

**RELACIÓN ENTRE ACCESO A PRESTACIONES DEL  
PROGRAMA DE RED PROTEGE Y VULNERABILIDAD DE  
FAMILIAS DE UNA COMUNA URBANA DE SANTIAGO  
DE CHILE.**

**Tesis entregada para optar al grado de  
Doctor en Enfermería**

**Margarita Baeza Fuentes**

**Orientador: Dra. María Cecilia Toffoletto  
Co-orientador: Prof. María Estela Arcos G.**

**Chile  
2015**

## 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, que siendo uno de los pilares 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 Statistical Package Social, versión 15,0. Se calcularon estadígrafos descriptivos, de posición y dispersión. 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.

**Descriptor:** 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2-5</sup>

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)<sup>6</sup>, 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<sup>4,7-9</sup> como, por ejemplo, la aplicación de estrategias inclusivas y sustentables al desarrollo integral y bienestar del niño, de su madre y familia.<sup>7,10</sup> 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.<sup>11</sup>

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.<sup>11</sup> 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.<sup>9-10</sup>

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.<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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.<sup>13-15</sup>

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**

#### **Objetivo general**

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.

#### **Objetivos específicos**

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

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

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

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.<sup>16</sup>

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 choque externos.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup>

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.<sup>18-21</sup>

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.<sup>22</sup>

El concepto de equidad es controversial, porque es un concepto multidimensional que considera inclusión, igualdad de oportunidades, movilidad social y vulnerabilidad.<sup>23-25</sup> No es lo mismo que igualdad, implica valorar las desigualdades desde la idea de justicia.<sup>25</sup>

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.<sup>26</sup>

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.<sup>23</sup>

La definición de inequidad en salud más divulgada y sintética es la propuesta por *Margaret Whitehead*<sup>24</sup>, quien la conceptualiza como las diferencias en salud: innecesarias, evitables e injustas. Warren<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup> 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.<sup>24</sup> 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.<sup>24</sup>

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.<sup>29-32</sup>

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.<sup>18, 29,32</sup>

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.<sup>31</sup> 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.<sup>18-19, 31</sup>

## **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.<sup>33</sup>

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.<sup>31,32</sup>

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.<sup>34</sup>

## **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.<sup>35-36</sup> 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.<sup>37</sup>

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.<sup>36</sup>

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.<sup>38</sup> 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.<sup>38</sup> 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).<sup>38</sup> 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.<sup>38-41</sup>

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.<sup>39</sup>

Los desafíos asumidos por la política social, para el período 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.<sup>36,38</sup> 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<sup>42,43</sup> 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.<sup>41</sup>

#### **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, desarrollara sus capacidades verbales y de aprendizaje, asistiendo al colegio y más tarde logrando una vida productiva que lo beneficiara junto a la nueva familia que forme.<sup>44-45</sup> 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.<sup>46</sup>

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.<sup>23</sup> 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.<sup>47</sup> 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.<sup>46</sup> 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 Infancia<sup>11</sup> 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.<sup>48-51</sup> 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.<sup>44</sup> 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.<sup>50</sup>

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.<sup>52-53</sup> 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) registra<sup>49</sup>:

- Las características socioeconómicas de la familia, expresadas como los ingresos económicos que recibe.
- 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.
- La vivienda: propiedad, cuántos viven en el hogar, de qué tamaño es la vivienda y cuántas habitaciones tiene.
- 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.<sup>42</sup> 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.<sup>35</sup> 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.<sup>54-55</sup> 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.<sup>27, 55</sup>

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.<sup>41</sup> 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.<sup>56</sup> 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,<sup>57</sup> que puede ocasionar diversos problemas en el uso de sus beneficios.<sup>58</sup>

### **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.<sup>59</sup> 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 ( $\leq 11.734$  puntos) en la Ficha de Protección Social (FPS). Las familias fueron estratificadas en tres estratos: extrema vulnerabilidad ( $\leq 4.213$  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 Solidario<sup>b</sup>, bono de egreso programa Puente<sup>b</sup>, 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<sup>b</sup>.

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 activos<sup>c</sup>. 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 estudio<sup>d</sup>. De esta forma, se calcularon los ingresos promedio 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,

---

<sup>b</sup> 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.

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

<sup>d</sup> 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.

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 submuestra 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 técnico 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 x 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.<sup>60</sup> 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 plantearon 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”.<sup>60</sup> 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.<sup>61</sup> 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.<sup>60</sup> 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.<sup>61</sup> 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	%
<b>Con riesgo psicosocial</b>	33	46,5	12	27,3	7	38,9
<b>Causas reconocidas</b>						
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	Vulnerabilidad social								
	Estrato 1			Estrato 2			Estrato 3		
Ingreso de las familias a los Programas adscritos.	aplica*			aplica*			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	<b>0.0</b>	<b>38</b>	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.

	Vulnerabilidad Social								
	Extrema			Moderada			Leve		
	Aplica	ETB		Aplica	ETB		Aplica	ETB	
	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%
Subsidio Único Familiar	53	29	54,7	25	9	36,0	10	4	40,0
Agua potable	58	11	18,9	4	3	75,0	1	1	100
Pensión Básica Solidaria	12	4	33,3	4	1	25,0	1	1	100
Pensión Asistencial	12	3	25,0	5	0	0	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.<sup>62</sup>

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 díada madre-hijo frente a las necesidades de la crianza.<sup>63</sup> 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.<sup>64</sup> 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, concluyo que son las familias envejecidas y en su último ciclo vital que cumplen con este rol.<sup>65</sup> 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.<sup>66</sup> 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 vulnerabilidad con respecto a las actividades comunes de su ciclo vital.<sup>21, 67-68</sup> 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.<sup>69-70</sup>

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.<sup>71</sup>

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.<sup>69</sup> 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.<sup>69-70</sup> 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.<sup>72</sup>

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.<sup>10</sup> 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.<sup>73</sup>

Hallazgos similares se han reportado en estudios realizados en Colombia y Suecia, donde también se reconoce inefectividad y/o fracaso de las políticas sociales en la integración social de las familias a los beneficios de los programas<sup>74</sup> 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.<sup>75</sup>

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.<sup>76</sup> Enfoques similares han sido descritos en estudios de países con sistema de bienestar social.<sup>77-78</sup>

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.<sup>10</sup> 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.<sup>25</sup> 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 programas<sup>12</sup> 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.<sup>14</sup> La ineffectiva transferencia de los sistemas de apoyo social limita la reducción de la vulnerabilidad en los niños, familias y comunidades,<sup>73</sup> 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.<sup>78-79</sup> 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.<sup>21, 78</sup>

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.<sup>78</sup> 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.<sup>9, 80</sup> 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.<sup>9</sup>

## **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. Estrutura 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](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, Martínez 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](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/1/111111/lcl1774e-P.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/111111/lcl1774e-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](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](http://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.trabajoyequidad.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. *AmJ Public Health*. 2008; 98: 1101-1106.
38. Raczynski D. Sistema chile 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](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](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. Subsanan 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](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\\_Ninos\\_es\\_Siempre\\_Hoy.pdf](http://www.crececontigo.cl/download.php?c=upfiles/documentos&a=46b6a686f1ca8_Informe_del_Consejo_Asesor_Presidencial_de_Infancia_-_El_Futuro_de_los_Ninos_es_Siempre_Hoy.pdf)
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 optimas 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](http://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%20evaluación%20del%20sistema...](http://www.hacienda.go.cr/.../Modelo%20de%20evaluación%20del%20sistema...)

50. MIDEPLAN. Estrategia de Intervención y Modelo de Gestión. Gobierno de Chile, julio 2006. disponible en [www.hacienda.go.cr/.../Modelo%20de%20evaluación%20del%20sistema...](http://www.hacienda.go.cr/.../Modelo%20de%20evaluación%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/](http://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](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](http://www.thelancet.com).
56. Bredegal P, González P, Kotliarenco MA, Raczynski D. Chile: lineamientos de política para la primera infancia (menor de 4 años). Banco Interamericano de Desarrollo y UNICEF 2007. Disponible en: [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/238/estudio\\_bid\\_Final.pdf](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](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](http://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](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. Araújo 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, Shipley 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. *PSYKHE*2007, 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>

## ANEXOS

### Anexo 1: SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO



## Prestaciones universales

El primer control prenatal es la entrada a Chile Crece Contigo. Este control se extiende a 40 minutos para fortalecer la relación con la matrona y permitir un mayor conocimiento de la situación de la guagua y su familia. Además se entrega la Guía de la Gestación y el Nacimiento "Empezando a Crecer" con información útil para este período.



Talleres grupales para aprender sobre la gestación y prepararse para el nacimiento de la guagua.



Aplicación de planes de salud personalizados según las necesidades de cada mujer y su familia.

Atención personalizada al parto y al recién nacido/a. Asegurando la comodidad de la madre y el niño/a y la participación activa del padre o acompañante, se fortalecen los vínculos afectivos con la guagua.



Aplicación de planes de salud personalizados a cada niño/a y su familia.

Detección temprana de niños y niñas con rezago.



Talleres grupales educativos para aprender a cuidar y estimular el desarrollo del niño o niña.

## Prestaciones diferenciadas

Derecho y acceso automático al Subsidio Familiar a todos los niños y niñas, desde su gestación y hasta los 18 años, en la medida que cumplan con los requisitos.



Visitas domiciliarias, realizadas por el equipo de salud, para apoyar a las familias que viven alguna situación de riesgo para el desarrollo del niño o niña.



Salas cunas de JUNII e Integra gratuito para los niños y niñas cuyas madres trabajan, estudian o buscan trabajo y pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos.

Jardines infantiles JUNII e Integra gratuito para los niños y niñas cuyas madres trabajan, estudian o buscan trabajo y pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos.

Acceso preferente a la oferta de programas públicos de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de cada niño o niña y su familia, tales como:

- Incorporación a Chile Solidario, si corresponde
- Acceso a programas de nivelación de estudios para los padres
- Acceso a programas MINVU de mejoramiento de la vivienda y condiciones de habitabilidad
- Apoyo a la inserción laboral
- Asistencia judicial
- Atención de salud mental
- Apoyo a la dinámica familiar
- Prevención y atención de violencia intrafamiliar y maltrato infantil



Atención integral de niños/as con rezago.



Ayudas técnicas de FONADIS para niños o niñas con discapacidad.

## Anexo 2

**ENTREVISTA ANTECEDENTES DE LAS FAMILIAS**

1. Identificación Código Mujer ChCC Textual

2. Folio Ficha Protección Social

3. Puntaje familia FPS al ingreso ChCC 2010.

4. Controló embarazo en:

5. Territorio residencia: 1 Urbano; 2 Rural

**I ANTECEDENTES MUJER (al ingreso ChCC 2010)**

6. Edad (años cumplidos)

7. Estado civil

1 casada; 2 conviviente; 3 soltera, 4 Separada o divorciada 5 Viuda

8. Escolaridad

(Último año aprobado)

9. Actividad laboral remunerada 1 Sí; 2 No

9. 1. Tipo actividad laboral

Especifique \_\_\_\_\_

9.2. Cotización seguridad social 1 Sí; 2 No

10. Seguro salud 1 Fonasa; 2 Isapre; 3 No tiene

11. Jefa de hogar 1 Sí; 2 No

12. Discapacidad permanente 1 Sí; 2 No

**ANTECEDENTES PRIMERA ENCUESTA MUJER EMBARAZADA INGRESO ChCC**

13. Edad gestacional ingreso CPN semanas
14. Riesgo biomédico 1 Sí; 2 No
- 14.1. Especifique riesgo: \_\_\_\_\_
15. Riesgo psicosocial 1 Sí; 2 No
- 15.1. Especifique causa (s) riesgo \_\_\_\_\_
16. Detección vulnerabilidad durante 1 Sí; 2 No
- 16.1. Especifique tipo \_\_\_\_\_

## II ANTECEDENTES HIJO/HIJA PRIMER CONTROL DE SALUD

### ANTECEDENTES RECIEN NACIDO (parto 2010-2011)

17. Código RN ingreso ChCC
18. Hijo vive con la madre 1 Sí; 2 No
19. Fecha nacimiento dd-mm-aaaa
20. Sexo 1 Femenino; 2 Masculino
21. Peso (grs)
22. Talla (cms)
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 TGEG; 7 PTPEG; 8 PTAEG; 9 PTGEG



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

39.2. Estudiantes con 15 años y más

39.3. Mujeres embarazadas

39.4. Madres c/hijos/as, menores de 2 años

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

39.5. Adultos mayores 60 y 65 años

39.6. Discapacitado no autovalente

40. Hay en la familia Cuidadora/or de discapacitado o postrado severo 1 Sí; 2 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)


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

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

--	--

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

Población entre 16 y 65 años

### 42. Adscripción de las familias a los programas: 1 Si; 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


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 Si; 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**

<b>RECIEN NACIDO</b>	<b>Aplica</b>	<b>Entrega</b>
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?:		

<b>INFANTES</b>	<b>Aplica</b>	<b>Entrega</b>
21. Aplicación Escala Edimburgo (< 1 año)	Verificar	
¿Recibió el Cuaderno del niño para su infante respecto a:		
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 <sup>1</sup> ?		

<b>TRANSFERENCIAS PRESTACIONES <u>ESPECÍFICAS</u> PARA INFANTES</b>	<b>Aplica</b>	<b>Entrega</b>
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		

<b>TRANSFERENCIAS PRESTACIONES <u>INTEGRADAS</u> PARA MUJER</b>	<b>Aplica</b>	<b>Entrega</b>
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		

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

38. ¿Ud. Recibió atención por violencia intrafamiliar? VA		
39. ¿Tuvo acceso inmediato a programa Chile Solidario? VA		
<b>TRANSFERENCIAS PRESTACIONES INTEGRADAS PARA LA FAMILIA</b>		
Verificar si corresponde recibir para colocar Aplica 1 Sí o 2 NO	<b>Aplica</b>	<b>Entrega</b>
40. ¿Le otorgaron el Subsidio único familiar?		
41. Las personas con requisitos ¿Recibieron Pensión asistencial?		
42. Las personas con requisitos ¿Recibieron Pensión Básica Solidaria?		
43. ¿Recibieron el Subsidio al Agua Potable?		
44. ¿Recibieron el Bono Protección Familiar Programa Puente Chile Solidario?		
45. ¿Recibieron el Bono egreso Programa Puente Chile Solidario?		
46. ¿Recibieron el Apoyo familiar V. Domiciliaria integral?		
47. ¿Recibieron el Apoyo del equipo programa ¿Psicosocial		
48. Alguien de la familia ¿tuvo oportunidad de nivelar estudios?		
49. De las personas que trabajan en su familia ¿tuvieron oportunidad de capacitación laboral?		
50. ¿Recibieron apoyo técnico para personas discapacitadas?		
51. ¿Recibieron apoyo para prevenir o rehabilitación por adicciones?		
52. ¿Recibieron apoyo por VIF o maltrato infantil en otros integrantes de la familia?		
53. ¿Les mejoraron las condiciones de habitabilidad de la vivienda?		
54. ¿Recibieron ayuda técnica para la vivienda?		
55. ¿Recibieron asistencia jurídica por problemas judiciales?		
56. Los adultos mayores ¿fueron integrados al Programa Vínculos?		

¿Le explicaron en qué consiste el Sistema Chile Crece Contigo? 1 Sí; 2 NO

¿Quién le explicó?

Especifique \_\_\_\_\_

¿Le explicaron en qué consiste el Sistema Protección Social RED PROTEGE? 1 Si; 2 NO)

¿Quién le explicó? Especifique

\_\_\_\_\_

**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\_\_\_\_\_

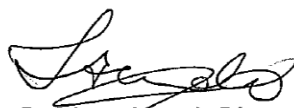
## Anexo 4 Certificado del Comité de Ética



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 Etica 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