

Desprotección social de familias vulnerables: Subsistema de Protección Integral de la Infancia Chile Crece Contigo¹.

GT 19: Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población

Estela Arcos²
Ximena Sánchez³
Luz Angélica Muñoz⁴.

Resumen.

Conocer el acceso efectivo que tuvieron las familias calificadas como socialmente vulnerables a la provisión de servicios diferenciados del Sistema de Protección de la Infancia en una comuna urbana de la Región Metropolitana de Chile. Estudio descriptivo, con diseño muestral estratificado. Se aplicó un instrumento semiestructurado. Se calcularon estadísticas descriptivas y asociación con un $p < 0,05$. Hubo homogeneidad en tamaño de la familia, presencia del progenitor y allegados, capacidad generadora de ingresos y dependencia ($p \geq 0,05$). La efectividad de la entrega de prestaciones no superó el 23% de la oferta pública. Es preciso transformar la práctica intra e intersectorial, para superar la ambivalencia y la segmentación institucional en la ejecución de la política pública de salud y protección social.

Descriptor: política social, vulnerabilidad, inequidad sanitaria

Texto de presentación.

Antecedentes.

Las inequidades sociales son el factor de riesgo más potencialmente nocivo para la salud de la población y su efecto se manifiesta desde las edades más tempranas, se reproducen en la vida adulta y se transmiten a las generaciones siguientes (OMS, 2008; Joyce et al, 2010). El concepto desigualdad en salud, se ha definido como “las diferencias en salud que no sólo son innecesarias e evitables, sino que además se consideran injustas” (Sreenivasan, 2009) y, constituye inequidad toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida alineadas con las diferencias en los ingresos, incluso cuando los más pobres tienen igualdad de acceso a los servicios de salud (Sreenivasan, 2009).

Las evidencias científicas reportan que existe una asociación entre la brecha de ingresos entre ricos y pobres con la tasa de mortalidad y con problemas de salud física y mental (Urzúa, 2010), lo que afecta las trayectorias de vida de las personas, en términos de posibilidades y oportunidades (Urzúa, 2010; Consejo Asesor Presidencial, 2008; Rondero Hernández et al, 2010). La condición de mayor vulnerabilidad social se asocia a mayores niveles de estrés y ansiedad de la madre antes y durante el

¹ Ponencia realizada en el marco de los proyectos: “Efectividad y eficacia del programa Chile crece contigo (PCHCC) en la disminución de brechas de equidad social en la infancia. Vicerrectoría Investigación y Doctorado, UNAB DI-21-10/R” (finalizado) y ‘Modelo de gestión para la optimización de la efectividad del sistema Chile Crece Contigo, focalizado a familias de extrema pobreza. Un estudio piloto. DI-204-12/I. Vicerrectoría Investigación y Doctorado, UNAB 2012-2013” (en ejecución).

² Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Chile. marcos@unab.cl

³ Profesora Titular, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Playa Ancha, Chile. xsanchez@upla.cl

⁴ Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Chile. lmunoz@unab.cl

embarazo y, como consecuencia, mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, destete precoz, deficiente calidad del cuidado del niño, mayores tasas de rezago, retraso del desarrollo infantil, déficit atencional e hiperactividad, problemas del lenguaje, deficiente competencia social y el comportamiento del individuo para toda la vida (OMS, 2008; Rondero Hernández et al, 2010)^{1, 6}. Barker, citado por Talge (Talge et al, 2007), señaló que la enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, accidentes vasculares, hipertensión y mayores tasas de mortalidad en la adultez están asociadas con antecedentes de desnutrición fetal y bajo peso al nacer⁷. También, se ha señalado que la salud reproductiva, neonatal, mental y familiar se deteriora cuando las mujeres tienen empleos precarios, con embarazos sin seguridad social, habitabilidad informal e insegura de la vivienda, baja escolaridad, riesgo psicosocial, ausencia de la pareja en el hogar y alta tasa de dependencia (Arcos et al, 2003; Stevens et al, 2009). La perspectiva de los determinantes sociales, culturales y políticos de la salud ha permitido comprender el mecanismo que subyace como sustrato en las “causas de las causas” y en las rutas o procesos de producción de las inequidades (Schofield, 2007; FLACSO, 2005).

Los determinantes sociales, económicos y culturales.

La literatura científica proporciona evidencias sobre la influencia que tienen los determinantes sociales y culturales 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 (Puyol, 2012; Grugel, 2013; Pathak et al, 2012; Richmond, 2009; Alazraqui et al, 2007). En otras palabras, existe una relación entre desigualdades estructurales con las desigualdades en salud, situación que afecta preferentemente a las familias pobres cuyas desventajas acumuladas, expresadas en inestabilidad funcional, precariedad de sus activos, deterioro de los lazos de afecto y solidaridad, producen disparidades y desigualdades en el desarrollo, bienestar y seguridad de cada uno de sus miembros (Alazraqui et al, 2007).

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 (Puyol, 2012; Pathak et al, 2012; Alazraqui et al, 2007). 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 (Richmond, 2009). 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 (Pathak et al, 2012; Richmond, 2009; Lacharité, 2005; Mombelli et al, 2011).

La familia como factor protector de la salud.

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, la familia cumple el rol de la socialización de cada uno de sus integrantes, independiente de las diferencias socio culturales de su estructura y tamaño (Mombelli et al, 2011). La calidad de las interacciones que ocurren al interior de las familias es fundamental, porque fortalece o debilita los procesos de desarrollo, especialmente en la etapa infantil, que son decisivos en la producción de aptitudes, resiliencia y bienestar de las personas Guaita, 2010).

Se ha reportado que las circunstancias económicas 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, disminuir la capacidad de aprendizaje y los resultados de salud para los adultos (Richmond, 2009; Alazraqui et al, 2007). 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 desapego infantil, problemas del comportamiento y problemas cognitivos en los hijos (Ortiz-Hernández et al, 2007).

Vulnerabilidad y resiliencia social.

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. Un niño es vulnerable cuando su contexto familiar está afectado por la pobreza, desapego parental, desorganización, negligencia en la crianza y menores oportunidades de estimulación. La pobreza y la inseguridad económica pueden afectar la salud mental de los padres y los niños, produciendo trastornos psicológicos, ansiedad, y depresión, lo que puede desencadenar desapego infantil, problemas del comportamiento y problemas cognitivos en los hijos.

Respecto a la situación descrita, 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 (Pathak et al, 2012; Lacharité, 2005; Mombelli et al, 2011; Small et al, 2011; Axford, 2010).

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, atenúan 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 (Silva et al, 2009).

Objetivos sanitarios 2011-2020.

Los objetivos Nacionales de Salud, 2010-2020, “Desde un Sistema de Control de Enfermedades a un Sistema de Producción Social de Salud” (Ministerio de Salud de Chile, 2010), se sustentan en el análisis de las transformaciones sociales y de la compleja realidad social de la sociedad chilena, donde los individuos se vuelven cada vez más vulnerables. En el texto, se vinculan los conceptos de equidad, organización social, exclusión y marginación. Los esfuerzos de la política de salud para la década, tienen como pilar, actuar sobre los determinantes sociales intermediarios y estructurales para disminuir las brechas de equidad en salud. Además, marcan la necesidad de generar cambios en los modelos y procesos del “cómo hacer, con qué y con quienes” tomando en cuenta la diversidad de contextos sociales. Dentro de las políticas y estrategias prioritarias de salud, se propone desarrollar modelos de trabajo que convoquen a otros sectores del Estado y, dentro de sus objetivos, se indica el fortalecimiento de un sistema de salud centrado en las personas y sus necesidades, con un componente de acción intersectorial para la salud. La propuesta se enmarca en los objetivos sanitarios de “disminuir las inequidades en salud” y “proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población” (Bonatti, 2011), porque propone una metodología de trabajo que mejora las prácticas de atención en redes integradas en el nivel primario de atención de salud, para aumentar la universalidad de la oferta pública del PChCC y cumplir con protección integral de la infancia vulnerable desde el principio.

Políticas públicas en la vulnerabilidad y pobreza.

Existe consenso en que países con altos índices de desigualdad social tienen que incorporar políticas públicas de protección social como respuesta a la pobreza y vulnerabilidad generada por la desigualdad social (Barrientos et al, 2005; Centro Micro Datos, 2009), integrando programas en instituciones públicas, cuyo fin es proteger a las personas y sus hogares y ayudarla a generar activos para mitigar su condición de vulnerabilidad social (Centro Micro Datos, 2009; Esser et al, 2009). En Chile, el sistema de protección social ha puesto en el centro a la niñez temprana pobre (“equidad desde el principio”) orientando su acción en cuatro objetivos principales: a) atención de salud y nutrición de la embarazada, la madre y el niño; b) preparación de los niños para la escuela; c) facilitación de la inserción laboral de la madre; y d) atención de niños en situaciones de alto riesgo social o con sus derechos vulnerados (National Collaborative Centre for Health Public Policy, 2010; MIDEPLAN, 2006) y, beneficios a la familias contenidos en los programas asociados de la Red Protege (MIDEPLAN, 2006). En América Latina, evaluar la efectividad de la transferencia de las prestaciones de la protección social es una tarea difícil, porque no hay experiencia previa (Esser et al, 2009) y, las evidencias que existen recomiendan la implementación de sistemas de monitoreo constante para minimizar la exclusión de beneficiarios potenciales, particularmente los más pobres, tal como se verificó en la evaluación de los programas de México y Brasil (Goudswaard et al, 2010).

La gestión pública en el sistema de protección social chileno.

El sentido integrador de la política, definió para las instituciones y equipos de trabajo la responsabilidad de gestionar la implementación, financiación, provisión y regulación de los servicios ofrecidos (Centro Micro Datos, 2009; OPS/OMS, 2007), condición que ha exigido capacidades de respuesta contextualizadas y nuevas formas de organización institucional (OPS/OMS, 2007). La colaboración interinstitucional entre salud y las instituciones de gobierno local se considera como la mejor práctica para lograr efectividad y eficacia de los recursos de salud en personas pobres, sin embargo, se ha observado que esta estrategia no logrado la intersectorialidad requerida (OPS/OMS, 2007; Hayes et al, 2011), porque se ha basado en la colaboración interinstitucional y no en fortalecer el trabajo integrado entre las disciplinas (Hayes et al, 2011). Lo anterior, está demostrado por los informes de evaluación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial donde se señalan problemas de implementación, déficit de recursos del área psicosocial, enfermeros(as), y profesionales acreditados en la escala de observación vincular (MIDEPLAN-Chile, 2010). A su vez, los equipos de trabajo señalaron que las principales dificultades para llevar a cabo la instalación del programa se relacionaron con la falta de capacitación e inducción; las deficiencias en el traspaso efectivo de los recursos; las tensiones que se originan entre la puesta en práctica del enfoque biopsicosocial y la cultura de trabajo integrado entre los centros de salud con el intersector y la red comunal (MIIDEPLAN, 2011).

De las lecciones aprendidas en atención primaria de la salud, se ha detectado una rápida des-actualización de los profesionales del nivel primario de salud evidenciada en una permanente devaluación de su respuesta para enfrentar los problemas del contexto social (OPS/OMS, 2010). En este sentido, para optimizar la efectividad de los programas sociales es clave el desarrollo de capacidades en la gestión integrada de los equipos del nivel primario de atención de salud y del intersector, porque se encuentran en una posición de privilegio para asumir el desafío y compromiso de garantizar el acceso a las prestaciones a personas vulnerables (Arcos et al, 2011; López, 2009). Por su parte, la OMS señala que para avanzar hacia una mayor equidad en salud se debe fortalecer la gestión asociada de los equipos involucrados en la política pública. El proceso debe considerar cuatro ejes: i) “alfabetización” sobre el contexto sociocultural; ii) contenido y fundamentos de la política pública de protección social; iii) la ética social y, iv) las prácticas de trabajo contextualizada e integrada, tanto en el intrasector como con el intersector (Schofield, 2007; Sreenivasan, 2009;

Raczynski, 2008). Como consecuencia, los equipos de trabajo fortalecerán competencias sobre el compromiso político, social y ético que tienen con el resguardo de los derechos sociales de las personas, dando valor a los determinantes sociales como un sustrato de inequidades y disparidades en salud (FLACSO, 2005; Raczynski, 2008). De esta manera, se mejora la capacidad resolutoria de equipos interdisciplinarios, que es la forma de superar la segmentación y fragmentación de la gestión pública en salud primaria, y, por efecto, asegurar la entrega de un apoyo oportuno y pertinente a la población en extrema pobreza (Centro Micro Datos, 2009; MIDEPLAN, 2009; López, 2009; Sreenivasan, 2009; Raczynski, 2008; Báscolo, 2010; Morales Asencio et al 2008). La política social debe tener un mecanismo para evaluar la ejecución de acciones, su efectividad e impacto. Deben evaluarse en su conjunto respecto a la relación que hay entre el problema que pretende resolver y la estrategia de intervención utilizada, para así adjudicar los cambios favorables o desfavorables al programa o política.

En esta ponencia se presenta un análisis sobre la gestión pública del sistema de protección integral de la infancia, respecto a la provisión y distribución de activos sociales a familias vulnerables, cuyo objetivo general fue conocer el acceso efectivo que tuvieron las familias calificadas como socialmente vulnerables a la oferta pública de servicios diferenciados del Sistema Chile Crece Contigo (ChCC) en una comuna urbana de la Región Metropolitana de Chile.

Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque retrospectivo. 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, cuyos casos índices ingresaron al ChCC el año 2009 y cuyas familias fueron clasificadas vulnerables por criterios establecidos por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Las familias fueron estratificadas en tres grupos: extrema vulnerabilidad (≤ 4.213 puntos); vulnerabilidad moderada (4.214 – 8.500 puntos) y vulnerabilidad leve (8.501 – 11.734 puntos). Se utilizó un diseño muestral estratificado con afijación proporcional, para representar con precisión las características de la población y asegurar la participación de los elementos de cada estrato, 132 familias. La efectividad de las transferencias de las prestaciones (entrega del beneficio que le corresponde), fue medida con un instrumento estructurado en dos partes: la primera, con preguntas para caracterizar la familia (tamaño, presencia del progenitor y allegados en el hogar, tasa de dependencia, capacidad generadora de ingresos, entorno psicosocial de riesgo, antecedentes de discapacidad, adherencia a programas de la Red Protege y, la segunda, con preguntas sobre prestaciones recibidas por la familia del componente de salud, vivienda, trabajo, educación y jurídico. La informante fue la madre adscrita al programa Chile Crece Contigo. Se calcularon estadísticas descriptivas de posición, dispersión y asociación con un $p < 0,05$.

Resultados.

En los estratos se observó homogeneidad respecto al tamaño de la familia, presencia del progenitor y allegados, capacidad generadora de ingresos y tasa de dependencia ($p \geq 0,05$). Se observó muy baja incidencia de discapacidad y baja adscripción a los programas de la Red Protege (Puente y Chile Solidario). El acceso a la oferta pública de prestaciones, fue bajo en los tres estratos (no supero el 23% de la oferta pública). La transferencia de beneficios con mejores coberturas fueron el subsidio único familiar, pensión asistencial, pensión básica solidaria y subsidio al agua potable. Las prestaciones de los otros componentes estuvieron bajo el 10%.

Discusión.

La evaluación de la política social, de sus acciones e intervenciones, es fundamental para conocer los resultados de sus programas, su implementación y ejecución, ya que sus efectos dependen de múltiples variables (Scopetta, 2006). Los resultados de este estudio, demuestran que existe una brecha importante entre la efectividad esperada y la observada en el sistema ChCC, respecto a la transferencia de beneficios a las familias socialmente vulnerables.

Una de las explicaciones a este fenómeno, es que la gestión no ha funcionado eficientemente, debido a la descoordinación en algún punto del proceso de la implementación de la política, a una cultura de gestión segmentada y fragmentada, tanto en los programas de salud, como en los programas sociales (Stange, 2009). Se ha reportado que la fragmentación, es el corazón de la ineffectividad, ya que determina una escasa vinculación entre los sistemas de salud y sistemas sociales (Stange, 2009). Asimismo, se sabe que los profesionales de salud tienen una baja percepción de la vulnerabilidad social de los beneficiarios. Especialmente, en lo que se refiere a las dificultades de la gestión sobre población infantil socialmente desprotegida y baja percepción de la vulnerabilidad social de la madre e hijo por parte de los profesionales (Arcos et al, 2013).

Otro elemento a considerar en el funcionamiento deficiente de la política de protección integral de la infancia, son las debilidades en su implementación y una práctica de salud que no ha superado el enfoque biomédico, lo que implica que los profesionales de salud no tienen la capacidad de respuesta para enfrentar la complejidad de los contextos sociales (Rezende et al, 2012; Arcos et al, 2013). Sumado a lo anterior, sabemos que aún no se ha incorporado el enfoque de determinantes sociales y derechos sociales en la práctica sanitaria, que promueven la gestión con pertinencia y oportunidad (OPS/OMS, 2007).

En este sentido, es necesario examinar la actividad profesional, considerando la importancia de su rol transformador. Sabemos que las dificultades en el trabajo cotidiano son innumerables, considerando que muchas lagunas persisten, lo que dificulta las transformaciones y la ejecución de un trabajo de calidad que tenga siempre presente los derechos humanos individuales y colectivos (Alves et al, 2007).

Superar esta situación es difícil, porque las mejores prácticas para una gestión integrada se logran con la articulación de actividades y relaciones fluidas entre disciplinas, profesiones, departamentos, instituciones y organizaciones. De este modo, se supera la ambivalencia de las responsabilidades y la segmentación institucional en la ejecución de la política pública de salud y protección social (Stange, 2009).

Conclusión.

La desigualdad social que afecta las familias pobres, genera problemas complejos cuyo sustrato son las desventajas acumuladas en sus vidas cotidianas. La baja efectividad del sistema de protección social, evidenciadas por el bajo acceso de las familias vulnerables a la oferta pública de prestaciones, dificulta el propósito de igualar las oportunidades de desarrollo y bienestar para las familias más vulnerables y, de este modo, avanzar en la reducción de las brechas de marginación, exclusión y equidad social. Los resultados del estudio servirán para apoyar y/o reforzar decisiones sobre: la toma de conciencia, tanto en el nivel local como nacional, del grado de efectividad de la gestión operativa integrada del ChCC en poblaciones y territorios; el estado de integración de los sectores involucrados; la ineffectividad del sistema de seguimiento y monitoreo integrado y, en el nivel local, el desarrollo de competencias y compromiso ético y político en los equipos encargados de facilitar el flujo de prestaciones a los beneficiarios, de manera de asegurar la universalidad de acceso establecida por ley.

Referencias

- Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local *Cad. Saúde Pública*. 23(2):321-330.
- Alves G, Falleiros D. (2007). Atención a la salud del niño en Brasil: aspectos de la vulnerabilidad programática y de los derechos humanos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 15(6): 1171-1176. [consultado 13 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.br>
- Arcos E, Uarac M, Molina I. (2003). Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev. Médica de Chile*. 131: 1454-62.
- Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, Jauregui J. (2011). Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Rev. Médica de Chile*. 139: 739-747.
- Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Gazmuri P, Baeza M. (2013). La protección social y el cuidado de la salud en la infancia vulnerable. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. (submitted).
- Axford, N. (2010). Conducting needs assessments in children's services. *British Journal of Social Work*. 40(1), 4-25.
- Barrientos A, Hulme D, Shepherd A. (2005). Can Social Protection Tackle Chronic Poverty? *The European Journal of Development Research*. 17 (1): 8–23.
- Báscolo A. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev. Salud Pública*. 12 sup (1): 8-27.
- Bonatti C. (2011). Vivencia de una madre e hijo en situación de vulnerabilidad, Un abordaje Fenomenológico Social. Tesis grado de Magister, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello.
- Centro Micro Datos. (2009). Diseño Evaluación Programas Nuevos. Subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo. Departamento de Economía Universidad de Chile. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/572/articles-60769_doc_2pdf.pdf
- Consejo Asesor Presidencial. (2008). Hacia un Chile más justo. Trabajo, salario, competitividad y equidad social. Resumen ejecutivo del Consejo Asesor Presidencial. Disponible en <http://www.trabajoyequidad.cl/>. [Consultado el 1 septiembre 2009].
- Esser I, Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. (2009). Cadre de comparaison de la protection sociale entre pays développés et en développement: les prestations pour enfants. *Revue internationale de sécurité sociale*. 62: (99-126).
- FLACSO. (2005). Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en: <http://cronopio.flacso.cl/fondo/pub/publicos/2005/libro/026065.pdf>

Goudswaard K, Caminada K. (2010). El efecto redistributivo de programas sociales públicos y privados: un análisis empírico entre países. *Revista Internacional de Seguridad Social*. 63 (1): 1-21.

Grugel J. (2013). Children's rights and children's welfare after the Convention on the Rights of the Child. *Progress Development Studies* [periódico na Internet]. 13(1): 19-30, [acceso 4 mar 2013]. Disponible en: pdj.sagepub.com/content/13/1/19.abstract

Guaita, VL. (2010). La evaluación de la percepción de la comunicación emocional de los padres en niños desde la neuropsicología. *Interdisciplinaria*. 27(1): 129-146. [acceso Feb 2013]. Disponible en <<http://www.scielo.org.ar>

Joyce K, Bambra C. (2010). Health Inequalities in Developed Nations. *Social Alternatives*. 29 (2): 21-27.

Hayes S, Mann M, Morgan F, Kitcher H, Kelly M, Weightman A. (2011). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6.

Lacharité C. (2005). From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. *Texto Contexto- Enferm* [Internet]. 14(spe): 71-77. [acceso Feb 2013]. Disponible en: <http://ref.scielo.org/xs7bnx>

López MF. (2009). Chile Crece Contigo: lecciones para el diseño e implementación de políticas sobre protección a la primera infancia. Tesis de postgrado Magister Gestión de Políticas Públicas, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile.

MIDEPLAN. (2006). Guías de derechos sociales 2007. Unidad de Participación y Solidaridad, Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile.

MIDEPLAN-Chile. (2010). Informe de resultados segunda encuesta nacional de implementación del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial. Documento de trabajo Sistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Planificación de Chile. Disponible en: http://www.nosotroscrecemoscontigo.cl/enim/informes/2009/informe_nacional.pdf

MIDEPLAN, Gesta y Moviliza Chile. (2011). Análisis cualitativo programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial. Informe de resultados. Fundación Marista por la Solidaridad y Moviliza Chile, 2009. Documento de trabajo, División Social, Ministerio de Planificación de Chile.

Ministerio de Salud, Chile. (2010). Objetivos Nacionales de Salud Chile 2010-2020. Disponible en: <http://www.equidad.cl/biblioteca/informes/1objetivos.pdf>.

Mombelli MA, Costa, J; Marcon S, Moura C. (2011). Estructura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estud. psicol. (Campinas)*. 28(3): 327-335.

Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos F, Morilla JC. (2008). Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Rev. Esp. Salud Pública*. 82: 5-20.

National Collaborative Centre for Health Public Policy. (2010). Method for synthesizing knowledge about public policies. Report September. Disponible en: <http://www.ncchpp.ca>.

OMS. (2008). Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Organización mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/>. [Consultado el 21 enero 2010].

OPS/OMS. (2007). La renovación de la atención primaria en las Américas. Edition OPS/OMS. Consultado en diciembre 2010, Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*. 23(6): 1255-1272.

Pathak S, David Low M, Franzini L, Michael Swint J. (2012). A Review of Canadian Policy on Social Determinants of Health. *Review Of European Studies* [serial on the Internet]. 4(4): 8-22. [acceso Feb 15, 2013]. Disponible en: Academic Search Complete.

Puyol Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 26(2): 178–181

Raczynski D. (2008). 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>.

Rezende JMM, Cabral IE. (2012). The social network of children with special health care needs in the (in) visibility of nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*[en línea] 2012 May-Abr [consultado Ago 2012] 20 (2): 282-288. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692012000200010&script=sci_arttext

Richmond C. (2009). The social determinants of Inuit health: A focus on social support in the Canadian Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*. 68(5): 471-487.

Rondero Hernandez V, Montana S, and Clarke K. (2010). Child Health Inequality: Framing a Social Work Response. *Health & Social Work*, 35 (4): 291-301.

Schofield T. (2007). Health inequity and its social determinants: A sociological commentary. *Health Sociology Review*. 16:105–114.

Scopetta O. (2006). Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. *Universitas Psychologica*. 5(3): 695-703. [consultado 13 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750321.pdf>.

Silva MR, Lacharité C, Silva P, Lunardi V, Lunardi F. (2009). 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>

Small R, Taft A, Brown S. (2011). The power of social connection and support in improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health* [periódico na

Internet]. 11 Suppl 5S4, [acceso 15 fev 2013]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S5/S4>

Sreenivasan G, (2009). Ethics and Epidemiology: Residual Health inequalities. *Public Health Ethics*. 2 (3): 244–249

Stange K. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals Family Medicine*. 7(2): 100-3.

Stevens G, Mascarenhas M, Mathers C. (2009). Global health risks: progress and challenges. *Bull World Health Organ*. 87: 646. Disponible en: <http://www.scielosp.org/> . [Consultado el 5 octubre 2010].

Talge N, Neal Ch, Glover V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J. Child Psychology and Psychiatry*. 48:3/4: 245–61.

Urzúa A. (2010). Calidad de vida en salud relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. Médica de Chile*. 2010; 138: 358-65.