

Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana

ESTELA ARCOS^{1,a}, LUZ ANGÉLICA MUÑOZ^{2,b},
XIMENA SÁNCHEZ^{3,c}, ANTONIA VOLLRATH^{1,d}, CARLA LATORRE^{1,e},
CARLA BONATTI^{1,e}, JOSSELINE JAUREGUI^{4,f}

Vulnerability of pregnant women living in a community of Metropolitan Santiago

Background: The program "Chile grows with you" is a part of the Chilean social protection system oriented to decrease social inequities from pregnancy (a socially secure pregnancy) to four years of age, directed to the poorest 40% of the population. **Aim:** To determine the incidence of social vulnerability and its determinants, starting at the gestation period. **Material and Methods:** Data was obtained from anonymous secondary data based on the records of the first assessment of pregnant women and from social protection surveys, provided by the Ministry of Planning and Cooperation. **Results:** The incidence of social vulnerability was high. However there was a disparity between the figures obtained from the social protection records and the survey carried out during the first assessment of pregnant women (91 and 27% respectively). The psychosocial risk was higher among vulnerable women (42% compared to 28% among women not considered vulnerable). This risk was associated with lack of family support, depressive symptoms, gender violence, substance abuse and maternity conflicts. Working conditions were precarious with a low level of social security, there were habitability problems, disability, dependency, female householders and a mean income below the threshold of poverty. **Conclusions:** Among vulnerable families, there are adverse determinants that attempt against a socially secure pregnancy and integral development of children.

(Rev Med Chile 2011; 139: 739-747).

Key words: Pregnancy; Public policy; Social control policies.

Los procesos de reforma del sistema de salud en Chile de la década 1990-99, consideraron la implementación de un modelo basado en el enfoque de salud familiar; para que los equipos de salud asumieran la responsabilidad del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades otorgando atención integral y alta capacidad resolutive. Esta reforma supuso un cambio profundo, que implicó un replanteamiento tanto en los objetivos y metas del sistema como en las formas de llevarlas a cabo.

Los desafíos asumidos por la política social, para el período 2006-2010, fueron transitar desde

un sistema de protección social a partir de las condiciones mínimas de vida hacia otra de derechos sociales garantizados y participación ciudadana¹. En términos de infancia vulnerable, se ha señalado que invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades en el lapso de una generación, porque las experiencias vividas en la primera infancia (entre el desarrollo del feto y los ocho años de edad) y adolescencia proporcionan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital.

Chile tiene indicadores de mortalidad materna

¹Escuela de Enfermería, Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello.

²Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Playa Ancha.

³Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello.

⁴Escuela de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello.

⁵Matrona, Magister en Desarrollo Rural.

⁶Enfermera, Doctora en Enfermería.

⁷Socióloga, Magister en Ciencias Sociales.

⁸Enfermera, Magister en Enfermería.

⁹Enfermera, Magister en Enfermería®.

¹⁰Socióloga.

Apoyo Financiero: Dirección General de Investigación y Postgrado Universidad Andrés Bello, Proyecto:DI-21-10/R. No hubo influencia de la institución en el diseño del estudio; en la recolección, análisis de datos y en la preparación del manuscrito.

Recibido el 16 de diciembre de 2010, aceptado el 22 de marzo de 2011.

Correspondencia a:
Estela Arcos
Sazie 2212 Santiago de Chile.
Fono: 88842964
E-mail: marcos@unab.cl.

e infantil y de cobertura en atención de salud que lo ubican entre países con una posición sanitaria adelantada², aun cuando persisten profundas desigualdades e inequidades en la sociedad cuya evidencia es la invariabilidad del indicador de desigualdad³. Estas inequidades se traducen en una condición de vulnerabilidad que afecta las trayectorias de vida de las personas, en términos de posibilidades y oportunidades⁴⁻⁷. En el año 2009, el ingreso autónomo de 10% de los hogares con mayores ingresos era 46 veces más grande que el ingreso autónomo de 10% de los hogares con menores ingresos. Este fenómeno no es capturado totalmente por el índice de desigualdad, debido a que éste pondera mayormente lo que sucede en la parte central de la distribución y no en los extremos⁶⁻⁸.

La vulnerabilidad se relaciona con las características biológicas y psicológicas de las personas, con las condiciones sociales y ambientales, el ciclo vital, la estructura y funcionalidad de la familia y el territorio donde viven, porque la pobreza se concentra en unidades vecinales territoriales generando espacios de vulnerabilidad y exclusión social que implican fragilidad, amenaza y susceptibilidad a daños en la salud⁹⁻¹³.

En contextos vulnerables la maternidad “segura” enfrenta condiciones de especial fragilidad, ya que existen evidencias que demuestran la asociación entre vulnerabilidad social con mayores niveles de estrés y ansiedad de la madre antes y durante el 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 vida¹⁴⁻²⁰.

La Red Protege contiene, entre otros, el programa Chile Crece Contigo (PChCC) que es una propuesta pública sistémica orientada a disminuir desigualdades desde la gestación (maternidad socialmente segura) hasta los cuatro años de edad, especialmente, en personas de 40% más pobre²¹. El argumento central del programa es equidad desde el principio, porque las evidencias indican que los primeros años de desarrollo humano determinan el comportamiento de la salud y el aprendizaje para toda la vida^{3,14,15}.

Del debate sobre política de protección social,

surgió la necesidad de investigar a quiénes apoya la Red Protege y cuál es su efectividad en la entrega de prestaciones de la oferta pública a la población beneficiaria, especialmente, en zonas geográficas con alta vulnerabilidad social^{12,13,21}. Como primera etapa, se presenta un análisis descriptivo del contexto social de 1.656 gestantes y sus familias, adscritas al PChCC en el año 2009 en la comuna de Pudahuel, con el fin de determinar la incidencia de la vulnerabilidad social y tipificar los determinantes sociales que, desde la gestación, marcan la necesidad de protección social para las gestante y sus familias.

Material y Método

Las fuentes analizadas fueron bases de datos innominados sobre registros de: i) la encuesta “Primer control de la gestante”, aplicada por una matrona durante el ingreso al control prenatal a 1.656 gestantes que realizaron su control prenatal en centros de la red pública de salud de la comuna de Pudahuel, y ii) la Ficha de Protección Social (FPS) aplicada al jefe de hogar (JH), por funcionarios del Departamento de Estratificación Social de la Ilustre Municipalidad de Pudahuel. Ambas bases fueron entregadas empalmadas por la Subsecretaría del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Se garantizó el secreto estadístico y confidencialidad de los datos a través de la formalización institucional del proyecto, tanto con la Corporación Municipal como con MIDEPLAN. La investigación contó con la certificación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello.

De la encuesta “Primer control de la gestante” se utilizó información relacionada con escolaridad, presencia y tipo de discapacidad, edad gestacional al ingreso control prenatal, aplicación de pauta psicosocial, condición y causa del riesgo psicosocial, percepción de vulnerabilidad social por la profesional que aplicó la encuesta, aceptación de visita domiciliaria y persona que acompaña a la embarazada al primer control. Respecto a la FPS, se utilizó la información sobre puntaje alcanzado, perfil del jefe de hogar, capacidad generadora de ingresos de la familia, tamaño y estructura de la familia, condiciones de habitabilidad de la vivienda y acceso a servicios básicos. La validación de los instrumentos fue realizada por la División Social de MIDEPLAN.

Para cumplir con el objetivo del estudio, se re-codificó y re-etiquetó las variables relacionadas con vulnerabilidad social: edad, educación, riesgo psicosocial, acompañante de la gestante al control, ingreso JH y familia, tamaño de la familia, personas independientes y dependientes, tasa de dependencia y precariedad laboral.

En una primera etapa, se determinó la incidencia de vulnerabilidad social (VS) en 1.656 familias con un análisis comparativo entre familias con y sin VS y, en una segunda etapa se identificaron las mujeres embarazadas (1.656) del PChCC, las cuales fueron caracterizadas según VS de las familias de pertenencia. Se realizó una depuración de la fuente de datos bruta en función de la proporción de datos omitidos de cada variable, eliminándose aquellas que tenían más de 30% de datos faltantes.

Para establecer la incidencia VS se utilizó el criterio de MIDEPLAN sobre el puntaje de FPS que define la presencia o ausencia de la condición. Las familias eran vulnerables cuando alcanzaron menor o igual a 11.734 puntos (40% más pobre), considerándose como “pobreza dura” los núcleos con puntajes menores o igual a (≤ 4.213 puntos). El análisis estadístico se realizó a través de índices, estadígrafos descriptivos de posición y dispersión y análisis de razones, tasas, utilizándose programa computacional estadístico SPSS.

Resultados

En las familias estudiadas, la magnitud de VS fue alta (91,4%), 1.514 familias lograron puntaje inferior a 11.735 puntos en la FPS, Figura 1. En la población con VS, 779 familias (51,4%) presen-

taron la condición de “pobreza dura”, menos de 4.213 puntos en la FPS. Se confirmaron disparidades sustantivas entre la detección de vulnerabilidad por aplicación de la FPS y por percepción del profesional matrona que aplicó la encuesta del Primer Control de la Gestante (91,4% vs 26,6), Figura 2.

Respecto al perfil sociodemográfico, Tabla 1, alrededor de 70% de las gestantes se embarazó en una edad biológicamente segura, entre los 20 y 34 años, observándose una mayor presencia de gestantes adolescentes en el grupo vulnerable. La escolaridad fue menor en gestantes vulnerables y la ascendencia de pueblos originarios fue más alta en gestantes no vulnerables.

Las familias vulnerables tenían 30% más de madres jefas de hogar que las no vulnerables.

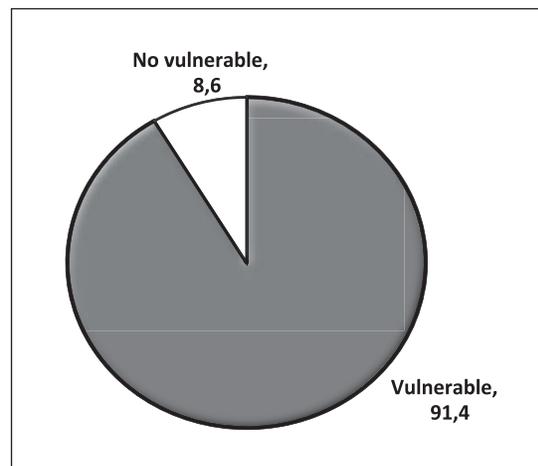


Figura 1. Vulnerabilidad de 1.656 gestantes/familias, según puntaje logrado en Ficha de Protección social, Comuna de Pudahuel, año 2009.

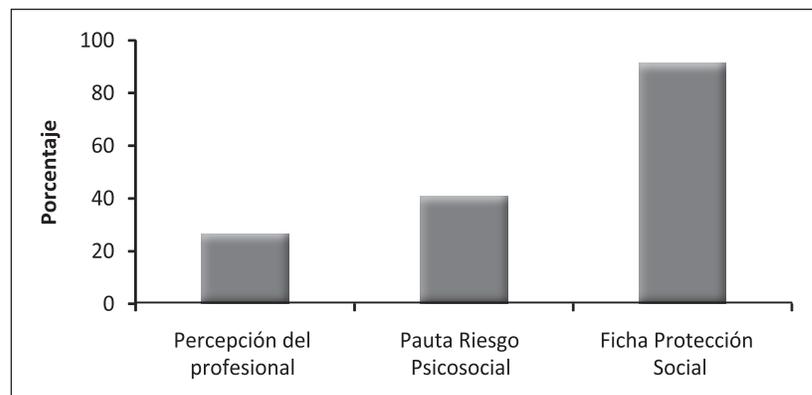


Figura 2. Disparidades porcentuales en la detección de vulnerabilidad y riesgo psicosocial en 1.656 mujeres-familias, según método utilizado.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de las gestantes adscritas al programa Chile Crece Contigo en la comuna de Pudahuel, según vulnerabilidad social por puntaje FPS, año 2009

Variable	Rango/categoría	Vulnerable (1.514)		No vulnerable (142)	
		n	%	n	%
Edad	14 - 19 años	261	17,2	19	13,4
	20 - 34 años	1.042	68,9	99	69,7
	35 - 45 años	211	13,9	24	16,9
Años de escolaridad aprobados	0 a 8 años	307	20,3	14	9,9
	9 a 11 años	392	25,9	26	18,3
	≥ 12 años	815	53,9	102	71,8
Ascendencia pueblos originarios	Sí	195	18,8	25	28,4
Trabajo remunerado	Sí	548	50,5	48	46,6
Seguridad social	Sí	170	31,0	38	79,2
Riesgo psicosocial	Sí	636	42,0	40	28,2

Tabla 2. Causas de riesgo reportadas por las gestantes en riesgo psicosocial adscritas al PChCC en la Comuna de Pudahuel, según vulnerabilidad social por puntaje FPS, año 2009

Variable	Rango/Categoría	Riesgo Psicosocial			
		Vulnerable (636)		No vulnerable (40)	
		n	%	n	%
Insuficiente apoyo familiar	Sí	234	36,8	17	42,5
Síntomas depresivos	Sí	219	34,4	20	50,0
Violencia de género	Sí	171	26,9	17	42,5
Abuso de sustancias	Sí	160	25,2	9	22,5
Conflictos con la maternidad	Sí	111	17,5	6	15,0
Otros riesgos	Sí	321	50,5	30	75,0

Sobre la situación ocupacional de las mujeres, no se observaron diferencias sustanciales en la proporción de madres que trabajaban entre los grupos. Sin embargo, en el grupo vulnerable más de 60% trabajaba sin contrato y 69% lo hacía sin sistema previsional, Tabla 1.

La presencia de riesgo psicosocial fue mayor en mujeres con VS (42,0% versus 28,2%), siendo los más referidos el insuficiente apoyo familiar, los síntomas depresivos, violencia de género, abuso de sustancias y conflictos con la maternidad. Las embarazadas adolescentes reportaron falta de apoyo del progenitor, Tabla 2.

En el caso de las familias de gestantes vulnerables los ingresos que percibe el JH por trabajo apenas representan 62% del ingreso del JH de familias no vulnerables. Asimismo, al considerar el sexo mujer del jefe de hogar se encontraron bajas sustanciales en los ingresos para todos los grupos, observándose las mayores diferencias en los grupos no vulnerables, Tabla 3. Al considerar el ingreso *per cápita* de las familias, las diferencias económicas aumentan, ya que las familias vulnerables presentan un mayor número de integrantes con dependencia económica –las familias vulnerables presentan una mayor cantidad de allegados y niños– situación que disminuye los ingresos del núcleo, Tablas 3 y 4.

En familias vulnerables, las condiciones de habitabilidad eran estructuralmente más precarias, residían en viviendas y sitios cedidos (58,7% y 60,3% respectivamente). Una de cada dos familias compartían la vivienda y, en 2 de cada tres

Tabla 3. Capacidad generadora de ingresos de la familia de gestantes adscritas al PChCC en la Comuna de Pudahuel, según vulnerabilidad social por FPS, año 2009

Variable	Rango/categoría	Vulnerable		No vulnerable	
		n	%	n	%
Personas en edad de trabajar por familia (de 16 a 65 años)	Con trabajo	1.574	68,9	200	68,0
Fuerza laboral	Activa	3.265	57,6	370	82,4
	Inactiva	2.406	42,4	76	16,6
Jefe de hogar (JH), según sexo	Mujer	1.044	69,0	59	41,5
	Hombre	470	31,0	83	58,5
		(1.515)		(142)	
Proporción de ocupación del JH, según sexo	Hombre con trabajo	398	40,6	74	66,7
	Mujer con trabajo	582	59,4	37	33,3
		(980)		(111)	
Tipo de ocupación JH que trabaja	Permanente	923	94,2	107	96,4
	Ocasional	57	5,8	4	3,6
		(980)		(111)	
Seguridad social JH	Sí	409	28,5	94	68,6
Ingresos JH, por trabajo	Media ± DE				
	Hombre	\$ 146.369		\$ 228.500	
	Mujer	\$ 65.609		\$ 111.506	
Ingreso per cápita	Media ± DE	\$ 41.498		\$ 100.848	
Precariedad laboral ⁽¹⁾	Sí	549	56,0	10	9,0

⁽¹⁾Para el caso de esta investigación la precariedad laboral fue entendida como la asociación de ingresos por trabajo inferior a 165.000 (sueldo mínimo) y ausencia de seguridad laboral por falta de previsión. Así mismo, el porcentaje de precariedad laboral fue calculado sobre el total de trabajadores registrados en cada grupo de vulnerabilidad.

viviendas el baño no era de uso exclusivo de la familia, Tabla 5.

En suma, las familias vulnerables de las gestantes mostraron una situación más adversa respecto a riesgo psicosocial, discapacidad, hacinamiento, relación de dependencia, seguridad social, condiciones de habitabilidad y precariedad laboral y económica.

Discusión

El análisis de datos secundarios sobre el PChCC y la FPS permitió visibilizar la alta incidencia de vulnerabilidad de las familias de mujeres embarazadas (91,4%), con una proporción indicadora de

pobreza dura e inequidad social en 51,4%, lo que según los criterios de MIDEPLAN les garantizó el acceso al Programa Puente y Chile Solidario. Acorde a la literatura revisada, se trata de una vulnerabilidad socio-política que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, territorio, medio, condición socio-económica, cultura y ambiente que expone a las personas a situaciones de falta de poder, autonomía y desprotección social^{9,22}.

En territorios muy vulnerables se naturaliza la vulnerabilidad social, hecho que por sí mismo explica las diferencias porcentuales observadas entre VS por percepción de la profesional de salud y por FPS (26,6% vs 91,4%), situación que invisibiliza a muchas personas que tienen una alta susceptibilidad a daños en la salud¹⁰. Este hecho es

Tabla 4. Características de la familia de gestantes adscritas al PChCC según vulnerabilidad social por FPS, comuna de Pudahuel, año 2009

Variable	Rango/categoría	Vulnerable		No vulnerable	
		n	%	n	%
Tamaño (personas)	1 a 4	1.099	72,6	124	87,3
	5 y más	415	27,4	18	12,7
	Total	1.514	100,0	142	100,0
Estructura (edad)	< 18 años	2.561	45,2	89	19,8
	18 a 64 años	3.025	53,4	335	79,1
	≥ 65 años	84	1,5	5	1,1
	Total	5.670	100,0	449	100,0
Parentesco con JH	Jefe Hogar	1.514	26,7	142	31,6
	Cónyuge	752	13,3	110	24,5
	Hija	2.810	49,5	172	38,3
	Otros	594	10,5	25	5,6
	Total	5.670	100,0	449	100,0
Discapacidad	N° Personas	253	16,7	17	12,0

Tabla 5. Condiciones de la vivienda de las familias de gestantes adscritas al PChCC en la comuna de Pudahuel, según vulnerabilidad social por FPS, año 2009

Variables vivienda	Rango/categoría	Vulnerable		No vulnerable	
		n	%	n	%
Tipo	Casa o Departamento	1.219	80,5	121	85,2
	Mediagua / pieza / choza	295	19,5	21	14,8
Tenencia vivienda	Propia	419	27,7	64	45,1
	Arrendada	169	11,2	19	13,4
	Cedida, uso gratuito	913	60,3	59	41,5
	Ocupación irregular	13	8,6	0	
Tenencia sitio	Propia	396	26,1	61	43,0
	Arrendada	169	11,2	19	13,4
	Cedida, uso gratuito	936	61,8	62	43,7
	Ocupación irregular	13	0,9	0	0,0
		(1.514)		(142)	
Familia principal ocupante	Sí	727	48,0	91	64,1
Obtención agua	Red pública con medidor propio	1.070	70,7	109	76,8
	Red pública con medidor compartido	431	27,3	32	22,5
	Otro	13	8,6	1	0,7
El agua a la casa llega por	Llave dentro de la vivienda	1.329	87,8	134	94,4
	Llave dentro del sitio	164	10,8	7	4,9
	Acarreo	21	1,4	1	0,7
Conexión sistema de baño	Alcantarillado	1.347	89,0	131	92,3
	Fosa / letrina / cajón / pozo negro	167	11,0	11	7,7
Exclusividad uso baño	Sí	629	41,5	82	57,7

de suma importancia, porque los equipos de salud planifican la oferta de prestaciones específicas a través de los datos que recogen y procesan, factor que podría ser una limitante para la efectividad de la entrega de prestaciones de la Red Protege.

Las tasas de jefaturas de JH femeninas observadas fueron similares a las reportadas por MIDEPLAN el año 2007 en Tarapacá (45,3%) y Magallanes (43,1%), regiones con las tasas más altas del país. Se ha señalado que hay una tendencia creciente de este fenómeno, sobre todo en familias monoparentales, extensas y compuestas²³. También, los resultados muestran una alta proporción de embarazadas adolescentes que, al igual como lo señala Sunkel, está asociada a deserción escolar, crianza sin pareja y dependencia de la familia de origen²³.

En este estudio, la precariedad laboral de las mujeres que trabajaban demostró una fuerte presencia de trabajo informal, bajos ingresos y baja cobertura de seguridad social, situación que implica la ausencia de beneficios para el real ejercicio de una maternidad segura e infancia protegida. 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^{16,24}.

La tasa de dependencia encontrada, confirma que una familia es más vulnerable cuando en el hogar hay embarazadas, lactantes o niños pequeños y estudiantes²³. Además, la mujer JH que trabaja abarca una doble jornada laboral, combina el trabajo asalariado y el trabajo no remunerado en casa, lo que la expone a padecer altos niveles de estrés por la sobrecarga de género^{23,25-27}. Se ha señalado que un sustrato sociocultural adverso predice resultados negativos en las trayectorias de vida en la adultez desde la vida intrauterina, neonatal y de la infancia^{14-16,24}. Barker, citado por Talge, 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 nacer¹⁷.

Los resultados reportados muestran determinantes sociales potencialmente adversos para una maternidad segura y un desarrollo integral del infante, lo que amerita acciones efectivas de

protección social con el fin de aminorar sus consecuencias negativas. Se ha señalado que, para avanzar en equidad desde el principio es perentorio realizar un trabajo intersectorial e interdisciplinario que refuerce las competencias parentales en la satisfacción de las necesidades evolutivas de la infancia a través de una distribución equitativa, justa y oportuna de las prestaciones de los programas sociales de la Red Protege^{14,28-30}.

Para soluciones integrales y de alto impacto en maternidad socialmente segura, es fundamental que los profesionales de la red pública de salud, por una parte, refuercen el trabajo integrado con un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales y promuevan la participación ciudadana para mejorar la efectividad de los programas sociales de la Red Protege^{9,14,15,21,31-37}. Por otra, por la interacción cotidiana que tienen con mujeres, infantes y familias vulnerables, a través de las prestaciones universales contenidas en los programas de salud, deben asumir el desafío de liderar la vigilancia, monitoreo y evaluación de la efectividad de los programas sociales^{32,38,39}.

Para llevarlo a cabo, los profesionales de la atención primaria de salud tienen que ampliar la información sobre la forma cómo los determinantes sociales y económicos afectan la salud de las personas que atienden, porque su conocimiento les permitirá, por una parte, proponer estrategias de promoción de salud pertinentes a su realidad territorial y, por otra, resolver la complejidad de los problemas de salud que enfrentan a través de una práctica sanitaria contextualizada que tiene un gran potencial en la disminución de brechas de equidad social y disparidades en salud^{9,14,24,30-32}. Para esto, requieren de un flujo permanentemente de información del sistema integrado de información social (SIIS), agregada y desagregada, para que midan la incidencia de la vulnerabilidad social de las familias y analicen sus consecuencias, tanto en su estructura y funcionalidad como en la distribución territorial.

Lo precedente, enfrenta dificultades evidentes por las limitaciones del SIIS para cumplir con el propósito mencionado, ya que las base de datos de MIDEPLAN del PChCC y FPS no tienen registros integrados. En función de lo expuesto, es posible deducir que el sistema de intercambio de datos del SIIS con otras instituciones públicas sea parcial, lo cual permite plantearnos algunas interrogantes sobre la pertinencia del diseño y funcionalidad del

SIIS para monitorear la focalización de las prestaciones del PChCC y Red Protege a las mujeres, infantes y familias.

Las consecuencias de lo referido, se pueden traducir en fisuras y voces de alerta sobre la efectividad de dichos programas como soporte social a familias vulnerables. Es un hecho que si los equipos no cuentan con información de calidad, menos posibilidades tiene la ciudadanía de realizar un control ciudadano de aquello que desconoce⁴⁰.

Referencias

1. Lavados C, Gajardo A. El principio de justicia y equidad en Chile. *Acta bioeth* 2008; 14: 206-11. Disponible en: <http://www.scielo.cl> [Consultado el 3 diciembre 2010].
2. Montoya C. Países que se desvían de la asociación habitual entre el nivel económico y el nivel de salud: algunos factores. *Cuaderno Médico Sociales* 2008; 48: 226-39.
3. Agostini C. Hacia un mapa de la desigualdad comunal en Chile. *Perspectivas* 2008; 17: 1-8. Disponible en: <http://www.economiaynegocios.uahurtado.cl/> [Consultado el 22 noviembre 2010].
4. Urzúa A. Calidad de vida en salud relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 358-65.
5. Irwin L, Sidigi A, Hertzman C. Desarrollo de la primera infancia: un potente equalizador. Informe final de Early Child Development Knowledge Network 2007. Disponible en: <http://www.who.int/> [Consultado el 21 agosto 2010].
6. 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/> [Consultado el 1 septiembre 2009].
7. 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/> [Consultado el 1 septiembre 2009].
8. MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2009. Disponible en: <http://www.mideplan.cl/> [Consultado el 6 diciembre 2010].
9. Feito L. Vulnerabilidad. *An Sist Sanit. Navar* 2007; 30: 7-22.
10. Bertolozzi MR, Nichiata L, Ferreira R, Ciosak S, Hino P, Ferreira L et al. Os conceitos de vulnerabilidades e adesão na saúde colectiva. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43: 1326-30. Disponible en <http://www.ee.usp.br/> [Consultado el 21 septiembre 2010].
11. MIDEPLAN. Apuntes de protección Social. Publicación del Ministerio de Planificación, República de Chile, 2006; 2:1-4. Disponible en: <http://www.mideplan.cl/> [Consultado el 5 enero 2010].
12. Marandola E, Hogan DJ. Vulnerabilidade do lugar vs Vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. *Rev bras Est Pop* 2009; 26: 161-81. Disponible en: <http://www.scielo.br/> [Consultado el 8 enero 2010].
13. Magalhães MH. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (Supl): 113-20.
14. OMS Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Organización mundial de la Salud 2008. Disponible en: <http://www.who.int/> [Consultado el 21 enero 2010].
15. Mustard J. Early Human Development. Equity from the Start-Latin America. *Rev latinoam cienc soc niñez juv* 2009; 7: 639-680. Disponible en: <http://www.umanizales.edu.co/> [Consultado el 21 julio 2010].
16. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev Med Chile* 2003; 131: 1454-62.
17. Talge N, Neal Ch, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48: 3/4: 245-61.
18. Lazinski M, Shea A, Steiner M. Effects of maternal prenatal stress on offspring development: a commentary. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11: 363-75.
19. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury S. The Relationship Between Vulnerability Factors and Breastfeeding Outcome. *JOGNN Clinical Research* 2006; 87-97.
20. Assis S, Quintes J, Vasconcellos R. Desigualdades socioeconómicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43: 92-100.
21. PREDES. Protección social y primera infancia. Serie de documentos Predes, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 2007. Disponible en: <http://siis.mideplan.cl/> [Consultado el 15 marzo 2009].
22. Valenzuela MT. Indicadores socioeconómicos: relación con indicadores de salud. *Ciencia & Trabajo* 2006; 19: 37-40. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl> [Consultado el 15 octubre 2010].
23. Sunkel G. El papel de la familia en la protección social. Serie de Políticas Sociales 120, CEPAL 2006. Consulta-

- do en junio 2009. Disponible en: <http://www.eclac.cl/> . [Consultado el 25 septiembre 2010].
24. Stevens G, Mascarenhas M, Mathers C. Global health risks: progress and challenges. *Bull World Health Organ* 2009; 87: 646. Disponible en: <http://www.scielosp.org/> [Consultado el 5 octubre 2010].
 25. Sojo A. Hacia la universalidad con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Serie Seminarios y Conferencias 55, CEPAL 2009. Disponible en: <http://www.eclac.org/> [Consultado el 25 septiembre 2010].
 26. Caamaño E. Mujer y trabajo: origen y ocaso del modelo del padre proveedor y la madre cuidadora. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 2010; 34. Disponible en <http://www.scielo.cl/> [Consultado el 3 de octubre 2010].
 27. Bellato R, Rocha W. Derechos y vulnerabilidad: Noción para ser exploradas para un abordaje ético en enfermería. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14: 17-24. Disponible en: <http://www.scielo.br/> [Consultado el 8 octubre 2010].
 28. Gómez S, Muñoz, MM, Santelices MP. Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Ter Psicol* 2008; 26: 241-251. Disponible en <http://www.scielo.cl> [Consultado el 5 octubre 2010].
 29. Rodrigo MJ, Martín JC, Cabrera E, Máiquez ML. Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 2009; 18: 113-20. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/> [Consultado el 10 octubre 2010].
 30. Giovannella L, Vaistman J, Escorel S, Magalhães R, Costa N. Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002; 466-70. Disponible en: <http://www.scielosp.org/> [Consultado el 30 octubre 2010].
 31. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para medir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2008; 22: 465-73. Disponible en: <http://www.scielosp.org/> [Consultado el 30 octubre 2010].
 32. Ryvadeneyra, Artundo C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit* 2008; 22:11-23. Disponible en <http://scielo.isciii.es/> [Consultado el 5 de noviembre 2010].
 33. OMS. La atención primaria en salud más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud 2008. Disponible en: <http://www.who.int> [Consultado el 5 de noviembre 2010].
 34. Laperrière H. Community health nursing practices in contexts of poverty, uncertainty and unpredictability: a systematization of personal experiences. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15: 721-728. Disponible en: <http://www.scielo.br/> [Consultado el 2010].
 35. Mulholland EK, Smith L, Carneiro I, Becher H, Lehmann D. Equity and child-survival strategies. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 399-407 . Disponible en: <http://www.scielosp.org/> [Consultado el 23 de noviembre 2010].
 36. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit* 2008; 22: 280-86. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv22n3/politicas.pdf> [Consultado el 23 de noviembre 2010].
 37. Calvete A, Campos P, Catalán D, Fernández K, Herrador Z, Merino B, et al. Innovando en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la presidencia española de la Unión Europea en 2010. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 3-11. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx> [Consultado el 23 de noviembre 2010].
 38. Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc. São Paulo* 2007; 16: 7-13. Disponible en: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/> [Consultado el 27 de noviembre 2010].
 39. Sandín-Vásquez M, Sarría-Santamera A. Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 261-72. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/> [Consultado el 27 de noviembre 2010].
 40. Bermudez J, Mirosevic C. El acceso a la información pública como base para el control social y la protección del patrimonio público. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* 2008; 31: 439-68. Disponible en: <http://www.scielo.cl/> [Consultado el 20 septiembre 2010].