progenitor en el hogar, el cual señala un 90,8% de un total de 320 familias con unión estable.⁶² Las evidencias demuestran el incremento de familias mono parentales en América Latina cuya madre es la responsable de sus hijos, así como altos índices de pobreza en este grupo, que a su vez, implica una mayor vulnerabilidad de la diada madre-hijo frente a las necesidades de la crianza.^{63.}

Esta situación, madre jefa de hogar, justifica el fenómeno detectado en el país, “la infantilización de la pobreza”, que se muestra en que la población infantil y adolescente tiene un mayor nivel de pobreza que la población general, este fenómeno es más marcado en los niños menores de 4 años.⁶⁴ Además se debe considerar que la posibilidad de que la mujer trabaje en hogares biparentales puede permitir a la familia superar el umbral de la pobreza, mientras que en los hogares monoparentales el trabajo de la mujer es una necesidad, no siendo un factor que apoye a salir de la condición de pobreza. Respecto a la baja presencia de adultos mayores, discapacitados y cuidadores de personas postradas, un estudio cuyo objetivo fue describir el perfil de las familias que acogen a los adultos mayores, concluyó que son las familias envejecidas y en su último ciclo vital que cumplen con este rol.⁶⁵ Cabe destacar que las familias de este estudio tienen como principal característica, que incluso justifica su ingreso al Sistema ChCC, una mujer embarazada como caso índice, que a su vez, puede sugerir que sean conformadas por adultos jóvenes. En las familias estudiadas se encontró un sustrato de características estructurales y del entorno familiar que permiten suponer, acorde a la literatura revisada, un proceso de crianza de los niños y de una vida familiar menos segura y protegida.⁶⁶ Está demostrado que las complicaciones de salud mental, antecedentes de violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias nocivas seguidas del cuidado inseguro del infante y ausencia del progenitor juegan un importante rol en el bienestar social y emocional de los niños en los primeros años de vida, porque 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.^{21, 67-68} La literatura evidencia diversos factores de riesgo familiares que interfieren en el desarrollo de los infantes, además de contribuir al deterioro de la salud de todos sus miembros, lo que se traduce en una mayor incidencia de enfermedades y demanda por atención.⁶⁹⁻⁷⁰ Con respecto a los riesgos psicosociales detectados en las familias, los problemas de salud mental (61,5% en promedio de los tres estratos), los antecedentes de violencia intrafamiliar (27,9% en promedio de los tres estratos) y el consumo de sustancias nocivas fueron los más prevalentes (26,2% en promedio de los tres estratos), seguidos del cuidado deficiente al infante, no menos importante, ya que los cuidados en los primeros años de vida propician el desarrollo del área motora, cognitiva y social y, disminuyen las posibilidades de que se vuelvan vulnerables frente a las actividades comunes de su ciclo vital.⁷¹

Estudios refieren que las familias multiproblemáticas son consideradas vulnerables de alto riesgo, dichos estudios enfocan su atención a las que se encuentran en situación de riesgo social.⁶⁹ Los factores de riesgo como negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias y depresiones encontradas en la literatura corroboran los hallazgos de este estudio y son centrales en las estrategias de intervención.⁶⁹⁻⁷⁰ En estudios realizados en el año 2000, UNICEF, alrededor de un 30 % de las mujeres que se controlaba en los centros de salud tenía síntomas de tipo depresivo y un 10 % experimentaba problemas de ansiedad, factores que según la literatura afectan negativamente la crianza de los niños.⁷²

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, especialmente, en los casos en que el flujo de beneficios se distribuye desde diferentes ministerios con diversas líneas de responsabilidad y rendición de cuentas.¹⁰ En este estudio, los datos revelaron que el sistema de protección social presentó una efectividad insatisfactoria (12,5%; 16,5% y 22,6% respectivamente, como promedio), por la 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.⁷³ Hallazgos similares se han reportado en estudios realizados en Colombia y Suecia, donde también se reconoce ineffectividad y/o fracaso de las políticas sociales en la integración social de las familias a los beneficios de los programas⁷⁴ y, mencionan que la baja efectividad de los servicios del sistema de bienestar social en población vulnerable no logra disminuir la dependencia de los servicios de asistencia social, incrementando así las desigualdades en salud, marginación y exclusión social.⁷⁵ Con el fin de abordar esta disparidad, la política pública de protección social ofrece la oportunidad de compensar las carencias, tanto individual como familiarmente, asegurando universalidad de acceso a servicios, prestaciones y transferencias desde las instituciones públicas.⁷⁶ Enfoques similares han sido descritos en estudios de países con sistema de bienestar social.⁷⁷⁻⁷⁸

Diversos son los beneficios integrados que deben recibir las familias de acuerdo a la política pública de protección social de Chile. Los resultados demuestran que a las familias que cumplieron con el requisito para acceder a la oferta de beneficios integrados, se observó una brecha entre los estratos con respecto a la efectividad de la entrega, que, en todos los casos, fue baja, especialmente en familias de extrema vulnerabilidad social, no sobrepasando el 14%.

Cabe destacar que los riesgos con mayor frecuencia encontrados en las familias fueron relacionados a problemas de salud mental y violencia intrafamiliar, riesgos estos que no fueron cubiertos efectivamente por los beneficios, como por ejemplo, visita domiciliaria integral.

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, especialmente, en los casos en que el flujo de beneficios se distribuye desde diferentes ministerios con diversas líneas de responsabilidad y rendición de cuentas.¹⁰ En este estudio, los datos revelaron que el sistema de

protección social presentó una efectividad insatisfactoria, por la 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, donde también se reconoce ineffectividad y/o fracaso de las políticas sociales en la integración social de las familias a los beneficios de los programas¹² y, mencionan que la baja efectividad de los servicios del sistema de bienestar social en población vulnerable no logra disminuir la dependencia de los servicios de asistencia social, incrementando así las desigualdades en salud, marginación y exclusión social.¹⁴ La ineffectiva transferencia de los sistemas de apoyo social limita la reducción de la vulnerabilidad en los niños, familias y comunidades,⁷³ cuya evidencia es un ciclo negativo de impacto de efectos directos e indirectos en el desarrollo emocional del niño y problemas de salud en la adultez.⁷⁸⁻⁷⁹ 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.^{21,78}

En este estudio, la condición de variables como tamaño de la familia, ausencia del progenitor en el hogar, y capacidad generadora de ingresos definieron la chance de recibir o no los beneficios de apoyo social. Por otra parte, se ha señalado que 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.⁷⁸ En el contexto de la atención primaria de salud, es imprescindible la asociación entre la investigación y evaluación integrada para evaluar la efectividad de las prácticas actuales en la gestión sanitaria en red.^{9, 80} Para esto, es preciso analizar 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.⁹

6. CONCLUSIONES

Dando respuesta a los objetivos planteados para este estudio y corroborando la hipótesis planteada, se llega a la conclusión de que, el pertenecer al grupo de vulnerabilidad con características que permiten cumplir con los requisitos de aplicabilidad y derecho a recibir las transferencias que ofrece el Sistema ChCC, no es condicionante para que se cumpla esta entrega por parte del Sistema al que se adhiere la mujer gestante y su familia. El Sistema de Protección Social implementado en Chile siendo planteada como una política compensatoria de las desigualdades e inequidades, en el cual está inserto el Sistema ChCC, tiene como objetivo apoyar a todos los miembros de la familia a lo largo del ciclo vital. Los resultados obtenidos en este estudio presentan un cumplimiento bajo de la transferencia de beneficios por lo que no es relevante para la reducción de la vulnerabilidad de las familias insertas en dicho programa.

Las evidencias reportadas sobre la efectividad de la transferencia de beneficios del Sistema de Protección Integral de la Infancia a familias vulnerables, demuestran que en los casos que cumplían con la condición para recibir beneficios integrados la efectividad de la entrega fue baja, especialmente en familias de extrema vulnerabilidad social (12,5%; 16,5% y 22,6% respectivamente). Al igual que, al analizar los resultados, se observó que la transferencia de beneficios no es una tarea que se ciña a la normativa establecida para este objeto por los funcionarios encargados de entregar dichos beneficios, es decir, se entrega beneficios a familias que no aplican no respetando lo establecido en el Sistema.

Estas evidencias, nos llevan a considerar que la gestión administrativa del Sistema de Protección Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo como programa eje de la entrega de beneficios a familias vulnerables, no cumple con los objetivos propuestos, por lo que se debe pensar la posibilidad de analizar con más profundidad la implementación de dicho programa.

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, con mayor representatividad y proporcionalidad en los respectivos estratos, con el propósito de poder explicar y evaluar el impacto y costo - efectividad del sistema en poblaciones vulnerables equivalentes.

El hecho de que el Sistema ChCC, tenga su principal acción a través de los servicios de salud, exige que los profesionales de salud a cargo de la implementación y el buen funcionamiento sean profesionales con las competencias necesarias para saber enfrentar creativa y propositivamente los desafíos que se presentan al trabajar con la comunidad vulnerable. Es importante que posean las competencias transversales que les permita relacionarse con el entorno, que sean capaces de desarrollar estrategias de intervención y posean la habilidad de empatizar con las familias vulnerables.

Los profesionales de enfermería, en su rol de gestor del cuidado deben monitorear y realizar un seguimiento del desarrollo del flujo de procesos del sistema de protección social en lactantes y familias vulnerables, en la diversidad de situaciones adversas que las familias enfrentan. En este caso, se trata de mitigar el efecto de determinantes que tiene un efecto de menoscabo en el desarrollo de los infantes en una etapa crítica de su desarrollo, cuyos resultados pueden afectar el ciclo de vida posterior.

En los contextos socialmente desfavorables, el trabajo de los profesionales de enfermería con las familias, en sus diversas formas de configuración, es esencial para el fortalecimiento de aquellas acciones que permitan el empoderamiento y autonomía de las familias en la toma de decisiones para conseguir el acceso de cada uno de sus integrantes a las oportunidades que ofrece el Estado en las políticas públicas sectoriales de bienestar social.

Por otra parte, es preciso replicar este estudio en otras comunas para evaluar si la efectividad de esta política tiene similitudes o hay diferencias en sus logros. Lo anterior, es un desafío para los profesionales encargados de operacionalizar la política pública orientada a prevenir en forma anticipada las disparidades y desigualdades en salud infantil, salud familiar y salud comunitaria y, en la que se han invertido cuantiosos recursos financieros y humanos. Como limitaciones de este estudio, podemos mencionar la imposibilidad de acceso a las bases de datos de los centros de salud, a pesar de contar con el consentimiento de las personas entrevistada.

REFERENCIAS

1. Mombelli, M; Barreto da Costa, J; Marcon, S; Borges de Moura, C. Estructura e suporte familiar como fatores de risco de *stress* infantil, Family pillar and structure as risk factors to child stress. *Estud. psicol. Campinas*) Vol.28 N°.3 Campinas . Disponible en 2011 July/Sept: 28(3):327-335 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2011000300004&script=sci_arttext access on 21 Feb. 2013 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300004>
2. [Montigny F , C Lacharité](#) .Perceived parental efficacy: concept analysis. [J Adv Nursing](#) 2005 Feb; 49 (4):387-96.
3. Lacharité C. From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. *Texto Contexto- Enferm [Internet]*. 2005; 14(spe): 71-77. [acceso Feb 2013]. Disponible en: <http://ref.scielo.org/xs7bnx>
4. Hunter B, Neiger B, West J. The importance of addressing social determinants of health at the local level: the case for social capital. *Health & Social Care in the Community [Internet]*. 2011; 19(5): 522-530. [Acceso mayo 2013]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011218092&lang=es&site=eds-live>
5. Dulin M, Tapp H, Smith H, de Hernandez B, Coffman M, Furuseth O, et al. A trans-disciplinary approach to the evaluation of social determinants of health in a Hispanic population. *BMC Public Health[Internet]*. 2012; 12: 769. [Acceso julio 16, 2013]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22966865&lang=es&site=eds-live>
6. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *Economic Surveys CHILE*. OECD; 2012. [acceso enero 2013]. Disponible en: <http://www.oecd.org/eco/49398281.pdf>
7. Cecchini S, Martinez R. Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile [Internet]. 2011. [acceso enero 2013]. Disponible en: <http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/7/42797/Libro-proteccion-social-ALC-CEPAL-2011.pdf>

8. Loe H. Social Determinants of Health: Implications for Public Health, Medical and Social Interventions. *Texas Public Health Journal* [Internet].2012; 64(3): 24-28. [acceso junio 2013]. Disponible en:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=78038042&lang=es&site=eds-live>.
9. Baum F, Legge D, 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* [Internet].2013; 13(1): 1-13. [Acceso Julio 2013]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23663304&lang=es&site=eds-live>
10. Larrañaga O. Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica. En: Larrañaga O, Contreras D. editores. *Las nuevas políticas de protección social*. Santiago de Chile, 2010
11. Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación. Más y mejor protección social para Chile. Ministerio de Planificación Social: Memoria 2006-2010.
12. Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, Jauregui J. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Rev. Médica de Chile* 2011; 139 (6): 739-747.
13. Chile, Ministerio de Salud. Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años. 2008. Disponible en: <http://medicinafamiliar.cl/sitio/images/stories/manual.pdf>
14. 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): 282-288. [citada en agosto 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.br/>
15. Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Gazmuri P, Baeza M. La protección social y el cuidado de la salud en la infancia vulnerable. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 21 (5):[09 pantallas] (citada en sept.-oct. 2013) Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1071.pdf.
16. Busso G. Vulnerabilidad sociodemográfica en Nicaragua: un desafío para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Publicación de las Naciones Unidas LC/L.1774-P, Santiago de Chile, agosto de 2002 Disponible en www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/11111/lc1774e-P.pdf
17. Feito L. Vulnerabilidad. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007; 30 (Supl. 3): 7-22.
18. Pathak S, David Low M, Franzini L, Michael Swint J. A Review of Canadian Policy on Social Determinants of Health. *Review Of European Studies* [serial on the Internet]. 2012; 4(4): 8-22. [acceso Feb 15, 2013]. Disponible en: Academic Search Complete.
19. Mombelli MA, Costa, J; Marcon S, Moura C. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2011; 28(3): 327-335.
20. 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 en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S5/S4>
21. Axford, N. Conducting needs assessments in children's services. *British Journal of Social Work*. 2010; 40(1), 4-25.
 22. Silva MR, Lacharité C, Silva P, Lunardi V, Lunardi F. Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. *Texto contexto - enferm.* [serial on the Internet]. 2009; 18(1): 92-99. [acceso 2013 Feb 22]. Disponible en: <http://www.scielo.br>
 23. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(5/6): 302-309.
 24. López Pardo C. Conceptualización y valoración de la equidad en salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2007; 33 (3):1-7.
 25. Jadue L, Delgado I. Los Objetivos Sanitarios para la equidad en Salud. En *Foco* 2007; 105:1-18. Disponible en: http://www.expansivaudp.cl/media/en_foco/documentos/04072007103420.pdf
 26. Hernández-Álvarez M. El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Rev. Salud Pública*. 2008; 10 sup (1): 72-82.
 27. Warren A, Giusti A, Sotelo JM. The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? *Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990–2005*. *Bulletin of the World Health Organization* | October 2007, 85 (10): 798-804.
 28. Martínez S. Equidad y situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2007; 33 (3): 1-8.
 29. Puyol Á. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2012; 26(2): 178–181.
 30. 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 en: pdj.sagepub.com/content/13/1/19.abstract
 31. Richmond C. The social determinants of Inuit health: A focus on social support in the Canadian Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*. 2009; 68(5): 471-487.
 32. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2):321-330.
 33. Gomes MA, Pereira MLD. Socially vulnerable families: a public issue. *Ciencia & Salud Coletiva*. 2005; 10(2): 357-363.
 34. Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(6): 1255-1272.
 35. Consejo Asesor Presidencial. Hacia un Chile más justo. Trabajo, salario, competitividad y equidad social. Resumen ejecutivo del Consejo Asesor Presidencial 2008. Disponible en <http://www.trabajoequidad.cl/view/informe.asp>

36. Hardy C. Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres. Ponencia presentada en el Panel Avances y Desafíos en torno a la Autonomía Económica de las mujeres. Seminario Género en el Poder: el Chile de Michelle Bachelet. Organizado por el Observatorio de Género y Equidad 2009, Disponible en: <http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/seminario/wp-content/uploads/2009/04/clarisa.pdf> (consultado en julio 2009).
37. Sanders A, Lim S, Sohn W. Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. *Am J Public Health*. 2008; 98: 1101-1106.
38. Raczynski D. Sistema chileno solidario y la política de protección social de Chile. Lecciones del pasado y agenda para el futuro. Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN) e Instituto Fernando Henrique Cardoso (iFHC) 2008. Disponible en: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/Publicacao_224_em_07_05_2008_10_46_12.pdf
39. González R., Harris J., Kae Jyh, Meriardi M., Bustreo F., Betran A. P.. Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant, and Child Mortality Between 1990 and 2004. *Am J Public Health* 2009; 99:1220–1226.
40. Alonso F. Análisis del impacto del Sistema de Protección Social Chile Solidario en la problemática del Trabajo Infantil. Oficina Internacional del Trabajo y Gobierno de Chile. 2007. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ipec/documentos/tmc_chile.pdf
41. Baeza P. Modelo de evaluación del sistema de protección social Chile Solidario: un sistema que se retroalimenta. XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7-10 Nov. 2006. Disponible en: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0055530.pdf>
42. OMS y CDSS. Subsanaar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) 2008. Consultado en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes_sociales/informefinal.
43. Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de Políticas de Infancia. El futuro de los niños es siempre hoy. Informe del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de Políticas de Infancia 2006. Disponible en: <http://www.crececontigo.cl/download.php?c=upfiles/documentos&a=46b6a686f1ca8> Informe del Consejo Asesor Presidencial de Infancia - [El Futuro de los Niños es Siempre Hoy.pdf](http://www.crececontigo.cl/download.php?c=upfiles/documentos&a=46b6a686f1ca8)
44. UNICEF. Introducción a la primera Infancia, UNICEF; 2006. Actualizada mayo 2012; consultada en Junio 2012 Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index.html>
45. MIDEPLAN. Protección integral a la primera infancia. Santiago de Chile: MIDEPLAN; 2006. Actualizada en Abril de 2007; consultado Mayo 2012. Disponible en

<http://www.bing.com/search?q=MIDEPLAN.+Protecci%C3%B3n+integral+a+la+primera+infancia&go=Enviar+consulta&qs=ds&form=QBRE>

46. Bascuñán, R. Introducción a la Psicología Evolutiva, 2007. Editorial Mediterráneo, Capítulos 7 a 12 ISBN: 9789562202732 disponible en [http://biblioteca.unab.cl/client/es_ES/inicio/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD_ILS\\$002f57\\$002fSD_ILS:57577/ada;jsessionid=C92D5FD540C8CF9509C5BC536B182EEB?qu=Desarrollo+Cognitivo.&ic=true&ps=300](http://biblioteca.unab.cl/client/es_ES/inicio/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f57$002fSD_ILS:57577/ada;jsessionid=C92D5FD540C8CF9509C5BC536B182EEB?qu=Desarrollo+Cognitivo.&ic=true&ps=300)
47. Andraca, I., Pino P. y col. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 1998.
48. MIDEPLAN. Ficha de protección social. Gobierno de Chile. 2007. Disponible en: www.fichaproteccionsocial.gob.cl/&spell=1
49. MIDEPLAN. Sistema de Protección Chile Solidario; Gobierno de Chile, julio 2006. disponible en www.hacienda.go.cr/.../Modelo%20de%20evaluaci%C3%B3n%20del%20sistema...
50. MIDEPLAN. Estrategia de Intervención y Modelo de Gestión. Gobierno de Chile, julio 2006. disponible en www.hacienda.go.cr/.../Modelo%20de%20evaluaci%C3%B3n%20del%20sistema...
51. Ministerio de Planificación y Cooperación. Conceptos fundamentales Sistema de Protección Social Chile Solidario, Santiago de Chile; Ministerio de Planificación y Cooperación; 2004. Disponible en www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/admin/.
52. Chile Crece Contigo. Programa de Apoyo al Desarrollo Biosicosocial, Catálogo de Prestaciones. 2011. Disponible en: http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/01/Catalogo-de-prestaciones-programa-de-apoyo-desarrollo_2011.pdf
53. MIDEPLAN. Red de protección social. Gobierno de Chile, 2010 Disponible en: <http://www.redprotege.gov.cl/>
54. FLACSO. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales. 2005. Disponible en: <http://cronopio.flacso.cl/fondo/pub/publicos/2005/libro/026065.pdf>
55. Tugwell P, Petticrew M, Robinson V, Kristjansson E, Maxwell L. Cochrane and Campbell Collaborations, and health equity 2006; (8) página 367. Disponible en: www.thelancet.com.
56. Bredegal P, González P, Kottliarenco MA, Raczynski D. Chile: lineamientos de política para la primera infancia (menor de 4 años). Banco Interamericano de Desarrollo y UNICEF 2007. Disponible en: http://www.unicef.cl/archivos_documento/238/estudio_bid_Final.pdf

57. Castro R. Midiendo la eficiencia de la salud municipal. Instituto Libertad y Desarrollo, Serie Informe Social 2006; 9, 51 pp. Disponible en: http://www.ild.cl/biblioteca/serie/Social/97_serie_informe_social.pdf
58. Ochel W. Welfare to-work experiences with specific work-first programmes in selected countries. *International Social Security Review*. 2005; 58 (4):67-93.
59. Hernandez S.R. Fernandez C.C., Baptista L.P. Definición del alcance de la investigación. Metodología de la investigación. Mexico: McGRAW HILL Interamericana; 5° edición, Cap. 7, pág.: 76–88.
60. Pautas Éticas CIOMS. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2002, Disponible en <http://www.bioética.ops-oms.org>
61. Bedregal PG. Ética de la Investigación en Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile; Vol. 13 N° 13; ARS MEDICA Revista de Estudios Médico Humanísticos. Disponible en puc.cl
62. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Evaluación de la vulnerabilidad de familias asistidas en la Atención Básica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 sep-oct; 20(5): [09 Pag .3 – 7. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_16.pdf
63. Olhaberry M, Farkas C. Maternal Stress and Family Constitution: Comparative Study on Chilean, Single-Mother and Nuclear, Low-Income Families. *Univ. Psychol*. 2012 Oct./Dec; 11 (4): 1317-1326.
64. Chile, Ministerio de Salud, Programa nacional de salud de la infancia, un enfoque integral. Pag 21-22 (antecedentes), Septiembre 2013
65. Araujo I, Santos A. Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Rev Enf Ref*. 2012 mar; 3 (6): 95-102.
66. Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*. 2010 [acceso diciembre 2013]; 12(2): 31-48. Disponible en: MEDLINE with Full Text.
67. Hancock K, Mitrou F, Shiple M, Lawrence D, Zubrick S. A three generation study of the mental health relationships between grandparents, parents and children. *BMC Psychiatry*. 2013 [acceso diciembre 2013]; 13(1): 1-21. Disponible en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92802394&lang=es&site=eds-live>
68. Rossiter C, Fowler C, McMahon C, Kowalenko N. Supporting depressed mothers at home: Their views on an innovative relationship-based intervention. *Contemporary Nurse*. 2012 [acceso diciembre 2013]; 41(1): 90–100. Disponible en: CINAHL Plus with Full Text.
69. Gómez E, Muñoz MM, Haz AM. Multiproblem Families at Social Risk: Characteristics and Intervention. *PSYKHE2007*, 16, (2): 43-54.
70. Matos A, Sousa L. How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*. 2004; 18 (1): 65-80.
71. Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 76(6):421-8.

72. Bedregal P, Gonzalez P, Kotliarenco M, Raczynski D; Chile. Lineamientos de políticas para la primera infancia (menor de 4 años). Resumen ejecutivo. Octubre 2007. Santiago de Chile: UNICEF-BID; 2007
73. Yablonski J, Bell B. Responding to vulnerability - the role of social welfare services and cash transfers. *Vulnerable Children & Youth Studies*[Internet]. 2009 [acceso diciembre 2013]; 477-80. Disponible en: SocINDEX with Full Text.
<http://recursosbiblioteca.unab.cl:2058/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ad5b8c64-08c5-4d3e-a223-ed858393de10%40sessionmgr4001&vid=22&hid=101>
74. Lampis A. Desafíos conceptuales para la Política de Protección Social frente a la pobreza en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* [Internet]. 2011[acceso 10 de Julio 2013]; (41): 107-121. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=69797377&lang=es&site=eds-live>
75. 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. *International Journal for Equity in Health*. 2013 [acceso diciembre 2013]; 12(1): 1-11. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85270469&lang=es&site=eds-live>
76. Davies J and Sherriff N. The gradient in health inequalities among families and children: A review of evaluation frameworks. *Health Policy*. 2011 [acceso diciembre 2013]; 101(1): 1-10. Disponible en: Business Source Complete.
77. Devereux S, McGregor J, Sabates-Wheeler R. Introduction: Social protection for social justice. *IDS Bulletin*. 2011 [acceso diciembre 2013]; 42 (6): 1-9. Disponible en: Business Source Complete.
78. 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 Review* [Internet]. 2012 [acceso diciembre 2013]; 21(3): 157-172. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=77385848&lang=es&site=eds-live>
79. 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. *American Journal of Public Health* [Internet]. 2012 [acceso diciembre 2013]; 102(9): 1688-1696. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011657223&lang=es&site=eds-live>
80. Sarti S. Health Inequalities and the Welfare State in European Families. *Journal of Sociology & Social Welfare* [Internet]. 2013.[acceso julio 2013]; 40(1): 103-130. Disponible en: Academic Search Complete
<http://recursosbiblioteca.unab.cl:2058/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=ad5b8c64-08c5-4d3e-a223-ed858393de10%40sessionmgr4001&hid=4111>

"Políticas y programas de salud en apoyo a los niños/as y adolescentes en Chile", presencia de Enfermería.

Lucero Carvacho, Yudett¹
Baeza Fuentes, Margarita²
Pavie Olivera, Geraldine³

1 Universidad Santiago de Chile/Escuela de Enfermería, Santiago, Chile, yudett.lucero@usach.cl

2 Universidad Santiago de Chile/Escuela de Enfermería, Santiago, Chile, margarita.baeza@usach.cl

3 Universidad Santiago de Chile/Escuela de Enfermería, Santiago, Chile, geraldine.pavie@usach.cl

Resumen: En Chile se ha desarrollado un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, respaldado en una ley que prioriza la atención de personas con patologías relevantes para el país, incluyendo 15 problemas de salud infantil. Además, existe un programa nacional llamado NANEAS, orientado a la atención de niños y adolescentes con necesidades especiales. Respecto a estas iniciativas sanitarias, la enfermería juega un rol importante en su desarrollo, sin embargo, existe escasa difusión formal de sus funciones. El objetivo de este trabajo es describir el rol de la enfermería en el desarrollo y puesta en práctica de estas políticas y programas públicos en Chile. Método: Revisión bibliográfica de la literatura utilizando biblioteca científica Scielo, buscador académico Google Scholar y páginas web del MINSAL con los siguientes descriptores claves: GES, enfermería, salud infantil, NANEAS, Chile. Se realizó análisis y síntesis de los resultados obtenidos para realizar la descripción del rol. Resultados: El manejo de todas las patologías infantiles consideradas en el GES, así como el programa NANEAS, involucra el actuar de enfermería, donde su rol se desarrolla en áreas administrativa, educacional y asistencial. Conclusión: El rol de la enfermera es indispensable para la puesta en marcha de programas y políticas públicas de salud, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario y potenciando el impacto de estas iniciativas para el apoyo a niños/as y adolescentes de Chile. Por lo tanto, se releva la necesidad de difundir dichos aportes.

Palabras claves: GES; Salud infantil; Enfermería; NANEAS; Chile.

Abstract: In Chile, a Regime of Explicit Guarantees in Health has been developed, backed by a law that prioritizes the attention of people with relevant pathologies to the country, including 15 child health problems. Besides, exist a national program called NANEAS, oriented to the attention of children and adolescents with special needs. Regarding these health initiatives, nursing plays an important role in its development; nevertheless, there is a scarce formal dissemination of its functions. The objective of this paper is to describe the role of nursing in the development and implementation of these public policies and programs in Chile. Method: Literature review of bibliography through scientific library Scielo, scholar searcher Google Scholar and MINSAL web pages using the following key descriptors: GES, nursing, child health, NANEAS, Chile. The search results were analyzed and synthesized to describe the role. Results: The management of all childhood pathologies considered in the GES, as well as the NANEAS program, features the act of nursing, developing its role in administration, education, and healthcare. Conclusion: The role of the nurse is essential for the implementation of public health programs and policies, strengthening interdisciplinary work and enhancing the impact of these initiatives to support children and adolescents in Chile. Therefore, it is emphasized the need to disseminate those contributions.

Key words: GES; Child health; Nursing; NANEAS; Chile.

FOR AUTHOR USE ONLY

INTRODUCCIÓN

La salud en la infancia ha sido una prioridad constante en la Salud Pública Chilena desde inicios del siglo XX, lo que ha impactado notablemente en la disminución de la morbimortalidad infantil. Chile tiene una larga tradición de políticas sanitarias dirigidas a la madre y su hijo o hija, las que se han sostenido e implementado a través de la formulación de actividades programáticas cuyo diseño ha respondido al perfil epidemiológico y al contexto social y económico del país en diferentes periodos (1). Esto se ha traducido en el logro de indicadores exitosos de reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez. Hoy, las políticas públicas dirigidas a la infancia tienen como desafío contribuir a la mejor calidad de vida, fomentando un desarrollo integral de niños/as y adolescentes especialmente en condición de vulnerabilidad (2).

II.MÉTODO

El método utilizado es una Revisión bibliográfica de la literatura actualizada en las bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar y páginas web del Ministerio de Salud de Chile. Posterior a esto, se realizó un análisis a través de la reflexión sobre la función y el aporte de la enfermería en la implementación y ejecución de estas iniciativas sanitarias en el país, con el fin de visibilizar la participación y responsabilidad de Enfermería en la implementación de ellas.

III. RESULTADO

Como resultado se puede determinar que se han desarrollado distintos regímenes como es el AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), que posteriormente recibe el nombre de GES (Garantías Explícitas en Salud), que es un régimen con mandato de Ley integral de salud (3) que prioriza un grupo de 80 patologías o problemas de salud, más frecuentes en las personas, y garantiza en todas ellas el acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financiera. Dentro de este listado se encuentran 15 patologías que están enfocadas en apoyar a la niñez proporcionando la atención rápida y oportuna.

Por otro lado, existe también el programa NANEAS orientado a la atención de niños y adolescentes con necesidades especiales, donde por ser portadores de una condición que la aparta de la salud integral completa, requieren atención más frecuente o diferente de la que se entrega al resto de la población.

Históricamente, la supervisión de salud de NANEAS ha sido efectuada por grupos de especialistas, especialmente del área médica, en centros de atención secundaria y terciaria, salvo excepciones (4). En la actualidad este programa se ha orientado tanto al área intrahospitalaria como extrahospitalaria, considerando a Enfermería como uno de los pilares de atención y apoyo en la estabilización y/o recuperación a través de la atención directa, la educación y consejería a sus padres o tutores.

Estos programas se desarrollan a través de la Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales, ofreciendo una gran gama de prestaciones a través de las áreas vinculadas a la salud integral infantil en el Marco del Sistema de Protección a la Primera Infancia, el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria y Gestión Hospitalaria, teniendo como objetivo principal el entregar atención de calidad a la población infantil y sus familias. Las 15 patologías antes mencionadas son:

- 1.-Fisura labio palatina (5)
- 2.-Cáncer en menores de 15 años (6) (7)
- 3.-IRA de manejo ambulatorio en menores de 5 años (8)
- 4.-Epilepsia no refractaria en menores de 15 años (9)
- 5.-Salud oral integral para niñas y niños de 6 años (10)
- 6.-Estrabismo en menores de 9 años (11)
- 7.-Asma bronquial moderado y grave en menores de 15 años (12)
- 8.-Síndrome de dificultad respiratoria en el RN (13)
- 9.-Fibrosis quística (14)
- 10.-Retinopatía del prematuro (15)
- 11.-Displasia broncopulmonar del prematuro (16)
- 12.-Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro (17)
- 13.- Hipoacusia moderada en menores de 2 años (18)
- 14.-Artritis idiopática juvenil (19)
- 15.-Displasia luxante de cadera (20)

La participación de Enfermería está orientada a la atención directa de los niños que padecen alguna de estas patologías en el sector intrahospitalario, considerándose responsable de las siguientes funciones: procedimientos y cuidados pre y pos-operatorios; realizar toma de exámenes; administrar tratamiento si corresponde; realizar educación a los pacientes y a sus cuidadores y/o tutores durante el período de hospitalización y en la preparación al alta hospitalaria. Además estará a cargo de establecer comunicación y generar redes con el sistema extrahospitalario si es necesario.

En el extra sistema o APS (atención primaria de salud) la enfermera es responsable de liderar procesos asistenciales y de gestión tanto de los recursos como de conocimiento técnico relacionado con el cuidado y la dependencia de estos, de forma de garantizar la coordinación con otros miembros del equipo de salud, lo que se manifiesta en una atención integral y continua.

De acuerdo a cada patología GES, serán las actividades específicas que la enfermera desarrollará en la atención primaria de salud. Como por ejemplo, en el caso del programa IRA (8), está a cargo de:

- Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física, ferias de promoción).
- Talleres a padres y/o cuidadores en prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de

cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial. (Programa Nacional de la Infancia)

- Talleres a docentes, técnicos y apoderados de salas cuna, jardines infantiles y colegios de la comuna. Temática: medidas de prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna a atención primaria y utilización de la red asistencial.
- Campañas comunicacionales en CESFAM (centro de salud familiar) y salas de esperas (videos, cartillas)
- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza y Antineumocócica según normas.
- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
- Visitas domiciliarias integrales a familias de niños con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales del centro de salud.

En cuanto al programa de Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS), entre ellos niños con presencia de ostomías, inmunidad deficitaria, entre otras, Enfermería tiene un rol participativo muy importante en los cuidados. Su rol principal es la coordinación promoción de la salud y educación en los cuidados que requieren niños y adolescentes, especialmente en aquellos cuyas familias deben replicar los cuidados en el domicilio. Por otra parte, ayuda en la coordinación de la atención por especialistas y posibilita un flujo expedito del paciente en sus diferentes controles, junto con facilitar la comunicación con la familia por medio de acceso telefónico o por correo electrónico. El apoyo, educación y consejería a niños y a sus padres, cuidadores y/o tutores es el propósito más importante, para proveer de lo necesario para que su vida sea lo más confortable posible. Por otro lado, también debe velar por la coordinación de todos los especialistas vinculados al niño y /o adolescente, a través de un equipo de cabecera claramente identificado, destacando el rol de enfermería como articulador del equipo (21).

Según la experiencia de un equipo interdisciplinario en programa NANEAS la enfermera ha destacado en funciones como: "Evaluación del desarrollo psicomotor, curaciones, vacunaciones, instalación de dispositivos y entrega de insumos como botones de gastrostomía, sondas de alimentación y de gastrostomía, bolsas y placas de colostomía; Educación y capacitación, tanto individual como a través de talleres"(22). Además se recalca que la enfermera tiene un importante rol en la prevención de complicaciones asociadas al manejo de NANEAS, específicamente ligadas a las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario (23).

IV. CONCLUSIÓN

Cabe destacar la importancia de la participación de las enfermeras en la ejecución de las intervenciones sanitarias que dan atención infantil, donde se hace énfasis en cómo lograr el máximo desarrollo de niños y niñas acorde a su potencial genético, destacando que para ello es necesaria la prevención precoz, el manejo de factores de riesgo, la reducción de impacto en daños instalados y la promoción de factores protectores.

Se puede concluir, que la presencia y participación de la Enfermera es indispensable en todas las áreas y niveles de aquellas intervenciones sanitarias derivadas de políticas y programas para la infancia, donde se requiere fortalecer el trabajo colaborativo y coordinado entre diversas instituciones y sectores, sin embargo, se hace evidente la necesidad de divulgar de una manera más formal y sistemática todas aquellas funciones que le son propias y sin duda realiza de manera integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) Leyton, B., Becerra, C., Castillo, C., Strain, H., Santander, S. Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral. [Internet]. Agosto de 2013 [Citado el 20 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2013_Programa%20Nacional%20de%20Salud%20de%20la%20infancia%20con%20enfoque%20integral.pdf
- 2) Strain, H., Becerra, C., Castillo, C., Leyton, B., Santander, S. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud Programa Nacional de Salud de la Infancia. [Internet]. Mayo de 2014. [Citado el 10 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20a%C3%B1os%20en%20APS_web\(1\).pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20a%C3%B1os%20en%20APS_web(1).pdf)
- 3) Ley N° 19966: Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [Internet]. Septiembre de 2004. [Citado el 15 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://bcn.cl/1uyp6>
- 4) Sociedad Chilena de Pediatría. Recomendaciones para el cuidado de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud (NANEAS) [Internet]. Marzo de 2008 [Citado el 25 de mayo de 2018]. Disponible en www.comitenaneas.sochipe.cl/subidos/.../Documento%20oficial%20NANEAS.doc

- 5) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Fisura Labiopalatina [Internet] Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de enfermedades Departamento de Salud Bucal 2015- [citado 2018 Mayo 22] Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2016/04/guia-FisuraLabioPalatina-2015-CM.pdf>
- 6) Ministerio de Salud. Guía Clínica Linfoma y Tumores sólidos en menores de 15 años [Internet] Subsecretaría de Salud Pública DIPRECE Departamento Manejo integral de Cáncer y otros Tumores 2015- [citado 2018 Mayo 22] Disponible en: <http://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2016/01/GPC-Linfoma-y-tumor-s%C3%B3lido-en-menores-de-15-a%C3%B1os.pdf>
- 7) Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGÉ Leucemia en menores de 15 años [Internet] Subsecretaría de Salud Pública DIPRECE Departamento Manejo integral de Cáncer y otros Tumores 2015- [citado 2018 Mayo 22] Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/GPC_Leucemia_infantil.pdf
- 8) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en menores de 5 años. [Internet] Series Guía MINSAL 2013- [citado 2018 Mayo 24] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341244a9e04001011f0113b9.pdf>
- 9) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Epilepsia Niños. [Internet] Series Guías Clínicas 2014 [Citado 2018 Mayo 24] Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20CLINICA_EPILEPSIA%20NI%C3%91OS_web.pdf
- 10) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Salud Integral Oral para niños y niñas de 6 años [Internet] Series Guía Clínicas MINSAL 2013- [citado 2018 Mayo 20] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4342644a9e04001011f0113b9.pdf>
- 11) Ministerio de Salud. Guía Clínica Estrabismo en menores de 9 años [Internet] Serie Guías Clínicas 2010 [citado 2018 Mayo 20] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222741be9f7737ee04001011f015e38.pdf>
- 12) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Asma Bronquial moderada y grave en menores de 15 años [Internet] Series Guías Clínicas MINSAL 2011- [citado 2018 Mayo 20] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637f08646e04001011f014e64.p>
- 13) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Síndrome de Dificultad respiratoria en el recién nacido [Internet] Series Guías Clínicas MINSAL 2011- [citado 2018 Mayo 20] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637f78646e04001011f014e64.pdf>

- 14) Ministerio de Salud. [Internet] Guía Clínica Fibrosis Quística Santiago MINSAL 2007 [citado 2018 Mayo 23] Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/7221a1369a7cb578e04001011f016144.pdf>
- 15) Ministerio de Salud. Guía Clínica Retinopatía del Prematuro [Internet] Serie Guías Clínicas MINSAL 2010- [citado 2018 Mayo 20] Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c973b9016e04001011f0113bf.pdf>
- 16) Ministerio de Salud. Guía Clínica Displasia Broncopulmonar del Prematuro [Internet] Serie de Guías Clínicas MINSAL 2009- [citado 2018 Mayo 23] Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c974a9016e04001011f0113bf.pdf>
- 17) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Tratamiento de Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro [Internet] Serie de Guías Clínicas MINSAL 2013- [citado 2018 Mayo 19] Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c97379016e04001011f0113bf.pdf>
- 18) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años [Internet] Serie de Guías Clínicas MINSAL 2010- [citado 2018 Mayo 19] Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/de429df07a91ca3ce040010165017ea0.pdf>
- 19) Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Artritis Idiopática Juvenil Artritis Reumatoidea Juvenil [Internet] Series Guías Clínicas 2010- [citado 2018 Mayo 21] Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f799fcef2ae04001011f01678a.pdf>
- 20) Ministerio de Salud. Guía Clínica Displasia Luxante de Caderas [Internet] Series Guías Clínicas 2010- [citado 2018 Mayo 21] Disponible en:
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2016/04/Displasia-de-Cadera.pdf>
- 21) Cano J, Lizama M, Rodríguez N, Ávalos M, Galanti M, Barja S. et al. Comité NANEAS Sociedad Chilena de Pediatría. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud- NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Pediatría. [Internet] 2016 [citado 2018 Mayo 23]; 87 (3).
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000300014
- 22) Avalos M. Cuidado de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud. Revista biomédica revisada por pares [Internet] 2009 Agosto [citado 2018 Mayo 19]; 9(8)4071. Disponible en:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4071?tab=comentarios>

23) Flores J, CarrilloD, Karzulovic L, CerdaJ, ArayaG, Soledad M, LiévenesG, MenchacaG, VargasN, Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: prevalencia hospitalaria y riesgos asociados. Revista Médica de Chile.[Internet]2012 [citado 2018 Mayo 20]; 140(40): 458 – 465. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400006

FOR AUTHOR USE ONLY

LÍDERES COMUNITARIOS Y SU RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD APLICADAS A LA VULNERABILIDAD SOCIAL DE LA POBLACION INFANTIL Y SENESCENTE, RM CHILE

AUTORES: Margarita Baeza Fuentes ¹

Lucia Castillo Lobos ³

Ángela Luna Sarmiento ²

Elisabet Monje Agüero ⁴

1Enfermera, Doctora, Prof. Asociado. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile,

2Enfermera, Magister, Prof. Asociado Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile,

3Enfermera, Magister, Prof. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile,

4 Enfermera, Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCION

A nivel mundial se han experimentado transiciones demográficas significativas durante el siglo XXI en relación a la población infantil y a los adultos mayores, observándose que el comportamiento de la tasa de natalidad y crecimiento poblacional de Chile no ha sido distinto. Las estadísticas nacionales en relación al censo (actualización año 2015) que se realiza en forma periódica muestran que la población infantil ha tenido un estancamiento en estos últimos años, a diferencia de la población de senescentes que ha ido en un aumento notorio.

La vulnerabilidad social es una condición multi-dimensional asociada a la pobreza, a las desigualdades sociales, a género, al enfoque étnico-racial y a una amplia diversidad de factores de riesgo. Esta se define como la desprotección de un grupo de personas cuando se enfrenta a daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales (Guerrero & Yápes, 2015). El concepto

de vulnerabilidad social también se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar. Dentro de éste grupo se encuentran insertas las personas de la tercera edad, personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos indígenas, personas con enfermedades mentales, personas con VIH/SIDA, trabajadores migrantes, minorías sexuales y personas detenidas.

Al investigar en relación a la vulnerabilidad social de niños y adultos mayores en Chile, nos encontramos con políticas públicas, reformas y leyes que han sido creadas con el propósito de apoyar a este grupo vulnerable de manera que puedan superar su condición de “pobreza y vulnerabilidad”

La relevancia de estudios realizados en esta temática se inserta en una connotación social de interés para la generación de nuevas políticas en salud en el ámbito de la solidaridad social o protección social a las personas, familias y comunidades. Enfermería como garante de las personas tiene como uno de sus objetivos aportar desde el ámbito socio-cultural y desde la expertiz, a través de su participación activa en la generación de las políticas, con antecedentes que pudieran ser decisores o que favorecieran a las personas vulnerables permitiéndoles salir de esta condición con la motivación de poder disminuir la brecha en inequidad y la desigualdad social, para ello se considera importante conocer la opinión de personas que trabajan directamente con este grupo, es decir con “dirigentes vecinales” quienes se encuentran dispuestos a trabajar y colaborar

con los vecinos de su población, resolviendo problemas individuales, grupales o comunitarios

Respecto a lo descrito anteriormente: los riesgos sociales, las actividades de participación comunitaria y social, requieren de estudios en los que se valoren diferentes aspectos cualitativos. El enfoque cualitativo en estos estudios específicamente aplicados en la Atención Primaria de Salud o en la comunidad en general, es importante para la profundización de los conocimientos y la creación y desarrollo de programas orientados a solucionar la vulnerabilidad social (Álvarez, 2006).

Los profesionales de salud, dentro de su rol de apoyo a las personas, tienen como función importante el indagar con los dirigentes vecinales acerca de sus experiencias personales y como líderes, en relación a vulnerabilidad social de la población infantil y senescente con la cual trabajan en su comunidad. Los temas a conocer están relacionados con sentimientos, valores y creencias, aspectos socio-demográficos y la participación de estos, en las políticas de gobierno y programas de salud asociados a la vulnerabilidad social de la población infantil y senescente tanto de los dirigentes como de la comunidad en general, siendo esta una enriquecedora fuente de datos a considerar en el momento de defender los derechos de las personas ante las autoridades.

ANTECEDENTES

A nivel mundial las tasas de natalidad han ido disminuyendo, la esperanza de vida ha aumentado, por lo que la población se ha envejecido. Las proyecciones de

Naciones Unidas para el año 2050, indican que, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de edad avanzada en el mundo superará a la cantidad de jóvenes, las personas de 80 años y más, aumentará casi cuatro veces más, siendo un acontecimiento sin precedentes en la historia, el que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan padres vivos en una misma década, lo que significa que una gran cantidad de niños conocerán a sus abuelos e incluso a sus bisabuelos durante su etapa de crecimiento. (OMS, 2016).

En Chile, al igual que los países desarrollados, se está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población. Los adultos mayores representan un total de 16,7% de la población (2.885.157) de los cuales el 57% son mujeres y 42,7 % son hombres (Casen, 2013). En relación a la esperanza de vida, el promedio para la población es de 79,7 años, 82,8 años para las mujeres y 76,7 para los hombres, esto estimado para el quinquenio del 2010 al 2015 (INE-CEPAL, 2013).

Considerando lo anteriormente expuesto, en relación a la disminución de la natalidad y aumento de las expectativas de vida, es que toma relevancia el concepto de vulnerabilidad social.

En los últimos años, el concepto de vulnerabilidad ha logrado una notoria importancia para la investigación social (Formiga, Prieto & Medus, 2009) en la población que no tiene recursos y capacidades propias para recuperarse de sus

niveles básicos de bienestar. Se han realizado modificaciones en las políticas orientadas a ayudar a esta población vulnerable, para lo cual se implementó la política de Protección Social, de manera que este grupo pueda ser atendido en el Sistema de Protección Social “Red Protege”, el cual tiene por misión prestar servicios y otorgar beneficios a grupos de familias y personas cuyas condiciones de vulnerabilidad motivan necesidades especiales de asistencia, porque no tienen la capacidad de conseguir los recursos para mantener un nivel de vida propio de desarrollo.

La vulnerabilidad social se considera como una condición multi-dimensional asociada a la pobreza, a las desigualdades sociales, a género, a enfoque étnico-racial y a una amplia diversidad de factores de riesgo. Se define como la desprotección de un grupo de personas cuando se enfrentan a daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos, por no contar con recursos personales, sociales y legales con los cuales defenderse (Guerrero & Yápes, 2015). Es por lo anteriormente señalado que el concepto de vulnerabilidad social se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo, lo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar. Dentro de éste grupo se encuentran insertas las personas de la tercera edad, personas con discapacidades físicas, mujeres, niños, pueblos indígenas, personas con enfermedades mentales, personas con VIH/SIDA, trabajadores migrantes, minorías sexuales y personas detenidas, entre otras.

En el caso de Chile y de acuerdo a información entregada por MIDEPLAN, se considera como infancia vulnerable a aquellos niños y adolescentes que no cuentan con condiciones materiales y afectivas propias de su desarrollo. Las existencias de colectivos de vulnerabilidad en esta etapa de la vida son: niños y niñas con discapacidad; niños con padres con alcoholismo o drogodependencia; niños de la etnia gitana; niños extranjeros no acompañados; niños en sistema de protección social; niños en sistema de reforma o con medidas de reeducación; y niños en familias monoparentales. Sin embargo, en las condiciones actuales es posible que esta lista pueda ser más extensa (UNICEF, 2014).

En relación a los adultos mayores como sujetos de asistencia social, se define esta situación, cuando están expuestos a condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o maltrato por parte del estado y de la comunidad en general (Caro, 2003).

Las consecuencias de padecer vulnerabilidad social en estos grupos poblacionales, se manifiesta en los niños/as como barrera y/o dificultad en el apropiado desarrollo y futura integración social y que puede conducirles a situaciones de exclusión social (UNICEF, 2014) y en el caso de las personas mayores, las causas principales de la problemática de alta vulnerabilidad son: 1) deterioro y disminución de sus activos debido a los gastos inesperados, 2) aceleramiento del deterioro natural y la baja calidad de vida, 3) exclusión social y 4) mayor dependencia de terceros lo que se traduce en la insuficiencia de

ingresos y la falta de protección social, lo que conlleva a este grupo etario a ser susceptible de abandono, caer en condiciones de pobreza, baja autoestima, depresión, ya que su participación en distintas actividades, así como en la toma de decisiones, se ve disminuida (SEDESOL, 2010).

En la actualidad, en Chile, persisten importantes diferencias al interior de la sociedad, que llevan a reflexionar sobre la necesaria reorientación de las políticas públicas y en cómo contribuir, desde la política social, a la construcción de formas más inclusivas en las organizaciones sociales que aseguren a todos el desarrollo de capacidades y el acceso a fuentes que permitan la realización y expansión de los derechos ciudadanos (MIDEPLAM, 2004). Hoy por hoy el Sistema de Protección Social, que fue creado en el primer gobierno de la presidenta Michelle Bachelet (2006 – 2010), tiene por misión implementar medidas, prestar servicios y otorgar beneficios a grupos de la población que no tienen recursos y capacidades propias para procurarse niveles básicos de bienestar.

Es así como actualmente en la mayoría de las oficinas municipales, existe un departamento orientado a dar solución y apoyo a las comunidades a través de un grupo directivo elegido por sus pares, con el objeto de representarlos ante las autoridades tomando el nombre de “directiva de junta de vecinos”, “comités”, “junta de adelantos”, entre otras que pasan a conformar los organismos comunales. Estos grupos directivos tienen como misión lograr subsidios, apoyo económico para mejoramiento y reparación de entornos sociales, capacitaciones de los grupos vulnerables, ayudas económicas y/o aportes monetarios para ser utilizados en salud.

La ley Orgánica de Municipalidades (Ley N° 21.146, 2012) establece la Asistencia Social como una de las funciones que el Municipio puede desarrollar en forma compartida con otros organismos públicos o privados de apoyo a las personas, por lo que este departamento tiene como funciones: “Contribuir a la solución y orientación de los problemas socioeconómicos que afectan a los habitantes de la Comuna, procurando las condiciones necesarias que le permitan acceder a una mejor calidad de vida, basándose en el estudio de estratificación social.

Conociendo la realidad social y las condiciones de salud de la población, estas medidas deberían favorecer la organización al interior de los equipos de salud, de la comunidad y el desarrollo de políticas públicas fortaleciendo la participación comunitaria como un elemento clave en el acceso a la salud, incidiendo en la toma de decisiones, privilegiando la asignación de los recursos estratégicamente donde se encuentran las necesidades y los problemas de salud. En definitiva, es aquí donde se encuentra la gente, la comunidad comprometida en forma activa y con un papel protagónico. Este componente está claramente relacionado con las decisiones de los gobiernos y la política local (Delgado, Vázquez, Zapata & Hernán, 2005).

La sociedad en general está experimentando profundos y rápidos cambios, razón por la cual la intervención de los miembros de la comunidad en las actividades de su interés, debe ser complementaria a la intervención de la administración pública. La participación comunitaria es el resultado de un proceso, donde los agentes comunitarios van transitando por diversos niveles crecientes de

autonomía y colaboración hasta llegar a la toma de decisiones. El liderazgo como tal es la fuerza motriz del desarrollo y el canal a través del cual fluyen las características para mejorar las capacidades de la comunidad para producir resultados mediante la utilización de los recursos que dispone. Haciendo oír la voz de los líderes comunitarios se fomenta la participación en aquellos procesos y actividades que precisen planificación e intervención (Rojas, 2013).

Desde el enfoque comunitario se busca instaurar un nuevo diálogo o contrato social entre las instituciones, las personas y la comunidad a través de una metodología basada en la conversación y la negociación permanente. Este fortalecimiento comunitario requiere autogestión, que supone involucramiento directo de las comunidades, utilizando el liderazgo para facilitar la solución de problemas inherente de la comunidad, por lo tanto, en este contexto el concepto de liderazgo, se puede considerar como un factor psicosocial facilitador (Rojas, 2013).

El liderazgo se ha estudiado desde diversas ópticas en ciencias sociales. El primer acercamiento fue desde la teoría de los rasgos, que suponía que algunas personas poseen una personalidad particular, que los predisponen a convertirse en líderes y entre las más conocidas se encuentra la Teoría del Liderazgo Situacional (TLS) de Hersey y Blanchard de 1982, la cual se basa en la idea de que la efectividad en el proceso de influir en las actividades de un individuo o grupo, está en función del ajuste que tiene el estilo de liderazgo del líder y el nivel de desarrollo de sus seguidores (Rojas, 2013).

Actualmente una de las perspectivas más desarrolladas y aceptadas es la proveniente de los enfoques transformacionales, como la Teoría del Intercambio Líder- Miembro (LMX) que describe que los líderes mantienen su posición en el grupo a través de una serie de acuerdos tácitos de intercambio con sus miembros partiendo del supuesto que el liderazgo no es algo que los dirigentes simplemente llevan a cabo hacia sus subordinados, sino que es un proceso que está centrado en las interacciones entre ambos, por lo que no es posible aplicar un mismo estilo de liderazgo a todos. El líder transformacional por lo tanto se esfuerza en reconocer y potenciar a los miembros de la organización y se orienta a transformar las creencias, actitudes y sentimientos de sus seguidores, pues no solamente gestiona las estructuras, sino que influye en la cultura en orden a cambiarla (Rojas, 2013).

El concepto de líderes es muchas veces asimilado al de dirigentes sociales o vecinales comunitarios, en tanto éstos se consideran esenciales, pues son los intermediadores entre el agente externo y la comunidad, convirtiéndose de esta forma en actores claves en el proceso de intervención, a través de ellos la comunidad se organiza, se expresa y participa evitando que la intervención trate a lo viviente como inerte (Rojas, 2013).

En el caso de Chile se evidencia una falta de investigaciones en relación a la participación de los dirigentes vecinales y/o comunitarios en la redacción de la política pública que favorecen a las personas vulnerables y /o de extrema

pobreza. Este grupo de personas naturales que asumen la dirección de juntas de vecinos, tienen como función, entre otras, el gestionar las ayudas necesarias para favorecer a las personas vulnerables y proteger sus derechos ganados, entre ellos el derecho a salud y atención de calidad a través de la exigencia de entrega de beneficios ofrecidos en las políticas y programas de gobierno.

Estos dirigentes vecinales o comunitarios son líderes sociales innatos, es decir son autodidactas, intermediarios y se muestran como líderes transformacionales, cambiando las creencias, actitudes y sentimientos de sus seguidores, es decir influyen directamente en la cultura del grupo.

Por lo que se considera importante indagar en el grupo de estudio, sobre las oportunidades que ellos tienen, de opinar sobre los proyectos que se generan a nivel de la Municipalidades a través de sus departamentos de apoyo social que permitirán cambios a beneficio de la comunidad.

Sumado a lo anteriormente mencionado, la asistencia sanitaria y de la comunidad en la Atención Primaria de Salud (APS), se desarrolla mediante acciones directas, de las cuales se obtiene información que mide fundamentalmente el incremento de los casos vistos y la morbilidad por demanda; pero no reflejan la verdadera problemática psicosocial que sufre la población que asiste, sin embargo, si se utilizaran técnicas cualitativas se lograría una retroalimentación de lo que dice y piensa esa población, como pueden ser con las entrevistas rápidas con informantes clave o las reuniones comunitarias. Esta información no solo se refiere

a la morbilidad existente, sino también a toda la gama de problemas psicosociales que afligen a la gente en esos momentos y que afectan a la sobrevivencia o subsistencia de ellos (Álvarez, 2006).

En las investigaciones en APS generalmente se parte de los paradigmas que siguen la corriente conocida como cuantitativa. Debido a ello, los investigadores que solo toman este enfoque, consideran que los fenómenos, los hechos y los sujetos se estudian en cantidad, intensidad y frecuencia, y no se buscan en la investigación los cambios que también se dan en los fenómenos sociales que involucran sentimientos, emociones y vivencias, lo antes mencionado se relaciona en la APS considerando que las acciones pueden cambiar las formas de pensar y actuar de los protagonistas y personas que se atienden. Además, el contexto social puede generar movimientos que modifican la interrelación comunitaria, todo lo cual necesita ser valorado con información profunda y propia de cada lugar (Álvarez, 2006).

En el ámbito de la salud, la metodología cualitativa explora, desde el punto de vista de la concepción cultural y simbólica, que la sociedad tiene de la misma. A través del diálogo hablado o la entrevista en profundidad, se busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez, 2006), para poder construir conocimiento en algún fenómeno en cuestión (López, 2012), que en este caso es sobre la vivencia de los dirigentes vecinales en relación a la vulnerabilidad social de la población infantil y senescente.

El paradigma epistemológico que podría guiar una investigación en esta área es la fenomenología, esta corriente tiene como finalidad “describir y comprender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente” (Salgado, 2007, Pág. 73). La fenomenología según el filósofo Husserl, se basa en el análisis de los discursos, así como la búsqueda de posibles significados a partir de la experiencia y teorías práctica de los propios sujetos (López, 2012).

Se piensa que la utilización de entrevistas abiertas o en profundidad y apoyada por una entrevista semi-estructurada a los dirigentes vecinales permite centrarse en el poder del discurso de los actores y en una comprensión detallada de cada perspectiva. Es importante destacar que un factor que facilita el diálogo hablado en profundidad, es la cercanía que tienen los dirigentes vecinales a su área de trabajo y varios de ellos al ser de la misma comuna facilita el trabajo de reunirlos.

La entrevista abierta o en profundidad son conversaciones simuladas en donde ni todas las preguntas ni el orden en que se encuentran han sido previamente fijados. Se dice que son simuladas porque el papel del entrevistador y el destinatario ya están establecidos. La entrevista semi-estructurada, son conversaciones mediante una pauta según las características de las personas a entrevistar, se busca recabar información referencial sobre algún tema, en donde el entrevistado se considera como un transmisor de esa realidad (López, 2012).

Las entrevistas abiertas permiten indagar sobre las realidades y las precepciones de los consultados en el tema de interés, formando un panorama general de lo que piensan, para luego con las entrevistas semi-estructurada, indagar sobre su realidad en particular, obteniendo así un análisis general sobre el fenómeno a investigar (López, 2012).

ASPECTOS ETICOS A CONSIDERAR

El valor social de esta investigación se centra en develar a través de las opiniones las vivencias y críticas que relatan los dirigentes vecinales de una comuna de la región metropolitana acerca de las políticas y convenios a disposición de las personas con el fin de superar el nivel de pobreza y disminuir su condición de vulnerabilidad. Opiniones que generalmente no son consideradas por las autoridades al momento de generar las políticas públicas, las cuales permitirían programar acercamientos más eficientes, humanizados en un contexto sociocultural, con la comunidad a través de operativos de salud, asesorías y capacitaciones en salud.

El valor social de una investigación realizada en esta área, está dado por el empleo de una metodología con rigurosidad científica, como es perspectiva cualitativa con enfoque fenomenológico, es decir se estudiará la realidad en su contexto natural interpretando los fenómenos de acuerdo a los significados que expresan los dirigentes comunales relatando sus vivencias como agentes de cambio. La investigación aportara nuevos conocimientos, en un área en la cual no

se ha investigado a cabalidad por el personal de salud de nuestro país, la opinión de estos dirigentes poblacionales servirá como antecedentes a tener en cuenta al momento de generar o modificar las políticas sociales orientadas al apoyo de la población vulnerable que rigen actualmente.

Considerando, la revisión bibliográfica que respalda la investigación en proceso: "Líderes comunitarios y su relación con las políticas públicas en salud aplicadas a la vulnerabilidad social de la población infantil y senescente", (proyecto Dicyt de opinión pública), se deduce a priori, que no existe en Chile investigaciones en relación a la participación de los dirigentes vecinales y/o comunitarios en la redacción de las políticas públicas que favorecen a las personas vulnerables y /o de extrema pobreza. Este grupo de personas naturales que asumen la dirección de juntas de vecinos, tienen como función, entre otras, el gestionar las ayudas necesarias para favorecer a las personas vulnerables y proteger sus derechos ganados, entre ellos el derecho a salud y atención de calidad a través de la exigencia de entrega de beneficios ofrecidos en las políticas y programas de gobierno. Además, la participación en operativos organizados por la Universidad, ha permitido conocer más de cerca las realidades sociales de las comunidades que rodean el campus, además de conocer otras realidades sociales en el momento que se acompaña a los estudiantes en sus prácticas profesionales y trabajos voluntarios.

En relación a los dirigentes vecinales o líderes comunitarios se ha constatado que dichas personas son líderes sociales innatos, es decir son autodidactas, intermediarios y actúan como líderes transformacionales, cambiando las

creencias, actitudes y sentimientos de sus seguidores, es decir influyen directamente en la cultura del grupo.

Al indagar en el grupo de estudio del proyecto acerca de las oportunidades que ellos tienen, de opinar sobre los proyectos que se generan a nivel de la Municipalidades a través de sus departamentos de apoyo social que permitirán cambios a beneficio de la comunidad, la mayoría expresa desaliento ya que sienten que solo son invitados a “charlar” acerca de las situaciones que acontecen en su comunidad y que afectan directamente al grupo vulnerable, pero una vez redactadas las políticas y puestas en marcha no son efectivas en la reducción de la condición de vulnerabilidad de las personas, además de ser burocráticas y con difícil acceso a los beneficios ofertados.

Varios de ellos, sienten que sus vecinos los consideran “personas guerreras” y que reconocen que su trabajo y dedicación a ayudar en la solución de sus problemas es invaluable. Sienten que su vida al asumir como líderes sociales, ha tenido más satisfacciones que penurias, no reconocen el cansancio como algo negativo, al igual que el tener que dedicar su tiempo familiar a solucionar los problemas de los vecinos. La familia opina que tienen menos tiempo para compartir con este líder, pero que compensa el saber que sus vecinos los consideran “héroes y sus ángeles salvadores” cuando están en situaciones delicadas, ejemplo: desalojados de sus viviendas, violencia intrafamiliar, maltrato a niños/as o ancianos, una situación de salud que requiere aportar mucho dinero para su tratamiento y que los subsidios de salud no cubren, entre otros.

RESULTADOS

Al analizar la información obtenida a través de las entrevistas, se desprende lo siguiente:

Las entrevistadas iniciaron sus actividades en sus propias comunidades o poblaciones, siendo muy jóvenes y elegidas por sus pares y teniendo como funciones el lograr ser el nexo entre la Municipalidad y la población con el fin de adquirir ayudas para los más necesitados y lograr subsidios que favorezcan a este grupo de personas.

El cómo fueron involucrándose en este proceso de ser representantes de sus pares ante las entidades gubernamentales y poder solicitar los apoyos y ayudas necesarias que les permiten ayudar al necesitado, es variado. El grupo coincide en el haber tenido tiempo disponible en sus labores habituales para ser dedicado a desempeñar este rol de dirigentes... la mayoría fue elegida por votación secreta y voluntaria de la comunidad y otros señalan haber asumido esa responsabilidad sin necesidad de haber sido elegidos, es decir solo lo hacen (cumplir el rol de líder social) porque sienten la necesidad de ayudar a los demás. En ninguno de los casos esta labor es o ha sido remunerada.

Esta premisa queda representada por las siguientes respuestas de los entrevistados:

“Los vecinos el otro día decían porque no estoy como presidenta de la junta de vecinos, no necesitamos un puesto de poder para poder resolver, en ningún caso”.

“la junta de vecinos actual no entiende nuestro trabajo,ahí tenemos la gran pelea y se fueron y dejaron el espacio y lo tomamos, ahora hicieron una nueva elección y todo y la estamos impugnando porque queremos participar, queremos ser todos participes junto a los vecinos, porque los vecinos justo al frente de la junta de vecinos nos apoyan, ...”

“...Crie a mis hijos, cuando estaban chicos empecé, me nació esto de hacer lo que más podía con mis vecinos, con mi alrededor de acuerdo al tiempo que se me iba permitiendo porque tenía 2 niños en el colegio, dedicada a ellos que sé yo y después a medida que fueron creciendo, me fue quedando más tiempo y bueno ahí fui involucrando a mis hijos...”

“...en el tiempo que inicié como dirigente, éramos un grupo de personas que se juntó con el fin de formar una cooperativa (de esos tiempos) y reunir fondos para comprar un terreno en común en el sector playa de forma de instalar casitas que nos permitieran cambiar de aire con nuestros cabros, aunque fuera por unos días Las directivas fueron varias en poco tiempo.... Cuando ya tuve más tiempo, cuando me jubilé por salud...me vine a vivir acá y me metí más en la directiva...”

“...Llevo, van a ser dos años ahora en Julio, estuve hace muchos años atrás, como 5 a 6 años atrás también, pero era secretaria o sea era tesorera la otra persona era presidenta, pero tuvimos que retirar por el tema de que hubo un allanamiento acá, quedó la escoba, así que tuvimos que desistir de nuestros cargos y hacernos vista gorda, pero después nosotros nos volvimos a reunir por el tema de la vivienda, usted sabe que acá hay conflictos y problemas de vivienda y por eso nos reunimos de nuevo y quisimos formar una junta de vecinos.....”.

En relación a los dirigentes vecinales o líderes comunitarios se ha constatado que dichas personas son líderes sociales innatos, es decir son autodidactas, intermediarios y actúan como líderes transformacionales, cambiando las creencias, actitudes y sentimientos de sus seguidores, es decir influyen directamente en la cultura del grupo,

La forma de asumir como líderes, es a través de la imitación de otros líderes:

“La mayoría de los que están apoyándonos en esta junta de vecinos son jóvenes menores de 18 años, acá van desde los 15 en adelante, 15 y 18 años, son jóvenes estudiantes de la enseñanza media, que han sido parte de la escuelas populares, que han sido colonos, es decir que vienen con la mirada de niños y que han visto la problemática de sus amigos o de sus vecinos o de su pares, porque aunque vivan en la misma población hay muchos que no se conocen y se logran conocer en colonias y logran formar familia, familias me refiero a formar lazos porque nosotros les enseñamos de que por ser de la misma población

es decir de la misma condición de pobreza, pasan a ser hermanos, por lo tanto, se tienen que respetar” ...

“.....acá por ejemplo tratamos de enseñarles que los clubes de futbol no nos pueden dividir, la religión no nos puede dividir, no porque tu seas del Colo y yo soy de la U vamos a pelear a muerte, porque los dos tenemos los mismos problemas, porque vivimos en el mismo barrio y somos pobres y los dos no tenemos pa´ comer o no nos alcanza poco y nada para comer, por lo tanto, nosotros debemos unirnos y debemos tratar de avanzar juntos, no dividirnos por una estupidez.”

“De chica lo hago, desde los 13 años empecé, fui parte de mmm, fui niña de dictadura, entonces mi papá se alcoholizo en esos años, mi mamá trabajaba puertas adentro por lo tanto quedaba sola y me crie, siempre lo he dicho con muchas madres, que eran las esposas y las hijas de detenidos desaparecidos y de ejecutados políticos de la población que hacía olla común, que bordaban arpilleras, entonces yo tengo los recuerdos de chica, 6 o 7 años estaba sentada en los pies de ella mirando como bordaban arpilleras o viendo como cocinaban, como salían a buscar alimentos para darnos a todos comida, entonces me crie así, teniendo muchas madres, teniendo muchos hermanos y siempre he dicho soy madre con muchos cabros chicos. Entonces es una enseñanza que me dejó, es la ayuda que me dieron muchos para no morir de hambre o los cuidados y el cariño que me entregaban

como mi mamá no estaba presente, porque mi mamá también andaba buscando el pan pa' la casa quedó marcado y trato de reprobalo, no porque no estamos en dictadura quiere decir que no hay hambre, hay hambre y hay un sinfín de necesidades, cariño, afecto, educacionales y un sinfín de cosas más.

“Los cabros jóvenes, que este grupo de jóvenes este saliendo de la norma del querer, del querer ser ingeniero y ganar plata, querer ser trabajador social para poder ayudarlo mejor, yo quiero ser educadora de párvulos, yo quiero ser profesor, profesiones que son tan mal miradas y tan mal pagadas, pero que sirven un montón para estos problemas de acá, creo que eso es el mayor premio que uno puede tener, de que los mismos cabros que uno ha criado o que ha ayudado a criar e ir creciendo estén el día de hoy estudiando o pensando porque en dos años más salen del colegio de estudiar estas carreras y que sean una familia, de que el día sábado si yo tengo algún problema con los cabros chicos yo los llame y no hay fiesta que los detenga y que se vengam a las 10 de la noche y que se vengam y que vamos a ver a ese niño, saquémoslo de ahí, ¿Quién les presta una casa? Yo tengo una casa, habla con tu mamá, mi mamá dijo que bueno, traetelo pa acá, vamos a buscarle ropa, vamos a buscarle comida, hagámosle una completada, para sacarle una sonrisa, yo creo que eso es una pago, no tienen por qué alegarme”

Si los cabros son así, porque tenía 10 y yo creo que estos cabros chicos que vienen ahora van a ser 20 y después 30 y de aquí a 10 años más posiblemente sean 200 y se distribuyan en diferentes poblaciones y rincones de Chile y vamos a ir creciendo, esa es la idea y lo que espero, espero que no acaba, ellos están claro que después casados con familia lo van a seguir haciendo y sus hijos lo sigan haciendo.”

Al conocer la opinión de los/las dirigentes acerca de cómo ven a su comunidad coinciden en que son grupos solidarios, vulnerables socialmente, poco capaces de luchar por sus derechos, pero que están dispuestos a ayudar al otro con lo poco que tienen.

“Sigue siendo una población muy solidaria, esta población yo creo que aun sobrevive a lo que es el “capitalismo”, porque esta población todavía existen por ejemplo las colectas de cuando fallece alguien o cuando hay alguien enfermo y las vecinas se reúnen y están en el velatorio que no es en una iglesia, es muy difícil que sea en una iglesia, es en la casa donde están todas las vecinas sirviendo café, haciendo unas sopas de pollo, consiguiéndose un paquete de fideos pa’ darle a la gente que está acompañando a la familia que está pasando por este problema, entonces Villa Francia sigue siendo un bastión* de solidaridad ósea la comida por ejemplo la escuela de los niños parte desde la solidaridad, en la feria nos pueden dar \$100 y se agradece porque sabemos cuánto cuesta dar esos \$100, de que pasemos por las casa y digamos hoy día vamos a recolectar fideos de 5 y recolectis’ 30 paquetes de fideos de 5”...

“...de que los vecinos de la feria, pasamos y pedimos una fruta una verdura y no nos hagan recoger lo que botan, sino que lo que hay en el puesto, ¡chiquillas saquen lo que van a ocupar! Y eso yo creo que no queda mucho, que la vecina venga a buscar la tacita de azúcar todavía y que las vecinas se sienten en la noche a conversar afuera y que los cabros chicos jueguen en la calle

“.....se les enseña que tienen que respetar y si no respetan lo hacemos’ respetar y somos pesados sí, porque no podemos perder eso, yo creo que eso nos diferencia de otras poblaciones y de otras villas,en otras partes, como los condominios, cuando los asaltan no va a salir la señora de al lado porque no les va a importar, acá todavía si se enferma un cabro chico hay diez autos afuera de cualquier vecino que vaya pasando, va a ir a la posta con el cabro corriendo y que si no está la mamá está la vecina pa’ llevarlo y yo creo que eso es super importante, porque no hay individualismo, no hay ese “crecimiento económico” que nos meten de porque tú tenis más vas a ser más.....”

Al preguntar como los ve la comunidad, como dirigentes y como personas, coinciden en que parte del grupo los reconoce como líderes y la otra parte prefieren ignorarlos, especialmente cuando se les pide que se involucren en los problemas de los demás. Varios de ellos, sienten que sus vecinos los consideran “personas guerreras” y que reconocen que su trabajo y dedicación a ayudar en la solución de sus problemas es invaluable.

“Yo creo que hay mucha gente que me tiene mala, de entrada porque soy muy frontal, no tengo pelos en la lengua para decirle a alguien que la está cagando o que la está embarrando o a los mismos cabros chicos que se están metiendo en tonteras en pescarlos de la oreja, retarlos y recordarle 10 cosas de su vida y creo que si hay otros que si me pueden tener cierto aprecio porque conocen el trabajo que hacemos y yo creo que más que aprecio es un respeto por lo que se hace y con quienes se hace, yo creo que eso es fundamental.”

“...muchos vecinos me consideran guerrera y comprometida con ellos.... Reconocen que les gusta que los escuche y que ponga en su lugar a los que se creen más que los otros.... los abuelos y los cabros chicos me lo demuestran asistiendo a talleres, fiestas, reuniones y apoyando cuando se hacen colectas o bingos...”

Al indagar en el grupo de estudio, acerca de las oportunidades que ellos tienen, de opinar sobre los proyectos que se generan a nivel de la Municipalidades a través de sus departamentos de apoyo social que permitirán cambios a beneficio de la comunidad, la mayoría expresa desaliento ya que sienten que solo son invitados a “charlar” acerca de las situaciones que acontecen en su comunidad y que afectan directamente al grupo vulnerable, pero una vez redactadas las políticas y puestas en marcha no son efectivas en la reducción de la condición de vulnerabilidad de

las personas, además de ser burocráticas y con difícil acceso a los beneficios ofertados.

“ Lo intentamos hacer, nos sentamos a conversar, el problema es que exigen demasiada documentación, nosotras tenemos el caso de una niña postrada con dos hijos, uno de ellos producto de una violación producto de su misma enfermedad degenerativa con una calidad de pobreza pero así que sale de los límites y viene la asistente social y viene a exigir, ósea yo no te quito los nietos si tú me arreglas la pieza, si tú me ventilas esto, si tú me tienes esto y esto otro, perdón te fuimos a pedir ayuda, no fuimos a acusar a la vecina, te fuimos a pedir ayuda para que tú nos ayudes porque nosotros no podemos generar 800 lucas para ponerle una pieza a nuestros cabros chicos y para ver en qué condiciones esta esa mamá porque esta postrada y tiene llagas y tiene escaras y tiene un sinfín de cosas más y a la abuelita no le alcanza para comprarle los pañales, no te fuimos a decir oye mira eso, quítale esos niños, quítale esa mujer enferma, te fuimos a decir oye puedes ayudar, entonces da hasta miedo ir a Dideco o ir a alguien a pedirle ayuda, porque no están actuando como corresponde, ósea en vez de ayudar vienen a exigir y no debería ser así.”*

“...la muni nos va a pasar a llevar y los va a llevar al SENAME porque es la norma, porque son instituciones tienen que respetar los procesos que tienen ellos, nosotros no, al contrario no porque a nosotros no nos

entregan nada, porque nosotros buscamos soluciones y creemos en las redes de apoyo todavía, como junta de vecinos o como dirigente vecinal siempre tuvo problemas con él alcalde que sea que este de turno, me toco este alcalde es por un partido X y yo no soy de ningún partido político, entonces tuve problemas con él muchas veces y yo lo entiendo porque es el que se debe a un partido y se debe a una institución, yo no, yo me debo a mis vecinos y esa es una gran diferencia entre nosotros yo lo respeto mucho y todo eso pero no trabajo con él por eso”

Con respecto a la existencia de alguna política pública o algún programa desde la institución y no desde la beneficencia que las apoye para su trabajo

“...Mira, ahora estamos integrados en la red de voluntariados, pero hace 4 años atrás más menos desde la municipalidad se presentó un proyecto en donde fuimos apoyados en todo eso, con artículos que sé yo de apoyo, con pañales, que fue muy servicial... eso, fue un apoyo súper bueno y están conscientes en la municipalidad de nuestro trabajo y nuestras necesidades.

Y esos proyectos se... ¿Están disponibles para ser concursados en forma permanente o fue por una vez?

“...Mira lo hicimos por una vez, la asistente social Paola Aguilar que ha trabajado por muchos años con nosotras, que “desgraciadamente” trabaja hasta la semana que viene nomas y después se va a Valdivia,

ayer estuve con ella, así que una pena porque me dicen: Es que va a llegar gente igual. Pero no va a ser lo mismo, yo tenía esa confianza y sabía que ella me iba a solucionar el problema y donde estuviera y a la hora que fuera, no era necesario que fuera un día en horario de trabajo, podía ser un día domingo a las 10 de la noche y ella me atendía igual... entonces eso también no se da en todos lados.

“... la mayoría de las políticas están para dar beneficios y cosas a las personas.... yo no soy asistente social de visitar la casa cinco segundos yo soy de quedarme, de ver si es que hay que limpiar, de ver si es que hay que trabajar, de si es que la vecina tiene o no tiene el gas, bueno nosotros le vamos a conseguir el gas, o que posiblemente le podemos conseguir alguna tela que se pueda coser para que se gane ese peso, es super importante porque el asistencialismo es otra cosa que le hace mal a la población y los vecinos entran a una competencia de quien necesita más y quien no, y porque a él le dieron y a mí no si yo necesito más, en vez de decir que yo puedo obtener a través de mi trabajo y de mis logros si usted me ayuda yo puedo conseguir esto que es super diferente a yo necesito que usted me dé.”*

“...las políticas de gobierno son hechas entre 4 paredes y por políticos que nunca han conocido la realidad de las poblaciones.... Nos invitan a reuniones donde conversamos y analizamos diferentes temas de cómo será mejor para ayudar a los necesitados.... Al final, cuando salen las

políticas y se ponen en práctica, uno solo ve trabas y documentos eternos por llenar.... Pero no ve soluciones inmediatas.... Todo se transforma en burocracia.... Reglas normas y leyes que nadie entiende y menos sabe cómo usar para lograr éxito en ayudar a los que lo necesitan.... siento que solo nos utilizan para la foto..."

Sienten que su vida al asumir como líderes sociales, ha tenido más satisfacciones que penurias, no reconocen el cansancio como algo negativo, al igual que el tener que dedicar su tiempo familiar a solucionar los problemas de los vecinos. La familia opina que tienen menos tiempo para compartir con este líder, pero que compensa el saber que sus vecinos los consideran "héroes y sus ángeles salvadores" cuando están en situaciones delicadas, ejemplo: desalojados de sus viviendas, violencia intrafamiliar, maltrato a niños/as o ancianos, una situación de salud que requiere aportar mucho dinero para su tratamiento y que los subsidios de salud no cubren, entre otros.

CONCLUSIONES

Como respuesta a nuestra interrogante y/u objetivo planteado podemos concluir que todos los dirigentes o líderes comunitarios coinciden en que no existe participación real de ellos en la generación de las políticas orientadas a disminuir la vulnerabilidad social de las personas

La aplicación de estas políticas que permiten trabajar con las personas vulnerables desde la perspectiva social, son engorrosas y hay mucha burocracia asociada a tramitación y llene de documentos necesarios para solicitar ayuda

hacia los más necesitados. Como ejemplo (anexo 3), las personas de escasos recursos que postulan a ser subsidiados para tener una vivienda propia o arrendada, deben cumplir con una serie de requisitos, entre ellos una evaluación social a través de la ficha de protección social, aplicada por personal del servicio social de la comuna en la cual residen. En el caso de solicitar que sus viviendas sean reparadas por ser muy antiguas o mal construidas por las empresas que ganaron la licitación, siendo esta una de las alternativas que tienen los líderes sociales para ayudar a su grupo, estos deben entrar a conformar “comités de mejoramiento”, recolectar socios interesados, recabar información que acredite que estas personas no tienen recursos para hacerlo en forma particular, luego postular y esperar que sean seleccionados (anexo 4). Todo esto involucra tiempo y paciencia.

FOR AUTHOR USE ONLY

BIBLIOGRAFIA:

La vulnerabilidad social como enfoque de análisis De la política de asistencia social para la población Adulta mayor en México

Caro E. Desarrollo Institucional de la Vida Pública. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003

Gobierno de Chile. Ministerio de Planificación y Cooperación. Conceptos fundamentales. Sistema de protección social. Chile Solidario. Diciembre 2004. Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/centrodoc_170.pdf

Gobierno de México. Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y más. SEDESOL, Agosto de 2010. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/.../diagnostico/Diagnostico70%20y%20Mas>
VERSION FINAL

Arcos E., Sanchez X., Toffoletto M, Baeza M, Gazmuri P, Muñoz L et al . Social protection systems in vulnerable families: their importance for the public health. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2014 June [cited 2015 June 30] ; 48(3) : 398-405. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300398&lng=en.

Comisión Económica Para América Latina y El Caribe (CEPAL). Pobreza infantil en américa latina y el caribe. Diciembre de 2010. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1421-pobreza-infantil-america-latina-caribe>

Arcos Estela, Munoz Luz Angelica, Sanchez Ximena, Vollrath Antonia, Gazmuri Patricia, Baeza Margarita. Effectiveness of the Comprehensive Childhood Protection System for vulnerable mothers and children. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Oct

Berner H, Cooper R, Guzmán M y Guzmán N. Gobierno de Chile. División de Control de Gestión de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Metodología de evaluación de impacto. Santiago de Chile. 2004. Disponible en: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/articles-37416_doc_pdf.pdf

Ministerio de Planificación Social. Gobierno de Chile (Mideplan). “Las competencias parentales y el apoyo psicosocial para la protección a la infancia vulnerable”. Documento N° 3, octubre 2008. Disponible en: http://www.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/seminario_genero/doc/Nota_tecnica%203_Competicencias%20parentales%20y%20genero.pdf

Obando, J. “La niñez vulnerable”. Revista Interacción N° 48. Sección Niñez y sociedad. CEDAL 2009. Bogotá. Colombia Disponible en: <https://www.cedal.org.co/es/revista-interaccion>

Mones, Belkys y Cos, Francisco: “Reseña sobre la situación de los niños y adolescentes vulnerables en México y Centroamérica”. Publicación en Internet. Año 2009

Laura Beatriz Rivera L.B. Vulnerabilidad social, docencia e infancia: Un estudio en Jardín Maternal Educa-Red Argentina , 2010

Encuesta, JUNJI, A papas en relación a la Primera infancia, UNICEF Revista Carrusel, Martes, Abril 13, 2010

Ramos, Joseph. “Estadística y Economía” Segundo Semestre, 2005. Pág. 28 – 44

Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. Madrid: Editorial Mosby / Doyma libros. 1994.

Luís MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ED. Barcelona: Masson; 2000.

Jiménez A., Salinas M, Sánchez T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson Rev Enferm IMSS 2004; 12(2): 61-63

Eric Erikson, 1963. Una teoría psicosocial. <http://carmenlobo.blogcindario.com/2010/06/01457-erik-erikson-teoria-de-la-personalidad.html> (07 de junio de 2010).

Guerrero N. & Yápes A. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ. salud. 2015;17(1):121-131. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>

Álvarez L. Investigaciones con enfoque cualitativo en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr v.22 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300014

Organización Mundial de la salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida, datos interesantes acerca de envejecimiento 2016. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Formiga N., Prieto, M. & Medus S. Vulnerabilidad, accesibilidad y calidad de vida. Los adultos mayores en la ciudad de bahía blanca. GEOSIG, año 1, número 1, 2009, sección artículos: i pp. 37-61. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/70955/CONICET_Digital_Nro.93158ddc-1426-4d64-a1d4-d13a28ebc366_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Lázaro I., Halty A, Meneses C., Perazzo C., Roldán A., Rúa A., Uroz J. Vulnerabilidad y exclusión en la infancia hacia un sistema de información temprana sobre la infancia en exclusión. (UNICEF, 2014). Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/libro_03_web.pdf

Caro, E. La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003. Disponible en https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_ecaro.pdf

Rojas, R . El liderazgo comunitario y su importancia en la intervención comunitaria. Psicología para América Latina (2013), 25, 57-76. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n25/a05.pdf>

Salgado, A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT: Lima (Perú) 13: 71-78, 2007 Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>

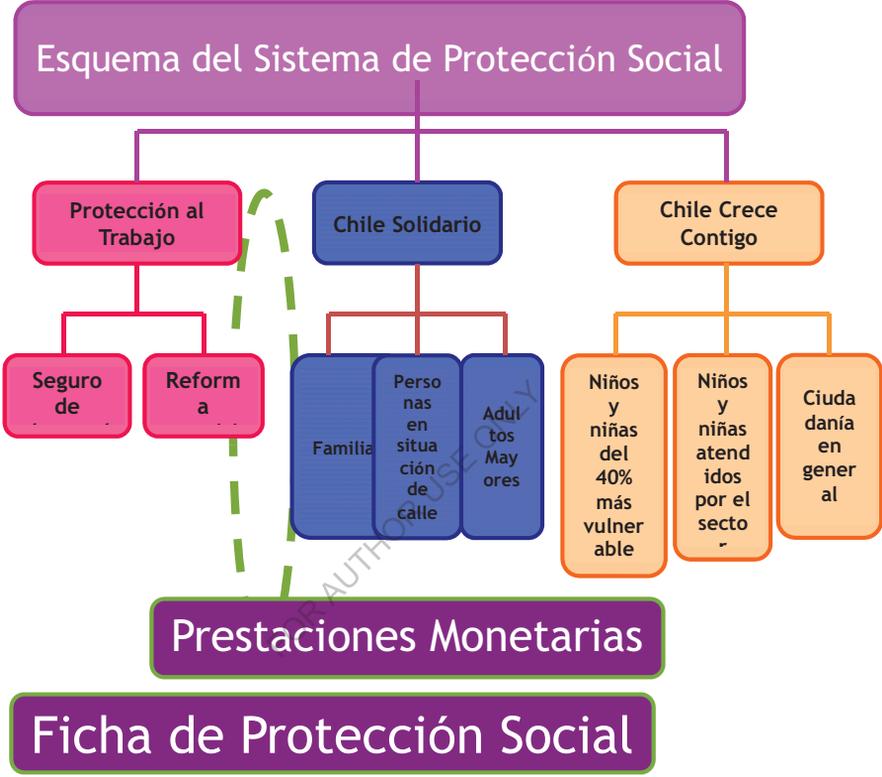
Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley de juntas de vecinos a 50 años de su implementación. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/juntas-de-vecinos>

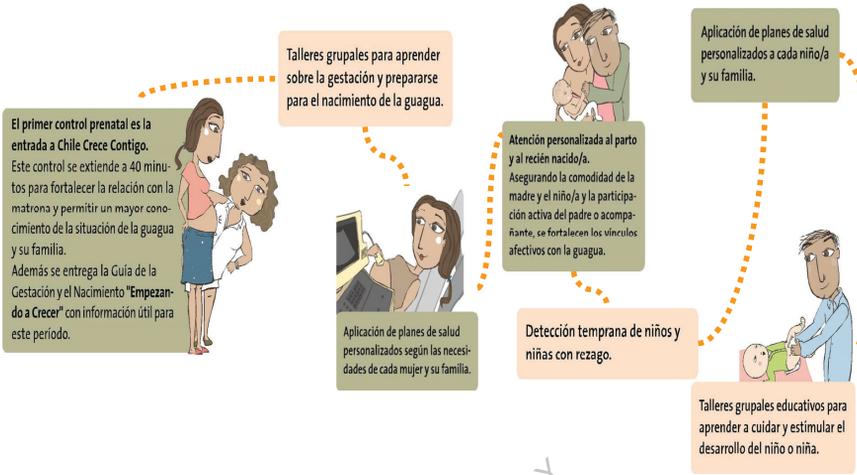
Acevedo J, Trujillo M, y Lopez M. La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad: 2012 Disponible en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>

Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol). Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y más, Secretaría de Desarrollo Social, Ciudad de México, México 2010

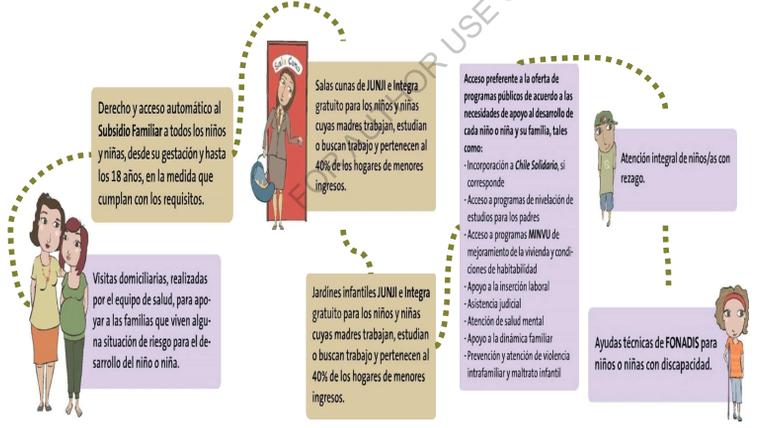
FOR AUTHOR USE ONLY

ANEXOS
Anexo 1: SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO





Prestaciones diferenciadas



23. **Apgar** a 1 minuto
- 23.1. **Apgar** a los 5 minutos
24. **Edad gestacional** semanas
25. **Prematuridad** 1 Sí; 2 No
26. **Diagnóstico RN** 1 PRETPEG; 2 PRETAEG; 3 PRETGEG; 4 TPEG; 5 TAEG; 6 TGE; 7 PTPEG; 8 PTAEG; 9 PTGEG
27. **Discapacidad** 1 Sí 2 No
- 27.1. **Tipo discapacidad** 1 Física; 2 Auditiva; 3 Visual; 4 Mental; 5 Písiquica

ANTECEDENTES INFANTE

28. **Duración lactancia exclusiva** meses
29. **Quién cuida al niño** 1 madre; 2 padre; 3 ambos; 4 Otro
- 28.1. **Especifique**
-
30. **Control de salud al día** 1 Sí; 2 No
31. **Detección de vulnerabilidad durante el control de salud** 1 Sí. 2 No
- 31.1. **Tipo vulnerabilidad** Especifique

32. **El niño/a está afectado por una condición que implique Riesgo biomédico**
- 1 Sí; 2 No

32.1. **Riesgo detectado** 1 Madre con adicción a drogas/alcohol/tabaco; 2 Madre con enfermedad ETS; 3 Niño con maltrato infantil; 4 Niño con malformación congénita o enfermedad crónica; 5 Otro (Si es más de 1 márquelos)

33. **Riesgo psicosocial del niño/niña** 1 Sí; 2 No

33.1. **Se detecta riesgo psicosocial en las siguientes áreas**

- 1 Habitabilidad
- 2 Salubridad e higiene
- 3 Salud mental del entorno familiar
- 4 Condiciones de cuidado del niño/a
- 5 Condiciones de seguridad del entorno donde deambula el niño/a
- 6 Violencia intrafamiliar
- 7 Maltrato infantil
- 8 Abuso de sustancias nocivas (drogas, alcohol)
- 9 Otro, especifique

34. **Desarrollo psicomotor** 1 Normal; 2 Retraso; 3 Riesgo; 4 No realizado
- 34.1. **¿A qué edad fue detectado el retraso o riesgo de retraso?** (meses)

35. **Detección de rezago infantil** 1 Sí; 2 No
- 35.1. **¿A qué edad fue detectado el rezago?** (meses)

III ANTECEDENTES FAMILIA

36. **Presencia progenitor hogar** 1 Sí; 2 No
37. **Tamaño familia** (personas)
38. **N° de Allegados**
39. **Capacidad generadora de ingresos de la familia** 1 Sí; 2 No

Antecedentes para calcular la capacidad generadora de ingresos de la familia debe definir si existen entre sus integrantes personas de la condición (1 Sí; 2 No) y Número en esa condición

	Condición	N°
39.1. Niños/as menores 15 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39.2. Estudiantes con 15 años y más	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39.3. Mujeres embarazadas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39.4. Madres c/hijos/as, menores de 2 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39.5. Adultos mayores 60 y 65 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39.6. Discapacitado no autovalente	<input type="text"/>	<input type="text"/>

40. Hay en la familia Cuidadora/or de discapacitado o postrado severo 1 Sí; 2 No

No

40.1. Especifique _____

41.1. Tasa Dependencia

Antecedentes para calcular tasa de dependencia

Número de personas población (menor de 16 años que no está en edad de trabajar)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Número personas mayor de 65 que no está en edad de trabajar)

Número personas con edades entre 16 a 65 años que trabaja)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(Población < 16 años) + (Población > 65 años)

Población entre 16 y 65 años

42. Adscripción de las familias a los programas: 1 Sí; 2 No; 3 No aplica

42.1. Programa Puente

42.2. Programa Chile Solidario

42.3. Programa Vínculos

42.4. Programa Abriendo Caminos

42.5. Programa de la Calle

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Entrevistador: anote todas las OBSERVACIONES que considere

Parte II ENTREVISTA SOBRE TRANSFERENCIA DE PRESTACIONES del SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO Y PROGRAMAS ASOCIADOS DE LA RED PROTEGE

Códigos Aplica para la prestación: 1 Sí 2 No; **Entrega transferencias** 1 Sí; 2 No; 3 Parcialmente
Antes de realizar la entrevista debe verificar y marcar si cumple con los requisitos tanto para prestaciones específicas como integradas.

TRANSFERENCIAS PRESTACIONES UNIVERSALES PARA MUJER EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO

Pregunta : Durante el período de embarazo, parto y puerperio	Aplica	Entrega
1. ¿Le entregaron la Guía empezando a crecer?	1	
2. ¿Le entregaron el CD de música para la estimulación prenatal?	1	
3. ¿Le entregaron el DVD de apoyo para ejercicios en talleres prenatales y en el hogar?	1	
4. ¿Le aplicaron la pauta de riesgo psicosocial?	1	
5. ¿Le realizaron atención dental?	Verificar	
6. ¿En cuántos talleres participó durante el embarazo?	1	N°
6.1. ¿A cuántos talleres le invitaron a participar en el embarazo?		
6.2. Identifique los talleres en que los que participó		
Iniciando a las madres en conocimiento de la gestación y parto	1	
Estilos de vida saludables y cuidados de la gestación	1	
Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto	1	
Aprendiendo amamantar, cuidados RN y puerperio	1	
Participando en el proceso de trabajo de parto y parto	1	
Reconociendo el lugar del parto y nacimiento (visita guiada)	1	
7. ¿Estuvo presente el padre en el proceso de parto?	1	
8. ¿Le realizaron control a UD a los 7 días del parto	1	
9. ¿Recibió apoyo para la lactancia materna?	1	

TRANSFERENCIAS PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA MUJER DURANTE EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO

Pregunta : Durante el período de embarazo, parto y puerperio	Aplica	Entrega
7. ¿Le realizaron visita domiciliaria por riesgo detectado?		
8. ¿Recibió subsidio prenatal y postnatal?		
9. ¿Recibió subsidio prorrogado?		
10. ¿Se acogió al derecho a licencia maternal?		
11. ¿Obtuvo autorización en su empleo para amamantar su hijo/a?		
12. ¿Recibió apoyo del programa biopsicosocial?		
13. ¿Fue atendida en la red social?		
14. ¿Recibió atención por salud mental?		
15. ¿Fue atendida por su situación de VIF?		
16. ¿Recibió el beneficio para su hijo/a de asistencia a sala cuna?		
17. ¿Le aplicaron una pauta evaluación depresión post parto?		

TRANSFERENCIAS PRESTACIONES UNIVERSALES PARA HIJO/HIJA

RECIENTE NACIDO	Aplica	Entrega
18. ¿Le ofrecieron participar en charlas grupales para criar su hijo/a?	1	
18 .1. ¿Cuántas charlas grupales?	N°	
19. ¿Recibió para su RN el pack apego seguro?		
20. ¿Le realizaron control al RN a los 7 días del parto?:		

INFANTES	Aplica	Entrega
21. Aplicación Escala Edimburgo (< 1 año) ¿Recibió el Cuaderno del niño para su infante respecto a:	Verificar	
22. ¿Recibió Acompañándote a descubrir I?	1	
23. ¿Recibió Acompañándote a descubrir II?	1	
24. ¿Le aplicaron a su hijo/a , a los 4 y 12 meses una pauta para evaluar desarrollo socioemocional ¹ ?		

TRANSFERENCIAS PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA INFANTES	Aplica	Entrega
25. ¿Su hijo o hija recibió o recibe estimulación especial, por educadora u otro profesional, para su desarrollo? Rezago		
26. ¿Su hijo o hija recibió o recibe apoyo de psicólogo o asistente social? Desarrollo Sicomotor Riesgo o retraso		
27. ¿Le realizaron visitas domiciliarias a su hijo/a ? VA		
28. Ud. o una persona que cuida al niño/a ¿Asistió a talleres grupales por la condición especial del niño/a? VA		
29. ¿Recibió apoyo social hasta que su hijo/a cumplió dos años de edad? VA		
30. ¿El niño recibió atención por maltrato infantil? VA		
31. ¿Su hijo o hija asistió a sala cuna? VA		
32. ¿Su hijo o hija asiste el jardín infantil? VA		

TRANSFERENCIAS PRESTACIONES INTEGRADAS PARA MUJER	Aplica	Entrega
33. ¿Tuvo la oportunidad de nivelar sus estudios? VA		
34. ¿Tuvo acceso a inserción laboral? VA		
35. ¿Tuvo oportunidad de atenderse por problemas de salud mental? VA		
36. ¿Recibió atención por problemas de funcionamiento familiar? VA		
37. En caso de problemas judiciales de Ud. o de algún miembro de su familia ¿Recibió asistencia judicial? VA		

¹ Pauta de observación de la relación vincular: Corresponde a la aplicación de la Escala. Massie-Campbell

DESPUÉS DE REALIZAR LA ENTREVISTA COMPLETE LA TOTALIDAD DE PRESTACIONES DEL CHCC Y RED PROTEGE

N° PRESTACIONES UNIVERSALES

Mujer

Por derecho

--	--

Recibidas

--	--

Infante

Por derecho

--	--

Recibidas

--	--

PRESTACIONES ESPECÍFICAS

Mujer

Por derecho

--	--

Recibidas

--	--

Infante

Por derecho

--	--

Recibidas

--	--

PRESTACIONES INTEGRADAS

Mujer

Por derecho

--	--

Recibidas

--	--

Familia

Por derecho

--	--

Recibidas

--	--

Indicadores de efectividad de actividades y productos

% entre observales y por derecho

UNIVERSALES

--	--

ESPECIFICAS

--	--

INTEGRADAS

--	--

PUNTAJE FICHA PROTECCION SOCIAL

Al ingreso PChCC

--	--	--	--	--

Actual

--	--	--	--	--

% Disminución brecha equidad

--	--

Observaciones Registre las observaciones que considere relevantes para el proyecto.

Anexo 3

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

INVESTIGADORA RESPONSABLE: Margarita Baeza Fuentes

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

IMPACTO DE LA RED PROTEGE SOBRE LA CONDICION DE VULNERABILIDAD DE FAMILIAS EN UNA COMUNA URBANA

Se me ha solicitado participar de una investigación que está evaluando la efectividad del Programa Chile Crece Contigo, del que he participado, en mi situación personal, de mi hijo/hija y de mi familia, Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en que se disponga de los registros en Fichas Clínicas y Sociales respecto a mis antecedentes personales, de mi hijo/hija y de mi familia, como también que se me solicite responder a cuestionarios con preguntas relacionadas con antecedentes personales, de mi hijo/hija, de mi familia y de las prestaciones recibidas del Programa Chile Crece Contigo y de la Red Protege.

He sido informada ampliamente de los objetivos y procedimientos que se utilizarán en la ejecución de este proyecto y se me ha dado respuesta a todas las preguntas que he formulado.

Yo entiendo que:

1. No se me aplicarán ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para la salud, tanto física como mental, Tanto para mi, hijo/hija y familia.
2. Cualquier pregunta futura que yo quiera hacer en relación a mi participación será contestada por la investigadora Sra. Margarita Baeza Fuentes.
3. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos permanecerán en forma confidencial.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

Nombre Persona entrevistada

Nombre encuestador

Firma _____

Firma _____

Fecha _____

Lugar _____

Anexo 4 Certificado del Comité de Ética



Facultad de Enfermería
Comité de Ética Científico en Enfermería
CECENF

CERTIFICADO

Certifico haber revisado el proyecto de Investigación, "EFECTIVIDAD Y EFICACIA DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO (PCHCC) EN LA DISMINUCIÓN DE BRECHAS DE EQUIDAD SOCIAL EN LA INFANCIA" de la académica, Sra ESTELA ARCOS GRIFFITHS, el cual ha sido revisado y aprobado en el mes de Agosto del año 2009, ya que cumple con los aspectos éticos de la investigación científica.



Prof. Irene Acevedo Pérez
Presidenta

Comité de Ética Científico de Enfermería
Facultad de Enfermería

Santiago, 7 de Diciembre 2010.

ANEXO 5: Carta de Apoyo Chile Crece Contigo, Municipalidad de Pudahuel



Corporación Municipal de Desarrollo Social de Pudahuel
Dirección de Salud

CARTA APOYO



MARIA ISABEL VARELA BUNSTER, Directora De Salud de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Pudahuel, a través del presente documento quiere entregar apoyo al Proyecto en ejecución "Efectividad e Impacto del Programa Chile Crece Contigo", el cual se está llevando a cabo en la comuna, con atención Psicológica, Asistente Social y Médica si así lo requiere el Programa.

PUDAHUEL, septiembre 15 de 2010.

TRABAJANDO POR UNA COMUNA SALUDABLE
DIRECCIÓN DE SALUD FONO 640.25.15 / 640.25.37

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

**More
Books!**



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.morebooks.shop

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en
www.morebooks.shop

KS OmniScriptum Publishing
Brivibas gatve 197
LV-1039 Riga, Latvia
Telefax: +371 686 20455

info@omniscryptum.com
www.omniscryptum.com

OMNIScriptum



FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY