

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016006150015>

IN-VISIBILIDAD DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL Y EL DERECHO AL CUIDADO DE SALUD INTEGRAL EN CHILE

Estela Arcos¹, Mónica Canales², Luz Angélica Muñoz³, María Cecilia Toffoletto⁴, Ximena Sánchez⁵, Antonia Vollrath⁶

¹ Magister en Desarrollo Rural. Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. Chile. E-mail: marcos@unab.cl

² Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. Chile. E-mail: mcanales@unab.cl

³ Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. Chile. E-mail: lmunoz@unab.cl

⁴ Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. Chile. E-mail: mtoffoletto@unab.cl

⁵ Magister en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Playa Ancha. Valparaíso, Chile. E-mail: xsanchez@upla.cl

⁶ Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. Chile. E-mail: avollrath@unab.cl

RESUMEN

Objetivo: estimar la magnitud de la percepción de la in-visibilidad de la vulnerabilidad social y sus consecuencias en el acceso a servicios universales y específicos del Sistema de Protección Integral de la Infancia en Chile.

Método: estudio transversal en 50 díadas vulnerables, registradas en un centro de salud familiar (Región Metropolitana, Chile; 2012). Después de la firma de consentimiento informado, las madres fueron entrevistadas usando un cuestionario estructurado. Se aplicó un modelo de análisis de correspondencias.

Resultados: la in-visibilidad de la vulnerabilidad social fue estimada para madres (92.0%) y hijos (86.0%), observándose un mejor acceso a los servicios universales a los infantes y específicos a las madres.

Conclusión: la in-visibilidad de la vulnerabilidad limita las oportunidades de protección social a grupos desventajados. Como consecuencia, la política pública no corrige las desigualdades sociales, que merecen atención de los gestores de la salud pública chilena.

DESCRIPTORES: Vulnerabilidad social. Protección social en salud. Grupos de riesgo. Inequidad en salud. Atención integral de salud.

INVISIBILITY OF SOCIAL VULNERABILITY AND SOCIAL RIGHTS TO A COMPREHENSIVE HEALTH CARE IN CHILE

ABSTRACT

Objective: To estimate the magnitude of perception of invisibility of social vulnerability and its impact on the access to universal and specific services of the Comprehensive Childhood Protection System in Chile.

Method: Cross-sectional study in 50 vulnerable dyads, who were registered in a family health care center (Metropolitan Region, Chile; 2012). After the informed consent, mothers were interviewed using a structured questionnaire. A correspondence analysis model was applied.

Results: The invisibility of social vulnerability estimated for mothers (92.0%) and children (86.0%), and a better access was observed to universal services by children and to specific services by mothers.

Conclusion: The invisibility of vulnerability limits the opportunities of social protection for disadvantaged groups. Therefore, public policy does not correct social inequalities, which deserve attention by the public health managers in Chile.

DESCRIPTORS: Social vulnerability. Public policy. Risk groups. Health inequalities. Comprehensive health care.

(IN)VISIBILIDADE DA VULNERABILIDADE SOCIAL E DO DIREITO AO CUIDADO INTEGRAL DA SAÚDE NO CHILE

RESUMO

Objetivo: estimar a magnitude da percepção da invisibilidade da vulnerabilidade social e suas consequências no acesso aos serviços universais e específicos do Sistema de Proteção Integral à Infância no Chile.

Método: estudo transversal em 50 díades vulneráveis, registrados em um centro de saúde familiar (Região Metropolitana, Chile; 2012). Depois do consentimento informado, as mães foram entrevistadas usando um questionário estruturado. Um modelo de análise de correspondência foi aplicado.

Resultados: a invisibilidade da vulnerabilidade social foi estimada para mães (92.0%) e filhos (86.0%), observando-se um melhor acesso aos serviços universais pelas crianças e aos específicos pelas mães.

Conclusão: a invisibilidade da vulnerabilidade limita as oportunidades de proteção social a grupos em desvantagem. Consequentemente, a política pública não corrige as desigualdades sociais, que merecem a atenção dos gestores da saúde pública chilena.

DESCRITORES: Vulnerabilidade social. Política social. Grupos de risco. Desigualdades em saúde. Assistência integral à saúde.

INTRODUCCIÓN

La vulnerabilidad social es un indicador de desigualdad y se asocia a la inseguridad, exclusión, incertidumbre, desprotección, susceptibilidad a daño en la salud y desigualdad en el acceso a la atención de salud. Es un estado donde convergen los determinantes sociales del contexto en que viven las personas, constituyéndose en sustrato de los problemas de salud.¹⁻⁵ El deterioro de la salud es la principal consecuencia de condiciones sociales adversas acumuladas durante la vida, puesto que se genera un alto nivel de riesgos y daños físicos y psicológicos en comparación a grupos poblacionales que no presentan la condición de vulnerabilidad social.^{1,5} La vulnerabilidad en salud es entendida como la desprotección que enfrentan las personas debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales y económicos.⁵⁻⁶ En estos escenarios, cobra relevancia la atención primaria de salud (APS) como un activo de los grupos vulnerables, debido a la distribución territorial y accesibilidad universal que tienen los centros de salud pública, constituyéndose en la estrategia que permite prevenir y mitigar los riesgos en salud.^{5,7}

En países con altos índices de desigualdad, como es el caso chileno, se han implementado políticas compensatorias de protección social en personas expuestas a desigualdades, inequidades y vulnerabilidad social.^{5,8-9} El concepto de desigualdad abarca un amplio espectro de diferencias y disparidades en las circunstancias que las personas desarrollan sus vidas.¹⁰ La efectividad de estas políticas depende, entre otros, de la percepción y de la detección de la vulnerabilidad que realizan los profesionales de salud en la atención de salud y de la capacidad de gestión integrada y sinérgica de las instituciones públicas en la transferencia de los servicios a las personas y grupos vulnerables.^{5,8-9,11} El sentido integrador del flujo de procesos de la política de protección social, definió para las instituciones y

equipos de trabajo la responsabilidad de gestionar la implementación, financiamiento y regulación de los servicios ofrecidos,^{5,12} condición que ha exigido capacidades de respuestas contextualizadas y nuevas formas de organización institucional.^{5,12} La colaboración interinstitucional entre salud y las instituciones de los gobiernos locales se considera como la mejor práctica para lograr efectividad y eficacia de los recursos de salud en personas pobres, porque se ha basado en la colaboración interinstitucional y en el trabajo integrado entre las disciplinas.¹¹⁻¹²

Reportes previos han mostrado las disparidades entre las percepciones de profesionales sobre vulnerabilidad social en mujeres embarazadas (8,6%) con la obtenida mediante la aplicación de la Ficha de Protección Social (91,4%).¹³ A su vez, las mujeres pobres se perciben invisibles, desesperanzadas y socialmente excluidas, lo que afecta sus posibilidades de autodeterminación, autonomía y disfrute de los derechos del bienestar social.¹⁴ Existen antecedentes que las mujeres con desventajas socioeconómicas tienen un acceso desigual al cuidado proporcionado por la red de instituciones de salud y de protección social.^{1,15-16} En la literatura sobre políticas sociales, se advierte que existe una incapacidad para visibilizar la vulnerabilidad social acompañado de un debilitamiento de la cobertura de las prestaciones sociales a los ciudadanos.⁸

En esta investigación, la interrogante estuvo relacionada con la situación de visibilidad y la oportunidad de acceso a los servicios en la extrema vulnerabilidad y riesgo psicosocial en díadas (madres y lactantes), que fueron atendidas en un centro de salud familiar de una comuna urbana de la Región Metropolitana de Chile. El objetivo fue estimar la magnitud de la in-visibilidad de la vulnerabilidad social y sus consecuencias en el acceso a los servicios universales y específicos del Sistema de Protección Integral de la Infancia *Chile Crece Contigo* (ChCC). Los programas de transferencias sociales

universales y condicionadas focalizados en niños socialmente vulnerables, son el eje fundamental de políticas públicas orientadas a mitigar el efecto de la desigualdad y reducir la vulnerabilidad en la niñez.¹⁷⁻¹⁹ Existe un creciente debate centrado en la necesidad de generar conocimiento sobre la efectividad que tiene la política de protección social en la disminución de la vulnerabilidad, especialmente de las oportunidades de acceso a sus servicios.^{6,18}

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo, implementado en un diseño no experimental, en un centro de salud familiar de una comuna urbana de la Región Metropolitana de Chile, durante el año 2012. Participaron en el estudio mujeres e hijos lactantes en extrema vulnerabilidad social (<4.213 puntos). Los criterios de inclusión fueron antecedente de control prenatal de la mujer durante el embarazo en la red sanitaria pública, con percentil 5 de la escala de estratificación de vulnerabilidad social medido por la escala de Ficha de Protección Social (FPS) y su hijo lactantes con control de salud sólo en el centro de salud familiar de una comuna urbana. En el período, ingresaron 287 madres gestantes a control obstétrico, de ellas 71 madres cumplían con los criterios de inclusión, 21 madres no fueron consideradas por las siguientes causas: cambio de domicilio, no aceptación de participar en el estudio, no fueron encontradas en domicilio y los datos registrados de domicilio y contacto no eran correctos. Por lo cual el universo definitivo fue 50 madres y sus hijos.

Se estudiaron variables sobre la mujer y su hijo respecto a visibilidad de vulnerabilidad social registrada por los profesionales que realizaron los controles de salud y aspectos bio-sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, antecedentes de su condición biomédica, obstétrica y psicosocial identificada durante el control prenatal y después del parto). En el hijo parámetros biomédicos al nacer, antecedentes de su condición biomédica y psicosocial identificada durante el control salud infantil. Esta

información fue recabada desde los registros clínicos y bases de datos institucionales del centro de salud. Desde fuentes primarias se obtuvo la información sobre la oportunidad de acceso a 15 prestaciones universales para la madre y siete prestaciones universales para los hijos durante el control de salud infantil. También, se recabó información sobre el acceso a prestaciones específicas. Los datos primarios fueron recabados por las investigadoras a través de una pauta de entrevista cara a cara realizada en el domicilio o en dependencias del centro de salud. Cuando las madres no recordaban la información sobre las prestaciones recibidas del sistema ChCC, ésta fue chequeada en las fuentes de datos secundarias ya señaladas. Se explicó a las madres los objetivos del estudio y se garantizó anonimato y confidencialidad, acorde a los criterios establecidos por el Comité de Ética Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello (L1/CECENF/87). La firma del consentimiento informado fue voluntaria.

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos, se configuraron bases de datos brutas y depuradas. El análisis crítico de los datos se apoyó en el programa computacional SPSS, versión 20.0. Los datos se analizaron a partir de estadígrafos descriptivos, de posición y dispersión acorde a la naturaleza de la variable. Se aplicó un modelo de análisis de correspondencias con la intención de buscar la formación de grupos homogéneos a partir de un conjunto de variables relevantes respecto a la entrega de los servicios sociales.

RESULTADOS

La in-visibility de la vulnerabilidad social al ingreso al control de salud afectó tanto a la embarazada como a su hijo (92,0% y 86,0% respectivamente). La visibilidad del riesgo psicosocial fue mayor porque las profesionales utilizaron una pauta de tamizaje estandarizada 34,0% y 30,0%, aumentando aún más su detección cuando las investigadoras revisaron los resultados del tamizaje y los registros en la ficha clínica (Tabla 1).

Tabla 1 - In-visibility de la vulnerabilidad y visibilidad del riesgo psicosocial en 50 díadas vulnerables, según condición de jefatura de hogar femenina, 2012

	Jefatura de hogar femenina				Total	
	Con 22		Sin 28		50	
	n	%	n	%	n	%
In-visibility de la vulnerabilidad y riesgo psicosocial						
Por percepción de profesional que ingresa a las gestantes.	20	90,9	26	92,9	46	92,0
Por percepción del profesional que ingresa a los lactantes.	20	90,9	23	82,1	43	86,0
Visibilidad del riesgo psicosocial						
Madres con riesgo psicosocial por aplicación de pauta psicosocial.	6	27,3	11	39,3	17	34,0

	Jefatura de hogar femenina				Total	
	Con 22		Sin 28		50	
	n	%	n	%	n	%
Lactantes con riesgo psicosocial por aplicación de pauta psicosocial.	5	22,7	10	35,7	15	30,0
Madres con riesgo psicosocial por tamizaje y registros en ficha clínica.	13	59,1	12	42,9	25	50,0
Lactantes con riesgo psicosocial por tamizaje y registros en ficha clínica.	16	72,7	20	71,4	36	72,0

En consecuencia, existió también in-visibilidad del riesgo psicosocial en madres y lactantes, con una mayor proporción en las madres jefas de hogar respecto a las mujeres que no tenían esa condición (Tabla 1). La situación en los hijos es similar a la

de las madres. A lo anterior, se agrega el hecho de que sólo el 52,2% de las mujeres reportaron haber recibido información sobre la política pública de protección integral de la infancia y, ninguna sobre la red de protección social.

Tabla 2 - Perfil bio-sociodemográfico y obstétrico de 46 gestantes con vulnerabilidad social in-visible, según condición jefatura de hogar femenina, 2012

Categorías	Jefatura femenina hogar				Total		
	Con 20		Sin 26		46		
	n	%	n	%	n	%	
Perfil de las gestantes							
Edad (años)	< 20	-	-	4	15,4	4	8,7
	20 a 34	14	70,0	21	80,8	35	76,1
	≥ de 35	6	30,0	1	3,8	7	15,2
Estado civil	Soltera	11	55,0	8	30,8	19	41,3
	Casada/conviviente	8	40,0	18	69,2	26	56,5
	Separada/viuda	1	5,0	-	-	1	2,2
Escolaridad	< 12 años	3	15,0	11	42,3	14	30,4
Actividad laboral	Sí	15	75,0	7	26,9	22	47,8
Con seguridad social	Sí	8	53,3	5	71,4	13	59,1
Progenitor en el hogar	Sí	10	50,0	19	73,1	29	63,0
Antecedentes obstétricos							
Ingreso control prenatal	≤ 20 semanas	18	90,0	24	92,3	42	91,3
Embarazo planificado	No	13	65,0	17	65,4	30	65,2
Con riesgo biomédico	Sí	-	-	4	15,4	4	8,7

Respecto al perfil de las diádas, 1 de cada 2 gestantes eran jefas de hogar, condición que mostró determinantes biopsicosociales más adversos respecto al grupo sin esa condición. Se observaron diferencias entre los grupos respecto a la edad con que se embarazó la mujer; la escolaridad y la actividad laboral remunerada (Tabla 2). No contaban con la presencia del progenitor en una de cada dos familias con jefatura de hogar femenina. Desde la perspectiva del cuidado de la salud reproductiva, las mujeres ingresaron antes de las 20 semanas de gestación (91,3%), hecho que facilitó el cumplimiento con la entrega de prestaciones del ChCC para el período prenatal. Es destacable mencionar que en dos de cada tres mujeres el embarazo no fue planificado (65,2%), situación que representa problemas en el acceso a los servicios de regulación de la fecundidad.

Respecto a 25 mujeres con vulnerabilidad invisible y con riesgo psicosocial detectado por tamizaje y registros en la ficha clínica, los determinantes más

mencionados fueron los síntomas de depresión (64,3%) y el insuficiente apoyo familiar (50%), condición que se incrementó en la mujer jefa de hogar donde dos de cada tres reportaron este tipo de determinantes. Experiencias de violencia intrafamiliar fueron reconocidas por una de cada cuatro mujeres.

Respecto a 43 lactantes cuya vulnerabilidad estuvo in-visible, los parámetros al nacer fueron muy similares en ambos grupos. Llamó la atención la alta proporción de neonatas (dos de cada tres) y la baja proporción de mujeres que indicaron estímulo al apego materno durante el parto (Tabla 3). En nueve de cada 10 lactantes, el control de salud estaba al día en el momento de la entrevista y las madres refirieron una duración de lactancia materna sobre los seis meses en el 86,0% de los casos. Las madres eran las cuidadoras principales de los niños en el 44,2%. En los lactantes fueron calculadas tasa de rezago del 11,6% y riesgo de retraso psicomotor del 9,3% (Tabla 3).

Tabla 3 - Perfil de 43 lactantes con vulnerabilidad in-visible según condición jefatura de hogar de la madre, 2012

Antecedentes	Categorías	Jefatura femenina hogar				Total	
		Con 20		Sin 23		43	
		N	%	N	%	N	%
Neonatales							
Peso (gramos)	2500 a 2999	4	20,0	4	17,4	8	18,6
	≥ 3000	16	80,0	19	82,6	35	81,4
Sexo	Masculino	8	38,1	8	34,7	16	37,2
	Femenino	12	61,9	15	65,2	27	62,8
Edad gestacional	< 37 semanas	2	10,0	1	4,3	3	7,0
Refuerzo apego en el parto	Sí	9	45,4	12	52,2	21	48,8
Riesgo biomédico	Sí	6	30,0	4	17,4	10	23,3
Del lactante							
Control salud al día	Sí	18	90,0	21	91,3	39	90,7
Madres es cuidadora principal	Sí	11	57,0	8	34,8	19	44,2
Duración lactancia materna	< de 6 meses	4	20,0	2	8,7	6	14,0
	En riesgo	0	0,0	4	17,4	4	9,3
Desarrollo Psicomotor	Con retraso	1	5,0	2	8,7	3	7,0
	Sí	3	15,0	2	8,7	5	11,6

Según se detectó por tamizaje y revisión de los registros en la ficha clínica, los principales problemas del entorno familiar en el lactante con vulnerabilidad in-visible y riesgo psicosocial fueron:

antecedentes de problemas de salud mental en el grupo familiar (100% en mujeres jefas de hogar y 91,7% en grupo total) y, el uso de sustancias adictivas (20% vs 16,7%, respectivamente).

Tabla 4 - Servicios universales y específicos recibidos por 46 madres con vulnerabilidad in-visible, 2012

Condición	Cobertura de las prestaciones	
	Universales	Específicas
Con vulnerabilidad in-visible.	69,6%	78,4%
Con vulnerabilidad in-visible en 24 mujeres que recibieron información sobre <i>Chile Crece Contigo</i> .	68,9%	84,1%
Con riesgo psicosocial por tamizaje.	66,2%	63,0%
Con riesgo psicosocial por tamizaje y revisión de registros clínicos.	69,4%	75,7%
Mujer Jefa de hogar.		
Con vulnerabilidad invisible.	66,7%	83,2%
Con vulnerabilidad invisible en mujer que recibió información sobre <i>Chile Crece Contigo</i> .	70,3%	87,2%
Con riesgo psicosocial por tamizaje.	60,0%	71,4%
Con riesgo psicosocial por tamizaje y revisión de registros clínicos.	69,0%	90,1%

En este contexto de in-visibility, fue importante establecer las consecuencias para las madres y sus hijos en el acceso a la cobertura de las prestaciones universales y específicas establecidas por el ChCC. En las tablas 4 y 5, tanto en madres como en lactantes, los resultados muestran un mejor acceso

a las prestaciones universales que las específicas; siendo las coberturas de prestaciones universales más efectivas en los lactantes que en sus madres y, las prestaciones específicas más efectivas en las madres que en los lactantes (Tabla 4 y 5).

Tabla 5 - Servicios universales y específicas recibidas por 43 lactantes con vulnerabilidad in-visible, 2012

Condición	Cobertura de las prestaciones	
	Universales	Específicas
Con vulnerabilidad in-visible.	91,0%	56,5%
Con riesgo psicosocial por tamizaje.	96,4%	54,5%
Con riesgo psicosocial por tamizaje y revisión de registros clínicos.	92,9%	47,1%

Condición	Cobertura de las prestaciones	
	Universales	Específicas
Con antecedentes de rezago del desarrollo.	95,7%	25,0%
Lactante hijo de madre jefa de hogar con vulnerabilidad social in-visible		
Con vulnerabilidad in-visible.	91,1%	70,3%
Con riesgo psicosocial por tamizaje.	100,0%	57,1%
Con riesgo psicosocial por tamizaje y revisión de registros clínicos.	95,2%	35,0%
Con antecedentes de rezago del desarrollo.	100,0%	42,3%

En el modelo de análisis de correspondencia múltiple se analizaron por separado las variables de la madre y del lactante, en dos dimensiones: dimensión 1) antecedentes biosociodemográficos y de riesgo psicosocial y; dimensión 2) acceso a los servicios del ChCC. En ambos casos, hubo una alta concentración de los puntos en el centro de los ejes de ambas dimensiones, lo que reveló poca variación entre las categorías de ambas dimensiones tanto en el caso de la madre como del lactante. En suma, el diagrama con el conjunto de puntos de las categorías proporcionó un escaso aporte explicativo del comportamiento de los antecedentes biosociodemográficos y psicosocial respecto a los servicios transferidos por el sistema de protección social a las madres y sus hijos.

DISCUSIÓN

Las evidencias indican la relación entre determinantes sociales adversos con mayores niveles de estrés y depresión de la madre durante el embarazo y postparto y, como consecuencia, mayor incidencia de prematuridad y mayores tasas de rezago del desarrollo infantil, lo que afecta el comportamiento y trayectorias de los individuos para toda la vida.²⁰ El antecedente que el 66,0% de los embarazos no fueron planificados, representa una planificación familiar desatendida en mujeres vulnerables. En la literatura se señala que mujeres con embarazos no planificados presentan mayores niveles de depresión, aborto inseguro, violencia doméstica, prácticas menos saludables durante la gestación y parto, y mayor frecuencia de bajo peso al nacer, negligencia en el cuidado del niño, maltrato y mayor adicción a las drogas. En estos casos se considera que el ingreso precoz de las mujeres al control de salud, especialmente en mujeres jefas de hogar, es un factor protector de disparidades y desigualdades en salud, porque ofrece un mejor acceso a los servicios universales y específicos, sin embargo, en este estudio los resultados mostraron que las coberturas de esos servicios no fueron del 100%.²¹⁻²²

En cuanto a la situación de las mujeres jefas de hogar pobres, se ha señalado que tienen acceso

al mercado informal del trabajo, con salarios más bajos y sin seguridad social, razón que las hace más vulnerables y dependientes de las redes de apoyo familiar y de la seguridad pública financiera y social.²⁶ Además, se ha señalado que los niños que viven en hogares encabezados por mujeres son los miembros más vulnerables de la sociedad, tienen más desventajas económicas y de salud y, por tanto, su desarrollo depende en parte del impacto de las políticas de bienestar social.²⁷

Las explicaciones sobre el mejor comportamiento de las coberturas de las prestaciones universales, especialmente en el niño, se apoyan en la cultura sanitaria consciente de la familia respecto al control de salud prenatal e infantil y en el acervo de experiencias-conocimientos y capacidades de las enfermeras respecto al cumplimiento de las metas programáticas.²⁸⁻²⁹

En la niñez vulnerable, donde la política pública de protección a la infancia centra su atención para reparar las brechas de equidad a la que están expuestos desde el nacimiento, las implicancias de las bajas coberturas de prestaciones específicas se traducen en una desprotección e inseguridad que limita las oportunidades de maduración del sistema neurossensorial, especialmente en niños insertos en un entorno con riesgo psicosocial y/o en niños que presentan indicios de rezago en el desarrollo. En este estudio, los datos sobre acceso a prestaciones específicas, muestran la incapacidad de respuesta institucional y, por consiguiente, una deuda del Estado sobre el apoyo efectivo de equidad desde el principio en los niños más vulnerables para tener una vida digna y segura. Esto acrecienta la reproducción institucionalizada de la inequidad, desigualdad y marginalidad hasta la vida adulta.³⁰⁻³²

Se ha reiterado que esta situación puede ser superada si se complementa la visión reduccionista del enfoque "biomédico", donde las opciones de las personas no tienen espacio, porque están sujetas a las expectativas y prescripciones de otros y, si se mejora la calidad de la información entregada sobre las políticas de protección social a la población beneficiaria, para que tomen la iniciativa y el control en el acceso

a los servicios.^{30,32} En este estudio, cuando a las mujeres se les explicó el sistema ChCC, y sus servicios, se observaron mejores coberturas en las prestaciones específicas (82,5% y 83,3% respectivamente).

La magnitud observada de la in-visibility de la vulnerabilidad social y sus consecuencias en el derecho a un cuidado de salud integral, refuerza la necesidad de considerar la necesidad de incorporar los conceptos de vulnerabilidad, desprotección y exclusión social y, de comprender el valor del trabajo interdisciplinario en las prácticas de enfermería.^{23,33-35} Es urgente formalizar la construcción de aprendizajes, habilidades y destrezas significativas en el reconocimiento de fenómenos sociales complejos, porque son esenciales para un cuidado humanizado, comprensivo, solidario y de calidad que reduzca disparidades y desigualdades en salud. Lo anterior, permitirá a los profesionales de enfermería progresar en la comprensión, empatía y sensibilidad que va más allá de un control de salud, porque promueve la interacción con las personas que atienden y, como resultado, visibilizan la vulnerabilidad y los motivos para actuar con pertinencia intencionadamente consciente.^{2,11,36-37} Para mejorar la certeza en el cumplimiento de la política pública, se precisa arraigar la concepción de que los usuarios en desventaja social son sujetos con irrestricto derecho a la universalidad de acceso a los servicios del sistema de protección social, especialmente, en el nivel primario de atención de salud.^{29,31}

CONCLUSIÓN

Se constató una alta magnitud de in-visibility de la vulnerabilidad social en madres y niños atendidos en el sistema público de atención primaria de salud, hecho que demuestra la incapacidad para visibilizarla. Como consecuencia, madres e infantes de extrema vulnerabilidad social tuvieron un acceso parcial a los servicios de la política pública de protección social. Es de vital importancia que los responsables de la política pública y, en particular las enfermeras, promuevan las oportunidades que otorga el Estado para reducir las desigualdades y disparidades en salud en los niños y mujeres vulnerables.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen el apoyo logístico otorgado por el equipo de trabajo de la Red de Desigualdades, del Instituto Latinoamericano de la Universidad Libre de Berlín, Alemania.

REFERENCIAS

1. Sarti S, Alberio M, Terraneo M. Health inequalities and the welfare state in European families. *J Sociol Soc Welfare*. 2013; 40(1):103-30.
2. Feito L. Vulnerabilidad. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007; 30(Supl 3):7-22.
3. Barata R, Almeida M, Cassanti AC. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(Supl 2):s164-75.
4. Devaney J. Inter-professional working in child protection with families with long-term and complex needs. *Child Abuse Review*. 2008 Jul; 17(4):242-61.
5. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(4):284-90.
6. Yablonski J, Bell B. Vulnerable children and youth studies. 2009; 4(S1):77-80.
7. De Pietri D, Dietrich P, Mayo P, Carcagno A, De Titto E. Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 34(6):452-60.
8. Majamaa K. Dismissed intergenerational support? New social risks and the economic welfare of young adults. *J Youth Stud*. 2011; 14(6):729-43.
9. Jackson SF, Birn A-E, Fawcett SB, Poland B, Schultz JA. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 34(6):473-80.
10. Woodhead M, Doman P, Murray H. What inequality means for children. *International J Children's Rights*. 2014 Jul; 22(3):467-501.
11. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, Moonan M, O'Flaherty M and Capewell S. Prioritising public health: a qualitative study of decision making to reduce health inequalities. *BMC Public Health*. 2011 Jan; 11(1):821-9.
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria en las Américas. Edición OPS/OMS [Internet]. 2007 [cited 2010 Dec 10]. Available from: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
13. Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, et al. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna urbana de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile*. 2011; 139: 739-47.
14. Muñoz LA, Sánchez X, Arcos E, Vollrath A, Bonatti C. The motherhood experience in the context of social vulnerability: a comprehensive approach to social phenomenology. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(4):913-9.
15. Lunecke A. Violencia urbana, exclusión social y procesos de guetización: La trayectoria de la población Santa Adriana. *Rev Invi*. 2012; 26: 287-313.

16. Plaza S, Padilla B, Ortiz A, Rodrigues E. The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child healthcare in contexts of diversity: a psycho-sociopolitical approach. *Psychosocial Intervention*. *Intervención Psicosocial* [Internet]. 2014 [cited 2014 Ago 7]; 23(2): 125-33. Available from: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/8678>
17. Tassara C. Políticas públicas de protección social y lucha contra la pobreza en Colombia: logros y desafíos. *Papel Político*. 2015 Jul; 20(2):1-29.
18. Barrientos A, Byrne J, Peña P, Villa J. Social transfers and child protection in the South. *Child Youth Services Rev* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Jun 4]; 47:106-12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740914002606>
19. Sabates-Wheeler R, Devereux S. Sustainable graduation from social protection programmes. *Development Change*. 2013 Jul; 44(4):911-38.
20. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, [Internet]. 2008 [cited 2010 Jan 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
21. Franco L, Mora G, Mosquera AL, Calvo D. Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2011; 43(3):240-8.
22. McCourt C. What is the value of applying social theory to maternity care? *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2014 Ago 18]; 23(1):9-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100009
23. Yanikkerem E, Ay S, Piro N. Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013 Jan; 39(1):180-7.
24. Mallard SR, Houghton, LA. Socio-demographic characteristics associated with unplanned pregnancy in New Zealand: implications for access to preconception healthcare, *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013 Oct;53(5):498-501.
25. Baker M. Working their way out of poverty? Gendered employment in three welfare states. *J Comp Fam Stud*. 2009; 40(4):617-34.
26. Ozawa M, Yongwoo L. The net worth of female-headed households: a comparison to other types of households. *Family Relations*. 2006; 55(1):132-45.
27. Robert H. D. The Impact of state minimum wages on child poverty in female-headed families. *J Poverty*. 2008; 12(2):155-74.
28. Bertolozzi MR; Nichiata L, Takahashi R, Ciosak S, Hino P, Val L, et al. The vulnerability and the compliance in collective health. *Rev Esc Enferm*. 2009; 43(spe2): 1326-30.
29. da Silva TMR, Alvarenga MRM, Campos Oliveira MA. Evaluation of the vulnerability of families assisted in primary care in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(5):935-43.
30. Muñoz A, Bertolozzi MR. Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care? *Cienc Salud Colectiva*. 2007; 12(2):319-24.
31. Ortega-Bolaños J, Bula-Escobar J. El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud. *Rev. salud pública* [Internet]. 2012 [cited 2014 Agosto 12]; 14(6):131-40.
32. León-Torres MS. Niños, niñas y mujeres: una amalgama vulnerable. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2014; 12(1):105-19.
33. Parton N. Child protection and safeguarding in England: changing and competing conceptions of risk and their implications for social work. *Br J Soc Work* [Internet]. 2011; 41(5):854-75.
34. Bellato R, Pereira W. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2005 [cited 2014 Agosto 16]; 14(1):17-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100002
35. Amorim A, Assis M, Santos A, Jorge M, Servo M. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 03]; 23(4):1077-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401077
36. Barra DCC, Lanzoni GMM, Maliska ICA, Sebold LF, Meirelles BHS. Human living process and nursing from the vulnerability perspective. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6): 831-6.
37. Acosta D, Gomes L, Fonseca A, Gomes G. Violence against women committed by intimate partners: (in) visibility of the problem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 03]; 24(1):121-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100121

Correspondencia: Estela Arcos
 Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello
 Sazié 2212, 7° piso,
 8320000 Santiago de Chile, Chile
 E-mail: marcos@unab.cl

Recebido: 18 de dezembro de 2015
 Aprovado: 30 de junho de 2016