

Intersectorialidad en políticas de infancia en Chile. Intensificación y extracción del registro durante la Pandemia Covid-19

Intersectoriality in childhood policies in Chile: Intensification and extraction of records during the Covid-19 pandemic

JIMENA CARRASCO

Facultad de medicina. Independencia 631, Valdivia, Los Ríos.
Universidad Austral de Chile.
Dirección de correo electrónico: jimenacarrasco@uach.cl
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7073-1592>

MARCELA APABLAZA

Facultad de medicina. Independencia 631, Valdivia, Los Ríos.
Universidad Austral de Chile.
Dirección de correo electrónico: marcela.apablaza@uach.cl
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4090-0770>

KARINA LOZIC

University College London Gower St, London WC1E 6BT, United Kingdom
Dirección de correo electrónico: karina.lozic15@ucl.ac.uk
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3564-3543>

Recibido/Received: 22/05/2022 . Aceptado/Accepted: 18/03/2023

Cómo citar/How to cite: Carrasco Jimena. et al. (2023). Intersectorialidad en políticas de infancia en Chile. Intensificación y extracción del registro durante la Pandemia Covid-19. *Sociología y Tecnociencia*, 13 (2), 49-72. DOI: <https://doi.org/10.24197/st.2.2023.49-72>

Artículo de acceso abierto distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC-BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). / Open access article under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC-BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Resumen: En el marco de una investigación más amplia, el presente trabajo da cuenta de resultados cualitativos cuyo objetivo fue analizar los efectos que el Sistema de Registro de la Información (SRI) ha tenido sobre las formas de gestión y organización del trabajo del programa de infancia intersectorial Chile Crece Contigo (ChCC), en el contexto de pandemia por COVID19.

Tomando como marcos de referencia, la teoría de actor red y la teoría del poder propuesta por Michel Foucault, se analizan 20 entrevistas semiestructuradas efectuadas a actores regionales y comunales del ChCC de una región del sur austral de Chile. Los resultados dan cuenta que, persiste una resistencia por parte de los profesionales de salud respecto al uso de la plataforma del ChCC, esto debido a la multiplicidad de registros que deben alimentar, donde el SRI queda relegado. Desde una comprensión de las tecnologías como actores, el SRI no ha logrado articular las acciones del sector salud, lo cual se contradice con el supuesto rol de articulación entre distintos sectores que se atribuyen los coordinadores territoriales del ChCC. Si aceptamos que los entramados sociotécnicos no son algo aislado de las lógicas de gobierno, podemos concluir que la insistencia porque se adopten los SRI propios del ChCC, puede ser un reflejo de una lógica de gobierno, según la cual, cada actor busca el logro de sus objetivos, más que por medio de la articulación con otros, por medio de la extracción de recursos y datos que se desprenden de las acciones de otros sectores.

Palabras clave: COVID19 – Política de infancia – Sistemas Informáticos en salud- Teoría Actor-Red – Biopolítica

Abstract: Within the framework of a broader investigation, this paper reports qualitative results whose objective was to analyze the effects that the Information Registration System (IRS) has had on the forms of management and organization of the work of the intersectoral childhood programme *Chile Crece Contigo* (ChCC), in the pandemic context by COVID19. Taking as reference the actor-network theory and the theory of power proposed by Michel Foucault, 20 semi-structured interviews with regional and communal ChCC actors in a region of southern Chile were analyzed. The results show that there is still resistance on the part of health professionals to use the ChCC platform, due to the multiplicity of records they have to feed, where the IRS is relegated. From an understanding of technologies as actors, the IRS has not managed to articulate the actions of the health sector, which contradicts the supposed role of articulation between different sectors attributed to the territorial coordinators of the ChCC. If we accept that the sociotechnical frameworks are not isolated from the logics of government, we can conclude that the insistence on adopting the ChCC's own IRS may reflect a logic of government, according to which each actor seeks the achievement its objectives through the extraction of resources and data from the action of other sectors, rather than through the articulation with others.

Keywords: COVID19 - Childhood Policy – Health Information Systems – Actor-Network Theory - Biopolitics.

1. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la infancia ha ido en aumento sostenido desde fines del siglo XX y principios del siglo XXI, siendo objeto de interés político, académico y social para las sociedades modernas. Hitos como la Convención de derechos de niñas y niños (Unicef, 2006), marca una época en la que la infancia es analizada desde la perspectiva del derecho. En paralelo, desde paradigmas críticos, la niñez es comprendida como un campo en el que confluyen diversas formas de producción de conocimiento, actores, prácticas, regulaciones e instituciones, transformándose así en un objeto de gobierno (Baker, 1998; Calquin Donoso et al., 2019; García Quiroga et al., 2018; Tolentino Toro, 2013).

Tomando la teoría del poder, Foucault propone que, a partir de la conformación del Estado Moderno, la función del poder se transforma desde la soberanía, a la administración de la vida de la población, con lo cual el poder sobre la vida llega a constituir su razón de ser. Para cumplir con este fin, no basta con la vigilancia, el conocimiento y la normalización de los cuerpos como máquinas, sino que además es necesario centrarse en el cuerpo como el soporte de los procesos biológicos de la especie: la reproducción, la duración de la vida, los niveles de salud, la mortalidad. A la serie de intervenciones y controles reguladores de estos procesos, Foucault (2009) llama *Biopolítica* de la población.

Desde la noción de Biopolítica, Foucault examina las estrategias de gobierno que apuntan a la transmisión de capital de generación en generación, esto es la vigilancia sobre el cuidado de los padres a los hijos, el tiempo de lactancia, las horas que pasa la madre junto al hijo, entre otras. El análisis de la familia pasa también a ser un ejercicio de gobierno y con esto surgen las acciones de tutela o cuidado de la infancia: se trata de que el Estado debe suplir la función de los padres, cuando estos no son capaces de transmitir un capital social adecuado.

En el caso chileno, la preocupación del Estado por la infancia en clave biopolítica, ha tenido diversas actualizaciones a lo largo de la historia. En un comienzo sus esfuerzos se centraron en disminuir la tasa de mortalidad infantil, focalizando sus acciones a nivel sanitario, tanto para universalizar el acceso a intervenciones biomédicas como por medidas higienistas. Posteriormente los esfuerzos se centraron en los factores que influían en la calidad de vida infantil, como la desnutrición a mediados del siglo XX, basados en enfoques de medicina social. Finalmente, con la predominancia de saberes neurocientíficos y de la psicología en siglo XXI,

la preocupación de los gobiernos gira hacia la estimulación del desarrollo infantil por un lado y a la relación diádica (madre-hijo) por otro, centrandos sus esfuerzos en el cuidado meticuloso de la gestación, parto y posterior desarrollo infantil, donde temas como la lactancia, la crianza y la estimulación temprana son foco de interés del Estado (Calquín Donoso, 2017; Calquín Donoso et al., 2019; Donoso & Arrau, 2018; Donoso et al., 2020).

Sumado a lo anterior, las transformaciones neoliberales de los Estados complejizan aún más la racionalidad y el tratamiento que los países otorgan a sus políticas sociales, donde la infancia no permanece exenta. De esta forma se entrelaza una lógica económica y social, conocida como la nueva administración pública o su denominación en inglés *New Management Public (NMP)*, en cuyo entretejido el Estado asume un rol cada vez menor, limitado a la entrega de financiamiento y fiscalización, delegando la provisión del derecho al ámbito privado (Ball & Youdell, 2008; Sisto & Fardella, 2015; Tolentino, 2020).

Bajo este escenario, los países han elaborado en las últimas décadas, políticas de infancia adoptando una mirada multidimensional que convoca a diversos sectores y donde a su vez, hacen coincidir el enfoque de derechos con lógicas neoliberales, desafío en el que Chile ha sido pionero y referente a nivel mundial, llegando incluso a exportar su política de infancia a otros países de la región tales como Colombia y Uruguay (Arrieta-Flórez et al., 2021; Benitez, 2021; Marroig et al., 2017).

Así, en 2009, por medio de la ley 20.379 en Chile se crea el Sistema intersectorial de Protección Integral de la Infancia, que da origen al subsistema “Chile Crece Contigo” (en adelante ChCC), cuyo principal objetivo es acompañar y hacer seguimiento al desarrollo integral de NNA desde la gestación hasta los 18 años de edad, mediante la articulación de distintos sectores, entre los cuales destacan Salud, Desarrollo Social y Educación (Rubio et al., 2017; Torres et al., 2018). Cabe destacar que el ChCC, más que innovar respecto al cuidado de la infancia, implica una innovación en la lógica de gestión que lo acompaña, es decir, por un lado realza la importancia de la infancia en la agenda política y por otro, instala un modelo de gestión (NMP) que articula las acciones biopsicosociales que ya se venían implementando, desplegando nuevos artefactos destinados a la estimulación del desarrollo infantil, la lactancia y la crianza y estableciendo indicadores de logros a nivel de salud, tales como controles durante la gestación, el parto, el puerperio y durante el desarrollo infantil

(Calquín Donoso et al., 2019; Calquín-Donoso & Yáñez-Urbina, 2020; Donoso & Arrau, 2018).

Por tanto, la particularidad del ChCC, en tanto política social, radicaría justamente en su carácter articulador, configurándose como una red que conecta instituciones, leyes, gestores, recursos, profesionales y familias. En tal sentido, proponemos comprender al ChCC como una tecnología de gobierno que tiene por fin alinear distintos dispositivos bajo una racionalidad de gobierno específica y común. Para ello requiere monitorear las distintas acciones que realizan distintos actores sobre un mismo objeto de gobierno: la infancia y las familias (Donoso & Arrau, 2018). Para cumplir con su fin de gobierno, se ha desarrollado el Sistema de Registro de Derivación y Monitoreo (SRDM), el cual constituye el principal instrumento de articulación de la Red Local que conforma el ChCC (Bedregal et al., 2014). Esta herramienta consiste en una plataforma digital que tiene por función ser el principal soporte de información y comunicaciones para realizar la coordinación y supervisión de las acciones de acompañamiento y seguimiento de la trayectoria del desarrollo integral de los niños y niñas (MIDESOF, 2016). La herramienta fue diseñada para que la información ingresada por los distintos actores sea luego gestionada con el fin de generar “alertas de vulnerabilidad”, es decir, alertas respecto de ciertas situaciones que se consideran críticas para la protección integral del infante, y así poder orientar las acciones de intervención de los distintos sectores involucrados de acuerdo a una priorización.

Proponemos entonces comprender el SRDM como un entramado sociotécnico, es decir, como un artefacto en que la dimensión tecnológica y social están fuertemente entrelazadas, de forma que no es posible distinguir qué corresponde a una u otra (Cresswell, 2019). Comprender el SRDM como un entramado sociotécnico implica asignar agencia tanto a sujetos como a objetos que lo constituyen de manera de romper con la distinción dicotómica sujeto-objeto de la ciencia moderna y, en consecuencia, con la atribución de subjetividad a los primeros y de objetividad y neutralidad a los segundos (Latour, 2007). Así, en vez de entender el SRDM como un sistema netamente tecnológico y, por tanto, como algo neutral y sin agencia, proponemos comprenderlo como un ensamblaje sociotécnico que permite alinear múltiples sujetos, objetos, discursos, prácticas con determinados fines de gobierno.

Tras dos décadas de funcionamiento, la literatura que ha analizado desde diversos enfoques la implementación del Programa ChCC, concluye, entre sus resultados principales, la falta de consolidación de

dicha red intersectorial (Donoso et al., 2020), donde el SRDM, cobra relevancia y protagonismo. Ya en el 2014, un estudio del PNUD con representación en Chile daba cuenta de las falencias que este sistema de registro tenía en su implementación, cuyos resultados evidenciaron por un lado, una subutilización por parte de los profesionales debido a la falta de tiempo para el registro (un 35% de los usuarios habilitados no usaba el SRDM) y la disonancia territorial que tenía el modelo de gestión de alertas con las realidades de las regiones, concluyendo que debe ser afinado para una óptima implementación del ChCC (Bedregal et al., 2014). Posteriormente el 2017 y recientemente el 2021, el Ministerio de Desarrollo Social ha impulsado estudios sobre la implementación del ChCC, en cuyos resultados se reiteran las mismas falencias y otras nuevas respecto al SRDM, entre las que destacan: ausencia de un sistema integrado de información, falta de flexibilidad y de interconexión con otros sistemas de información, dificultad para que los equipos de salud generen el registro, registros que no cuenta con la información necesaria, heterogeneidad en las alertas, superposición de indicadores de logro vinculados a incentivos donde el registro de SRDM es desplazado. Estas falencias traen consigo una serie de dificultades expuestas por los expertos: subregistro y retraso en la generación de alertas, falta de recepción de la alertas por los actores de los distintos sectores o bien, falta de fluidez en el contacto expedito con las familias e incluso, limitada capacidad de la red para atender las alertas de vulnerabilidad (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021; Subsecretaría, 2017).

Ahora bien, las críticas respecto a los sistemas de registro utilizados en las políticas sociales no es algo nuevo. En especial, en el área de salud se han desarrollado diversas investigaciones que dan cuenta de cómo los Sistemas de Registro de la Información son un agente relevante en la organización de las acciones, así como en la transformación de las prácticas de los profesionales del sector. Estas transformaciones se relacionan con formas de alinear las acciones en salud con fines de gobierno y se orientan a la estandarización, gestión y economización de las prestaciones de salud, generando cambios no sólo en las formas de trabajo, sino también en las subjetividades de los usuarios del sistema (Berg, 1999; Cresswell et al., 2010; Walsham, 2020). En el caso chileno, Carrasco y Medina (2019) tras el análisis del sistema de registro prioritario de salud (SIGGES), evidencian la centralidad que cobran estos sistemas en la implementación de las políticas sociales, en un contexto de neoliberalización de las mismas, en tanto que logran alinear los fines de

gobierno con las acciones de los profesionales por medio de la incorporación de una lógica de gestión a la lógica clínica. A la vez, visibilizan los riesgos de utilizar los sistemas de información en salud como mecanismos de control de la gestión y de asignación de recursos, por cuanto se genera un impacto no deseado en su operación: desprofesionalización de las prácticas, distanciamiento de los propósitos de la política y descontextualización de su aplicación.

Sumado a lo anterior, la emergencia de la pandemia por COVID-19, irrumpió de forma drástica a nivel global y en todos los ámbitos de la vida, obligando a los países a adoptar medidas inmediatas para el manejo sanitario, focalizadas sobre el manejo de síntomas en una primera etapa y hasta ahora, sobre la prevención del contagio, situación que en el caso de algunos países como Chile se tradujo en un conjunto de medidas excepcionales: dictaminación de Estados de emergencia y de excepción con el fin de garantizar la designación de recursos económicos y humanos, por un lado, y el orden y control social por otro lado (Díaz De Landa, 2020; Marín Casanova, 2020). Dicha priorización de la emergencia impactó drásticamente en materia de políticas sociales, cuya focalización se tradujo en la suspensión de garantías de salud e interrupción de la ejecución de programas de atención psicosocial, entre ellos el ChCC.

En este escenario y como parte de una investigación más amplia, cuyo objetivo fue analizar el impacto de la pandemia COVID19 en el programa ChCC de forma comparada entre Chile, Colombia y Uruguay¹ (Calquín Donoso et al., 2021), el presente trabajo da cuenta de resultados cualitativos obtenidos por el equipo que llevó a cabo el trabajo de campo en una región del sur de Chile. Específicamente nos enfocamos en los efectos que el SRMD ha tenido sobre las formas de gestión y organización del trabajo del ChCC, en el contexto de Pandemia.

2. MATERIAL Y MÉTODO IRST LEVEL HEADING

La estrategia de investigación se basa en la propuesta de Michelle Brady (2014) respecto de un modelo etnográfico de las

¹ Los resultados de este artículo se enmarcan en un proyecto más amplio financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo a través de Fondos de Asignación Rápida, en el marco de la pandemia por COVID19. ANID - Proyecto Fondo Covid No. 0343 "Análisis comparado de los impactos de la pandemia Covid 19 en la implementación y resultados de los sistemas de protección de la infancia en tres países de la región: Chile, Colombia y Uruguay".

gubernamentalidades neoliberales. Dicha propuesta busca evadir la tendencia de la actual investigación social, marcada por una comprensión monolítica, determinista, lineal y estática de las actuales formas de gobierno denominadas neoliberales. Se propone combinar el marco analítico propuesto por los estudios de gubernamentalidad, con estrategias de investigación cualitativa entendiendo las actuales formas de gobierno como ensamblajes que articulan lógicas heterogéneas, que se van transformando en el tiempo y el espacio por medio de las prácticas que intentan alinear los fines de gobierno con las subjetividades con especial énfasis en las interpretaciones, modificaciones, problematizaciones y adaptaciones que se hacen de los discursos de la política (Shore, 2010).

Para delimitar el campo se utiliza la noción de *extitución* propuesta por Tirado y Doménech (2001) como una herramienta conceptual que permite desdibujar el espacio de una institución centralizada y homogénea, propio del pensamiento social tradicional. En vez de una delimitación entre el adentro y el afuera del espacio institucional, el campo se entenderá como una red de actores autónomos, alineados por una serie de tecnologías.

La noción de *extitución* incorpora una perspectiva materialista y pragmática a la comprensión de los fenómenos, que reemplaza los supuestos epistémicos del positivismo moderno, privilegiando una descripción de los elementos que conforman y mantienen la realidad. En esta descripción se asigna agencia tanto a sujetos como a objetos de manera de romper con la distinción dicotómica sujeto-objeto de la ciencia moderna y, en consecuencia, con la atribución de subjetividad a los primeros y de objetividad y neutralidad a los segundos (Latour, 2007).

Al analizar los actuales dispositivos de gobierno a partir de la noción de *extitución*, Collén & Tirado (2012), nos advierten sobre la centralidad que adquieren los flujos de información, en tanto estos son los que operan como los principales articuladores de acciones y lógicas de gobierno. Los autores además, proponen que estos flujos de información implican un cambio respecto de cómo se ha entendido el tiempo y el espacio en los análisis institucionales hasta ahora. Dicho de otro modo, serán los flujos de información, los que articularán y regularán a los actantes que conforman el dispositivo institucional, trastocando así la forma en la que se comprendía hasta hoy el funcionamiento de la institución según las nociones de tiempo y espacio en el pensamiento social tradicional.

De este modo los sistemas de información han cobrado protagonismo en los análisis institucionales en distintas áreas, dentro de

las cuales relevamos aquellos que utilizar la perspectiva de la Teoría del Actor-red, en el ámbito de salud (Berg et al., 2003; Cresswell et al., 2010). Estas investigaciones dan cuenta de las nuevas configuraciones que adquiere la información en salud al pasar del formato de papel al virtual y el efecto de estas en las acciones de profesionales y técnicos, así como las nuevas configuraciones en las conexiones de las acciones a través de tiempos y espacio. Así, este tipo de análisis van más allá de la dicotomía éxito / fracaso de la implementación de tecnologías de información, entregando una comprensión de los procesos de negociación y traducción que se dan entre los distintos actores e intereses involucrados y cómo en la estabilización de las nuevas redes que se generan por la introducción de los sistemas de información se logran alinear diferentes intereses y propósitos en torno a las funciones de los registros.

Además, también desde el ámbito de salud se ha propuesto que, si bien la Teoría de Actor red propone un diseño que permita seguir a los actores en los heterogéneos modos en que se estos se conectan (Callon, 1986; Latour & Woolgar, 2013), en las prácticas en salud esto resulta complejo por las limitaciones propias del campo y las consideraciones éticas exigidas a este tipo de investigaciones (Booth et al., 2016). Tomando la orientación pragmática de la Teoría de Actor red, la propuesta entonces para diseños de investigación con esta orientación en salud ha sido más bien considerar la teoría como una guía que nos permita decidir cómo y cuándo tomar información, así como qué vamos a considerar como un dato útil. Esto implica considerar las redes en las que está inserto el propio investigador y la agencia que tiene en estas. De este modo, más que exigir un diseño que permita seguir a actores, la propuesta es, utilizando diseños más tradicionales, poner el foco en cómo los sistemas de información y los actores que se conectan y cómo en estas conexiones se definen mutuamente, establecen nuevas posiciones y generan nuevas acciones.

En específico, la presente investigación fue parte de un diseño mixto que consideró distintas regiones de Chile además de otros dos países (Colombia y Uruguay). A partir de esta investigación de mayor envergadura, los resultados expuestos aquí corresponden a un estudio de caso múltiple realizado en una región del sur de Chile que incluyó a 20 actores relevantes de las distintas áreas y en los distintos niveles en que se implementa el ChCC.

A nivel regional se entrevistó a encargadas del programa ChCC de las áreas de Desarrollo Social y de Salud de las respectivas divisiones regionales ministeriales y a profesionales que se desempeñan en

dispositivos de salud dependientes de las reparticiones ministerial en las tres comunas del caso de estudio vinculados al programa ChCC.

A nivel municipal se entrevistó a encargados del programa ChCC del área de Desarrollo Comunitario de los tres municipios que forman parte del estudio de caso. Además, en el caso del municipio, cuyo territorio corresponde a la capital regional, también se entrevistó a encargada del programa ChCC del área Salud. También se entrevistó a profesionales vinculados al programa ChCC en dispositivos de salud de dependencia municipal de las tres comunas. A cada uno de los entrevistados se le asignó un código a modo de pseudónimo para referirse a ellos en el corpus de análisis.

Las entrevistas fueron realizadas por medio de plataforma Zoom debido a las restricciones que aún había a causa de la pandemia al momento de llevarlas a cabo. Fueron grabadas y luego los audios fueron transcritos para su análisis. Previo a cada entrevista se envió por correo electrónico, formulario de Consentimiento Informado aprobado por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Valdivia (Ord. 112 con fecha 12 de abril 2021). Luego, al inicio de cada sesión de entrevista se grabó declaración de haber leído el documento y aceptar participar de la investigación.

Considerando las nociones analíticas antes expuestas, tanto por los estudios de gubernamentalidad, como por la teoría de actor red, los datos fueron examinados a través del análisis de discurso en base a la siguiente pregunta axial ¿cómo se relacionan los distintos actores que participan del ChCC con el SRDM?, en las distintas áreas (salud y desarrollo social), en distintas instituciones (unidades administrativas de gobierno y dispositivos de salud) y en los distintos niveles del sistema de salud (Centros de Atención primaria, secundaria y terciaria). Así, el análisis iteró con preguntas más acotadas orientadas a rastrear las lógicas de gobierno y las formas en las que el SDRM agencia, opera y articula a los actantes que integran el dispositivo. Para esta etapa se empleó el software Atlas Ti, versión 9.1.3 y se delimitó la unidad analítica en temáticas, organizadas a través de las preguntas eje y las nociones analíticas propuestas.

Tabla 1. Dependencia, cargo, profesión y código asignado para cada entrevistado

DEPENDENCIA		INSTITUCIÓN	CARGO-PROFESIÓN	CÓD.
Nivel ministerial	Unidad Administrativa	Subdirección de Desarrollo Social y Familiar	Encargada Regional ChCC – Trabajadora Social	ER
		Secretaría Regional Ministerial de Salud	Gerenta ChCC - Enfermera	GR
	Centros de Salud con dependencia ministerial	Centro de Salud Familiar Externo	Referente ChCC – Terapeuta Ocupacional	RCh1
		Hospital Regional ubicado en territorio comuna 1 (Capital regional)	Referente ChCC – Matrona	RCh2
			Coordinadora ChCC - Psicóloga	CCh1
			Profesional ChCC – Terapeuta Ocupacional	PCh1
			Profesional ChCC – Técnico en Enfermería	PCh2
		Profesional ChCC – Matrona	PCh3	
		Hospital ubicado en territorio Comuna 2	Encargado ChCC – Psicólogo	ECh1
		Hospital ubicado en territorio Comuna 3	Referente ChCC - Enfermera	RCh3
Nivel Municipal	Unidades Administrativa	Dirección de Desarrollo Comunitario – Comuna 1	Encargada ChCC – Trabajadora Social	ECh2
			Coordinadora ChCC – Trabajadora Social	CCh2
			Profesional FIADI – Trabajadora social	PF
		Departamento de Salud Municipal – Comuna 1	Encargada técnica en infancia y adolescencia - Psicóloga	ETIA
		Dirección de Desarrollo Comunitario – Comuna 2	Referente ChCC – Trabajadora social	RCh4
	Dirección de Desarrollo Comunitario – Comuna 3	Referente ChCC – Trabajadora social	RCh5	
	Centro de Salud Municipal	Centro de Salud Familiar – Comuna 1	Gestora Comunitaria – Educadora de Párvulos	GCom
			Encargada Sala ChCC – Educadora diferencial	ESCh
		Centro de Salud Familiar – Comuna 2	Referente ChCC – Médico	RCh6
		Centro de Salud Familiar – Comuna 3	Referente ChCC – Terapeuta Ocupacional	RCh7

3. RESULTADOS

3.1. DEL SMRD A LA PLANTILLA EXCEL

Uno de los hallazgos de esta investigación hace referencia a cómo se materializa la interacción entre la plataforma de registro de ChCC y los

profesionales que la utilizan. Cabe recordar que el SRDM pretende constituirse como el principal instrumento de registro, derivación y monitoreo de las prestaciones que ofrece ChCC, siendo clave en la articulación de la Red Local. En ésta, los profesionales ingresan información respecto a las prestaciones otorgadas a los usuarios con el objetivo de mantener a las áreas comunicadas y actualizadas, siendo el área de salud la puerta de entrada al registro. En palabras de la encargada regional del programa ChCC: “En este sistema se ingresan los datos del niño y de la familia y se generan alertas en diferentes sectores. Por lo tanto, acá entra en juego lo que es la red Chile Crece Contigo” (ER, comunicación personal, 25 de abril del 2021).

Tomando en cuenta la relevancia que el SRDM tiene para el funcionamiento de ChCC, llama la atención la heterogeneidad reportada por parte de los profesionales respecto a su forma de interacción con la plataforma, más aún, considerando su pretensión de establecer uniformidad de la información. Estas variadas formas de relacionarse con el sistema se traducen en el uso en paralelo de otras herramientas informáticas, llegando en algunos casos a reemplazar el uso de SRDM, lo que produce una desconexión entre las áreas que conforman la red ChCC. Esto queda en evidencia en el testimonio de una profesional del área de la salud, quien reporta el uso de otras plataformas para el ingreso de información, refiriéndose a SRDM como algo ajeno: “para nosotros el SRDM es algo aparte, no ha sido nunca nuestra base de atenciones, nuestra base de atenciones es nuestro [sistema de registro], nuestra ficha clínica electrónica, y lo que hemos pedido es que estos dos sistemas conversen” (ESCh, comunicación personal, 10 de junio del 2021).

En este relato en particular, la profesional otorga preponderancia a las fichas clínicas y al uso de las plataformas destinadas exclusivamente al área de salud, considerando irrelevante al SRDM, dado que la misma información solicitada ahí debe ser ingresada previamente en otros sistemas informáticos. Así, el uso de SRDM pierde sentido, convirtiéndose en “un tercer registro”. En esa línea, y en palabras de la coordinadora a nivel regional del área de salud señala:

“nos cuesta un poquitito que los equipos puedan ingresar a este sistema, porque a pesar de que es súper bueno para ver las alertas y todo lo que es el seguimiento de los niños y niñas, pasa a ser un tercer registro que realizan los equipos de salud, entonces tienen que registrar

en ficha clínica, tienen que registrar en el sistema, pero también tienen que registrar en esta plataforma”. (GR, comunicación personal, 25 de abril del 2021)

Se generan entonces múltiples formas de registros, donde la información debe ser completada por los profesionales una y otra vez, lo que produce desinterés, distancia y molestia ante la exigencia de su utilización.

Tal como se mencionó anteriormente, el área de salud es la puerta de entrada al SRDM ya que son estos profesionales los que están a cargo de registrar las prestaciones ChCC, las que, de acuerdo con la racionalidad de ChCC, se configuran como instancias claves para pesquisar riesgos psicosociales. Sin embargo, la distancia que se observa entre el área de la salud y el SRDM se traduce en que no se ingresa la información, o se hace parcialmente:

“la mayoría de estas brechas sí se solucionan, pero no se registran en el sistema, y lamentablemente para Chile Crece Contigo, si no está en el sistema no está resuelto. Por lo menos desde salud nos queda la tranquilidad de que si yo voy al establecimiento a realizar una supervisión, la mayoría de esas brechas están solucionadas, pero no están registradas” (GCh, comunicación personal, 25 de abril del 2021)

De esta cita se desprende que existiría una brecha entre lo que ocurre “en realidad” y lo que se reporta en la plataforma. Esto a su vez tiene como consecuencia la dificultad del trabajo intersectorial, dado que, con la información que el área de salud ingresa al sistema se producen las alarmas, y cuando una alarma se activa la red comunal a través de los llamados “sectorialistas” (profesionales del área social que se desempeñan desde las municipalidades) deben trabajar para resolverlas. Dada la ausencia o incompletitud de los registros, desde las municipalidades deben buscar otras estrategias, instrumentos, o innovaciones para hacer seguimiento a los casos. Así, para el área social, el SRDM se vuelve insuficiente para cumplir con sus labores, y también para alcanzar los propósitos del programa. Esto queda en evidencia en el relato de una profesional del área de desarrollo social quien señala: “acá en la

municipalidad igual trabajamos con GSL que es otro sistema muy parecido al SRDM, pero con la diferencia que ahí nos muestra el registro, hay más información contenida”. Y en la misma línea, más adelante agrega: “si bien es cierto que ese trabajo lo debieran ver estos sectorialistas directo en este SRDM, nosotros tenemos otra forma, que el coordinador todas las semanas toma esos casos y hace una lista Excel” (RCh4, comunicación personal, 7 de mayo del 2021).

De esta manera, se observa desapego, distancia o falta de adherencia por parte de los profesionales del área de salud respecto al SRDM, generándose un registro incompleto. Por su parte, el área social genera innovaciones al uso de SRDM para poder cumplir con el objetivo de atender las alertas del sistema. Ambas áreas de manera simultánea y paralela utilizan otras técnicas y estrategias de reporte, registro y monitoreo que van desde fichas clínicas, pasando por plataformas y sistemas informáticos distintos, hasta el uso de planillas Excel. Es decir, existen ajustes a las propuestas del programa, produciéndose “texturas de conexiones” que son dinámicas y heterogéneas, donde los profesionales interactúan de manera diferente con SRDM. Esto a su vez, define un particular tipo de relación entre las áreas de salud y social, las que entran en disputa. Por otro lado, cabe destacar que en este proceso lo que se produce es que se despliegan no una, sino que múltiples estrategias de registro y monitoreo que están constantemente generando datos respecto al infante/familia a partir de distintas racionalidades, ilustrando así los ensamblajes sociotécnicos que constituyen la compleja red que permite la inteligibilidad y el gobierno de la población.

3.2. SENSIBILIZAR, EXPLICAR, ADHERIR

Relacionado con el apartado anterior, y a la falta de “adherencia” de los profesionales del área de salud respecto al uso de SRDM, emerge a partir del discurso de los participantes de esta investigación, especialmente de aquellos que provienen del área social, la necesidad de generar procesos de “sensibilización” respecto a la relevancia del SRDM para el trabajo intersectorial. Esto queda en evidencia en las palabras de la encargada regional de ChCC, quien afirma: “si nosotras no logramos sensibilizar, por un lado, a los equipos de salud, que es el trabajo que siempre intentamos hacer en conjunto, a que ingresen la información, no avanzamos mucho

más” (ER, comunicación personal, 25 de abril del 2021). Lo mismo se repite a nivel municipal, donde la coordinadora del programa reporta el despliegue de acciones para transmitir a los equipos de salud la importancia del uso de SRDM: “costó mucho que entendieran (...) ha sido difícil hasta el día de hoy que lo vayan entendiendo, yo hice un trabajo igual importante en ese período de febrero-marzo, de volver a motivarlos, de reencantarlos con esto” (CCh2, comunicación personal, 5 de julio del 2021). Es decir, desde el área social se despliega una acción persuasiva intentando redireccionar la conducta de los profesionales del área de salud, quienes por su parte parecen establecer una posición de resistencia, constituyéndose (la acción persuasiva) como uno de los roles más importantes reportados por los profesionales del área social.

En línea con lo anterior, el trabajo por la sensibilización y adherencia al SRDM se justifica debido a la relevancia de contar y producir datos e información respecto a las familias e infantes que constituyen la población objetivo del programa ChCC. Desde el área de salud, la gerenta regional del programa confirma la utilidad del SRDM para la producción de información, monitoreo y seguimiento: “el sistema es súper bueno para ver el tema de alertas y todo lo que es el seguimiento de los niños y niñas” (GR, comunicación personal, 25 de abril del 2021). Sin embargo, la encargada regional manifiesta “es muy poca la información que tenemos, porque en el transcurso de los años las condiciones van cambiando, los contextos van cambiando” (ER, comunicación personal, 25 de abril del 2021), atribuyendo la falta de información a la baja adherencia de las y los profesionales de salud al SRDM.

A partir de la relación de conflicto que se establece entre las áreas de salud y social respecto a su posicionamiento frente al sistema de registro, es plausible hipotetizar que SRDM contiene una particular racionalidad gubernamental que entra en disputa con la racionalidad médico-biológica para el gobierno de la población. Es decir, la lógica intersectorial y de desarrollo social busca articular redes comunicativas para el gobierno de la población, trascendiendo las racionalidades exclusivamente médicas, y produciendo un tipo de información diferente, con más detalle y textura, que el que la racionalidad médica puede ofrecer. Se generaría así un proceso de ajuste, conflicto y disputa, desplegándose roles y posiciones específicas de parte de las y los profesionales protagonistas de este ensamblaje sociotécnico.

3.3. EL REGISTRO EN TEORÍA Y EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE

Se desprende del apartado anterior que desde el área social se manifiesta una crítica hacia el área de salud debido a su supuesta falta de adherencia al sistema de registro, a partir de lo que se produce un posicionamiento persuasivo de parte de estos profesionales. En este apartado se aborda cómo desde el área de salud se confirma, argumenta y explica esta falta de adherencia fundamentando su posición en base a la complejidad que supone el uso de SRDM. Esto queda en evidencia en relatos como el siguiente:

“en teoría es súper bonita [refiriéndose al SRDM] (...) En la práctica (se ríe), es una plataforma muy complicada, se cae muy rápido, es muy lenta, no es que coloques a un niño y listo, no. Si coloco al niño y ese niño no está ingresado desde el control de diada, no puedo ingresar las prestaciones, entonces tengo que ir al control de diada, del que no soy responsable yo, es la matrona, y la matrona debe subir esa prestación para que yo pueda colocar las otras prestaciones”. (GCom, comunicación personal, 26 de mayo del 2021)

La falta de fluidez, agilidad y “amabilidad” del SRDM es percibido por la profesional como un obstaculizador para el trabajo cotidiano, manifestando escepticismo ante utilidad del sistema, y disconformidad con los flujos de trabajo que propone la plataforma. De acuerdo con este relato, el ingreso de información y de prestaciones están condicionados al trabajo e interacción de otros profesionales con el sistema, quitándoles autonomía en su quehacer. En la misma línea, la referente de ChCC en un centro de atención de salud primaria destaca las dificultades técnicas del uso del SRDM, señalando que “en la práctica, es una plataforma que necesita una clave, necesita un ambiente especial para trabajar, un ambiente computador estoy hablando, entonces no es una plataforma amigable” (GCom, comunicación personal, 26 de mayo del 2021), es decir, al parecer existirían condiciones materiales y tecnológicas insuficientes en el centro de salud para “hacer correr” esta plataforma, y cumplir así con los requerimientos exigidos por la política.

Por otro lado, la misma informante enfatiza la cantidad y detalle de la información que debiera ser ingresada a la plataforma: “por ley, nosotros deberíamos subir a esta plataforma todos los contactos que tenga un niño, matrona, enfermero, médico, cualquiera, todos los contactos que tiene salud con ese niño tienen que estar en esa plataforma, como la ficha clínica” (GCom, comunicación personal, 26 de mayo del 2021). Es decir,

esta plataforma debiera ser completada cotidianamente por los profesionales, haciendo referencia a cada una de las interacciones que el sujeto-infante/familia tiene en el centro de salud. Existe entonces una pretensión totalizante del manejo de la información, en el que cada detalle de las relaciones producidas dentro de estas instituciones, tanto con infantes como con familias, es exigido “por fuerza de ley”.

Otro elemento que juega un rol relevante en las interacciones de los profesionales con el SRDM, es el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (en adelante FIADI), programa cuyo propósito es brindar tratamiento a niñas y niños con rezago en el desarrollo psicomotor u otras situaciones de riesgo psicosocial, implementando modalidades de apoyo como, por ejemplo, las salas de estimulación que suelen encontrarse en los centros de atención primaria. Dado que este fondo de postulación está encadenado a que las instituciones nutran de información al SRDM, se convierte en un incentivo económico a los profesionales para alimentar al sistema. Es lo que se desprende del siguiente testimonio:

“El FIADI nos apoyaba con recurso humano, y eso venía asociado a que nosotros subamos las acciones de esos niños que se atendían en la sala [sala de estimulación]. Y nosotros, como necesitábamos los recursos, decíamos ‘ya, sí, pásennos los recursos y nosotros nos comprometemos a subir la información de esos niños al SRDM’. Entonces, en los tiempos que teníamos el FIADI, que no era todo el año, si no eran meses acotados, nosotros nos comprometíamos al número que nos daban, nos decían ‘ya, por 6 meses ustedes van a tener tanto recurso humano, y tienen que atender a 50 niños’, y nosotros decíamos ‘ya, vamos a subir a esos 50 niños’” (ESCh, conversación personal, 10 de junio del 2021).

Es decir, el programa ChCC utilizando una táctica económica incentiva el uso del SRDM, consiguiendo redireccionar la conducta de los profesionales. El uso de SRDM cobra sentido para ellos en tanto implica un apoyo económico para el funcionamiento de los servicios de las Salas de Estimulación (y otros), dado que permite la contratación de profesionales para su ejecución. Es entonces a través de un mecanismo económico que ChCC consigue conducir las prácticas de los profesionales, quienes cambian tanto su posicionamiento frente a SRDM, como sus acciones concretas de interacción con el sistema, ingresando la información requerida a cambio de los incentivos. Así, queda en evidencia

la complejidad de los ensamblajes sociotécnicos, y la multiplicidad de tácticas que se despliegan para la producción de información, con alto nivel de detalle, que permite el acceso a la población.

3.4. ¿ QUÉ Y CÓMO SE REGISTRA EN EL HOSPITAL?

Hasta aquí se ha hecho referencia principalmente a instituciones del área social y de salud involucradas en la Red Local del programa ChCC a nivel Municipal. Lo cierto es que dentro de esta red de instituciones también están los hospitales. La mayoría de los partos en la región se llevan a cabo en el Hospital Base ubicado en la capital regional. El parto es la primera experiencia que involucra a un niño o niña con ChCC, y por lo tanto debe ser registrado en el SRDM, dado que permite la introducción del infante-familia al sistema de información. Pese a ello, los profesionales del Hospital Base no hacen el ingreso del parto, y en cambio, envían la epicrisis, que es el documento que se elabora con fines clínicos, a los centros de atención primaria para que allí hagan el ingreso correspondiente. Al respecto, la Coordinadora de ChCC del Hospital Base señala:

“no, en la plataforma del ChCC no registramos nada, solamente hacemos nuestros registros clínicos, y después enviamos todo lo que hicimos a la coordinadora (...) siempre ha habido comunicación, no tan expedita obviamente con los CESFAM. Ellas me envían correos, derivan a pacientes. Si hay alguna paciente que venga con algún caso social, judicial o algún problema se ve todo a través de correo” (CCh1, comunicación personal, 23 de julio del 2021).

Así, a pesar de que en el Hospital los profesionales tienen acceso al SRDM, no se hacen cargo del ingreso del parto, activándose un mecanismo de comunicación alternativo sustentado en el intercambio de correos electrónicos, entregando la responsabilidad del registro a los centros de salud del nivel primario de atención, quienes como ha sido señalado anteriormente, tienen una relación de conflicto con el sistema. En esta misma línea, la coordinadora entrega más detalles del mecanismo de ajuste definido por el Hospital para la entrega de información a los centros de salud:

“lo que hicimos fue facilitar el acceso de ellos a nuestra epicrisis (...) Entonces como todas las díadas se van a control en el CESFAM entre los 7 y los 10 días, ellos tienen acceso inmediato a las epicrisis donde van todos los antecedentes del por qué y el para qué, y si es que hay alguna paciente que requiera de alguna atención previa, o que sea de riesgo” (CCh1, comunicación personal, 23 de julio del 2021).

De esta cita se desprende que el argumento para la utilización de este mecanismo de comunicación tiene que ver con entregar más y más detallada información de la díada a los centros de atención primaria en salud, lo que favorecería el trabajo de los profesionales. Sin embargo, se hace evidente que los profesionales del Hospital se posicionan desligándose de su interacción con el SRDM en lo que respecta al ingreso de información clínica relacionada a los partos. Este posicionamiento cambia cuando la interacción con el SRDM está asociada a la entrega de beneficios materiales para las díadas. Así, la vinculación del Hospital con el ChCC se reconoce mediada por el ingreso de información al sistema, no respecto a una acción clínica propiamente tal, sino que, a la entrega de bienes, específicamente, la entrega de ajuares: “en esa plataforma lo que se registra principalmente son las entregas de los ajuares (...) la técnico en enfermería hace los registros de esos formularios. Y la matrona también ingresa otros datos” (ECh1, comunicación personal, 17 de mayo del 2021).

Es decir, no existe uniformidad en el registro de información en el SRDM, observándose un posicionamiento heterogéneo de parte de los profesionales respecto a su interacción con el mismo. Un elemento relevante a considerar es cómo las tácticas económicas, ya sea a través de entregas de fondos directos, como a través de beneficios para los usuarios, es un incentivo que agencia con fuerza a los profesionales del área de la salud. Ante estos elementos se observa un posicionamiento diferente, más activo y dinámico respecto al ingreso de información al SRDM, en tanto reporta un beneficio para las usuarias/díadas, y el que está asociado a indicadores concretos de logro de objetivos de las instituciones en relación con ChCC.

4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados antes expuestos, vemos que el SDRM no ha logrado alinear los distintos intereses de los distintos actores involucrados en la política de infancia, lo cual, de acuerdo con la literatura revisada, es un requisito

para la estabilización de las nuevas redes que se generan por incorporación de los Sistemas de Registros (Cresswell, 2010). Desde el área Social, donde se aloja el ChCC el SDRM se visualiza como una herramienta para orientar la acción de los distintos sectores involucrados en las acciones de gobierno sobre los niños, niñas y adolescentes. De este modo, el SDRM materializa la idea de red que se sostiene por medio del flujo de información (Collén y Titado, 2012).

Sin embargo, esta se realiza a condición de la extracción de recursos y datos principalmente desde el sector salud donde, el flujo de información que predetermina el SDRM no logra capturar los intereses de profesionales y técnico, actores centrales para la alimentación del sistema. En tal sentido, vemos que quedan en evidencia las bases biopolíticas del programa ChCC (Baker, 1998; Calquin Donoso et al., 2019; García Quiroga et al., 2018; Tolentino Toro, 2013) en tanto, hechos biológicos tales como el parto y acciones biomédica tales como vacunas y controles del recién nacido, son claves para la existencia del sujeto/objeto de la política en la red de flujos de información que pretende alinear a los distintos actores, es decir el infante y la diada madre/hijo. Estos existen o se produce como objetos de gobierno del ChCC, en tanto el registro de actos biomédicos los produzcan, con lo cual se evidencia que el sujeto/objeto de la política emerge a partir de una racionalidad de gobierno que apunta a la administración de la vida de la población: requiere de la información de acciones y controles sobre los cuerpos biológicos.

Sin embargo, los sistemas de salud han generado sus propios Sistemas de Información, los que además, dada las características de la política en salud en Chile, se han implementado de acuerdo a las gestiones autónomas de cada uno los dispositivos (Carrasco y Medina, 2019). Esto ha llevado a una gran heterogeneidad y fragmentación de los sistemas de registros al interior del propio sistema de salud, con lo cual, el SDRM aparece para los equipos como un tercer o cuarto registro que además, no tiene utilidad para los fines del propio sistema sanitario. Por otra parte, vemos que, entre los distintos niveles de atención en salud también se dan diferencias en torno a la disposición a integrar el SDRM: en el área de atención primera donde hay algún grado de transferencia de recursos desde el nivel municipal del ChCC se observan procesos de negociación por los cuales se logra, en alguna medida, que los profesionales y técnicos ingresen alguna información. En estas negociaciones se proponen aspectos mínimos que son los que pueden ser ingresados al SDRM con los recursos de los equipos de salud. A diferencia de esto, en el hospital parece no haber ningún tipo de negociación para que se ingresen las acciones realizadas. Luego, debido a la necesidad del registro del parto como primer acto de gobierno sobre la vida de los sujetos, los Centros de Atención Primaria se han visto en la necesidad de absorber el ingreso de esta acción que ocurre en el hospital para luego poder seguir teniendo acceso a registrar las acciones propias, tales como controles y

vacunas. De esta manera vemos cómo la epicrisis del parto debe desplazarse como registro desde el hospital a los Centros de Atención Primaria por medio de acciones de otros actores, a fin de que se pueda ingresar al SDRM.

La insistencia en que los equipos de salud adopten el SDRM del ChCC pese a su fracaso puede ser un reflejo de una lógica de gobierno, según la cual, cada actor busca el logro de sus objetivos, más que la articulación con otros. El SDRM como tecnología de gobierno no ha logrado enrolar a actores claves. El registro se disputa entre distintas tecnologías de gestión, cada una con sus propias lógicas respecto de dónde se registra y qué se registra. Así, a pesar de la evidente competencia entre sistemas de registro, no se observa desde el área social la voluntad de homogeneizar los sistemas de registros o de incorporar los intereses del sector salud en su diseño.

Por último vemos que, bajo la lógica de gestión de la Nueva Administración Pública, la capacidad de enrolar a actores con sistemas de registro está supeditado, en gran medida, a su relación con la asignación de recursos y financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrieta-Flórez, R., Córdoba-Girado, L. L., & Sayas-Contreras, R. (2021). Implementación de la política de primera infancia en Cartagena, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(3), 118-141.
- Baker, B. (1998). Childhood in the emergence and spread of US public schools. *Foucault's challenge: Discourse, knowledge, and power in education*, 117-143.
- Ball, S. J., & Youdell, D. (2008). Hidden privatisation in public education.
- Bedregal, P., Torres, A., & Carvallo, C. (2014). Chile crece contigo: El desafío de la protección social a la infancia. *Documento de Trabajo. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*.
- Benitez, V. L. (2021). Políticas de protección a la infancia y adolescencia en Uruguay. Una aproximación a los programas con metodología de proximidad. *Persona y Familia*(10), 63-84.
- Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International journal of medical informatics*, 55(2), 87-101.

- Berg, M., Aarts, J., & Van der Lei, J. (2003). ICT in health care: sociotechnical approaches. *Methods of information in medicine*, 42(04), 297-301.
- Booth, R. G., Andrusyszyn, M. A., Iwasiw, C., Donelle, L., & Compeau, D. (2016). Actor-Network Theory as a sociotechnical lens to explore the relationship of nurses and technology in practice: methodological considerations for nursing research. *Nursing Inquiry*, 23(2), 109-120.
- Brady, M. (2014). Ethnographies of neoliberal governmentalities: From the neoliberal apparatus to neoliberalism and governmental assemblages. *Foucault Studies*, 11-33.
- Callon, M. (1986). The sociology of an actor-network: The case of the electric vehicle. In *Mapping the dynamics of science and technology* (pp. 19-34). Springer.
- Calquín Donoso, C. (2017). Maternidad y gobierno de los hombres: el caso de la invención de la "maternidad científica". *Rumbos TS*(16), 11-34.
- Calquín Donoso, C., Guerra, R., Vásquez, S., & Yáñez-Urbina, C. (2019). Sujetos cerebrales: repertorios interpretativos de los usos de la neurociencia en las políticas públicas de infancia temprana en el Chile actual. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(2), 25-46.
- Calquín Donoso, C., Guerra-Arrau, R., & Araya Fernández, N. (2021). Vidas expuestas, sufrimiento y agravio moral: El caso de trabajadores del área psicosocial en tiempos de pandemia Covid-19. *Psicoperspectivas*, 20(3), 163-176.
- Calquín-Donoso, C., & Yáñez-Urbina, C. (2020). Metáforas de la maternidad en un sistema de atención sanitaria de la infancia en Chile: entre la naturaleza y el capital humano. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 5(2), 44-59.
- Carrasco, J., & Medina, S. (2019). El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28, e280424.
- Cresswell, K. M., Worth, A., & Sheikh, A. (2010). Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC medical informatics and decision making*, 10(1), 1-11.

- Díaz De Landa, M. (2020). Pandemia Covid-19. Biopolítica y estado de excepción.
- Donoso, C. C., & Arrau, R. G. (2018). Gobernando la infancia pobre. Familiarización y neuropsicologización en el programa Chile Crece Contigo1. *El Estado y las mujeres: el complejo camino hacia una necesaria transformación de las instituciones*, 135.
- Donoso, C. C., Arrau, R. G., & Vásquez, S. (2020). Narrativas de mujeres sobre la maternidad en un contexto de intervención sociosanitaria en la infancia temprana del Chile actual. *Saúde e Sociedade*, 29.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)* (Vol. 283). Ediciones Akal.
- García Quiroga, M., López, V., Calquín, C., & Salvo Agoglia, I. (2018). Sección Temática Infancia, poderes, subjetividades. *Psicoperspectivas*, 17(2), 1-6.
- Latour, B. (2007). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oup Oxford.
- Latour, B., & Woolgar, S. (2013). *Laboratory life*. princeton university press.
- Marín Casanova, J. A. (2020). Del virus al infovirus: Vistas sobre la pandemia desde la biopolítica, la teoría de la excepción y la psicopolítica, a la tecnopolítica. *ETHIKA+*, 2, 209-229.
- Marroig, A., Perazzo, I., Salas, G., & Vigorito, A. (2017). Evaluación de impacto del programa de acompañamiento familiar de Uruguay Crece Contigo. *Serie Documentos de Trabajo*; 15/17.
- MIDESOF. (2016). Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo. Segunda Edición.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). Panel de expertos para la Revisión y recomendación de mejoras estratégico-programáticas del subsistema de Protección integral a la infancia Chile Crece Contigo. Informe Final.

- Rubio, R. R., Chancy, V. B., & Donoso, C. C. (2017). Biopolítica del cuidado en contextos neoliberales. Reflexiones sobre el Programa Chile Crece Contigo. In J. Patiño (Ed.), *Cuidados y políticas públicas en América Latina* (pp. 111-136). CLACSO.
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*(10), 21-49.
- Sisto, V., & Fardella, C. (2015). Instrumentos de Gestión, Sujetos y Dispositivos: El estudio de los cambios en el trabajo público en el contexto de las reformas manageriales. Ponencia I Congreso Latinoamericano de Teoría Social, Buenos Aires, agosto,
- Subsecretaría, E. S. (2017). Informe Final. Evaluación de las redes comunales del Subssistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.
- Tirado, F. J., & Domènech, M. (2001). Extituciones: del poder y sus anatomías. *Política y Sociedad*, 36, 191-204.
- Tolentino, K. (2020). Maltrato infantil y discursos científicos: individualización, familiarización y a-institucionalización de la violencia. *Revista de la Asociación Latinoamericana para la Formación y enseñanza de la Psicología*, 8(24), 99-113.
- Tolentino Toro, K. (2013). *Violencia Contra Violencia Política pública de protección a la infancia vulnerada por mal-trato infantil en Chile: La Regulación de niñas y niños*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Torres, A., Lopez Boo, F., Parra, V., Vazquez, C., Segura-Pérez, S., Cetin, Z., & Pérez-Escamilla, R. (2018). Chile Crece Contigo: Implementation, results, and scaling-up lessons. *Child: care, health and development*, 44(1), 4-11.
- Unicef. (2006). Convención sobre los Derechos del Niño.
- Walsham, G. (2020). Health information systems in developing countries: some reflections on information for action. *Information Technology for Development*, 26(1), 194-200.