

---

# ESPACIO ABIERTO

---

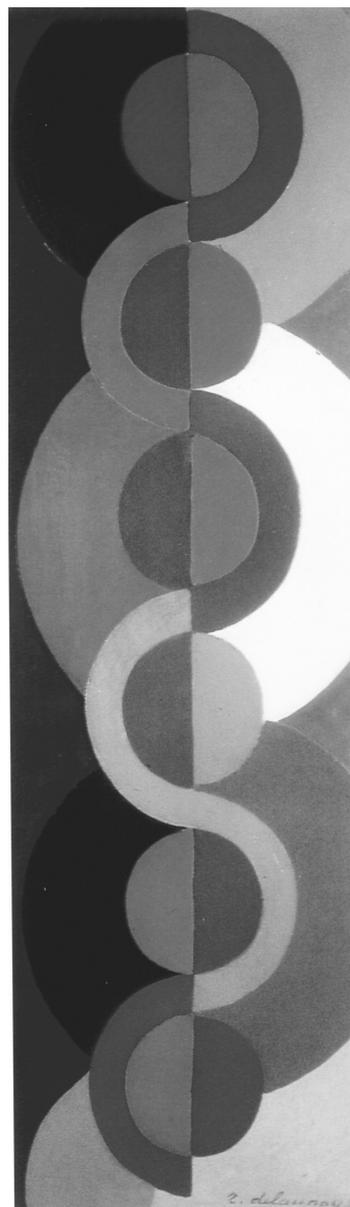
## **Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile**

*Estela Arcos*

*Antonia Vollrath*

*Luz Angélica Muñoz-González*

*Ximena Sánchez*





# Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile\*

## Understanding the Children Integral Protection Public Policy Management in Chile

## Compreensão da gestão da política pública de proteção integral da meninice no Chile

Fecha de recepción: 15-05-16 Fecha de aceptación: 04-07-16 Disponible en línea: 30-11-16  
doi:10.11144/Javeriana.rgyps15-31.cgpp

### Cómo citar este artículo:

Arcos-Griffiths E, Vollrath-Ramírez A, Muñoz-González LA, Sánchez-Segura X. Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(31): 52-62. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.cgpp>

Estela Arcos-Griffiths\*\*  
Antonia Vollrath-Ramírez\*\*\*  
Luz Angélica Muñoz-González\*\*\*\*  
Ximena Sánchez-Segura\*\*\*\*\*

\* Artículo de investigación. Proyecto: *Modelo de gestión para la optimización de la efectividad del sistema Chile Crece Contigo, focalizado a familias de extrema pobreza*, patrocinado y financiado por Vicerrectoría Investigación y Doctorado, Universidad Andrés Bello DI-37-12/CB. Realizado en La Región Metropolitana de Chile, 2014-2015.

\*\* Matrona, magíster en Desarrollo Rural, directora de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. Correspondencia: Universidad Andrés Bello, Sazié 2212, 7° Piso, Santiago, Chile. Correo electrónico: marcos@unab.cl

\*\*\* Enfermera, doctora en Enfermería, académica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. Correo electrónico: avollrath@unab.cl

\*\*\*\* Enfermera, doctora en Enfermería, decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. Correo electrónico: lmunoz@unab.cl

\*\*\*\*\* Socióloga, magíster en Ciencias Sociales, mención Modernización Nacional y Comunal. Profesora titular de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile. Correo electrónico: xsanchez@upla.cl



### Resumen

La desigualdad social afecta desfavorablemente el desarrollo infantil, por esto fue relevante comprender las experiencias vividas por los profesionales en la gestión de procesos del Sistema de Protección Integral de la Infancia en una comuna de la Región Metropolitana, Chile. *Método:* investigación descriptiva, cualitativa. Fueron entrevistados doce profesionales con cargos y funciones en un centro de salud familiar público. Se utilizó la entrevista en profundidad y para la interpretación de los datos el método fenomenológico desde la perspectiva de Schütz. *Hallazgos:* se develó el rol relevante que se atribuyeron en la implementación del sistema y resaltaron la complejidad y las dificultades en la gestión sistémica que requiere la política. Emergieron vivencias sobre la resistencia al cambio, la fragmentación de la gestión, la hegemonía del paradigma biomédico y la importancia de la participación ciudadana. La información reportada justifica el desarrollo de competencias para instalar una nueva gestión sanitaria sistémica en la red intersectorial del territorio local.

**Palabras clave:** política social; desigualdad; gestión; atención primaria de salud; fenomenología social; acción intersectorial

### Abstract

Social inequality adversely affects children development, which is the reason why it was relevant to understand the experiences of the process management professionals of the Children Integral Protection System in a commune of the Metropolitan Region in Chile. *Method:* qualitative descriptive research. We interviewed twelve professionals with certain position and functions in a public family health center. We used an in-depth interview, and, for data interpreting, we used the phenomenological method from Schütz's perspective. *Findings:* we uncovered the relevant role they attributed to themselves in the implementation of the system and they highlighted the complexity and difficulties in the systemic management required by the policy. Experiences related to resistance to change were brought up, and also related to management fragmentation, the hegemony of the biomedical paradigm, and the importance of citizen participation. The information reported justifies the development of competencies to set in pace a new systemic health management in the cross-sectional network of the local territory.

**Keywords:** social policies; inequality; management; primary care; social phenomenology; cross-sectional action

### Resumo

A desigualdade social afeta desfavoravelmente o desenvolvimento infantil, por isso é que foi relevante compreender as experiências vividas pelos profissionais na gestão de processos do Sistema de Proteção Integral da Meninice em uma comuna da Região Metropolitana do Chile. *Método:* pesquisa descritiva, qualitativa. Foram entrevistados doze profissionais com posições e funções em um centro de saúde familiar público. Entrevista em profundidade foi utilizada e para a interpretação dos dados o método fenomenológico desde a perspectiva de Schütz. *Achados:* o papel relevante que se atribuíram na implementação do sistema foi desvendado e ressaltaram-se a complexidade e dificuldades na gestão sistémica que a política requer. Emergiram vivências sobre resistência às mudanças, fragmentação da gestão, hegemonia do paradigma biomédico e a importância da participação cidadã. A informação relatada justifica o desenvolvimento de competências para instalar uma nova gestão sanitária sistémica na rede intersectorial do território local.

**Palavras-chave:** política social; desigualdade; gestão, atenção primaria de saúde; fenomenologia social; ação intersectorial

## Introducción

Los profesionales de la atención primaria en salud del sistema público enfrentan escenarios de gran complejidad, debido a la profunda desigualdad y a la vulnerabilidad social, las cuales generan las disparidades en salud y progresivas demandas por soporte integrado social y de salud (1-5). Las desventajas sociales en la infancia están asociadas a disparidades y desigualdades en salud que afectan el bienestar durante toda la vida de las personas (6). En ese espacio se instala el desafío de gestionar la política pública de salud y la política de protección social integral de la infancia Chile Crece Contigo (SChCC).

El sistema Chile Crece Contigo (SChCC) es una propuesta sistémica en la que convergen diversos servicios públicos para asegurar el máximo de oportunidades a niños/as y sus familias, especialmente al 40% más pobre, desde la gestación hasta los cuatro años de edad. Este programa está integrado a la política de Protección Social (Red Protege), con una oferta de prestaciones integradas a las familias vulnerables, la cual para ser efectiva requiere una gestión pública intersectorial (7).

La gestión de la política pública de protección integral de la infancia Sistema Chile Crece Contigo (en adelante SChCC) se presenta a los actores sociales como una propuesta compensatoria de la desigualdad social estructural (8,9). Desde el nivel ministerial se asignan los procesos, las directrices, las metodologías, los códigos, las interacciones y las regulaciones normativas que los actores sociales deben cumplir (9). Es la orientación hacia los cambios para una nueva cultura de la gestión que permita asegurar la sostenibilidad de la política del SChCC y mejorar la efectividad de las acciones de inclusión social y equidad (9). Bajo este marco se implementó la estructura funcional para la colaboración, la coordinación y

la cooperación intersectorial (9-12). Es en este escenario donde los profesionales deben desplegar la gestión de procesos en red y compartir los símbolos, los significados, las interpretaciones y las representaciones que hacen sobre las políticas sociales (8). Desde el año 2006, esta política se aplica en todos los sectores cuyas decisiones tienen como propósito la equidad y la universalidad de la atención de la salud infantil, la salud de la mujer y la de la familia (5,8,9).

La literatura que reporta evaluaciones del impacto de la acción intersectorial sobre la equidad en salud es limitada (13). En Chile, estudios que evaluaron la efectividad de la política de protección social de la infancia han reportado que las transferencias de beneficios/prestaciones universales en madres y niños lograron coberturas insuficientes, con mejores resultados en los hijos (66,1, 69,5 y 58,7%,  $p \geq 0,05$ ) que en sus madres (55,8 54,2 y 54,8%,  $p \geq 0,05$ ). Lo anterior constituye un área problemática que es importante estudiar. A este respecto se señala que los resultados constituyen una mirada de alerta sobre la gestión del SChCC en poblaciones socialmente vulnerables (2,14). Sobre este punto se han planteado algunos supuestos que podrían entregar antecedentes importantes que analizar, entre otros, que las expectativas contenidas en la política pública fueron muy ambiciosas para una implementación de por sí compleja o, también, dificultades relacionadas con la gestión integrada de estrategias intersectoriales de los equipos de trabajo del nivel primario y de la red de actores sociales de las instituciones comunales (2,5). En el contexto situacional señalado, surgen las siguientes interrogantes del estudio: ¿cómo fueron las vivencias de los actores sociales en la gestión del SChCC? y ¿cuáles fueron sus expectativas respecto a la gestión integrada del SChCC?



Por lo anteriormente expuesto, se realizó un estudio sobre la gestión de la política del SChCC en la red pública de atención primaria de salud, para comprender las experiencias vividas por los profesionales en la gestión de procesos del Sistema de Protección Integral de la Infancia en una comuna de la Región Metropolitana, Chile.

Es necesario hacer un acercamiento a la comprensión de los motivos y los dilemas que los actores sociales tienen en la construcción de los fenómenos de la gestión colectiva de la política de protección social, porque esta se ha establecido para mitigar inequidades, desigualdades y disparidades, tanto a nivel individual como a nivel colectivo. La efectividad en su ejecución implica incrementar las oportunidades de acceso a beneficios sociales instituidos para disminuir las brechas de equidad en las condiciones de vida de la mujer, de los infantes y de las familias socialmente vulnerables.

## Materiales y métodos

La investigación corresponde a un estudio descriptivo, cualitativo, desde la perspectiva fenomenológica, el cual considera los planteamientos de Schütz. En este tipo de investigación las personas son el objeto de estudio, razón por la cual el investigador debe llevar a cabo un proceso de reducción fenomenológica y poner entre paréntesis el fenómeno con respecto al contexto donde ocurre (15). Esta elección se fundamenta en que la fenomenología permite entrar al mundo de las personas, identificar cómo viven, conocer las condiciones en las cuales trabajan, además de poder entregar una definición del sentido y del significado que dan a sus acciones, lo cual permite la comprensión y la interpretación de lo histórico-social y contextual de lo investigado (14-21).

En este caso, el estudio fue realizado para captar el universo de significados, valores y actitudes de los profesionales que gestionaron la política de protección social y así dar respuestas a las interrogantes del estudio.

La región de indagación del estudio fue el SChCC en el ámbito comunal, que es el lugar donde ocurrieron los fenómenos compartidos por los actores en la gestión de los procesos de implementación y ejecución del programa. El recurso metodológico utilizado fue la entrevista en profundidad, dado que esta permite una conversación entre iguales y la comprensión de aspectos importantes de la vida cotidiana y la experiencia (22).

El universo cultural de los entrevistados correspondió a profesionales que desempeñaban cargos y funciones en un centro de salud familiar del nivel primario de salud y en los sectores sociales involucrados. Entre agosto y noviembre del 2014 fueron entrevistados doce profesionales, número que fue establecido por la convergencia, la redundancia y la saturación del contenido. Las preguntas orientadoras formuladas para conducir la entrevista fueron: *¿cómo es el día a día de su función en la gestión del SChCC?* y *¿cuáles son sus expectativas en la gestión del SChCC?*

La entrevista fue realizada por una investigadora del proyecto, en el lugar elegido por cada uno de los informantes, a fin de conservar la privacidad y el anonimato. Se realizaron registros de audio que luego fueron transcritos, con previa firma del consentimiento informado. La interpretación de los discursos se realizó desde una perspectiva fenomenológica, con la escucha atenta y cuidadosa de estos, y continuó con el análisis de información transcrita, en busca de convergencia de los motivos *para* y los motivos *porque* (19,20).

Las etapas seguidas para el análisis de la información obtenida se señalan a continua-

ción: las descripciones que estaban contenidas en las entrevistas ya transcritas fueron leídas detenidamente, después se confeccionó una lista con todas las afirmaciones que se consideraron más distintivas en relación con la experiencia cotidiana de las personas estudiadas y se eliminaron aquellas que se repitieron en los discursos. En ese contexto, se logró la construcción de categorías, lo cual posibilitó un proceso de horizontalización y descripción amplia del fenómeno en estudio. Posteriormente, se trabajó extrayendo el sentido y el significado de las afirmaciones seleccionadas con anterioridad. Los temas que emergieron en la construcción de los sentidos y los significados de las afirmaciones se agruparon en categorías comunes y, fueron estudiados y examinados de nuevo. Finalmente, se llevó a cabo una descripción del fenómeno de tipo estructural, a partir de la integración de los temas estudiados, lo que permitió describir, desde la experiencia de los actores involucrados, la esencia compartida como propósito del método fenomenológico utilizado en relación con el programa estudiado. El estudio contó con la certificación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, folio L1/CECENF/92.

## Hallazgos

Si se consideran los antecedentes metodológicos expuestos, los principales hallazgos encontrados, toda vez que se llevaron a cabo las etapas señaladas para el análisis fenomenológico, fueron los siguientes: desde los discursos, se develó como categoría el rol relevante que los profesionales del nivel comunal se atribuyeron en la implementación del SChCC. Con respecto a esa categoría, en los discursos analizados se menciona el empleo inicial de habilidades de negociación, comunicación y organización, lo que permitió identificar una construcción social de la cultura de gestión de procesos del sistema.

Unido a lo anterior, se observó que los actores mostraron su preocupación por lograr resultados que garantizaran la optimización del uso de los recursos humanos y materiales. Esta situación se evidenció principalmente en aquellos que eran responsables del logro de resultados propuestos por las autoridades ministeriales. En la medida que en el discurso se identificó el posicionamiento de los actores como observadores de sus propios actos, se retrotrajeron experiencias que les permitieron descubrir los motivos porque, los que se refieren al contexto de la acción, por lo cual fue posible entregar sentido y significado a sus actuaciones (23).

Con respecto a la categoría *desafíos del día a día* en la gestión del SChCC, el análisis permitió señalar que los actores develaron la complejidad de los motivos porque, debido a que en sus discursos se refieren a una cultura de gestión naturalmente fragmentada. En sus conscientes tenían como marco de referencia las normas establecidas por cada institución. En el material analizado se encuentra una conciencia de que las vivencias no estuvieron mutuamente conectadas y, por tanto, las vivencias previas fueron los auténticos motivos porque de la escasa integración. Debido a esto, se pudo comprender que la gestión fragmentada, ya mencionada, presente en los relatos, se constituyó, para los actores entrevistados en una actitud natural, determinada por el acervo de conocimientos y las experiencias vividas en la cotidianidad (10), que los hace más o menos competentes para hacer una gestión efectiva en su realidad (23,24). Por ello, en la narrativa se observan y se desprenden del análisis las dificultades para la concreción de acciones para la coordinación, la comunicación y la articulación con las redes intersectoriales y asistenciales. Además, se observó que los actores del ámbito comunal percibieron al nivel ministerial como una estructura sin visión de la diversidad de realidades sociales. Lo anterior, que



se desprende de los relatos, se refiere a la falta de vinculación de los lineamientos de la política con el contexto local y las demandas de la población. La red se limitó a cumplir e informar los logros exigidos por las autoridades ministeriales.

Otra categoría que emergió en los discursos estudiados fue *la resistencia al cambio y la práctica rutinaria de las acciones*, que fue más intensa en la implementación del SChCC. Con respecto a la interpretación de esta categoría, en esta etapa se descubrieron los intereses particulares, las tensiones y las resistencias a la innovación que suscitó este nuevo modelo de gestión. El cambio lo percibieron como una sobrecarga que incrementó sus responsabilidades. Se resistieron a modificar una pauta de gestión individual que ejecutaban y reproducían con poco esfuerzo y en forma inconsciente (24). La persona encargada de la salud comunal debió apelar a estrategias y habilidades comunicacionales para superar esta resistencia, fortaleciendo estrategias de participación y cumplimiento en el contexto de una obligatoriedad y unas exigencias de los equipos que monitoreaban el SChCC.

La comprensión del fenómeno de la resistencia al cambio, en el análisis y la interpretación del material obtenido, tuvo sustento en la complejidad de la transición desde las construcciones de pautas típicas, vividas y asumidas, que fueron institucionalizadas como una norma de conducta autorizada. La nueva realidad de la gestión integrada fue establecida para contemporáneos que compartían una realidad social. El sistema gerencial les impuso un proyecto preconcebido en la gestión de prácticas integradas de diferentes sectores. Esta fue una forma de interacción que no hacía parte de la historia natural según la cual se relacionaban con otros sectores sociales (25,26).

Otra categoría develada fue *la transición del cambio de paradigma*. Los profesionales de la atención primaria en salud tuvieron que cambiar el enfoque de atención, ya que el programa promueve el paradigma biopsicosocial, donde deben incluir información sobre el entorno familiar y social. Tenían que incorporar nuevos conocimientos sobre el curso de la gestión, el cual se relaciona con aspectos psicosociales que afectan el desarrollo de las vidas de las personas que atienden, especialmente los niños (9,24). Además, el cambio de paradigma les impuso el desarrollo de acciones para incrementar la participación ciudadana en el sistema y tuvieron que retomar el trabajo territorial, donde las actividades en los hogares eran una práctica que se había dejado de realizar. En los discursos de los profesionales de salud se develó la hegemonía del paradigma biomédico en sus prácticas sanitarias. Estos profesionales siempre han asumido bajo este paradigma la responsabilidad de cumplir con las metas y los indicadores que les asignó el nivel jerárquicamente superior. Para subsanar esta situación, se apoyaron en los instrumentos de tamizaje de problemas psicosociales que les proporcionó el sistema.

*La brecha entre las políticas públicas y la realidad local* fue otra categoría observada en el estudio. Los relatos de los actores revelaron que estos eran conscientes de la vulnerabilidad social de las personas que atienden y del valor del contexto local. En este sentido, expresaron desaliento y desesperanza por la injusticia y la inequidad del sistema social imperante. Por otra parte, valoraron positivamente la política del SChCC y manifestaron que el modelo les facilitó los vínculos de confianza y empatía necesarios para construir las interacciones en el mundo de vida cotidiano. También expresaron sentimientos de frustración y desesperanza, debido a que no se sienten escuchados ni considerados en la toma de decisiones de las

políticas públicas. Advirtieron la pasividad, la resignación y la desesperanza aprendidas de la población con respecto a los problemas sociales y de salud. Los profesionales percibieron al nivel nacional como una estructura sin visión de la realidad. Es posible señalar, además, en la interpretación de los relatos, que para los actores estos son niveles que entregan lineamientos homogéneos sin considerar la diversidad de contextos y las demandas particulares de la población. Los entrevistados, en sus relatos, consideraron que el principal interés del nivel nacional, es que la red cumpla e informe sobre los logros exigidos por las autoridades ministeriales.

Con respecto a la visión de futuro y los escenarios deseables para el SChCC, en los discursos se develaron los *motivos para*, los cuales se estructuran y se desarrollan en la conciencia de las personas. Estos motivos para se atribuyen a fines que se presentan como deseos y también a objetivos de los actores que tienen que ver con el futuro. En el caso de estudio estuvieron relacionados con la esperanza, la confianza y la incertidumbre, ya que a pesar de las debilidades que perciben en la implementación y en la puesta en marcha del SChCC, consideraban que es posible y necesaria su continuidad con una gestión integrada. Estos motivos revelaron esperanzas en el modelo de gestión que propone el SChCC, el cual se desea que se transforme en una política social participativa con todos los niveles de acción, con independencia de las particularidades de los roles de desempeño.

En el análisis de los *motivos para*, en los relatos sobre el proceso de proyectar el SChCC hacia el futuro se identificaron aquellos motivos sustentados en las expectativas y en las propuestas desde su acervo de experiencias. Para los actores, a partir de sus discursos, la participación ciudadana, la gestión en red y la evaluación de la calidad y el impacto de la

gestión fueron reconocidos como los pilares para mejorar los resultados futuros de la política. También se develaron con fuerza las expectativas sobre el sistema de información, reconociéndose como una propuesta la unificación de las plataformas informáticas, con inclusión de todos los actores de salud, educación y desarrollo social. Es importante señalar que en los discursos los *motivos para* surgieron como una forma de configurar la respuesta para resolver el dilema de la fragmentación y la ineficiencia que enfrenta la política de protección social y sanitaria en la atención primaria de salud (2,27,28). Todo lo anterior, relacionado con la realidad cotidiana y la experiencia de los actores entrevistados.

## Discusión

La teoría social de Alfred Schutz señala que en el mundo de la vida cotidiana se construyen los proyectos y los planes de vida. Es el escenario donde se llevan a cabo las acciones y las interacciones entre los sujetos que comparten un universo cultural de significaciones intersubjetivas. La comprensión de las vivencias de los profesionales que gestionan la política del SChCC ha develado los motivos *para* y los motivos *porque* que motivan la acción en su vida cotidiana del mundo laboral, que se ha revelado como un mundo de objetos delimitados y ordenados por las estructuras que limitan sus posibilidades de interpretación, creación y acción (10). En la literatura se señala que la búsqueda del significado subjetivo de la acción por los motivos permite conocer los significados que da el actor social mientras vivencia la gestión de la política (29).

En la ejecución de la política pública los profesionales apelaron a su acervo social de experiencias y conocimientos para la gestión compartida con otros en nuevas relaciones sociales para la acción. Desde la perspectiva de la fenomenología de Schütz, los actores



sociales usan constructos de primer orden, es decir, tipificaciones establecidas por experiencias anteriores, que consisten en rutinas previamente aprendidas para la acción colectiva (10). De los discursos se desprende la ausencia de problematización del sentido de la acción colectiva, haciendo aprehensión de la gestión de la política, a través del uso del acopio de experiencias que Schutz denomina “modo pragmático” para orientarse en la nueva praxis. El acervo de los conocimientos está hecho de tipificaciones y abstracciones que explican los comportamientos pragmáticos de los profesionales en la gestión de la política del programa estudiado (30).

Los fenómenos que ocurren en la transición hacia una gestión integrada están determinados por el acoplamiento entre la historia cultural del modo de hacer aprendido y los nuevos requerimientos de la práctica del hacer y saber hacer de la política de protección social (9,10,30). Desde la perspectiva del referente teórico, la comprensión del fenómeno de los motivos porque del proceso de gestión devela que se mantiene la cultura organizacional tradicional de los actores sociales involucrados (17-19). En los relatos se reveló el sentido común, sustentado en el cúmulo de experiencias vividas en la combinación de relaciones intersubjetivas que han definido las acciones ejecutoras en el nivel local (10,16,18). La habituación de la acción explica que esta se puede volver a ejecutar en el futuro, de la misma manera y con idéntica economía de esfuerzo (25,30). Como la vida cotidiana está dominada por el motivo pragmático, el conocimiento de receta, esto es, el conocimiento que se limita a la competencia pragmática en quehaceres rutinarios, ocupa un lugar preeminente en el cúmulo social de conocimiento (25).

Desde esa perspectiva, se comprendieron los significados que los profesionales otorgaron a este nuevo orden de la realidad social del

mundo laboral. Se intuyó que su visión de las necesidades del nuevo escenario que comparten les invitó a aceptar éticamente la ideología de la política “equidad desde el principio” (8,9). Sin embargo, cuando entró en disputa la interpretación de los sistemas de tipificación aprobados por las estructuras jerárquicas, surgió el cuestionamiento natural y la resistencia al cambio sobre la nueva acción social de la gestión ejecutora (10). En las narraciones se encontraron las explicaciones sobre las motivaciones de la acción, ya que evidenciaron una diversidad de perspectivas y significados que en algunos momentos convergieron entre ellas, pero que en otros develaron divergencias sobre lo socialmente aprobado por la política y la estructura (9,10,18,25). Asimismo, en el ámbito cognitivo cobró sentido el contenido del SChCC, expresado en los testimonios sobre las motivaciones colectivas y su trascendencia en la actitud natural de sus prácticas ejecutoras (8,10,16,25).

Para Schütz, las recetas, a diferencia de las tipificaciones, se refieren más a la relación existente con las situaciones que aquella que se establece con las personas. En ese sentido, los gestores responsables del programa analizado aplicaron, con economía de tiempo y esfuerzo, técnicas aprendidas en su proceso de socialización profesional, y no se observó la creación de nuevas recetas que posibilitaran una mayor comprensión de aspectos de su realidad cotidiana, en el contexto de sus acciones profesionales (30,31).

A su vez, en los relatos se reveló el nivel de compromiso y confianza para efectuar el cambio dentro de la organización (11). En la literatura se reconoce la complejidad y las dificultades en la implementación de políticas sustentadas en la interdisciplinariedad y la intersectorialidad para superar la fragmentación de procesos, que es el corazón de la ineficacia de la gestión (1,24,27,28).

En la realidad social de los entrevistados, la gestión fragmentada se sustentó en la actitud natural determinada por el acervo de conocimientos y experiencias vividas en la cotidianeidad, que los hizo reconocerse más o menos competentes, para que la gestión proyectada fuera efectiva en su realidad (1,24). La comprensión fragmentada del mundo natural, de las interacciones y de los sistemas tiene consecuencias como la ineficiencia, la ineffectividad y la desigualdad (28). A este respecto, Schütz señala que las personas, al encontrarse con un problema en su actuar cotidiano, deberían dejar de lado sus tipificaciones y recetas, para establecer otras nuevas formas de acción que permitieran respuestas más apropiadas (28,31,32). Es la responsabilidad intersubjetiva, individual y colectiva, como categoría ética y política implicada en el discurso y la acción, cuya inquietud tiene que ver con la capacidad de respuesta de los actores para hacerse cargo de la acción en las prácticas que buscan la transformación (33).

Se ha señalado, además, que existe una limitada aplicación por parte de los trabajadores, de los mecanismos de gestión integrada en las redes sanitarias de atención en los diferentes niveles, lo que tiene un impacto negativo en la calidad de la atención (28,34). Prevalece una fragmentación cultural configurada por esquemas de cognición, representación y prácticas de actores sociales. Para superar esta situación, se recomiendan estrategias de apoyo de las estructuras en los procesos de coordinación en la red de organizaciones involucradas; la provisión de recursos técnicos para el monitoreo, el seguimiento y la evaluación, y el desarrollo de capacidades de respuesta con pertinencia al contexto social (8-11,24,34). Existen antecedentes de que un plan estratégico de supervisión, con énfasis en la capacitación, puede mejorar la retención de los trabajadores de primera línea en los sistemas de protección infantil (26,27,35).

En los discursos de las y los profesionales entrevistados, se manifestaron las percepciones sobre las insuficiencias de los niveles responsables en la gestión de las estrategias señaladas. Las evidencias revisadas presentan argumentaciones que permiten tomar conocimiento de las debilidades de este tipo de intervenciones. Por una parte, su efectividad se ve afectada por las inconsistencias entre los supuestos sociales y culturales de los profesionales de salud pública y la población destinataria (3), y por otra, por la depreciación de conocimientos y capacidades para la gestión intersectorial y la cooperación entre sectores y actores (7,34-37). Los actores del sector salud tendrían que asumir el reto de convocar a los actores sociales de la red a la colaboración interdisciplinaria e intersectorial y, además, deberían vincular los sistemas técnicos de la información con la gestión de procesos efectivamente integrados (31-39).

Con respecto a la transición en el cambio del paradigma biomédico, el contenido de los relatos permitió comprender que la situación biográfica condicionó tanto el escenario de la acción como la comprensión de sus posibilidades y de su futuro. Lo central fue el sentido común de las explicaciones, que se apoyaron en la formación de pregrado de los profesionales de la salud y su reproducción hegemónica en el mundo cotidiano del hacer. Según Schütz, la realidad del sentido común se considera culturalmente universal, sin embargo, su expresión en la vida individual depende de la experiencia construida por el sujeto en su realidad social. Esa práctica sanitaria le ha tributado conocimientos que están disponibles y accesibles, de acuerdo a la situación biográfica en que se encuentra (16-19).

Es importante destacar el significado que los actores le otorgaron a la inclusión de la población beneficiaria en la gestión del SchCC, para mitigar el impacto de las desigualdades



sociales (8,39). Esta es una forma de construcción del empoderamiento de la participación ciudadana para ejercer sus derechos sociales, orientados a mejores condiciones sanitarias y de calidad de vida (8,9,35).

## Referencias bibliográficas

1. Ampliando la profesionalización de la salud pública: la formación especializada multiprofesional. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 [acceso: 14 de octubre del 2015]; 29 [aprox. 3 páginas]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/29n2/editorial.pdf>
2. Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, et al. Effectiveness of the comprehensive childhood protection system for vulnerable mothers and children. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21:1071-9.
3. Frohlich K, Potvin L. The inequality paradox. The population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* [Internet]. 2008 [acceso: 11 de octubre del 2015]; 9(2) [aprox. 6 páginas]. Disponible en: doi:10.2105/AJPH.2007.114777
4. Cheng T, Solomon B. Translating life course theory to clinical practice to address health disparities. *Maternal & Child Health Journal* [Internet]. 2014 [acceso: 18 de octubre del 2015]; 18 (2) [aprox. 7 páginas]. Disponible en: 10.1007/s10995-013-1279-9
5. Dmytraczenko T, Almeida G. Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean. Evidence from selected countries [Internet]. Washington D. C.: World Bank; 2015 [acceso: 5 de mayo del 2016] [aprox. 9 páginas]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464804540.pdf?sequence=2>
6. Veiga L, Bronzo C, editores. Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. *Rev Adm Pública - Rio de Janeiro*. 2014 maio/jun.; 48(3):595-620 [acceso: 5 de mayo del 2016] [aprox. 6 páginas]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121453>
7. Arcos E, Muñoz LA, Sánchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, Jauregui J. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Rev Médica de Chile* [Internet]. 2011 [acceso: 28 de julio del 2016] [aprox. 9 páginas]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600007)
8. Frenz P, Titelman D. Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2013 [acceso: 11 de octubre del 2015]; 30. [aprox. 5 páginas]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a20v30n4.pdf>
9. Silva V, Molina H. Cuatro años creciendo juntos: memoria de la instalación del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Ministerio de Planificación de Chile [Internet]. 2010 [acceso: 12 de abril del 2015] [aprox. 104 páginas]. Disponible en: <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/03/Memoria-Chile-Crece-Contigo.pdf>
10. Acevedo M. Aportes de la teoría social de Alfred Schütz para pensar la política y la acción colectiva. *Trab Soc* [Internet]. 2011 [acceso: 1º de agosto del 2015]; 17 [aprox. 13 páginas]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n17/n17a07.pdf>
11. World Health Organization. Health in all policies (HiAP) framework for country action. *Health Promotion International* [Internet]. 2013 [acceso: 10 de septiembre del 2015]; 29 [aprox. 10 páginas]. Disponible en: doi:10.1093/heapro/dau035 2013
12. Minsal, Gobierno de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria [Internet]. 2015 [aprox. 185 páginas]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/Orientaciones\\_red\\_2015.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/Orientaciones_red_2015.pdf)
13. Pucher K, Candel M, Krumeich A, et al. Effectiveness of a systematic approach to promote intersectoral collaboration in comprehensive school health promotion-a multiple-case study using quantitative and qualitative data. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [acceso: 10 de octubre del 2015]; 15 [aprox. 14 páginas]. doi:10.1186/s12889-015-1911-2
14. Arcos E, Sánchez X, Toffoletto MC, Baeza M, Gazmuri P, Muñoz LA, Vollrath A. Sistemas de protección social en familias vulnerables: su importancia en la salud pública. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48:398-405. doi:10.1590/S0034-8910.2014048005131
15. Osorio F. El científico social entre la actitud natural y la actitud fenomenológica. *Cinta Moebio* [Internet]. 1999 [acceso: 28 de julio del 2016]; 5 [aprox. 10 páginas]. Disponible en: [www.moebio.uchile.cl/05/osorio011.htm](http://www.moebio.uchile.cl/05/osorio011.htm). 119
16. Jesus MC, Capalbo C, Merighi M, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm*. [Internet] 2013 [acceso: 1º de julio del 2015]; 47 [aprox. 5 páginas]. Disponible en: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)
17. Zeferino MT, Carraro TE. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. *Texto & Contexto - enferm* [Internet]. 2013 [acceso: 12 de julio del 2015]; 22(3) [aprox. 5 páginas]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300032>
18. Muñoz LA, Lorenzini A. La fenomenología en la producción de conocimientos en enfermería. En: de Prado ML, de Souza ML, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contextos y bases conceptuales. Washington D. C.: Serie Paltext Salud y Sociedad; 2013. p. 101-16.
19. Muñoz LA, Lorenzini A. Metodología de la investigación fenomenológica en enfermería. En: de Prado ML, de Souza ML, Monticelli M, et al. Washington, D. C.: Serie Paltext Salud y Sociedad; 2013. p. 12-23.
20. Vollrath A, Angelo M, Muñoz LA. Vivencia de estudiantes de enfermería: de la transición a la

- práctica profesional. *Texto & Contexto - Enferm* [Internet]. 2011 [acceso: 2 de diciembre del 2013]; 20 [aprox. 8 páginas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163008>
21. Núñez M. Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. *Sociológica (México)*. 2012 [acceso: 28 de julio del 2016]; 27(75) [aprox. 18 páginas]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732012000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000100002&lng=es&tlng=es)
  22. Taylor S, Bodgan R, Devault M. *Introduction to qualitative research methods: a guidebook and resource*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2016.
  23. Hernández Romero Y, Galindo Sosa R. El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. *Espacios Públicos* [Internet]. 2007 [acceso: 14 de agosto del 2015]; 10 [aprox. 12 páginas]. Disponible en: <http://revele.com.veywww.redalyc.org/articulo.oa?id=67602012> ISSN 1665-8140
  24. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [acceso: 10 de julio del 2015]; 26 [aprox. 7 páginas]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org>
  25. Knoblauch H. Alfred Schutz' theory of communicative action. *Human Studies* [Internet]. 2013 [acceso: 10 de julio del 2015]; 36 [aprox. 4 páginas]. doi:10.1007/s10746-013-9278-9
  26. Renner L, Porter R, Preister S. Improving the retention of child welfare workers by strengthening skills and increasing support for supervisors. *Child Welfare* [Internet]. 2009 [acceso: 10 de septiembre del 2015]; 88 [aprox. 28 páginas]. doi:45830363
  27. Rashid J, Spengler R, Wagner R, et al. Eliminating health disparities through transdisciplinary research, cross-agency collaboration, and public participation. *Am J of Public Health* [Internet]. 2009 [acceso: 2 de agosto del 2015]; 99 [aprox. 6 páginas]. doi:47508688
  28. Stange K. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of Family Medicine* [Internet]. 2009 Mar [acceso: 15 de mayo del 2016]; 7(2) [aprox. 3 páginas]. doi:10.1370/afm.971
  29. Falla Ramírez U, Gómez Contreras S, Rodríguez R. Fenomenología de motivos en la resolución de dilemas que enfrentan los trabajadores sociales en su práctica profesional. *Tabula Rasa*. 2013 [acceso: 28 de julio del 2016]; 18 [aprox. 9 páginas]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-24892013000100013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892013000100013&lng=en&tlng=es)
  30. Cristiano J. Los escritos de Alfred Schütz desde la perspectiva de una teoría de la creatividad de la acción. *Universitas Humanistica* [Internet]. 2013 Jan [acceso: 25 de julio del 2016]; 75(75) [aprox. 24 páginas]. Disponible en: [revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/download/5969/4823](http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/download/5969/4823)
  31. Kwang-ki K, Berard T. Typification in society and social science: The continuing relevance of Schutz's social phenomenology. *Human Studies* [Internet]. 2009 Jul [acceso: 25 de julio del 2016]; 32(3) [aprox. 16 páginas]. Disponible en: <http://digitalcommons.kent.edu/socpubs/3>
  32. Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, Ferreira da Silva M, Unger J, Vázquez M. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2015 Jun [acceso: 15 de mayo del 2016]; 15(1) [aprox. 13 páginas]. doi:10.1186/s12913-015-0882-4
  33. Franco-Cortés A, Roldán-Vargas O. Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* [Internet]. 2015 [acceso: 27 de julio del 2016]; 13(2) [aprox. 12 páginas]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2015000200020&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2015000200020&lng=en)
  34. Sume N, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [acceso: 10 de julio del 2015]; 13: [aprox. 26 páginas]. doi:10.1186/1471-2458-13-1056.
  35. Covarrubias F, Irarrázabal I, Morandé M. La efectividad de las redes de protección social: el rol de los sistemas integrados de información social en Chile [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo, Notas Técnicas; 2011 [acceso: 12 de abril del 2014] [aprox. 56 páginas]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/4905/La%20efectividad%20de%20las%20redes%20de%20protecci%C3%B3n%20social%3a%20El%20rol%20de%20los%20sistemas%20integrados%20de%20informaci%C3%B3n%20social%20en%20Chile.pdf?sequence=1>
  36. Adeleye OA, Ofili A. Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: Can the health sector play broader roles? *Journal of Environmental & Public Health* [Internet]. 2010 [acceso: 19 de julio del 2015] [aprox. 5 páginas]. doi: 10.1155/2010/272896
  37. Pagliccia N, Spiegel J, Alegret M, et al. Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: A report from an exploratory study of two Cuban municipalities. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2010 [acceso: 10 de agosto del 2015]; 71 [aprox. 5 páginas]. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.041
  38. Pirnejad H, Bal R, Berg M. Building an inter-organizational communication network and challenges for preserving interoperability. *International Journal of Medical Informatics* [Internet]. 2008 [acceso: 10 de octubre del 2015]; 77: 818-27. doi:10.1016/j.ijmedinf.2008.05.001
  39. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly* [Internet]. 2004 [acceso: 5 de abril del 2015]; 82 [aprox. 3 páginas]. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x

