



EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA (CHILE CRECE CONTIGO)

**INFORME FINAL REVISADO
SEPTIEMBRE DE 2012**

ÍNDICE

GLOSARIO.....	4
PRESENTACIÓN.....	5
1. OBJETIVOS.....	5
2. METODOLOGÍA	6
2.1. Diseño metodológico e hipótesis.....	6
2.2. Diseño Muestral.....	9
<i>Procedimiento de selección</i>	9
2.3. Instrumentos	10
a) Instrumento de Medición del Desarrollo.....	10
b) Instrumento de Medición del Conocimiento, uso y satisfacción con el programa	12
2.4. Descripción del proceso de preparación del trabajo de campo	13
a) Pretest	13
b) Capacitación de aplicadores del test y la encuesta	14
c) Reporte final de terreno	15
d) Caracterización de la muestra	17
3. DISEÑO DEL PROGRAMA.....	21
3.1. Diseño del proceso productivo	21
a) Descripción general del programa.....	21
b) Política global y/o sectorial a que pertenece el programa	24
<i>El Sistema de Protección Social</i>	25
<i>El origen mediano e inmediato del Chile Crece Contigo</i>	26
<i>La ley que sustenta a Chile Crece Contigo</i>	27
c) Justificación del programa.....	28
d) Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo	29
<i>Población potencial y objetivo de los componentes de alcance universal: Programa</i> <i>Educativo Masivo</i>	30
<i>Población potencial y objetivo de los componentes de alcance focalizado: Programa de</i> <i>Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial</i>	31
<i>Población potencial y objetivo de las prestaciones diferenciadas</i>	32
e) Los actores del programa.....	33
<i>Herramientas de apoyo a las Redes</i>	39
<i>Procesos de atención y derivación</i>	39
4. EFICACIA DEL PROGRAMA	40

4.1. Resultados a nivel de productos	40
Metodología	40
a) Beneficiarios efectivos del programa	42
b) Análisis de cobertura.....	42
c) Grado de focalización del programa.....	43
4.2. Resultados Intermedios.....	44
a) Conocimiento y evaluación general del programa	45
b) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones del Programa Educativo Masivo....	46
c) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones del Programa de Apoyo Biopsicosocial	48
d) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones dirigidas a niños y niñas con vulnerabilidad, déficit o rezago	52
e) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones dirigidas a niños y niñas hospitalizados	53
f) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones diferenciadas.....	56
g) Fomento de la Lactancia	59
h) Evaluación subjetiva del trato del personal en consultorios	59
4.1. Resultados Finales	61
a) Implementación de la Metodología	61
a) Indicadores de Impacto.....	63
b) Resultados según hipótesis de investigación.....	66
c) Reflexiones finales	77
5. USO DE RECURSOS DEL PROGRAMA	79
5.1. Análisis de los Recursos Financieros	79
5.2. Análisis de aspectos relacionados con la eficiencia	87
5.3. Gastos No Financieros.....	89
5.4. Gastos Totales.....	90
6. MEDICIÓN GLOBAL DE DESEMPEÑO	90
7. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD DEL PROGRAMA	¡Error! Marcador no definido.
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	92
8.1. Diseño y gestión	92
8.2. Eficacia	92
8.3. Recursos.....	94

GLOSARIO

CCC	Chile Crece Contigo
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
KPI	Key Performance Indicators
PADB	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
REM	Registro Estadístico Mensual
SERPLAC	Secretaría Regional Ministerial de Planificación y Coordinación
SIGEC	Sistema de Gestión de Convenios
SRMD	Sistema de Registro, Monitoreo y Derivación
SUF	Subsidio Único Familiar

EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA (CHILE CRECE CONTIGO)

PRESENTACIÓN

El presente documento constituye el Informe Final de la Evaluación de Impacto del Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo, CCC), que Asesorías para el Desarrollo ha llevado a cabo por encargo de la Dirección de Presupuesto, DIPRES.

El presente informe se organiza en 8 secciones: en la primera se presentan los objetivos de la evaluación, luego se da cuenta de la metodología utilizada, a continuación se presenta el diseño general del programa evaluado y luego se presentan los resultados de la evaluación en materia de eficacia del programa. A continuación se indica cómo se han usado los recursos del programa, para luego entregar la medición global de su desempeño. Finalmente, se presentan argumentos para justificar su continuidad las conclusiones y recomendaciones de la evaluación.

1. OBJETIVOS

El objetivo general de la Evaluación es “analizar los resultados intermedios y finales o impactos atribuibles al Sistema Chile Crece Contigo. No obstante lo anterior, también se espera obtener juicios evaluativos respecto de aspectos de diseño y resultados a nivel de productos”.

A su vez, tiene los siguientes objetivos específicos:

1. Desarrollar y aplicar metodologías de evaluación, cuantitativas y cualitativas, que permitan conocer si CCC ha logrado los resultados intermedios y finales o impactos esperados, en los niños y niñas de primera infancia (0 a 4 años)
2. Evaluar la eficiencia y uso de recursos del programa
3. Entregar conclusiones precisas, identificando claramente las debilidades e insuficiencias en términos de resultados y realizar recomendaciones que permitan mejorar el desempeño de estos.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño metodológico e hipótesis

Como se señaló en la propuesta adjudicada, el diseño metodológico utilizado en esta evaluación de impacto es atípico. Ello se explica por los **dos grandes desafíos que enfrentó esta evaluación**, los que detallan a continuación:

- *La universalidad de Chile Crece Contigo*: es un subsistema que llega a todos las madres y niños menores de 4 años, por tanto no es posible disponer o construir un grupo de control “sin programa” que sea exactamente equivalente al grupo “con programa”. Esto es así ya que Chile Crece Contigo contempla prestaciones universales –que llegan a los beneficiarios del sistema público de salud- y focalizadas o diferenciadas.
- *La falta de maduración del programa*: Chile Crece Contigo es un programa nuevo –se implementa desde 2007-, lo que no es simple en tanto para lograr impacto, los programas sociales requieren madurar su implementación, y sus beneficiarios “decantar” sus efectos. A sólo 4 años de implementación en las comunas más antiguas, y a menor tiempo en el resto de ellas, es probable que estos efectos apenas estén empezando a cristalizarse. La afirmación anterior se fortalece al saber, como se desprende de algunos estudios y como lo reconocen los TDR para este estudio, que la implementación ha sido heterogénea.

Asumiendo estas situaciones, el diseño metodológico de esta evaluación se aparta del modelo de evaluación de impacto que en general utiliza la DIPRES. El modelo propuesto trabaja *no* con un grupo de control “sin programa” –que por lo demás, no existe en términos puros porque el programa es universal- sino con “pseudo grupos de control”, que responden a distintas “intensidades de tratamiento”. Concretamente, estos grupos se conformaron con niños y sus madres, en comunas con implementaciones de distinta data o tiempo de operación y con una implementación CCC buena o pobre. Esta opción nos parece más “justa” con el diseño del CCC y, a la vez, ofrece la posibilidad de contar con conclusiones más ajustadas a la realidad y recomendaciones que sean más útiles a los responsables del CCC, sus operadores y policymakers en general.

Los pseudo grupos de control estuvieron constituidos por niños y sus madres, en comunas con implementaciones de distinta data o tiempo de operación y con diversos grados de consolidación o implementación del programa. En esos términos, la muestra se construyó utilizando dos variables: calidad de la implementación, aproximada a través de distintos indicadores que dan cuenta de la gestión del programa en la comuna, y cohorte. A continuación detallamos en qué consiste cada una de ellas:

- **Cohorte**: esta variable se refiere al año de instalación de Chile Crece Contigo en las comunas, de manera tal que las comunas pertenecen a una de las dos cohortes: 2007, ó 2008-2009.
- **Calidad de la implementación**: esta variable se definió utilizando la información aportada por el KPI (Key Performance Indicators). KPI es un indicador desarrollado por la Secretaría Ejecutiva de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social, que da cuenta de la gestión del CCC a nivel comunal. Su fórmula de cálculo se obtiene del promedio simple entre 5 índices, los que se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 1: Sub índices que conforman el KPI

Tipo de índice	Descripción	Fórmula de cálculo	Meta	Frecuencia de cálculo	Fuente de información
Índice de gestión fondos	Da cuenta de la evolución de los convenios por mes, desglosado por los diferentes fondos del CCC	Promedio simple entre % evolución del gasto de cada fondo y % Cumplimiento rendición de las convocatorias.	100%	Mensual	SIGEC
Índice gestión operativa de la Red - SRMD	Indicador que da cuenta del uso de la plataforma de SRMD para el 2011	Promedio simple entre porcentaje de ingreso de gestantes, % niños ingresados y % de derivaciones de gestantes	60%	Mensual	SRMD/DEIS
Índice articulación CCC	Indicador que da cuenta si la comuna realiza un mínimo de reuniones y tiene los instrumentos necesarios para el cumplimiento de los objetivos del CCC.	Promedio simple entre: % participación red básica, % cumplimiento reunión, existencia flujograma, existencia plan anual, y existencia mapa oportunidades.	100%	Mensual	SERPLAC
Índice PADB	Indicadores Centinelas del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	La formulación está dada en la hoja PADB	Valor se monitoreará durante segundo semestre	Mensual	DEIS
Índice gestión de convenios de salud	Indicador de cumplimiento de convenios PADB firmados entre Servicios de Salud y comunas.	0% no realizado, 100% realizado	0% a junio, durante el segundo semestre se hará pesquisa de este indicador	Mensual	SERPLAC

Nota: El detalle de los sub indicadores que componen cada índice se adjunta en anexo.

Fuente: información entregada por la División de Promoción y Protección Social, del Ministerio de Desarrollo Social.

Utilizando esta información, se catalogó la calidad de la implementación de Chile Crece Contigo en las comunas como “buena” o “pobre”. Para ello, se ordenó las comunas según valor KPI y se seleccionó el 15% superior e inferior. Los datos utilizados son los de mayo 2011, los que se adjuntan en un anexo de este informe¹. El cuadro siguiente presenta los cuatro grupos que se conforman cruzando Cohorte y Calidad de la Implementación.

¹Es importante señalar que el valor KPI entrega una fotografía de la situación comunal, en las variables que mide, en un determinado momento, y por tanto no necesariamente da cuenta del comportamiento de la comuna a través de todo el tiempo. Pese a ello, y en ausencia de otros indicadores, se le consideró una herramienta útil para la segmentación de comunas en tanto se construye sobre datos objetivos y verificables. Su utilización fue consensuada con el Ministerio de Desarrollo Social en las primeras etapas de la consultoría.

Cuadro n° 2: Composición del universo considerado en el modelo de evaluación de impacto.

Calidad de la Implementación comunal CCC, basado en KPI	Cohorte 1: 2007 (159 comunas)	Cohorte 2: 2008-09 (186 comunas)
Implementación “buena” 2010	B1 (Implementación Buena cohorte 1)	B2 (Implementación Buena cohorte 2)
Implementación “pobre” 2010	P1 (Implementación Pobre cohorte 1)	P2 (Implementación Pobre cohorte 1)

Este diseño nos permitió revisar diversas hipótesis de estudio orientadas a analizar la adicionalidad de Chile Crece Contigo en los niños/as de acuerdo a diversos períodos de exposición y a diversas calidades de su implementación. No obstante, se debe tener presente que teóricamente existen varios factores que no pudieron ser incorporados en el diseño debido a restricciones de información y que podrían estar afectando la homogeneidad de las comunas incluidas en cada grupo. Lo anterior, podría afectar las comparaciones con fines evaluativos que se realicen entre grupos de comunas e introducir algún sesgo en los resultados. Entre estos factores cabe mencionar:

- (i) Diferencias en las capacidades y los recursos disponibles en los Servicios de Salud encargados de implementar el programa en cada comuna.
- (ii) Diferencias en las capacidades y los recursos disponibles en las municipalidades encargadas de implementar el programa en cada comuna.
- (iii) Diferencias en la oferta pública y privada de otros servicios orientados a la infancia y la familia relevantes para el programa (educación, recreación, cultura, etc.)

De este modo, se generó un modelo cuyas hipótesis se explican en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 3: Hipótesis consideradas en el Modelo de Evaluación

Grupos de Comparación	Hipótesis	Interpretación
1. Cohorte Total 2007 (B1, P1) vs Cohorte Total 2008 – 2009 (B2, P2)	B1, P1 mayor que B2, P2	El desarrollo infantil es mayor en los niños que vienen de comunas donde CCC se implementa en 2007 que en aquellos que provienen de comunas donde se implementa en 2008-2009, debido a que en estas comunas el programa ha alcanzado mayor madurez, esto independientemente de la calidad de la implementación del programa.
2. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Buena Implementación Cohorte 2008 – 2009 (B2)	B1 mayor que B2	
3. Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007 (P1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (P2)	P1 mayor que P2	
4. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007 (P1)	B1 mayor que P1	La calidad de la implementación tiene efectos positivos sobre el desarrollo infantil.
5. Grupo Buena Implementación Cohortes 2007 (B1) y 2008 (B2) v/s Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007 (P1)	B1, B2 mayor que P1	
6. Grupo Buena Implementación Cohorte 2008 (B2) v/s Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 (P2)	B2 mayor que P2	
7. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (P2)	B1 mayor que P2	Comparar al grupo con implementación temprana de buena calidad con el grupo de implementación tardía de pobre calidad permite estimar el efecto máximo del CCC.

2.2. Diseño Muestral

El diseño metodológico original suponía que estaban disponibles las bases de datos de niños Chile Crece Contigo a partir del año 2007. Bajo esta suposición, se consideraba un procedimiento de construcción de la muestra *de niños* desde dichas bases de datos del programa.

Por diversas razones ajenas a la voluntad de Asesorías para el Desarrollo, se debió solicitar una muestra de gestantes, información que se registra en base de datos a partir del inicio del programa, en 2007². La muestra de gestantes requerida alcanzaba a 1.604 casos, distribuidos por región y segmento tal como se indica en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 4: Comunas a considerar en cada segmento y región

Región	Mal evaluadas				Buenas	
	Con Indicador PADB		Sin Indicador PADB ³			
	2007 (P1a)	2008-09 (P2a)	2007 (P1b)	2008-09 (P2b)	2007	2008-09
Arica y Parinacota					1	
Tarapacá					2	
Atacama	1		1			
Coquimbo					1	2
Valparaíso	1	1	1	1		5
Metropolitana	3	6	3	4	1	2
Ohiggins		1			2	1
Biobío	1	4	1	3	3	3
Araucanía	1		1		3	1
Los Lagos	2		1		2	1
Los Ríos	1		1		2	
Total (comunas)	10	12	9	8	17	15
Muestra final (madres/niños)	200	240	180	160	374	450
Total muestra	1.604 casos/ 71 comunas					

Sin embargo, tras diversas estimaciones y consideraciones⁴, se optó por solicitar una sobre muestra de 3.766 casos, a objeto de poder hacer los reemplazos que fuesen necesarios.

Procedimiento de selección

Como se había acordado previamente, y tal como se estableció en el Informe metodológico, el procedimiento de selección de los casos se realizó de manera aleatoria en las comunas seleccionadas, desde las bases de datos que administra el Ministerio de Desarrollo Social.

² Inicialmente, la “muestra de niños” sería seleccionada por el Ministerio de Desarrollo Social a partir de una “muestra de comunas” entregada por Asesorías para el Desarrollo. Asesorías entregó dicha muestra, pero finalmente se nos informó que no existían bases de datos *suficientemente pobladas* de niños nacidos antes del 2009, dado que, según se constató con el Ministerio de Desarrollo Social al revisar la base de datos, hay muy pocos registros de niños con fecha de nacimiento anterior a ese año.

³ Los datos se consiguieron en agosto de 2011, pero la información contenida daba cuenta de la situación hasta mayo 2011. Para esa fecha, este dato aún no estaba disponible para todas las comunas.

⁴ Como tendríamos una lista de gestantes, no sabíamos a priori si los niños efectivamente habían nacido; si en el transcurso de estos años, habían muerto; si habían sido dados en adopción; si ahora vivían en otra comuna, u otras situaciones que se tradujeran en dificultades para acceder a los niños.

La muestra de gestantes debía permitirnos llegar a los niños que a octubre de 2011 –la fecha inicial en que se había programado la aplicación de los instrumentos- , tuvieran entre 3.5 y 4.5 años (3 años, 6 meses y 4 años, 6 meses). Para ello, necesitábamos una muestra de las gestantes cuyos hijos hubiesen nacido entre abril 2007 y abril 2008 (cuyos hijos tendrían entonces a octubre de 2011, entre 3 años, 6 meses y 4 años, 6 meses), para las comunas anteriormente señaladas. De acuerdo a lo conversado con el Ministerio de Desarrollo Social, se requeriría la información de las gestantes cuya fecha estimada de parto fuese entre 01/04/2007 y 30/04/2008.

Sin embargo, tras un primer análisis del número de casos disponibles en las comunas seleccionadas de la muestra, se determinó que dicho número de casos era extremadamente insuficiente. Por esta razón, se acordó ampliar en un mes el margen de edad de los niños a testear, de manera de disponer de una muestra de las gestantes con fecha estimada de parto entre 01/04/2007 y 31/05/2008 (cuyos hijos tendrían entonces a noviembre de 2011-fecha en que inicialmente se estimaba se aplicaría la encuesta- , entre 4 años, 7 meses y 3 años, 5 meses), para las comunas anteriormente señaladas.

Se acordó también que dada la escasez de casos, se solicitaría al Ministerio de Desarrollo Social la base total de gestantes con fecha estimada de parto entre 01/04/2007 y 31/12/2008, de modo de que la consultora dispusiera de un mayor margen para buscar los casos⁵.

Una vez que se dispuso de los casos, para cada comuna se seleccionó el número indicado de gestantes, mediante un muestreo aleatorio simple sobre la lista ordenada por nombre y apellido de cada gestante.

2.3. Instrumentos

a) Instrumento de Medición del Desarrollo

La propuesta metodológica inicial de esta consultoría apostó por utilizar la combinación de dos test: TEPSI y AGES AND STAGES – SOCIOEMOCIONAL, por medio de los cuales se medirían las dimensiones Motricidad, Coordinación, Lenguaje y Competencias emocionales y sociales de niños y niñas. Tras reevaluar esta decisión, y en respuesta a la sugerencia realizada por el Ministerio de Desarrollo Social⁶, se optó por utilizar como instrumento el **Inventario de Desarrollo Battelle**.

Se utilizó la versión traducida y adaptada en España del Inventario de Desarrollo Battelle⁷, disponible en el mercado nacional, pero reducida y readaptada por el Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP), institución de destacada trayectoria en el

⁵El Ministerio de Desarrollo Social proporcionaría la muestra seleccionada con toda la información de contacto más actualizada que poseyera para cada gestante, lo que implicaría, una vez obtenida la muestra, completar dicha información con los datos de la base de la Ficha de Protección Social u otras.

⁶ El Ministerio de Desarrollo Social señaló en esa oportunidad que el Inventario Battelle se había utilizado en investigaciones nacionales importantes (Integra, Programa Juguemos Juntos, Evaluación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial) de manera satisfactoria, y que se contaba con una versión en español, de estandarización reciente, aunque no en población chilena.

⁷ De la Cruz y González, 1996.

estudio sobre el desarrollo integral infantil⁸. Esta prueba evalúa habilidades fundamentales del desarrollo/aprendizaje en niño/as con edades comprendidas entre los 0 y los 8 años.

Entre las ventajas de este instrumento, se puede señalar que cuenta con buenos indicadores psicométricos de validez y confiabilidad, cubre un amplio rango de edad, incluye áreas muy relevantes del desarrollo infantil y cada subárea entrega puntajes estandarizados.

La forma de aplicación de la prueba es a través de ítemes estructurados de evaluación directa al niño(a), observación de conductas y preguntas al adulto. Cada ítem puede ser calificado con 2, 1 ó 0 puntos, según instrucciones específicas. En todos los casos, los niños y niñas deben ser evaluados en presencia de un adulto significativo; con la madre o cuidadora o con la agente educativa estable. La aplicación de la prueba tarda aproximadamente 30-40 minutos por niño/ay debe ser administrada por psicólogos debidamente capacitados⁹.

La versión adaptada por CEDEP cubre nueve subáreas del test original, que se describen a continuación.

⁸ El Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP) fue creado en 1977. Su misión a lo largo de estos años ha sido aportar conocimientos y herramientas que permitan mejorar el desarrollo integral de los niños de sectores marginales, valorando los primeros años de la vida como etapa fundamental del desarrollo humano y contribuyendo a las políticas públicas relacionadas con la niñez. El quehacer fundamental de la institución ha sido la investigación. Durante los últimos años ha realizado capacitaciones y asesorías en desarrollo psicosocial infantil a profesionales que trabajan en primera infancia en el sector salud y educación, evaluación de programas, diseño de programas de intervención y construcción de instrumentos de evaluación para la primera infancia. El detalle de los estudios e investigaciones se encuentra en su página web www.cedep.info. Dentro de los últimos trabajos realizados, se han efectuado capacitaciones –en el marco del sistema Chile Crece Contigo–, en desarrollo integral de la infancia para equipos de salud y educación en las comunas de Valdivia y Portezuelo. Desde el año 2000 hasta la fecha, CEDEP ha estado a cargo de ejecutar programas comunales de apoyo a la primera infancia en distintas comunas de la VIII región, que desde el año 2007 se han coordinado con el sistema CCC. El año 2011 se finalizó el estudio “Efectividad de la Sala Cuna JUNJI: un estudio longitudinal”, donde desde 2007 se ha hecho un seguimiento anual a una muestra representativa a nivel nacional de niños y sus madres, que han sido entrevistadas año a año en centros de salud y los propios domicilios.

⁹ En anexo se adjunta una descripción más completa del Inventario de Desarrollo Battelle.

Cuadro n° 5: Descripción de las áreas y subáreas seleccionadas del Inventario de Desarrollo Battelle

ÁREA	SUBÁREA
MOTORA: Evalúa la capacidad del niño para usar y controlar los músculos del cuerpo (desarrollo motor grueso y fino).	Coordinación Corporal: evalúa aspectos del desarrollo motor grueso, la capacidad del niño para utilizar su sistema muscular y para establecer un control y una coordinación corporal cada vez mayor.
	Motricidad Fina: evalúa el desarrollo, el control y coordinación muscular del niño, especialmente la musculatura fina de brazos y manos que permite llevar a cabo tareas cada vez más complejas.
COMUNICACIÓN: Evalúa la recepción y expresión de información, pensamientos e ideas por medios verbales y no verbales.	Comunicación Receptiva: evalúa la discriminación, reconocimiento y comprensión de sonidos y palabras, así como la información recibida a través de gestos, signos u otros medios no verbales.
	Comunicación Expresiva: evalúa la producción y uso de sonidos, palabras o gestos como medio para transmitir información a los demás. También evalúa el conocimiento y la capacidad del niño para usar reglas gramaticales sencillas en la formación de expresiones y frases.
COGNITIVA: Evalúa habilidades y capacidades de tipo conceptual.	Memoria: evalúa la capacidad del niño para recuperar información cuando se le dan pistas adecuadas.
	Razonamiento y Habilidades Escolares: evalúa las habilidades de pensamiento crítico que el niño necesita para percibir, identificar y resolver problemas; analizar y valorar los elementos de una situación, los componentes que falten, las contradicciones y las incoherencias, juzgar y valorar ideas, procesos y productos. También aprecia las capacidades necesarias para lograr un buen rendimiento en la escuela: lectura, escritura y matemáticas.
PERSONAL-SOCIAL: Evalúa las capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas.	Interacción con el Adulto: evalúa la calidad y frecuencia de las interacciones del niño con los adultos. Estas interacciones incluyen comportamientos como el apego infantil, la respuesta al inicio de contactos sociales y la utilización de los adultos como recurso.
	Expresión de Sentimientos/Afectos: evalúa la capacidad del niño para expresar sentimientos de la forma y en las situaciones adecuadas. También evalúa los componentes afectivos de la conducta: sentimientos y actitudes del niño en diferentes ambientes.
ADAPTATIVA: Evalúa las conductas que permiten al niño ser más independiente.	Alimentación: evalúa la capacidad del niño para comer, beber y realizar eficazmente las tareas relacionadas con la alimentación.

Para calcular y analizar los resultados de la evaluación, se sigue el procedimiento de la prueba original. Los puntajes brutos obtenidos en cada una de las nueve subáreas, se transforman a percentil y luego a puntaje T.

b) Instrumento de Medición del Conocimiento, uso y satisfacción con el programa

La presente evaluación incluyó la aplicación de un Cuestionario de conocimiento, uso y satisfacción del programa, a madres, que se puede encontrar en anexo. La versión utilizada fue mejorada sucesivamente tras los comentarios recibidos a la versión presentada en el Informe metodológico, la aplicación del pretest y nuevos comentarios recibidos de DIPRES y el Ministerio de Desarrollo Social.

2.4. Descripción del proceso de preparación del trabajo de campo

a) Pretest

Sólo se realizó pre test del Cuestionario, dado que el Instrumento de medición del desarrollo infantil de Battelle ya ha sido probado y validado por el CEDEP¹⁰.

El pre-test del cuestionario se orientó a evaluar la comprensión y en general, el nivel de aplicabilidad en los cuidadores principales del niño. El período de campo estuvo comprendido durante los días 4 y 5 de agosto, en los cuales se visitó consultorios ubicados en las ciudades de Santiago y Rancagua, donde se entrevistó a 61 cuidadores. Las comunas donde se aplicaron las encuestas se individualizan en el cuadro siguiente:

Cuadro n° 6: Comunas donde se aplicó pretest

Comuna	N° de encuestas aplicadas
LA FLORIDA	10
MACUL	10
RANCAGUA	30
RECOLETA	11
<i>Total</i>	<i>61</i>

La aplicación fue realizada por 4 encuestadoras, quienes fueron capacitadas el día 03 de Agosto, oportunidad en la cual se hizo una revisión exhaustiva del instrumento de medición y se repartió una muestra de once posibles consultorios en los cuales levantar muestra. La instrucción fue acudir a los consultorios y seleccionar, mediante una hoja de filtro, a madres que tuvieran hijos en alguno de los dos segmentos (2007 ó 2008) y así completar las cuotas que se proponían en el informe metodológico. La encuesta duró un promedio de 18 minutos.

Como resultado del pretest, se realizaron las siguientes correcciones al cuestionario:

- Se agregó a la sección de datos socio demográficos una pregunta que diera cuenta de la relación del cuidador con el niño a evaluar: familiar (madre/padre, abuela/o, tía/o, hermana/o) u otro.
- Se agregó a la sección de datos del niño a completar previos a la realización del test una casilla para anotar la cohorte (2007 y 2008-2009) a la cual pertenece la comuna en la que este ha recibido las prestaciones del programa CCC.
- Se agregó en la misma sección anterior una casilla para anotar la edad del niño a evaluar.
- Se agregó un filtro que tenía por objetivo asegurar la distribución requerida por cohorte, además de asegurar que la persona tuviera conocimiento del programa CCC. Ahora bien, según el relato que hicieron las evaluadoras, existen prestaciones que son de conocimiento de los entrevistados pero no están asociadas a la “marca” CCC. Es decir, pueden haber

¹⁰ De todos modos, como veremos en la sección siguiente, dentro del proceso de capacitación de los aplicadores se incluyó un ejercicio de aplicación del test de Battelle.

personas que sin saber de la existencia del programa si conocen y utilizan algunas de sus prestaciones. A raíz de esto es que agregamos la categoría “Nada” a la pregunta uno (P1).

- En el cuestionario del pre-test no se especificó si existía una relación de filtro entre las baterías de preguntas acerca de si i) Conocía ii) Ha usado y/o iii) Le han servido las distintas prestaciones del programa CCC. Luego de observar en el pre-test que algunos de los encuestadores y encuestados preguntaban y respondían acerca del uso de una prestación sin conocerla o de la utilidad sin haberla usado, es que en el nuevo cuestionario se insertó el siguiente filtro:
 - a) ¿Cuáles conoce? (**Si NO conoce => NO contestar si ha usado y si le ha servido**).
 - b) ¿Cuáles ha usado o a cuáles ha accedido? (**Si NO ha usado => NO contestar si le ha servido**).
 - c) ¿Cuáles le han servido en el cuidado o formación de su hijo?
- Bajo la misma lógica anterior, las baterías de preguntas en las cuales se les pide a los encuestados poner nota a las distintas prestaciones solo debiesen aplicarse a quienes conocen esa prestación:

Siguiendo con el mismo listado de prestaciones ¿Con qué nota, del 1 al 7, en que 1 es pésimo y 7 excelente, calificaría a cada una de ellas? **Contestar solo aquellas que declara conocer.**

- Con respecto a la pregunta: ¿Cómo definiría la experiencia del parto en el que nació su hijo? La gran mayoría de los encuestados (98%) contestó “Como algo para recordar” pese a que, según palabras de las encuestadoras, el parto hubiera tenido alguna complicación. Como el objetivo de la pregunta es medir la percepción del parto en categorías positivas o negativas utilizaremos: a) Como una experiencia negativa b) Como una experiencia positiva c) Como algo que me es indiferente.
- Se agregó a la categoría “Exclusivamente artificial” de la pregunta: ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo/a? un paréntesis que dice “suplemento”, para dar una explicación a los evaluadores y a los encuestados sobre qué se está hablando.

b) Capacitación de aplicadores del test y la encuesta

Dados los aplazamientos que sufrió el trabajo de campo, los que se explican en la sección siguiente sobre Reporte final de terreno, fue necesario realizar capacitación a aplicadores en dos oportunidades. La primera se llevó a cabo entre el 31 de agosto y el 2 de septiembre de 2011; y la segunda, entre el 25 y 27 de enero de 2012. Ambas se realizaron en salones del Hotel Presidente, en la comuna de Providencia. El programa desarrollado en estas jornadas, junto con los objetivos y la metodología se presentan en un anexo.

La jornada teórica fue abierta por la coordinadora general del estudio de Asesorías para el Desarrollo, quien junto con motivar a los participantes dio a conocer el marco en que se

desarrolla el estudio e hizo una descripción de los componentes del Sistema Chile Crece Contigo. Luego, un profesional de Statcom, revisó en conjunto con los asistentes la encuesta que se aplicará a las madres. El resto de la jornada se destinó a la capacitación en la aplicación de la prueba a los niños y niñas.

El taller fue dirigido por dos psicólogas de CEDEP con experiencia en evaluación a niños/as pequeños en contextos de investigación y particularmente en el Inventario de Desarrollo Battelle.

La capacitación incluyó un ejercicio de aplicación del test de Battelle. Para ello, CEDEP contactó a JUNJI y Fundación Integra solicitando autorizar una visita a jardines de la Región Metropolitana para este propósito. Los doce jardines seleccionados fueron contactados por CEDEP para asegurar la factibilidad de recibir a cada dupla de trabajo en el día previsto.

La prueba y sus materiales fueron reproducidos y entregados a cada participante por Asesorías para el Desarrollo- Statcom.

c) Reporte final de terreno

Después de sucesivos aplazamientos, dados por la demora en disponer de los datos necesarios para construir la muestra¹¹, se dio inicio a la aplicación de los instrumentos el día 17 de Enero, la que se extendió hasta el 12 de junio de 2012, totalizando casi 5 meses. Este período de aplicación, que inicialmente se había planificado en 2 meses, se explica por una serie de contingencias que se explican en las páginas siguientes.

Se contempló la supervisión presencial de al menos un 20% de las encuestas realizadas por cada encuestador, de las cuales un máximo de 10% fueron efectuadas vía telefónica.

Tras 5 meses de aplicación, la **muestra obtenida** es la que se presente en el siguiente cuadro:

¹¹ Los aplazamientos estuvieron dados por la dificultad de consolidar una base de datos que permitiera extraer la muestra. Inicialmente se había solicitado una base de datos de niños, pero sólo luego de 21 días de solicitada, el Ministerio respondió que no existía una base de datos de niños para el período señalado. Se concordó entonces solicitar una base de datos de gestantes, pero luego de un tiempo se evidenció que esta base estaría muy despoblada, de manera tal que durante el mes de septiembre se resolvió que el Ministerio de Desarrollo Social entregaría a Asesorías para el Desarrollo *todos los casos existentes*, de manera de lograr construir la muestra. La entrega de esta base de datos se realizó mediante la firma de un Convenio entre este ministerio y la consultora, cuya tramitación también tomó tiempo, de manera tal que Asesorías para el Desarrollo sólo logró disponer de los datos que permitían salir a terreno y comenzar la aplicación de los instrumentos en diciembre de 2011.

Cuadro n° 7: Muestra obtenida

Región	B1	B2	P1	P2	Total
Tarapacá	0	0	0	0	0
Atacama	0	0	0	0	0
Coquimbo	0	9	0	0	9
Valparaíso	0	38	31	23	92
O'Higgins	0	0	0	0	0
Maule	0	0	0	0	0
Biobío	25	49	30	84	188
Araucanía	57	19	20	0	96
Los Lagos	10	5	30	0	45
Metropolitana	22	44	107	128	301
Los Ríos	37	0	34	0	71
Arica y Parinacota	0	0	0	0	0
Total	151	164	252	235	802

El error muestral asociado, calculado sobre la muestra obtenida, es:

Cuadro n° 8: Error muestral

Calidad de la Implementación	Cohorte 1: 2007	Cohorte 2: 2008-2009	Total
Buena (15 % de mejores comunas)	7,60%	7,30%	5,20%
Mala (15 % de peores comunas)	5,90%	6,10%	4,20%
Total	4,60%	4,70%	3,30%

Estos 802 casos se lograron tras 2.095 visitas a hogares, tal como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 9: Rendimiento de la base de datos

Cuadro n° 5: Rendimiento de la base de datos				N° casos
Base original				3743
N° visitas a hogar	Registros inservibles	Dirección no encontrada		480
		Direcciones encontradas	Persona No encontrada	591
			Rechazo	56
		Subtotal		
	Registros utilizados	Visitas sin lograr encuesta		166
		Encuestas efectivas		802
		Subtotal		
	Total visitas a hogar			2095
% de logro (encuestas/ total visitas)			46%	

Como se puede desprender del cuadro anterior, la muestra que finalmente se logró (802 casos) es exactamente la mitad de la muestra original (1.604 casos). La baja tasa de logro se explica por:

- Baja tasa de logro de evaluadores por visita: Cada encuestador lograba 4 encuestas en promedio por semana, a partir de 60 registros entregados. Además se hacían entre 2 a 4 visitas por dirección.

- Perfil de evaluadores difícil de encontrar: Alumnos de quinto año o egresados de psicología que debían tener experiencia en el manejo de entrevistas a muestras dirigidas.
- Dificultades de acceso a direcciones de carácter rural o en conflicto mapuche, por ejemplo:
 - o 168 Zonas Rurales de difícil acceso, tales como: Catemu, Hualpén, Curarrehue, entre otras.
 - o 29 casos en Ercilla, donde Comunidades Mapuches no permitieron entrar por conflictos de tierra.

Ante estas dificultades, se tomaron las siguientes medidas:

- Verificación de registro por teléfono: 2.204 (59%).
- Concertar citas telefónicas: Se pudo validar y agendar cita en 151 direcciones
- Desplazamiento de equipos a zonas específicas para validar direcciones.
- Aumento en el pago de honorarios a encuestadores.

Mayores detalles sobre los aspectos operacionales del levantamiento en terreno se encuentran en el anexo respectivo.

d) Caracterización de la muestra

La muestra a la que se aplicaron los instrumentos estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (98.4%), que en la mayoría de los casos (89.3%) correspondían a las madres de los niños a los que se les aplicó el test. En relación a la edad, la mitad de los entrevistados (50.4%) tenía entre 17 y 30 años.

Cuadro n° 10: Sexo de los entrevistados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	13	1,6	1,6
Mujer	789	98,4	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cuadro n° 11: Relación con el niño

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madre	716	89,3	89,3
Abuela(o)	62	7,7	97,0
Padre	10	1,2	98,3
Tía(o)	10	1,2	99,5
Otro familiar	3	,4	99,9
Otro	1	,1	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cuadro n° 12: Edad Entrevistado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
17-30	404	50,4	50,4
31-50	331	41,3	91,6
51 o más	67	8,4	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

En nivel educacional de los entrevistados alcanza en un 22.9% a la educación básica completa o menos, y casi la mitad (43%) tiene educación media completa. Un porcentaje de alrededor del 15% tiene algún nivel de estudios superiores.

Cuadro n° 13: Nivel Educacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin estudios	3	0,4	0,4
Educación básica incompleta	90	11,2	11,6
Básica completa	91	11,3	22,9
Media incompleta	145	18,1	41,0
Media completa	345	43,0	84,0
Instituto profesional o CFT incompleta	38	4,7	88,8
Instituto profesional o CFT completa	45	5,6	94,4
Universitaria incompleta	24	3,0	97,4
Universitaria completa	16	2,0	99,4
No responde	5	,6	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

En relación a los niños, casi el 60% asiste a jardín infantil.

Cuadro n° 14: Asiste a algún jardín infantil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	480	59,9	59,9
No	322	40,1	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Sólo un 1.9% tiene alguna discapacidad, y el 41,9% está catalogado “con riesgo psicosocial” en la Base de datos provista por el Ministerio de Desarrollo Social.

Cuadro n° 15: ¿Tiene alguna discapacidad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	15	1,9	3,5
No	409	51,0	100,0
Sub total	424	52,9	
Sin información	378	47,1	
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cuadro n° 16: Presenta Riesgo Social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	466	58,1	58,1
Si	336	41,9	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Por su parte, la gran mayoría de las familias representadas (94%) tiene Ficha de Protección Social. La mitad percibe el Subsidio Único Familiar (SUF) y un cuarto de ellas participa del Programa Chile Solidario.

Algo menos de la mitad (44.5%) forma parte del 40% más pobre, según su puntaje en la Ficha de Protección Social.

Cuadro n° 17: FPS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	48	6,0	6,0
Si	754	94,0	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cuadro n° 18: Pertenencia al 40% más pobre según FPS

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No pertenece al 40% más pobre según FPS	401	55,5	55,5
Si pertenece al 40% más pobre según FPS	321	44,5	100,0
Sub total	722	100,0	
Sin información	80		
Total	802		

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cuadro n° 19: CHS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	601	74,9	74,9
Si	201	25,1	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cuadro n° 20: SUF

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	402	50,1	50,1
Si	400	49,9	100,0
Total	802	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Como se observa en el cuadro siguiente, un 7.5% de los niños (60 casos) del total de las encuestadas presentan, según su declaración, vulnerabilidad, déficit o rezago¹².

A partir del test de medias independientes se pudo observar que hay una diferencia estadísticamente significativa entre en subgrupo B1 y B2. De esta manera, las comunas B2, aquellas con buena calidad de gestión pero de implementación nueva, son aquellas donde las

¹² Específicamente, en el cuestionario se preguntó: “A su hijo/ niño a su cargo, ¿se le ha diagnosticado algún tipo de vulnerabilidad, déficit o rezago en su desarrollo?”. Las respuestas posibles eran sí o no. El objetivo de la pregunta es servir como filtro para las siguientes preguntas, destinadas a recoger el conocimiento, uso y satisfacción con tres prestaciones que están dirigidas a niños y niñas con vulnerabilidad, déficit o rezago.

encuestadas más declaran esta situación, lo que podría indicar que se trata de las comunas donde más se habría hecho este tipo de diagnóstico. Las comunas B1, aquellas con buena calidad de gestión pero de implementación antigua, son aquellas donde las encuestadas menos declaran dicha situación, de manera que serían aquellas donde menos se habría hecho este tipo de diagnóstico.

Cuadro n° 21: Presencia de vulnerabilidad, déficit o rezago

	B1	B2	P1	P2	Total
Si	7 4,6%	21 12,8%*	21 8,3%	11 4,7%	60 7,5%
No	144 95,4%	143 87,2%	231 91,7%	224 95,3%	742 92,5%
Total	151 100,0%	164 100,0%	252 100,0%	235 100,0%	802 100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cabe señalar que para afinar el análisis, en orden a identificar la población más vulnerable, se cruzó este dato con otros datos disponibles en la base original facilitada por el Ministerio de Desarrollo Social –aquella en base a la cual se seleccionó la muestra-. Estos datos fueron presencia de prematuridad, riesgo psicosocial de la gestante, discapacidad, SUF, participación en Chile Solidario y pertenencia al 40% más pobre. De todas estas variables, sólo se disponía de registros para riesgo psicosocial de la gestante¹³, SUF y pertenencia a Chile Solidario¹⁴. A continuación se entrega esta información.

Cuadro n° 22: Presencia de vulnerabilidad, déficit o rezago según riesgo psicosocial de la gestante

	Total				Total	
	Sin riesgo		Con riesgo			
	n	%	n	%	n	%
Con vulnerabilidad	40	66,7%	20	33,3%	60	100,0%
Sin vulnerabilidad	426	57,4%	316	42,6%	742	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Se observa que en alrededor de 1/3 de los casos en que la encuestada declara que al niño/a a su cargo se le ha detectado algún tipo de vulnerabilidad, déficit o rezago en su desarrollo (33.3%), a ellas, en su calidad de gestantes, se les había diagnosticado como “con riesgo psicosocial”.

Cuadro n° 23: Presencia de vulnerabilidad, déficit o rezago según SUF

	Total				Total	
	Sin SUF		Con SUF			
	n	%	no	%	n	%
Con vulnerabilidad	32	53,3%	28	46,7%	60	100,0%
Sin vulnerabilidad	370	49,9%	372	50,1%	742	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

¹³ “Riesgo psicosocial” es un campo de la base de datos que da cuenta del resultado de la aplicación de una Pauta de Riesgo, que, como veremos, es parte de las prestaciones del Programa de Apoyo Biopsicosocial.

¹⁴ En relación al resto de los datos, éstos no estaban disponibles en la base.

Por otra parte, se observa que en alrededor de la mitad (53.3%) de los casos en que la encuestada declara que al niño/a a su cargo se le ha detectado algún tipo de vulnerabilidad, déficit o rezago en su desarrollo, este niño recibe SUF.

Cuadro n° 24: Presencia de vulnerabilidad, déficit o rezago según pertenencia a Chile Solidario (CHS)

	Total				Total	
	Sin CHS		Con CHS			
	n	%	no	%	n	%
Con vulnerabilidad	47	78,3%	13	21,7%	60	100,0%
Sin vulnerabilidad	554	74,7%	188	25,3%	742	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Finalmente, se observa que en 1/5 de los casos (21.7%) en que la encuestada declara que al niño/a a su cargo se le ha detectado algún tipo de vulnerabilidad, déficit o rezago en su desarrollo, la familia pertenece al programa Chile Solidario.

En síntesis, entre 1/5 y 1/2 de las encuestadas que declaran que a sus niños/as a cargo se les ha diagnosticado algún tipo de vulnerabilidad, déficit o rezago en su desarrollo, corresponden a familias vulnerables, ya sea porque las madres como gestantes tenían riesgo psicosocial, reciben, al momento de la encuesta, SUF o pertenecen al programa Chile Solidario.

3. DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1. Diseño del proceso productivo

a) Descripción general del programa

Chile Crece Contigo es un Subsistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como **misión** acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: “a cada quien según sus necesidades”.

Su **propósito** es atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia, (desde la gestación hasta los 4 años), promoviendo las condiciones básicas necesarias, en el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno. **El subsistema espera impacto en el desarrollo infantil temprano (hasta los 4 años de edad del niño/a) y efectos en las conductas de cuidado y crianza de las madres, padres y cuidadores y en las cualidades de la atención que reciben éstos y el niño/a en los servicios de salud y en el nivel local** (centros de salud y red local de la infancia).

El subsistema se organiza en tres grandes líneas de trabajo¹⁵:

1. Un programa educativo para toda la ciudadanía.
2. Un sistema de acompañamiento a los niños y niñas desde el primer control del embarazo, hasta su ingreso al sistema escolar (nivel de transición mayor o pre kinder), que corresponde al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.
3. Acciones de apoyo diferenciado y garantías para niños y niñas de los hogares del 40% de menores ingresos o con situaciones de especial vulnerabilidad.

El cuadro siguiente muestra el tipo de iniciativas consideradas en cada uno de estos componentes.

Cuadro n° 25: Prestaciones incluidas en cada uno de los componentes del Subsistema

COMPONENTE	PRESTACIONES			TOTAL
Programa educativo masivo (dirigido a toda la población)	1. Programa semanal de radio, de cobertura nacional. 2. Crece Contigo TV, programación de continuidad con contenidos sobre desarrollo infantil, que se emite en salas de espera de centros de salud. 3. Fono Infancia 800 200 818, atención telefónica a padres, madres y adultos significativos de los niños y niñas en primera infancia, gratuito y con cobertura nacional, que la Fundación INTEGRA ha puesto a disposición de Chile Crece Contigo para atender consultas y entregar orientación. Este teléfono es atendido por especialistas. 4. Sitioweb, www.crececontigo.cl que ofrece servicios de información, consulta a especialistas, foros de intercambio de información, material educativo y didáctico para niños y niñas, entre los principales. 5. Colección de cartillas educativas de distribución nacional con contenidos esenciales para apoyar las competencias parentales y las necesidades de desarrollo de niños y niñas. 6. Colección de música como apoyo al desarrollo infantil temprano (música prenatal, estimulación del lenguaje, juegos musicales y cuentos musicales). 7. Colección de cuentos infantiles de apoyo al lenguaje y la lectura en primera infancia. 8. Boletín electrónico (newsletter) que se distribuye por Internet.			8
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (dirigido a los beneficiarios del sistema público de salud)	I. Fortalecimiento del desarrollo prenatal	A. Fortalecimiento de los cuidados prenatales	1. Ingreso al Control Prenatal, Establecimiento de una Relación de Ayuda y Detección de Factores de Riesgo Psicosocial. 2. Entrega de Guía de la Gestación “Empezando a Crecer” y de la “Agenda de la Mujer”.	6
		B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	1. Diseño del Plan de Salud Personalizado para cada Gestante y su Familia en Situación de Vulnerabilidad Psicosocial. 2. Visita Domiciliaria Integral (VDI) a Gestantes en Situación de Vulnerabilidad Psicosocial. 3. Activación de la Red Comunal Chile Crece Contigo según Vulnerabilidad Psicosocial	
		C. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	1. Educación Grupal o Individual a la Gestante y su Pareja o Acompañante Significativo: Apoyo Cognitivo, Emocional y Preparación para el Nacimiento y la Crianza.	
	II. Atención personalizada del proceso de nacimiento	A. Atención personalizada del parto	1. Atención Personalizada e Integral en Parto y Parto.	5
		B. Atención integral en el puerperio	1. Atención Personalizada e Integral a la Mujer Puerpera y al Recién Nacido(a). 2. Entrega del set de Implementos básicos para Recién Nacidos(as) y material educativo. 3. Contrarreferencia Personalizada de Familias con Vulnerabilidad Biopsicosocial. 4. Coordinación Oportuna con el Equipo de Salud de la Atención Primaria.	
	III. Atención al desarrollo integral del niño y	A. Atención integral al recién	1. Atención Integral al Recién Nacido Hospitalizado(a) en Neonatología:	2

¹⁵ Cabe señalar que originalmente el programa contempla una cuarta línea de trabajo, llamada Acciones de perfeccionamiento de la legislación y normativas de protección a la maternidad y paternidad, que se refieren fundamentalmente a la modificación del postnatal, tema que lleva ya varios años en discusión.

	niña hospitalizado(a)	nacido(a) hospitalizado (a) en neonatología	Evaluación Integral; Plan de Cuidados para el Desarrollo; Integración de la Familia en la atención; Hospital abierto a la Familia; Prevención del Déficit del Neurodesarrollo; Educación e Intervenciones Psicosociales.	
		B. Atención integral al niño y niña hospitalizado(a) en pediatría	1. Atención Integral al Niño y Niña hospitalizado(a) en Pediatría que Enfatiza los Cuidados para el Desarrollo: Evaluación Integral; Plan de Cuidados del Desarrollo; Rehabilitación de los Espacios Físicos para el Juego y la Educación; Uso de Protocolos de Estimulación; Construcción de Relación de Ayuda entre el Equipo y el padre y madre y/o cuidador.	
	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	1. Primer Control de Salud Madre, Padre, Cuidador – Hijo, Hija de Ingreso a la Atención Primaria. 2. Ingreso al Control de Salud del Niño y Niña Sano(a) 3. Control de Salud con Evaluación y Seguimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña	4
		B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	1. Intervención Psicoeducativa Grupal o Individual Enfocada en el Desarrollo de Competencias Parentales: Uso de Metodología de Fomento de Habilidades de Crianza Nadie es Perfecto	
	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	1. Atención de Salud al Niño y Niña en Situación de Vulnerabilidad y/o Rezago en su Desarrollo Integral. 2. Atención de Salud al Niño y Niña con Déficit en su Desarrollo Integral. 3. Visita Domiciliaria Integral (VDI) para las Familias de Niños y Niñas menores de cuatro años en Situación de Vulnerabilidad para su Desarrollo Biopsicosocial. 4. Sala de Estimulación en CES	4
Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas (dirigidas a los niños de 60% y 40% más vulnerable de la población que así lo requieran)	<i>Prestaciones garantizadas para el 60% más vulnerable¹⁶:</i> 1. Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad (niños y niñas que pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional). 2. Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes (niños y niñas cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional). 3. Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes (niños y niñas cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional). 4. Acceso a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar. 5. Acceso garantizado al Chile Solidario a las familias de niños y niñas en gestación y que cumplan con los requisitos de acceso a Chile Solidario. <i>Prestaciones de acceso preferente al 40% más vulnerable:</i> 6. Subsidio Familiar (SUF) garantizado a contar del 5to mes de gestación y hasta que el niño o niña cumpla los 18 años de edad, en la medida que cumplan con los requisitos establecidos por la ley para este beneficio (padre y/o madre sin previsión y formar parte de un hogar perteneciente al 40% de menores recursos del país, requisito certificado a través de la aplicación de la Ficha de Protección Social). Otras prestaciones: en su artículo 13, la ley N° 20.379 señala que las familias tendrán <i>acceso preferente</i> a la oferta de servicios públicos de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos, en programas tales como: 7. Nivelación de estudios. 8. Inserción laboral. 9. Mejoramiento de las viviendas y condiciones de habitabilidad. 10. Atención de salud mental. 11. Dinámica familiar. 12. Asistencia judicial. 13. Prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil.			13

Fuente: elaboración propia

¹⁶ De acuerdo a lo dispuesto por la ley N° 20.379 en su artículo 12.

El Programa ha tenido 5 modificaciones, todas ellas se reflejan en el cuadro anterior:

- La primera se da en 2008, cuando se incorpora el Fono Infancia, al componente Programa Educativo Masivo.
- En 2009, se incorpora al mismo componente el Programa Educativo Consultorios
- Ese mismo año, se incorpora el Programa de Apoyo al Recién Nacido, al componente Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, aunque sólo en 2011 se incorpora como tal en el Catálogo de Prestaciones.
- Finalmente, en 2010 se incorpora el ítem Pre Básica –JUNJI al componente Prestaciones Diferenciadas.

Además de estas reformulaciones, específicamente a nivel del Programa de Apoyo Biopsicosocial las prestaciones se han ido ampliando y enriqueciendo a través del tiempo, lo que se ha ido expresando a través de cambios en el Catálogo de Prestaciones¹⁷. Estos cambios, que se pueden observar en el Anexo que muestra la evolución de dicho catálogo, se han ido dando en la lógica de ir sumando prestaciones orientadas al acompañamiento y seguimiento a la trayectoria. De esta manera, en 2007 sólo se incorporaron las prestaciones en el ámbito de la gestación; el año 2008, se agrega más detalladamente la atención del parto y las prestaciones del primer año. Sólo el año 2009 se considera que el PADB está “en régimen”. Este tema se aborda más específicamente en el capítulo sobre Resultados a nivel de Producto, en páginas posteriores.

b) Política global y/o sectorial a que pertenece el programa

Chile Crece Contigo forma parte del Sistema de Protección Social, el cual depende del Ministerio de Desarrollo Social. La misión institucional del Ministerio es contribuir al desarrollo del país con integración y protección social de las personas, mediante el análisis, diseño, coordinación, ejecución y evaluación de políticas sociales, planes y programas; la evaluación de las iniciativas de inversión pública; la provisión de información y análisis acerca de la realidad social y económica; la elaboración de instrumentos y metodologías para la gestión y toma de decisiones de políticas públicas.

El Subsistema Chile Crece Contigo es un sub producto estratégico del Ministerio de Desarrollo Social asociado al Sistema de Protección Social, el cual se vincula con uno de los Objetivos Estratégicos de este Ministerio, el cual es coordinar la implementación de un sistema de protección social que garantice el acceso a un conjunto de prestaciones y beneficios del Estado a las personas en situación de riesgo o vulnerabilidad social, mediante la articulación de los distintos actores sociales y políticos involucrados.

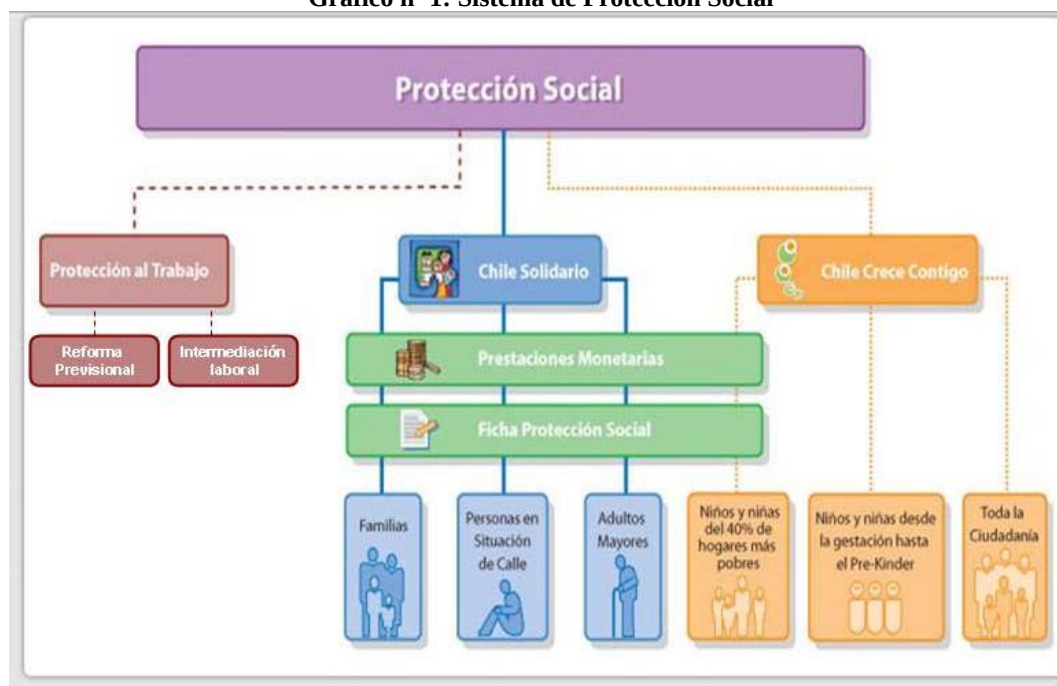
Chile Crece Contigo empieza a funcionar en 2007 y actualmente es regulado por la Ley 20.379. A continuación se profundiza en lo anterior.

¹⁷ El Catálogo del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial contiene las prestaciones que el sector salud aporta al Subsistema de Protección Integral a la Infancia y describe las condiciones básicas para su implementación en la red asistencial.

El Sistema de Protección Social

Como experiencia antecedente y coadyuvante al CCC es indispensable hacer alusión breve a la instalación en el país a partir del año 2002 del Sistema Chile Solidario (CHS)¹⁸ y un poco más adelante de la idea de un Sistema Nacional de Protección Social. Este Sistema se entiende como un “paraguas mayor” que incluye el CHS y otras iniciativas. En el presente, este sistema mayor, como se aprecia en el gráfico n° 1, incluye además del CHS, iniciativas de protección al trabajo (reforma previsional y los programas de intermediación laboral) y el Chile Crece Contigo, programa que es objeto de esta evaluación.

Gráfico n° 1: Sistema de Protección Social



Fuente: Presentación Power Point Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia. Abril de 2007. En: www.crececontigo.cl/upfiles/userfiles/file/Presentacion_Chile_Crece_Contigo.pdf

El Sistema de Protección Social incluye así componentes focalizados y no focalizados dirigidos a toda la población o a segmentos de ella que no se definen por criterios de situación

¹⁸Chile Solidario fue diseñado para acercar y beneficiar a las familias en situación de extrema pobreza a la oferta pública de programas sociales, mejorar su calidad de vida (cumplimiento con 52 condiciones mínimas de calidad de vida), y despertar en estas familias, algunos de sus integrantes, en general la mujer, estados de ánimo y motivación para salir de su situación de postergación. Este Sistema, que se inició con foco en la familia, se ha ido ampliando incorporando a partir de 2005 a las personas mayores de 65 años de hogares unipersonales en extrema pobreza (programa Vínculos) y en el año 2006, después de un catastro cuanti-cualitativo de ellas, incorpora una línea de trabajo con personas en situación de calle (PSC). Las tres líneas del Sistema Chile Solidario tienen en común combinar un trabajo de apoyo psicosocial a los destinatarios con el acceso a un conjunto de beneficios y prestaciones sociales, acciones que en conjunto, se espera, mejoren sus condiciones de vida. Las tres líneas se apoyan en un modelo de gestión local que es monitoreado y apoyado desde una Secretaría Ejecutiva inserta en el Ministerio de Desarrollo Social. En Chile Solidario - familia y en el Programa de Vínculos, el ejecutor local es la municipalidad y en PSC lo son ONGs con experiencia en el trabajo con personas en situación de calle. El Chile Solidario está presente en todas las comunas del país, con una o varias de las tres líneas. Uno de sus méritos es haber fortalecido el trabajo intersectorial en el nivel comuna en beneficio de los segmentos más postergados de la población.

socioeconómica. El Sistema va en beneficio de los sectores más postergados y también de los sectores medios.

El origen mediato e inmediato del Chile Crece Contigo

Distintos hechos que se suceden a partir de 1990 y se aceleran a partir de 2000, preparan el terreno para que el *desarrollo infantil temprano*, entendido como desarrollo del bienestar de los niños, se instale como tema en la agenda pública y pase a ser prioridad a contar del 2006, a saber:

Cuadro n° 26: Razones mediatas que explican el origen de Chile Crece Contigo

1. Las políticas de salud centradas en la supervivencia de los niños implementadas entre los 60 y los 90 fueron exitosas, lo que hizo que **esta política perdiera relevancia**, en la medida en que el problema que le daba origen tendía a desaparecer, por lo que la política se hizo ineficiente.
2. **La investigación sobre desarrollo infantil**, en particular trabajos en las áreas de la neurociencia, la psicología del desarrollo, la sociología y la economía, **señalaba consistentemente la importancia que la infancia temprana (0 - 3 años) tiene como cimiento fundamental de la trayectoria posterior de las personas**. Por tanto, la niñez temprana es un momento oportuno y potente de acción cuando la prioridad de la política pública está puesta en temas de igualdad de oportunidades y equidad social, asunto de alta relevancia en Chile y eje importante en los debates políticos en Chile hacia el año 2000.
3. La puesta en la agenda por parte de Naciones Unidas de la Convención sobre los Derechos de los Niños, y su suscripción por parte de Chile en 1990, formulando su primer Plan Nacional de Infancia, y 10 años después, la Política Nacional de Infancia y un Plan de Acción 2001-10. Aunque ninguno de **estos documentos** tuvo repercusiones en la política, junto con los puntos 1 y 2 ya señalados **motivaron iniciativas y debates que influyeron en el diseño del CCC**.
4. **La constitución, en 2004, de un Comité Técnico**, creado a instancias del Consejo de Ministros para la Infancia y Adolescencia, **al cual se le encomendó desarrollar una propuesta de política pública en materia de desarrollo infantil temprano**.
5. **El trabajo paralelo, durante 2005, de algunos profesionales del ex MIDEPLAN**, activos en el Comité anteriormente señalado, con la colaboración del Ministerio de Salud y Educación y el apoyo de la Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Ministerio de Hacienda, **en la elaboración de líneas estratégicas para un sistema de protección integral de la infancia que sería parte del Sistema Nacional de Protección Social en ciernes**.
6. **El apoyo de la DIPRES que para apoyar la concretización de la política, durante 2005, transfirió recursos especiales al FOSIS por aproximadamente \$300 millones, para la realización de una serie de estudios sobre una lista concordada de temas relevantes al tema**. Simultáneamente, **con apoyo del BID, definió y encargó dos estudios orientados a llenar vacíos de información sobre el desarrollo infantil temprano y las políticas hacia ese sector en Chile**.
7. **La presencia en la campaña presidencial del año 2005, de los temas de desigualdad social y su reproducción intergeneracional**.

Fuente: elaboración propia

Entre las razones inmediatas que dan origen al programa está la conformación de un **Consejo Asesor Presidencial para la Reforma a las Políticas de Infancia**¹⁹. El mandato del Consejo fue *“elaborar un diagnóstico de la situación actual y de las insuficiencias existentes en materia de protección a la infancia, para luego, formular y proponer un conjunto de políticas y medidas idóneas para efectos de implementar un sistema de protección a la infancia”*.

¹⁹ Este Consejo se conformó con 14 profesionales, de distintas disciplinas., Entre los integrantes se encontraban varios de los protagonistas de las iniciativas ya descritas preparatorias del CCC. En cuanto a disciplinas los integrantes eran médicos, psicólogos, economistas e ingenieros comerciales, sociólogos. Algunos se desempeñaban en universidades, otros en el sector público, otros en ONG y Fundaciones, otros en *think – tanks*, en un espectro político - ideológico desde la izquierda hacia la derecha.

El cuadro siguiente sintetiza la propuesta desarrollada por el Consejo Asesor:

Cuadro n° 27: Síntesis Propuesta del Consejo Asesor

Principios rectores del sistema propuesto	- Perspectiva de derechos - Visión integral del desarrollo de los niños y niñas - La familia como principal agente del desarrollo de niños y niñas - Importancia del entorno social y comunitario en el desarrollo infantil - Protección y apoyo al desarrollo personalizado a través del ciclo de vida - Calidad de las prestaciones como componente fundamental de las garantías
Garantías Universales	- Apoyo al desarrollo biopsicosocial - Programas de apoyo a las familias y de estimulación del desarrollo infantil de todos los niños y niñas - Educación de prekindergarten a 4º básico de calidad acreditada y sin selección para todos los niños y niñas
Garantías adicionales para niños y niñas de hogares del 40% más vulnerable	- Atención preescolar de calidad acreditada - Atención escolar preferencial - Acceso prioritario a servicios y prestaciones de la red pública - Apoyo reforzado al desarrollo biopsicosocial - Educación culturalmente pertinente para niños y niñas indígenas - Necesidades educativas especiales - Apoyo para niños, niñas y familias adoptivas - Niños y niñas gravemente vulnerados en sus derechos - Derechos y no discriminación de niños y niñas de familias inmigrantes - Apoyo en el cuidado y educación preescolar de hijos de padres y/o madres que trabajan informalmente, buscan trabajo o estudian
Garantías específicas para niños y niñas cuyas madres y/o padres trabajan y cotizan	- Cuidado y educación de hijos e hijas de padres y/o madres que trabajan y cotizan
Propuestas para la Gestión del Sistema de Protección Integral a la Infancia	- Aprovechamiento de todos los recursos - Gestión orientada a resultados de desarrollo de niños y niñas - Asignación y separación efectiva de funciones - Gestión de asiento local (municipal) - Despliegue progresivo respetando integralidad y universalidad del sistema

Fuente: Elaboración a partir del Informe “El futuro de los niños es siempre hoy”

Tras la entrega del informe final del Consejo Asesor, se constituyó un **Comité de Ministros** integrado por MIDEPLAN, MINEDUC, MINSAL, MINTRAB, SERNAM, Ministerio de Hacienda, MINVU y SENAME (Ministerio de Justicia). También se constituyó un **Comité Técnico**.

El Comité Técnico analizó las propuestas planteadas por el Consejo Asesor. Así surgió una nueva propuesta que fue “devuelta” al Comité de Ministros, quien le dio su aprobación. El paso siguiente fue operacionalizar el diseño: esto es definir los componentes o líneas de trabajo, un modelo de gestión y los requerimientos de recursos. El Comité técnico tuvo un plazo de 5 meses para estas tareas. Los resultados de este trabajo se describen, en líneas generales, en la sección siguiente.

La ley que sustenta a Chile Crece Contigo

El Congreso aprobó durante 2009 el Proyecto de Ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social, integrado por Chile Solidario y CCC, e incluye mecanismos para crear otros subsistemas a futuro. Específicamente, la Ley N° 20.379, publicada en el Diario Oficial de 12 de septiembre de 2009, incluye el siguiente articulado en relación a “Chile Crece Contigo”:

Cuadro n° 28: Extracto de la Ley 20.379 referente a Chile Crece Contigo

Artículo 9°.- Créase el subsistema de Protección Integral de la Infancia, denominado "Chile Crece Contigo", cuyo objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente. Artículo 10.- La administración, coordinación y supervisión de "Chile Crece Contigo" corresponderá al Ministerio de Planificación, sin perjuicio de las atribuciones y funciones de las demás entidades públicas. Un reglamento dictado por el aludido Ministerio y suscrito, además, por los Ministros de Salud y Hacienda, establecerá las características técnicas y metodológicas que deba cumplir este subsistema y las demás normas necesarias para su funcionamiento. Artículo 11.- El programa eje del subsistema en referencia será el de "Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial", que consiste en el acompañamiento y seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los infantes que cumplan los requisitos señalados en el artículo 9°, el que será ejecutado por el Ministerio de Salud. Artículo 12.- "Chile Crece Contigo" garantizará las siguientes prestaciones para los niños y niñas que presentan situaciones de vulnerabilidad: a) Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad. b) Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes. c) Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes. d) Acceso gratuito a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar. e) Acceso garantizado al "Chile Solidario" a las familias de niños y niñas en gestación que formen parte de las familias a que se refiere el artículo 1° de la ley N° 19.949. Para efectos de acceder a las prestaciones señaladas en las letras b) y c) anteriores, la madre, el padre o los guardadores de los niños que lo requieran deben encontrarse trabajando, estudiando o buscando trabajo. Asimismo, para acceder a las prestaciones señaladas en las letras a), b), c) y d), los beneficiarios deberán pertenecer a hogares que integren el 60% socioeconómicamente más vulnerable de la población nacional, según lo determine el instrumento señalado en el inciso primero del artículo 5°. Artículo 13.- El subsistema "Chile Crece Contigo", de conformidad con lo que disponga el reglamento, considerará las múltiples dimensiones que influyen en el desarrollo infantil, otorgando, a iguales condiciones, acceso preferente a las familias beneficiarias de la oferta de servicios públicos, de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos, en programas tales como nivelación de estudios; inserción laboral dependiente o independiente; mejoramiento de las viviendas y de las condiciones de habitabilidad; atención de salud mental; dinámica familiar; asistencia judicial; prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil. El acceso preferente estará dirigido a aquellas familias beneficiarias que pertenezcan a hogares que integren el 40% más vulnerable socioeconómicamente de la población, según lo determine el instrumento señalado en el artículo 5°, y que reúnan los requisitos para acceder a la oferta de servicios públicos señalada en el inciso anterior.
--

Fuente: Ley 20.379

c) Justificación del programa

El problema al que responde el programa ya ha sido anticipado en secciones anteriores, y responde a la **necesidad de garantizar condiciones mínimas para el desarrollo infantil temprano de todos los niños chilenos que se atienden en la red pública de salud**. Para ello, se organiza un Subsistema que mejora la calidad de las prestaciones en algunos ámbitos (experimentan mejoras en cómo se entregan, en las condiciones en que se entregan, en a quiénes se incorpora y en el seguimiento que se les hace), formaliza algunas prestaciones que ya venían realizándose de manera asistemática (visitas domiciliarias, talleres, entrega de guías, modalidad local de trabajo), y en otros casos, introduce prestaciones decididamente nuevas (aplicaciones de evaluaciones en el área psicosocial y de riesgo).

Los principales cambios introducidos por CCC son:

- **Más tiempo de atención:** antes del CCC el tiempo promedio de consulta de embarazo era de 10 a 20 minutos. Desde 2008 la meta es de 40 minutos, lo que está consignado como parte del catálogo de prestaciones MINSAL- CCC.

- **Ámbitos de atención incluyen lo biomédico y lo psicosocial:** antes del CCC la anamnesis en la consulta de embarazo recogía fundamentalmente aspectos biomédicos. Incluye, de manera estandarizada, la aplicación de una pauta de riesgo psico – social y la implementación de acciones diferenciadas según necesidad.
- **Visitas domiciliarias integrales en casos de pacientes de riesgo:** antes de CCC no existían de manera estandarizada estas visitas, de tal modo que si una gestante dejaba de asistir a los controles prenatales, no siempre se tomaba alguna medida. Hoy estas visitas están contempladas en el catálogo de prestaciones y se cuenta con un manual para su implementación.
- **Talleres de gestación y de crianza y entrega de material educativo:** antes de CCC, la realización de talleres o las actividades de educación prenatal y para la crianza, si bien se daba en algunos casos, no era un asunto institucionalizado y dependía de la voluntad o del tiempo disponible de las matronas. Lo mismo ocurría con la producción de material para estos efectos. Hoy estos talleres también son parte del protocolo de prestaciones que el MINSAL ofrece a todas las mujeres CCC.
- **Parto personalizado:** antes de CCC, el uso de analgesia, la posibilidad de adoptar una postura distinta a la horizontal, de estar acompañada por una persona significativa, la posibilidad de desarrollar apego temprano²⁰, y en general el estar informada de los procedimientos, dependían de la voluntad, disposición y tiempo del equipo médico que atendía a la madre²¹. Hoy las mencionadas conductas están garantizadas por CCC, lo que se complementa con la vigencia, desde 2007, la analgesia del parto como garantía GES.
- **Disponibilidad de modalidades locales de apoyo a niños con riesgo o rezago en el desarrollo:** salas de estimulación, servicio itinerante de estimulación temprana, servicio domiciliario de estimulación temprana, ludotecas, las que antes de Chile Crece Contigo estaban disponibles en muy pocas localidades.
- **Un trabajo local en red en función de un plan de trabajo, con recursos para concretizarlo.**

d) Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo

El programa tiene componentes de alcance universal, focalizado y prestaciones diferenciadas, por lo que su población potencial y objetivo es distinta en cada caso, tal como se detalla en el siguiente cuadro:

²⁰Consiste en “el vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre, que los impulsa a permanecer juntas en el espacio y en el tiempo”. En las orientaciones para el apego precoz se sugiere que éste se inicie apenas nace el bebé, colocándolo sobre el vientre materno o en sus brazos (dependiendo de la posición adoptada por ella durante el parto) y por un tiempo no inferior a los 30 minutos.

²¹ Algunas de estas prestaciones estaban incorporadas en los centros asistenciales, declarados como Hospital Amigo, el cual contaba con escasos recursos financieros. Chile Crece Contigo impulsa a que todos los centros realicen estas prestaciones y además entrega recursos financieros para ello.

Cuadro n° 29: Población potencial y objetivo según componente del programa

COMPONENTE		POBLACIÓN POTENCIAL	POBLACIÓN OBJETIVO
Programa educativo masivo		La totalidad de los niños nacidos entre 2007 y 2010.	La totalidad de los niños nacidos entre 2007 y 2010.
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial		La totalidad de los niños que se atienden el Sistema Público de Salud entre 2007 y 2010.	La totalidad de los niños que se atienden el Sistema Público de Salud entre 2007 y 2010.
Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas	Prestaciones garantizadas para el 60% más vulnerable	La totalidad de los niños que pertenecen al 60% de familias más vulnerables, según Ficha de Protección Social.	Todos los niños y niñas que pertenecen al 60% de familias más vulnerables, según Ficha de Protección Social: - que presenten alguna discapacidad y requieran acceso a ayudas técnicas - cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y requieran acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes. - cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y requieran acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes - cuyo padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar y requieren acceso a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes - cuyas familias cumplan con los requisitos de acceso a Chile Solidario y se trate de niños en gestación.
	Prestaciones preferentes para el 40% más vulnerable	La totalidad de los niños que pertenecen al 40% de familias más vulnerables, según Ficha de Protección Social.	La totalidad de los niños y niñas que pertenecen al 40% de familias más vulnerables, según Ficha de Protección Social, a partir del 5° mes de gestación y hasta que cumplan 18 años de edad, cuyos padres y/o madres no tengan previsión, requisito certificado a través de la aplicación de la Ficha de Protección Social).

A continuación se da cuenta de la población potencial y objetivo para cada tipo de componente, ya sea universal, focalizado o prestaciones diferenciadas.

Población potencial y objetivo de los componentes de alcance universal: Programa Educativo Masivo

El componente de alcance universal corresponde al programa educativo masivo. Como ya se indicó, en este caso su población potencial -la totalidad de los niños nacidos entre 2007 y 2010- coincide con su población objetivo, como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 30: Nacidos vivos en Chile por año y región

REGIÓN	2007*	2008*	2009**	2010***
XV Región de Arica y Parinacota	3.158	3.364	3.559	s/i
I Región de Tarapacá	5.017	5.287	5.740	s/i
II Región de Antofagasta	9.419	9.706	10.046	s/i
III Región de Atacama	4.72	4.803	5.238	s/i
IV Región de Coquimbo	9.794	10.447	10.856	s/i
V Región de Valparaíso	22.659	23.116	23.822	s/i
VI Región de O'Higgins	12.199	12.592	12.771	s/i
VII Región del Maule	13.566	14.045	14.208	s/i
VIII Región del Biobío	27.682	27.779	28.459	s/i
IX Región de La Araucanía	13.418	13.494	13.617	s/i
XIV Región de Los Ríos	5.154	5.306	5.376	s/i
X Región de Los Lagos	12.335	12.772	13.158	s/i
XI Región Aisén	1.679	1.733	1.697	s/i
XII Región de Magallanes y Antártica Chilena	2.173	2.264	2.221	s/i
Región Metropolitana	97.596	99.873	102.816	s/i
TOTAL	240.569	246.581	253.584	s/i

Fuentes:

* 2007 y 2008: INE, Estadísticas Vitales Informe Anual 2008, en

http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/21_12_10/vit_08211210.pdf** 2009: DEIS, MINSAL. Cuadro Población, Nacidos Vivos Totales y con Atención Profesional del Parto y Tasa de Natalidad, Según Región y Comuna de Residencia de la Madre. 2009. en http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2009/Pobl_Nac_Vivos_2009.htm*** 2010: s/i sin información²²

Población potencial y objetivo de los componentes de alcance focalizado: Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

Este componente corresponde al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Como también se observa en el Cuadro n° 29: Población potencial y objetivo según componente del programa, su población potencial – la totalidad de los niños nacidos en el Sistema Nacional de Servicios Públicos de Salud entre 2007 y 2010- coincide con su población objetivo. Ello se muestra, con números, en el siguiente cuadro.

²² Ni el INE ni el MINSAL han publicado estas estadísticas.

Cuadro n° 31: Nacidos vivos en SNSS por año y región

REGIÓN	2007	2008	2009	2010
XV Región de Arica y Parinacota	4.940	2.237	2.213	2.405
I Región de Tarapacá		3.049	3.316	3.569
II Región de Antofagasta	4.106	4.022	4.477	4.969
III Región de Atacama	3.733	3.682	4.037	4.202
IV Región de Coquimbo	9.178	9.667	9.966	10.620
V Región de Valparaíso	14.713	14.851	15.002	15.715
VI Región de O'Higgins	8.853	9.053	9.009	8.656
VII Región del Maule	12.316	12.890	12.986	11.602
VIII Región del Biobío	20.404	20.364	20.961	20.529
IX Región de La Araucanía	10.819	10.854	10.732	10.612
XIV Región de Los Ríos	14.162	4.431	4.270	4.345
X Región de Los Lagos		10.050	10.294	10.091
XI Región Aisén	1.581	1.638	1.711	1.551
XII Región de Magallanes y Antártica Chilena	1.161	1.240	1.272	1.439
Región Metropolitana	59.251	62.701	61.521	61.363
TOTAL	165.217	170.729	171.767	171.668

Fuentes: Todas las cifras son de DEIS, MINSAL

2007: Cuadro Número De Nacidos Vivos Según Peso Al nacer. En:

http://163.247.51.54/rem2007/nacidos.php?tipo=00&ver=Ver+Regi%F3n&s_comuna=

2008: Cuadro Nacidos Vivos Según Peso Al Nacer, Por Región Y Servicio De Salud 2008. En

http://intradeis.minsal.cl/Intradeis/N_VIVOS_PESO/N_VIVOS_PESO.aspx

2009: Cuadro Nacidos Vivos Según Peso Al Nacer, Por Región Y Servicio De Salud, SNSS 2009.

En http://intradeis.minsal.cl/Intradeis/Reportes_2009/N_VIVOS_PESO/N_VIVOS_PESO.aspx

2010: Cuadro Nacidos Vivos Según Peso Al Nacer, Distribuidos En Gramos, Por Región Y Servicio, SNSS 2010, en

http://intradeis.minsal.cl/Reportesrem/2010/N_VIVOS_PESO/N_VIVOS_PESO.aspx

Población potencial y objetivo de las prestaciones diferenciadas

Este tipo de prestaciones abarca dos tipos: aquellas que están *garantizadas* para el 60% más vulnerable –de manera que su población potencial sería el 60% de familias más vulnerables del país-²³, y las que se denominan como *preferentes*, para el 40% más vulnerable –por lo que su población potencial corresponde al 40% de familias más vulnerables del país-²⁴. A diferencia de las prestaciones universales y focalizadas, la población objetivo no es la misma, ya que se trata de niños que provengan de familias de los segmentos señalados de vulnerabilidad, pero que a la vez cumplan con ciertas características especiales. En el caso del 60% más vulnerable, se trata de niños:

²³ Específicamente, la Ley 20.379 que crea el Chile Crece Contigo, indica que “para acceder a las prestaciones señaladas en las letras a), b), c) y d), los beneficiarios deberán pertenecer a hogares que integren el 60% socioeconómicamente más vulnerable de la población nacional, según lo determine el instrumento señalado en el inciso primero del artículo 5º”, el que corresponde a la Ficha de Protección Social.

²⁴ La Ley también indica que “El acceso preferente estará dirigido a aquellas familias beneficiarias que pertenezcan a hogares que integren el 40% más vulnerable socioeconómicamente de la población, según lo determine el instrumento señalado en el artículo 5º [la Ficha de Protección Social], y que reúnan los requisitos para acceder a la oferta de servicios públicos señalada en el inciso anterior”, cuales son que la madre, el padre o los guardadores de los niños que lo requieran deben encontrarse trabajando, estudiando o buscando trabajo.

- que presenten alguna discapacidad y requieran acceso a ayudas técnicas
- cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y requieran acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes.
- cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y requieran acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes
- cuyo padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar y requieren acceso a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes
- cuyas familias cumplan con los requisitos de acceso a Chile Solidario y se trate de niños en gestación

En el caso del 40% más vulnerable, se trata de niños a partir del 5º mes de gestación y hasta que cumplan 18 años de edad, cuyos padres y/o madres no tengan previsión, requisito certificado a través de la aplicación de la Ficha de Protección Social. Resulta difícil acceder a estos datos, pero a modo de aproximación, a continuación presentamos el número de familias que forman parte del 40% y 60% más vulnerable, respectivamente, por región.

Cuadro n° 32: N° y % de familias que pertenecen al 40% y 60% más vulnerable, por región, 2011

Región	Total familias con FPS (1)	Total 40%		Total 60%	
		Nº	% respecto a (1)	Nº	% respecto a (1)
Arica y Parinacota	51.488	40.866	79,4	46.395	90,1
Tarapacá	75.185	50.560	67,2	61.349	81,6
Antofagasta	107.536	57.838	53,8	77.225	71,8
Atacama	67.082	46.436	69,2	56.211	83,8
Coquimbo	163.986	119.267	72,7	143.372	87,4
Valparaíso	388.617	268.905	69,2	330.210	85,0
O'Higgins	218.510	156.494	71,6	189.920	86,9
Maule	268.732	213.812	79,6	245.707	91,4
Biobío	507.115	383.769	75,7	448.228	88,4
Araucanía	244.163	197.233	80,8	222.674	91,2
Los Ríos	100.745	79.489	78,9	91.243	90,6
Los Lagos	207.930	166.288	80,0	189.254	91,0
Aisén	27.960	18.839	67,4	22.949	82,1
Magallanes	32.480	17.012	52,4	23.227	71,5
Metropolitana	1.372.877	923.081	67,2	1.140.318	83,1
Total	3.834.406	2.739.889	71,5	3.288.282	85,8

Fuente: Ficha de Protección Social, Octubre 2011. Información proporcionada por la División de Promoción y Protección Social de la Secretaría Ejecutiva de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social.

e) Los actores del programa

El Subsistema CCC es operado a nivel central desde la **Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social**, asentada en el Ministerio de Desarrollo Social y desde aquí baja al nivel regional, a los servicios de salud²⁵ y al nivel comunal-municipal.

²⁵ Más específicamente, la operación del PADB en los Servicios de Salud *baja* a través de un convenio que se realiza entre el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud y FONASA, desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los Servicios de Salud y de éstos a los municipios y establecimientos dependientes.

La **Secretaría Ejecutiva** tiene bajo su alero a las siguientes unidades:

- o Unidad de Subsidios
- o Unidad de Ficha de Protección Social
- o Unidad de Sistemas de Información
- o Unidad de Gestión Territorial
- o Unidad de Fortalecimiento Institucional
- o Unidad de Administración Interna.

El CCC se instala de manera transversal en estas unidades²⁶. Particularmente, dentro de la Unidad de Gestión Territorial hay una subunidad de asistencia técnica, que funciona como contraparte de los municipios y de las SERPLAC en la implementación del CCC. Desde esta unidad también se operan el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil, el Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia y el Fondo de Fortalecimiento Municipal, que son herramientas de apoyo a las redes locales que promueve el CCC (ver más adelante).

Por su parte, **el Programa Educativo Masivo y el Programa de Apoyo Biopsicosocial operan desde la Unidad de Fortalecimiento Institucional del Sistema de Protección Social, si bien este último es ejecutado por MINSAL, donde está radicado en la Subsecretaría de Redes Asistenciales.**

Por el lado del Ministerio de Desarrollo Social, el CCC *baja* a las regiones a través de las Secretarías Regionales de Planificación (SERPLAC), en las cuales se ha nombrado a un Encargado Regional CCC.

Desde el nivel regional, el Subsistema *baja* a las comunas. CCC es un sistema de gestión descentralizada, con base local, que se instala a partir de los servicios que hoy existen y funcionan en las comunas, bajo su administración y coordinación. La decisión de operar el sistema descentralizadamente se basa en la convicción de que los municipios están más cerca de la gente, y en concreto, en que en este caso los "puntos de contacto" de los niños/as con las instituciones que les ofrecen servicios, ocurren necesariamente en el ámbito local. El supuesto tras esta convicción es que en los municipios hay personal, capacidades y recursos necesarios para hacerse cargo del programa y, muy importante, poder y capacidad para que los servicios locales se coordinen en una lógica sistémica, donde las tareas y acciones se ordenan en función del desarrollo integral de los niños y niñas a lo largo de su ciclo vital. Si es necesario apoyar y/o reforzar estas capacidades, CCC dispone del Programa de Fortalecimiento Municipal.

CCC en el nivel local funciona en base a la constitución de una **Red Comunal** que cuenta con la participación de actores institucionales relevantes para el desarrollo infantil, presentes en el espacio comunal. La Red Comunal es apoyada y asistida por el Coordinador Provincial de Protección Social, presente en todas las Gobernaciones (a nivel provincial) y que tiene por misión apoyar todos los componentes del Sistema de Protección Social, entre ellos Chile Crece Contigo.

²⁶La instalación del CCC implicó una reorganización del Sistema de Protección Social. Hasta 2006 existió una Unidad de Infancia que formaba parte de la Secretaría Ejecutiva del Chile Solidario. Era una unidad "aislada" que no logró articularse con el Sistema mayor. En 2007 con el CCC se reorganiza la Secretaría Ejecutiva del CHS y el tema de la infancia está transversalmente presente en cada unidad. Fuente: entrevista a miembro del equipo Chile Crece Contigo en el contexto del artículo "Origen, desarrollo y proyecciones del Programa Chile Crece Contigo. Un caso particular de "scaling up", elaborado por Raczynski, D. y Valderrama, C., por encargo de BID Brookings, enero de 2009.

La red tiene además el soporte de una dupla profesional constituida por el(la) Gerente CCC designado por cada Servicio de Salud (29 en todo el país) y por el(la) Encargado(a) Regional de CCC, perteneciente a los Servicios Regionales Ministeriales (SEREMI) de Planificación (SERPLAC) de cada región (15 en total).

El CCC diferencia entre una **Red Básica** y una **Red Ampliada**. El cuadro a continuación señala los integrantes que se sugieren participen en cada una de estas dos redes.

Cuadro n° 33: Integrantes de las redes, básica y ampliada

Nivel	Integrantes
Red básica	- Entidades y sus representantes, que constituyen la red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal, cuales son los Directores/as de los Centros de Salud (consultorios), Encargados/as de Postas Rurales, Directores/as de Centros Familiares (CEFAM). - Entidades y representantes del área de Educación Parvularia, cuales son Directoras de Jardines Infantiles y Salas Cuna, pertenecientes a la Junta nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y a la Fundación INTEGRA, principalmente. - Representantes de las diversas Unidades Municipales responsables de servicios, beneficios o programas, de apoyo al desarrollo infantil y familiar, cuales son, <i>Director/a</i> de Desarrollo Comunitario (DIDECO), Encargado/a Municipal de Infancia, Encargado/a Municipal de la Unidad de Subsidios Sociales, Encargado/a del Departamento o Unidad de Asistencia Social, el <i>Jefe/a</i> de la Unidad de Intervención Familiar del Programa Puente, el Director/a de Salud Municipal y la Encargada/o Municipal del Área de Educación Parvularia.
Red ampliada	- Encargado/a de Oficina de Protección de Derechos. - Encargado/a de la Oficina Municipales de Información laboral (OMIL). - Encargado/a Municipal de la Ficha de Protección Social. - Encargado/a del Departamento Municipal de Vivienda. - Encargado/a de Programas Municipales de Habitabilidad. - Encargado/a del Programa de Apoyo a la Discapacidad. - Jefe/a del Departamento Municipal de Organizaciones Comunitarias. Para efectos de la Red Ampliada, cabe señalar que es atribución de la propia Red Comunal, determinar y convocar la incorporación de éstas u otras entidades necesarias para garantizar el funcionamiento del Sistema en la comuna.

Fuente: elaboración propia

La **tarea** principal de la Red Básica es sostener el Subsistema a nivel comunal, articulando la entrega del conjunto de servicios y beneficios contemplados, de manera oportuna y pertinente, según las particularidades de niños y niñas que conforman la población objetivo de CCC. Esta articulación se traduce en un **Plan de trabajo local** que se elabora en base a la “Matriz para la Planificación de la Gestión Global de las Redes Comunales Chile Crece Contigo” y que exige generar un mapa comunal de oportunidades para el DIT y definir flujos de derivación de los casos. Como el CCC realiza un acompañamiento longitudinal a la trayectoria del desarrollo de cada niño o niña, se requiere contar con mecanismos y/o herramientas técnicas, para traspasar y hacer circular información relevante sobre esta trayectoria, de modo de que las decisiones que se tomen sean informadas y efectivamente se traduzcan en una articulación de prestaciones que respondan a las necesidades específicas de cada niño y apoyen integralmente su desarrollo. Las **funciones de la red** diferencian entre funciones principales, de soporte y complementarias, tal como se define en el Cuadro n° 34y siguientes.

Cuadro n° 34: Función Principal de la Red Comunal Chile Crece Contigo.

Áreas de Gestión Redes Comunes CCC	Objetivos Generales por Área de Gestión	Objetivos Específicos en relación al Objetivo General	Metas del Objetivo Específico
Gestión Sistémica	Incorporar al Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, a todos los niños y niñas que se atienden en el Sistema Público de Salud, desde el primer control pre natal de sus madres.	Estandarizar procedimientos para la incorporación al Sistema de todos los niños y niñas que se atienden en el Sistema Público de salud, a partir de la gestación.	Procedimientos de registro e ingreso a CCC establecido.
			100% de niños y niñas que se atienden en el sector público de salud son ingresados a CCC, desde el primer control pre natal de la madre.
		Asegurar que todos los niños y niñas ingresados a Chile Crece Contigo desde la gestación, reciben las prestaciones universales contempladas en el Sistema.	100% de los niños y niñas ingresados a CCC desde la gestación, reciben las prestaciones universales.
		Estandarizar procedimientos para derivar a todos los niños y niñas ingresados a CCC desde la gestación, que presenten situaciones de vulnerabilidad, a las instituciones que ofrecen las prestaciones diferenciadas definidas por el Sistema.	Procedimiento establecido para la pesquisa y derivación de niños y niñas incorporados a CCC desde la gestación, que requieren apoyos diferenciados.
		Asegurar que todos los niños y niñas ingresados a Chile Crece Contigo desde la gestación, que se encuentran bajo alguna situación de vulnerabilidad, reciben las prestaciones diferenciadas contempladas en el Sistema.	100% de los niños y niñas ingresados a CCC desde la gestación, que requieren apoyos diferenciados, reciben las prestaciones diferenciadas definidas por el Sistema.

Fuente: Documento “Esquema de la Gestión Global de las Redes Comunes Chile Crece Contigo”

Cuadro n° 35: Funciones de Soporte a la Función Principal de la Red Comunal Chile Crece Contigo

Áreas de Gestión Redes Comunes CCC	Objetivos Generales por Área de Gestión	Objetivos Específicos en relación al Objetivo General	Metas del Objetivo Específico
Gestión para la articulación en Red	Acordar un mecanismo de trabajo de la Red Comunal CCC, que permita articular las prestaciones universales y diferenciadas, a partir de la trayectoria del desarrollo de cada niño o niña ingresado al Sistema, de manera pertinente y oportuna.	Generar un sistema de trabajo que permita a la Red Comunal CCC, contar con modalidades de traspaso de información, para conocer la oferta programática disponible para primera infancia y para establecer objetivos de funcionamiento, entre las principales materias.	Mapa de oportunidades referido a la oferta programática disponible en el territorio.
		Establecer una modalidad de operación a partir del acompañamiento de la trayectoria del desarrollo, para la articulación de prestaciones que requiere cada uno de los niños y niñas cubiertos por el Sistema.	Red Básica y Red Ampliada constituidas, con mecanismos básicos de trabajo establecido.
			Modalidad de operación diseñada en el marco de la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas ingresados a CCC
Gestión de la Información	Establecer mecanismos de registro análisis y transferencia de información relevante, que proviene del acompañamiento a la trayectoria del desarrollo de cada niño y niña, para orientar adecuadamente la gestión y las decisiones de la Red Comunal CCC.	Incorporar a la gestión de la Red Comunal, el registro de las operaciones que se realizan, relacionadas con las acciones de acompañamiento, prestaciones que se entregan a cada niño o niña, derivaciones y resultados de las derivaciones.	Sistemas de Registro de la operación del Sistema en funcionamiento.
		Definir un sistema de monitoreo de la trayectoria específica del desarrollo de cada niño o niña ingresado a CCC, que permita visualizar las demandas que se generan hacia el Sistema y la capacidad de respuesta oportuna y pertinente desde la Red Comunal.	Sistema de monitoreo definido.
		Formular propuestas de ajuste o incremento de la oferta programática disponible, o la creación de nuevos servicios, que faciliten la entrega oportuna de las prestaciones que requiere cada niño o niña, de acuerdo a las características de su desarrollo.	Propuestas formuladas en un plazo determinado por la Red Comunal Chile Crece Contigo.

Fuente: Documento “Esquema de la Gestión Global de las Redes Comunes Chile Crece Contigo”

Cuadro n° 36: Función complementaria a la gestión global de la Red Comunal Chile Crece Contigo

Áreas de Gestión Redes Comunes CCC	Objetivos Generales por Área de Gestión	Objetivos Específicos en relación al Objetivo General	Metas del Objetivo Específico
Gestión del Conocimiento	Generar instrumentos y procesos para la producción, intercambio y uso del conocimiento que se obtiene a partir de la implementación y evaluación de la práctica de la Red Comunal Chile Crece Contigo	Identificar y sistematizar las prácticas de gestión que se den en las Redes Comunes CCC, en el trabajo articulado de sus integrantes, la atención de los niños y niñas y en la relación con otros operadores de CCC.	Prácticas de gestión de las Redes Comunes CCC, sistematizadas de acuerdo a los plazos que se fije la propia Red.
		Retroalimentar la gestión de CCC, a través de recomendaciones estratégicas y pertinentes al proceso de fortalecimiento de la gestión comunal en primera infancia.	1 Informe analítico anual, de la gestión de la Red Comunal CCC.
		Realizar actividades de Difusión y Sensibilización entre las autoridades y las entidades que son parte de la Red Chile Crece Contigo.	Al menos 1 actividad de difusión y sensibilización en el año.

Fuente: Documento “Esquema de la Gestión Global de las Redes Comunes Chile Crece Contigo”

Herramientas de apoyo a las Redes

El Subsistema CCC se ha provisto de diversas herramientas para apoyar el trabajo de las redes. Entre éstas destaca la Matriz para la Planificación de la gestión de las redes comunales, ya mencionada; tres Fondos que financian proyectos de origen local; y el soporte de un sistema de información en línea que permite un seguimiento de la trayectoria del niño (ver cuadro siguiente).

Cuadro n° 37: Herramientas de apoyo a las redes

Herramienta	Descripción
Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (Ministerio de Desarrollo Social – Municipalidades)	En los territorios comunales, en particular en las zonas donde residen las familias más vulnerables, se ha detectado una escasez de modalidades de apoyo a niños y niñas que presentan rezago en su desarrollo, diagnosticados en el marco de los controles regulares de salud de los menores de 4 años, con especial énfasis en lo menores de 2 años de edad. El Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil responde a esta carencia, financiando proyectos presentados por las Redes Comunales para la implementación de una o más de las siguientes modalidades: • Servicio itinerante de estimulación temprana. • Salas de estimulación en recintos comunitarios. • Atención domiciliaria de estimulación temprana. • Formación de competencias para profesionales, técnicos y monitores que atienden niños y niñas con riesgo o rezago. • Mejoramiento de modalidades ya existentes en la comuna. • Extensión de modalidades ya existentes en la comuna. • Ludotecas.
Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia (Ministerio de Desarrollo Social – ejecutores públicos, privados, comunitarios)	Este Fondo tiene como objetivo financiar las diferentes y múltiples iniciativas que a nivel local apoyen el desarrollo integral de la infancia. Este Fondo fortalecerá el protagonismo desde el ámbito local, abriendo la participación de entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como de organizaciones sociales.
Fondo de Fortalecimiento Municipal	Permite a las Municipalidades, en tanto líderes y coordinadores de la Red Comunal, generar un plan de trabajo interinstitucional e intersectorial anual para el desempeño de sus tareas compartidas.
Sistema de información en línea ²⁷	A través de él se lleva a cabo el seguimiento longitudinal del desarrollo de los niños y niñas. Este sistema está adscrito al Sistema Integrado de Información Social (SIIS), que permite registrar las características principales del proceso de desarrollo de cada niño o niña cubierto por el sistema de protección integral, desde la gestación y hasta los 4 años, y los apoyos recibidos por parte de las distintas instituciones y servicios intervinientes en el proceso.

Fuente: elaboración propia

Procesos de atención y derivación

La “puerta de entrada” al CCC es el Programa de Apoyo Biopsicosocial (PADB). Así, cada vez que llega una mujer gestante a un consultorio de la red pública, se le entrega la guía “Empezando a crecer”, se le aplica pauta de detección de riesgo psicosocial. En caso de que este riesgo no pueda ser resuelto por personal de salud, el caso es tratado por la Red Básica para identificar cursos de acción y canales de derivación específicos. Estos canales y cursos son diseñados por cada Red local, por lo cual no están estandarizados.

²⁷ Coexiste con este sistema, el sistema de estadísticas regulares de MINSAL (el Registro Estadístico Mensual REM), que desde 2008 tiene módulos especiales para registrar las atenciones que se inscriben en el CCC, tanto sobre atención a gestantes como a niños y niñas.

4. EFICACIA DEL PROGRAMA

4.1. Resultados a nivel de productos

Metodología

Se buscó información de producción y cobertura para todas las prestaciones de los 3 componentes del programa. Las prestaciones consideradas son aquellas que se reportan en el Cuadro n° 25 en el capítulo Diseño del Programa, en este mismo informe.

Cabe señalar, en relación al componente Programa de Apoyo Biopsicosocial, que sus **prestaciones** –contempladas en el Catálogo de Prestaciones- **han ido variando año a año, agregándose y complejizándose**. Además de lo anterior, año a año no se registran todas las prestaciones sino sólo aquellas consideradas “indicadores centinela”²⁸ para cada año, y que están identificadas en la Matriz de Prestaciones, que es el instrumento en base al cual se realizan los convenios con los municipios²⁹. En estos términos, hay muy pocos indicadores donde se puede construir series de datos, de manera que esta información no será considerada para el análisis efectuado en el presente informe³⁰.

Por su parte, el componente Programa Educativo Masivo registra la siguiente información de producción y cobertura:

²⁸ Los *indicadores centinela* se utilizan para evaluar a las unidades administrativas de establecimientos de salud (agrupaciones de establecimientos de salud según su localidad y dependencia: municipal, dependientes y servicio). Se trata de indicadores que forman parte del Catálogo de Prestaciones seleccionados para dar cuenta de prestaciones clave en atención primaria y hospitalaria. Estos indicadores forman parte de una “Matriz de Indicadores” mediante los cuales se mide el cumplimiento e instalación del Programa. Estas matrices de indicadores

²⁹ En anexo se pueden encontrar cuadros que muestran la Evolución del catálogo de prestaciones del Programa de Apoyo Biopsicosocial.

³⁰ De todos modos, la información disponible se adjunta en anexo.

Cuadro n° 38: Información de producción y cobertura del Programa Educativo Masivo

PRESTACIONES	2007	2008	2009	2010	2011
1. Programa semanal de radio ³¹	Sin información	Sin información	Sin información	30.800 auditores promedio ³²	35.000 auditores promedio ³³
2. Crece Contigo TV ³⁴	Sin información	Sin información	12 programas*	10 programas*	Sin información
3. Fono Infancia ³⁵	7.111* atenciones	8.718 atenciones ³⁶	9.215* Atenciones	8.385* Atenciones	13.518 ³⁷ atenciones
4. Sitio web www.crececontigo.cl	Sin información	Sin información	125.000 usuarios diferentes conectados mensualmente ³⁸	296.279* usuarios únicos en el año	397.759 usuarios únicos en el año ³⁹ 52.925 visitas mensuales
5. Colección de cartillas educativas de distribución nacional	Sin información	Sin información	20.000* cartillas impresas aproximadamente 8.000* cartillas distribuidas a establecimientos de salud y de educación preescolar	Sin información	Sin información
6. Colección de música como apoyo al desarrollo infantil temprano ⁴⁰	Sin información	Sin información	240.000* CDs	340.000* CDs	Sin información
7. Colección de cuentos infantiles de apoyo al lenguaje y la lectura en primera infancia.	Sin información	Sin información	40.000* cuentos ⁴¹	Sin información	Sin información
8. Boletín electrónico (newsletter) que se distribuye por Internet.	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información	19.000* inscritos ⁴²

* Todas las cifras marcadas con asterisco fueron proporcionadas por el Ministerio de Desarrollo Social.

Finalmente en relación al componente Prestaciones Preferentes, pese a que los datos fueron solicitados al Ministerio de Desarrollo Social, éstos no fueron entregados.

³¹ No existen datos sobre número de emisiones. Sin embargo, las emisiones son semanales (una vez por semana) en una radio de alcance nacional, Radio Cooperativa. No hay registro de cómo se emite en las radios comunitarias a las que se les envía el programa.

³² Fuente: <http://www.crececontigo.cl/2010/>

³³ Fuente: Sobre la base de lo informado por radio Cooperativa, respaldado por Encuesta IPSOS Chile para el periodo en consulta

³⁴ Las cápsulas de Chile Crece Contigo TV se reparten a los 29 servicios de salud del país y a las Secretarías Regionales de Planificación, actualmente de Desarrollo Social. No hay datos del número de consultorios o establecimientos donde se emite.

³⁵ Al año 2011 existían 3 líneas habilitadas en un sistema de 6 turnos. El horario de atención es de 9 a 18 horas

³⁶ Fuente: Balance de gestión Integral Subsecretaría de Planificación 2008

³⁷ Fuente: sistema de registro de llamados contestados del Servicio Fonoinfancia

³⁸ Fuente: Balance de Gestión Integral Subsecretaría de Planificación 2009

³⁹ Fuente: datos obtenidos en los informes de Googleanalytics para el sitio web, entregados por el Ministerio de Desarrollo Social.

⁴⁰ Corresponde a 2 CD's: uno de estimulación del lenguaje que se entrega en los controles de los 8 meses y uno de estimulación en general que se entrega a los 15 meses. No hay datos de cobertura.

⁴¹ Corresponen a modelos de libros distintos, específicamente son los ganadores del concurso "Te Cuento mi Cuento" que se realizó el año 2009. También se realizó un modelo de libro a partir de una de las categorías ganadoras en el concurso musical. Se han distribuido a salas cunas, jardines infantiles, modalidades de estimulación y otros espacios de trabajo con niños/as

⁴² Se produce un boletín al mes más un par de boletines especiales, por ejemplo para el terremoto o para una campaña de paternidad activa que se realizó. Se hicieron 30 boletines en total

a) Beneficiarios efectivos del programa

Considerando la disponibilidad de los datos, sólo es posible estimar de modo grueso los beneficiarios del programa, agrupando según gestantes y niños/as, para el Programa de Apoyo Biopsicosocial.

Cuadro n° 39: Beneficiarios efectivos del programa

Componente	Beneficiario	Beneficiarios efectivos ⁴³				
		2007	2008	2009	2010	2011
Programa de Apoyo Biopsicosocial	Gestantes que ingresan a control	47,683	202,729	200,738	197,847	s/i
	Total de nacidos vivos en SNSS	40,119	170,729	171,696	171,668	s/i

Fuente: elaboración propia en base a datos entregados por el Ministerio de Desarrollo Social

b) Análisis de cobertura

En esta sección se analiza la cobertura del programa respecto de su población objetivo. Cabe señalar que el único de los componentes donde existe información es el Programa de Apoyo Biopsicosocial.

El cuadro siguiente compara la población objetivo con los beneficiarios efectivos.

Cuadro n° 40: Cobertura del programa por componente⁴⁴

Componente	Beneficiario	Población objetivo o potencial					Beneficiarios efectivos				
		2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Programa educativo masivo	Total de nacidos	240.569	246.581	253.584	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i
Programa de Apoyo Biopsicosocial	Gestantes que ingresan a control	196.033 ⁴⁵	202.755 ⁴⁶	200.878 ⁴⁷	197.764 ⁴⁸	197.064 ⁴⁹	47,683	202,729	200,738	197,847	s/i
	Total de nacidos vivos en SNSS	165.217	170.729	171.767 ⁵⁰	171.668 ⁵¹	164.332 ⁵²	40,119	170,729	171,696	171,668	s/i

Fuentes:

⁴³ Fuente: información proporcionada por el Ministerio de Desarrollo Social

⁴⁴ No es posible estimar la cobertura de las Prestaciones preferentes ya que no se dispone datos precisos de población objetivo, ni tampoco de beneficiarios efectivos.

⁴⁵ Fuente: Total embarazadas, registrado en cuadro INGRESOS NUEVOS A CONTROL DEL PROGRAMA DE LA MUJER, disponible en http://163.247.51.54/rem2007/ingr_nuevos_control_mujer07.php

⁴⁶ Fuente: Total País, registrado en cuadro INGRESOS MENSUALES DE GESTANTES AL PROGRAMA DE CONTROL DE EMBARAZO, disponible en http://intradeis.minsal.cl/Intradeis/CCC_ing_men_ges_PCE/CCC_ing_men_ges_PCE.aspx

⁴⁷ Fuente: Total SNSS, registrado en cuadro INGRESOS TOTALES DE GESTANTES AL PROGRAMA DE CONTROL DEL EMBARAZO, disponible en http://intradeis.minsal.cl/Intradeis/Reportes_2009/CCC_con_tot_men_ges/CCC_con_tot_men_ges.aspx

⁴⁸ Fuente: Total SNSS, registrado en cuadro INGRESOS DE GESTANTES AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, SEGÚN GRUPO ETARIO, POR REGIÓN Y SERVICIO, SNSS 2010, disponible en http://intradeis.minsal.cl/Reportesrem/2010/CCC_CON_TOT_MEN_GES/CCC_CON_TOT_MEN_GES.aspx

⁴⁹ Fuente: Total gestantes ingresadas, registrado en cuadro Ingresos de gestantes, por Región y Servicio de salud, SNSS 2011, disponible en http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/ING_GESTANTES/ING_GESTANTES.aspx

⁵⁰ Fuente: Total SNSS, registrado en cuadro NACIDOS VIVOS SEGÚN PESO AL NACER, POR REGIÓN Y SERVICIO DE SALUD, SNSS 2009, disponible en http://intradeis.minsal.cl/Intradeis/Reportes_2009/N_VIVOS_PESO/N_VIVOS_PESO.aspx

⁵¹ Fuente: Total SNSS, registrado en cuadro NACIDOS VIVOS SEGÚN PESO AL NACER, DISTRIBUIDOS EN GRAMOS, POR REGIÓN Y SERVICIO, SNSS 2010, disponible en http://intradeis.minsal.cl/Reportesrem/2010/N_VIVOS_PESO/N_VIVOS_PESO.aspx

⁵² Fuente: Total SNSS, registrado en cuadro Nacidos Vivos según Peso al Nacer, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2011, disponible en http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/N_VIVOS_PESO/N_VIVOS_PESO.aspx

- Población objetivo o potencial: Cifras DEIS MINSAL reportadas en Cuadro n° 31
- Beneficiarios efectivos: información proporcionada por el Ministerio de Desarrollo Social

En el cuadro siguiente se observa que la cobertura para gestantes ha ido creciendo hasta lograr el 100%, y que en el caso de los Nacidos vivos en el SNSS, ésta se ha estabilizado en alrededor del 85% (al 2010).

Cuadro n° 41: % cobertura por año Programa de Apoyo Biopsicosocial

		2007	2008	2009	2010	2011
Programa de Apoyo Biopsicosocial	Gestantes que ingresan a control	24,3	100,0	99,9	100,0	s/i
	Total de nacidos vivos en SNSS	20,5	100,0	85,5	86,8	s/i

Fuente: elaboración propia en base a datos del Cuadro n° 40

c) Grado de focalización del programa

Como se ha señalado, el programa incorpora prestaciones de alcance universal –el programa educativo masivo-, y por tanto no focalizadas; prestaciones dirigidas a las gestantes y niños que nacen al alero de los servicios públicos de salud –el Programa de Apoyo Biopsicosocial-; y prestaciones dirigidas al 60% y al 40% más vulnerable de las familias de los niños que nacen al alero de los servicios públicos de salud –Prestaciones Preferentes-. En estos términos, sólo es posible el análisis de focalización para los dos últimos, pero sólo se ha realizado para el Programa de Apoyo Biopsicosocial, en la medida en que es el único para el cual existen datos.

En el caso del Programa de Apoyo Biopsicosocial, efectivamente las prestaciones llegan a los usuarios de los establecimientos del sistema público de salud, por lo que en ese sentido –utilizando el criterio de focalización por establecimiento, y no por usuario- están bien focalizadas. Pese a ello, y más específicamente en relación al Programa de Apoyo al Recién Nacido, que existe desde 2009 pero que sólo desde 2010 forma parte del Catálogo de Prestaciones del MINSAL, la evaluación realizada por un panel de expertos en 2011⁵³, evalúa que el criterio utilizado para la focalización del programa no es adecuado ya que focaliza en los prestadores de la red pública de salud y no en la población que efectivamente presenta mayor vulnerabilidad. Dicho panel hace esta evaluación a partir de dos datos:

- el 16% de los partos de los deciles 1 al 6 no se atienden en la red pública de salud.
- existe una cantidad de 24.895 partos que constituyen población potencial y objetivo del programa de acuerdo al criterio de focalización vigente, es decir, que atendieron sus partos en establecimientos públicos, los cuales no se encuentran en los 6 primeros deciles de vulnerabilidad (población objetivo del sistema de protección social). De ellos, 5.640 se ubican en los deciles 7 al 10 de vulnerabilidad y 19.255 no están clasificados. Dado que el proceso de la aplicación de la FPS es voluntario para acceder a beneficios del Estado que son focalizados, se puede presumir que aquellos

⁵³ Ver Dirección de Presupuestos, División de Control de Gestión: Informe Final de Evaluación Programa de Apoyo al Recién nacido, Ministerio de Planificación- Ministerio de Salud. Panelistas: María Luisa Daigre (coordinadora), María Eugenia Ziliani, Carolina Muñoz. Enero – Julio 2011

sin información (o gran parte de ellos) pertenecen a deciles de menor vulnerabilidad, dada su baja probabilidad de obtener beneficios.

Más allá de eso, en el origen del programa está la hipótesis de que los niños más vulnerables tienen menos oportunidades de desarrollo, y que por tanto es importante hacer un acompañamiento y aplicar refuerzos cuando sea necesario. En esta línea, la aplicación del test de desarrollo de Battelle, que forma parte de esta Evaluación de Impacto, controlando por SUF, indica que los niños con SUF tienen peores resultados en el test que los que no lo tienen. Ello confirma la hipótesis señalada y da cuenta de que efectivamente el programa se construye sobre una hipótesis acertada, y en ese sentido, que está llegando a quienes más lo requieren.

4.2. Resultados Intermedios

La propuesta técnica que orientó la evaluación definió como resultados intermedios del programa, el conocimiento, uso y satisfacción con éste por parte de sus usuarios, en concreto, por parte de las madres cuyos hijos han nacido al alero del Chile Crece Contigo. Además de lo anterior, definió como resultado intermedio el fomento a la lactancia materna, e incorporó la medición de la evaluación subjetiva del trato del personal en consultorios.

Para recoger estos resultados se aplicó una encuesta, cuyos detalles de diseño y aplicación se encuentran en el capítulo sobre Metodología. A continuación se entregan los resultados del análisis de esta encuesta.

Cabe hacer notar que el diseño muestral adoptado fue elegido en función de la evaluación de impacto, y no de los resultados intermedios. Ello se tradujo en que se encuestó una población que, como gestante, fue usuaria del Chile Crece Contigo hace 3 ó 4 años, de manera tal que el conocimiento, uso y satisfacción que esta población tiene refleja su percepción de lo que era el programa en 2007 y 2008. Es importante hacer esta precisión porque como veremos, los niveles de conocimiento del CCC son bajos, lo que se explica en la medida en que durante los años señalados, el programa aún estaba en etapa de instalación y además no se contaba con la variedad de prestaciones que existen hoy, como por ejemplo el Programa de Apoyo al Recién Nacido, que empieza a operar en 2009-2010, por lo que no alcanzó a beneficiar a la población encuestada. En otras palabras, el bajo nivel de conocimiento puede deberse a que las encuestadas no han estado expuestas al programa “completo”.

a) Conocimiento y evaluación general del programa⁵⁴

Cuadro n° 42: Conocimiento general del programa de 1 a 7

	1	2	3	4	5	6	7	Promedio
B1	21,90% 33	13,20% 20	24,50% 37	20,50% 31	13,20% 20	5,30% 8	1,30% 2	3,11* 151 casos
B2	37,80% 62	9,80% 16	15,90% 26	15,90% 26	15,90% 26	2,40% 4	2,40% 4	2,79 164 casos
P1	39,70% 100	11,50% 29	13,90% 35	13,90% 35	13,10% 33	5,20% 13	2,80% 7	2,75 252 casos
P2	32,30% 76	18,70% 44	19,10% 45	14,90% 35	8,10% 19	3% 7	3,4 8	2,68 235 casos
Total	33,80% 271	13,60% 109	17,80% 143	15,80% 127	12,20% 98	4% 32	2,60% 21	2,81

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

El programa en general es poco conocido, teniendo un valor de 2,81 en promedio en una escala de 1 a 7. Donde más se le conoce es en las comunas con buena calidad de gestión y de implementación más antigua (B1, con 3,11 en promedio), seguidas por aquellas también con buena gestión pero de implementación más reciente (B2 con 2,79 en promedio), pese a que la diferencia entre ambas no es estadísticamente significativa⁵⁵.

En tercer lugar aparecen las comunas con calidad de gestión menos buena y más antiguas en su implementación (P1 con 2,75 en promedio), y finalmente aquellas con menor calidad e implementación más reciente (P2 con 2,68 en promedio). En estos términos, y dado que la diferencia de B1 con P1 y P2 sí es estadísticamente significativa, se puede señalar que el conocimiento del programa que tiene su población beneficiaria, se fortalece en la medida en que la comuna desarrolla una mejor gestión –lo que probablemente implica una buena difusión- y también en la medida en que lleva más tiempo funcionando en el territorio.

Cuadro n° 43: Nota promedio de distintas prestaciones de Chile Crece Contigo

Prestación	B1	B2	P1	P2	Promedio
En los materiales educativos que entrega	5,8	6,4	6	5,7	6
En los talleres de preparación al parto y de crianza que realiza	6	6,2	5,7	5,8	5,9
En los talleres de estimulación para el niño	6	6,3	5,5	5,9	5,9
En la atención que brinda el hospital	5,7	5,4	5,1	5,3	5,4
En las visitas domiciliarias	5	5,6	5	5,5	5,3
En la atención que brinda el consultorio	5	5	5,4	5	5,1
Promedio	5,6	5,8	5,5	5,5	5,6
n	151	164	252	235	802

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

⁵⁴ De aquí en adelante en todo el capítulo sobre Resultados Intermedios, se utilizará el asterisco (*) en las tablas para indicar la presencia de diferencias estadísticamente significativas.

⁵⁵ Se utilizó la prueba T de muestras independientes, a partir de la cual sólo se puede analizar la existencia de diferencias significativas, y no cuánto es el porcentaje de significación de la diferencia. Basados en su aplicación, se puede señalar que la diferencia entre B1 y B2 no es estadísticamente significativa. No obstante, la diferencia de B1 con P1 y P2 sí es estadísticamente significativa.

La mirada general (toda la muestra) indica que en promedio las prestaciones del programa son bien evaluadas, con nota 5,6, en la escala de 1 a 7, entre las personas que declaran conocerlas.

A nivel de prestación, la que mejor se califica corresponde al material educativo que entrega el programa, con un 5,98. También tienen una buena calificación (sobre el promedio de la calificación general) los talleres de preparación al parto y de crianza que se realizan (5.94), y los talleres de estimulación para el niño (5.92).

Las prestaciones con una calificación relativa menor son, en orden decreciente, la atención que brinda el hospital (5.38), las visitas domiciliarias (5.27) y la atención que brinda el consultorio (5.10).

Las diferencias entre submuestras (B1, B2, P1 y P2) no son estadísticamente significativas.

b) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones del Programa Educativo Masivo

Cuadro n° 44: Conocimiento, uso y utilidad de prestaciones del Programa Educativo Masivo

	Conoce		Ha accedido o usado		Le han servido en el cuidado o formación de su hijo	
	%	n	%	n	%	n
Programa de radio	3,7	30	53,3	16	63	10
Crece Contigo TV	10,5	84	53,6	45	98	44
Fono Infancia	16,2	130	14,6	19	84	16
www.crececontigo.cl	16,6	133	40,6	54	83	45
Cartillas educativas	25,9	208	78,8	164	93	153
Boletín electrónico	2,5	20	20	4	100	4
Promedio	12,60%		43,50%		86,90%	

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Conocimiento

- En promedio, sólo el 12.6% de las encuestadas conoce las prestaciones del Programa Educativo Masivo, programa de alcance universal y cuyas prestaciones por tanto, podrían ser reconocidas por la totalidad de las encuestadas.
- Las prestaciones más conocidas son las cartillas educativas (25.9%), FonoInfancia y página web (ambas alrededor de 16%) y Crece Contigo TV (10.5%).
- Las prestaciones menos conocidas son el programa de radio (3.7%) y el boletín electrónico (2.5%)
- Las diferencias de conocimiento promedio por submuestra no son estadísticamente significativas⁵⁶.

⁵⁶ Se aplicó la prueba ANOVA, a partir de la cual sólo se puede analizar la existencia de diferencias significativas, y no cuánto es el porcentaje de significación de la diferencia. A partir de dicho test se pudo observar:

- No hay diferencias estadísticamente significativas entre los segmentos y el conocimiento, uso y utilidad del programa de radio CCC.
- El conocimiento del programa CCC TV tiene algunas diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos:
 - La diferencia entre B2 y P2 es estadísticamente significativa.
 - La diferencia entre B1 y P2 es estadísticamente significativa.

Uso o acceso

- Un 43.5% de quienes conocen las prestaciones las han usado o han accedido a ellas.
- La prestación más usada ha sido las Cartillas educativas (78.8%)⁵⁷.
- Las prestaciones Programa de radio y Crece Contigo TV han sido usadas o se ha accedido a ellas en alrededor de la mitad de los casos (53%). La prestación menos usada es Fono Infancia (14.6%)
- Las diferencias entre submuestras no son estadísticamente significativas.

Utilidad en cuidado o formación del niño/a

- La gran mayoría de quienes han usado o accedido a las prestaciones consideran que éstas han sido útiles para el cuidado formación de los niños (86.9%)
- Las diferencias entre submuestras no son estadísticamente significativas.

Cuadro n° 45: Nota promedio de las prestaciones del Programa Educativo Masivo

	Nota promedio				Promedio
	B1	B2	P1	P2	
Programa de radio	5,3 (n=4)	6,0 (n=8)	6,3 (n=12)	6,5(n=6)	6,0
Crece Contigo TV	6,4 (n=16)	6,3 (n=16)	6,6 (n=26)	5,9(n=26)	6,3
Fono Infancia	5,9 (n=26)	5,5 (n=34)	6,3 (n=48)	6,0(n=22)	5,9
www.crececontigo.cl	5,9 (n=22)	5,3 (n=24)	5,9 (n=49)	6,2(n=38)	5,8
Cartillas educativas	6,6 (n=49)	6,5 (n=29)	6,5 (n=68)	6,3 (n=62)	6,5
Boletín electrónico	4,0 (n=1)	7,3 (n=3)	7,4 (n=9)	6,4(n=7)	6,3
Promedio	5,7	6,2	6,5	6,2	6,1

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Satisfacción global con el servicio

- Entre las entrevistadas que las conocen, en promedio las prestaciones son bien evaluadas, con nota 6.1⁵⁸.
- Las prestaciones mejor evaluadas son las cartillas educativas (6.5), el boletín electrónico y Chile Crece Contigo TV (6.3 en ambos casos).
- La prestación peor evaluada es Fono Infancia (5.9).
- Se realizó el test de medias ANOVA, identificando que las diferencias entre submuestras no son estadísticamente significativas.

➤ La diferencia entre P1 y P2 es estadísticamente significativa.

- Además, en el acceso del programa podemos identificar que la diferencia entre P1 y B1 es estadísticamente significativa. No obstante, en la utilidad del programa las diferencias entre los segmentos no es estadísticamente significativa.

- En el conocimiento de la prestación “Cartillas educativas” hay diferencias significativas entre el segmento B1 y B2. No existe diferencias significativas en el uso y utilidad de esta prestación.

- En la prestación “boletín electrónico” hay diferencias significativas entre segmentos P1 y B1 en cuanto al conocimiento que se tiene de dicha prestación; en relación al uso y utilidad de la prestación no hay diferencias significativas.

- No existen otras diferencias significativas en las otras prestaciones.

⁵⁷ Esta cifra corresponde al 78,8% del 43,5% que ha accedido. La misma lógica se utiliza en las cifras siguientes.

⁵⁸ Específicamente, la satisfacción se midió con la siguiente pregunta: *Siguiendo con el mismo listado de prestaciones ¿Con qué nota, del 1 al 7, en que 1 es pésimo y 7 excelente, calificaría a cada una de ellas?*

c) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones del Programa de Apoyo Biopsicosocial

Cuadro n° 46: Nacimientos en hospitales del Sistema Público de Salud

	B1	B2	P1	P2	Total
Si	144 95,4%	142 86,6%	228 90,5%	215 91,5%	729 90,9%
No	7 4,60%	22 13,40%	23 9,10%	20 8,50%	72 9,00%
Total	151 100,0%	164 100,0%	252 100,0%	235 100,0%	802 100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

El 90.9% de los nacimientos de los hijos de las madres encuestadas se realizó en hospitales del Servicio Público de Salud. Pese a que sería interesante tener datos respecto a dónde nació el otro 9% y por qué habría en la muestra beneficiarias cuyos hijos no nacieron en hospital público, no contamos con datos que nos permitan responder a esta interrogante. Se puede hipotetizar que, como se trabajó con una muestra de gestantes, sus niños pueden haber nacido en clínicas privadas –por ejemplo, vía modalidad PAD⁵⁹- pese a que los controles de embarazo se hayan hecho en consultorio⁶⁰.

Ello ocurrió sobre todo en aquellos casos que corresponden a comunas B1, es decir con mejor calidad de gestión y más antigua implementación. Ello podría indicar que en aquellas comunas con mejor calidad de la implementación del programa, y con más tiempo de implementación, el nacimiento en el sector público es percibido como una mejor opción.

Cuadro n° 47: Conocimiento, uso, utilidad y satisfacción con prestaciones del Programa de Apoyo Biopsicosocial

	Conoce	Ha accedido	Le han servido	Nota promedio
Guía Gestación “Empezando a Crecer” y “Agenda de la Mujer”	63,30% 399	88,20% 371	98,20% 367	6,5
CD de música de Estimulación Prenatal	30,90% 197	75,40% 161	98,40% 160	6,3
DVD de Ejercicios Prenatales para Gestantes	14,20% 92	68,40% 70	100,00% 70	6,2
Visita Domiciliaria Integral en embarazo	22,90% 145	77,70% 122	94,40% 116	6
Talleres preparación al parto.	45,90% 279	77,70% 234	96,90% 228	6,3
Visita a la maternidad antes del parto	33,40% 197	72,00% 155	95,90% 148	6,3
Padre durante el parto	75,70%	77,10%	97,60%	6,6

⁵⁹ El PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) es un convenio implementado por FONASA, que permite a sus usuarios la atención de diversas enfermedades y patologías –una de las cuales es el parto- en hospitales públicos y privados pagando un monto único.

⁶⁰ Es importante señalar que el hecho de que las mujeres atiendan su parto en un hospital privado no viola ninguna norma del CCC.

	457	364	358	
Otra persona significativa durante el parto	41,80% 255	54,90% 153	100,00% 153	6,5
Anestesia en el parto	78,90% 466	84,50% 415	96,60% 401	6,5
Entrega de Cuaderno de Salud del Niño	81,20% 590	91,60% 590	99,00% 590	6,5
Control de Salud c/ Ev. y Seg. del Dlo. Integral del Niño y Niña	88,70% 547	94,70% 542	98,20% 536	6,3
Guía “Acompañándote a Descubrir”	28,40% 176	81,10% 159	97,30% 155	6,5
Set de implementos Básicos para el Recién Nacido(a)	26,10% 151	39,20% 74	98,80% 73	6,3
Talleres de Fomento de Habilidades de Crianza	15,80% 97	73,20% 78	94,60% 75	6,2
Promedio	46,20%	75,40%	97,60%	6,4

No es posible en este caso realizar test estadístico, porque se trata de preguntas independientes.

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Conocimiento

- Algo menos de la mitad de las encuestadas (46.2%) conocen las prestaciones del Programa de Apoyo Biopsicosocial, dirigido a la totalidad de los niños que se atienden el Sistema Público de Salud.
- Las prestaciones más conocidas son el Control de Salud con Evaluación y Seguimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña (88.7%), la Entrega del Cuaderno de salud (81,2%), Anestesia (78,9%) y la presencia del padre durante el parto (75,7%).
- Las menos conocidas son el DVD de Ejercicios Prenatales para Gestantes (14.2%) y los Talleres de Fomento de Habilidades de Crianza (15.8%)
- Las diferencias entre submuestras no son estadísticamente significativas⁶¹.

Uso o acceso

- Tres cuartas partes de quienes declaran conocer las prestaciones han accedido a ellas o las han usado (75.4%).
- Las prestaciones más utilizadas han sido Control de Salud con Evaluación y Seguimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña (94,7%) y Cuaderno de Salud del Niño (91.6%). La menos utilizada, el Set de implementos Básicos para el Recién Nacido(a) (39.2%). Este último porcentaje se explica, como indicamos al inicio de este capítulo, por el hecho de que este programa comenzó a operar en 2009, por lo que lo alcanzó a beneficiar a la población encuestada.

⁶¹ Un detalle de este cuadro por submuestra, se puede encontrar en Anexo.

Como dato complementario, y basados en estudios más recientes encargados por el MINSAL – Estudio Satisfacción Usuaria Programa de Apoyo al Recién Nacido(a)- que aplicó encuesta a 1.018 madres beneficiarias de PARN, cuyo informe final es de Julio de 2011-, se puede señalar que el programa es conocido por las usuarias. El nivel de conocimiento de beneficios de PARN recogidos por mención espontánea alcanza a 69% en lo que dice relación con el recién nacido, y a 34% en lo que se refiere a madre; por su parte el Nivel de Conocimiento de Beneficios de PARN recogidos de manera guiada, es alto:

- El 93% conoce el set de 4 paquetes de utensilios o implementos básicos para el recién nacido
- El 79% conoce el material educativo para cuidar mejor a los bebés, en la lactancia, mudas, sueño, etc.
- El 61% conoce los talleres para uso del set del recién nacido y actividades grupales que apoyen a los padres y madres en su tarea de crianza

De todos modos, es importante mencionar que este estudio señala que el PARN aún no se reconoce como un programa integral que incluye variables educacionales.

- Las diferencias entre submuestras son estadísticamente significativas, tal como se puede apreciar en el anexo correspondiente.

Utilidad en el cuidado o formación del niño/a

- Casi la totalidad (97.6%) de quienes han usado o accedido a las prestaciones, consideran que éstas les han servido en el cuidado o formación de sus hijos.
- Todas las prestaciones se consideran útiles en más del 95% de los casos, salvo la Visita Domiciliaria (94,4%) y los Talleres de Fomento de Habilidades de Crianza (94,6%).
- Las diferencias entre submuestras son estadísticamente significativas, tal como se puede apreciar en el anexo correspondiente.

Satisfacción global con el servicio⁶²

- Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.4 en una escala de 1 a 7⁶³.
- Las prestaciones mejor evaluadas (sobre el promedio de 6.4) son, de menos a más:
 - o Compañía y presencia del padre durante el parto(6.6)
 - o Compañía y presencia de otra persona significativa durante el parto(6.5)
 - o Entrega de guía “Acompañándote a Descubrir” (6.5),
 - o Anestesia en el parto (6.5)
 - o Guía de la Gestación “Empezando a Crecer” y “Agenda de la Mujer”. (6.5)
 - o Entrega de Cuaderno de Salud del Niño (6.5)
- Más específicamente en relación a la experiencia de parto, a nivel descriptivo se puede señalar, tal como lo muestra el cuadro a continuación que el 68.2% de los partos fueron normales vaginales.

⁶² No es posible realizar test de diferencia, porque el promedio entregado a las prestaciones es a partir del total de la muestra. Para realizar test estadísticos es necesario comparar el promedio de una variable con un segmento específico.

⁶³ Específicamente, la pregunta realizada es: *Siguiendo con el mismo listado de prestaciones ¿Con qué nota, del 1 al 7, en que 1 es pésimo y 7 excelente, calificaría a cada una de ellas?*

Cuadro n° 48: Tipo de parto por submuestra
(pregunta se aplica sólo a cuidadores que son madre del niño)
n=716

	B1	B2	P1	P2	Total
Normal (Vaginal)	99	87	148	154	488
	70,2%	60,4%	69,5%	70,6%	68,2%
Cesárea	42	57	65	62	226
	29,8%	39,6%	30,5%	28,4%	31,6%
No responde	0	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,3%
Total	141	144	213	218	716
	100,0%	100,0%	100,00%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

- También se puede señalar, a nivel de evaluación subjetiva de la experiencia, que tres cuartos de las encuestadas definirían el parto como una experiencia positiva (75.8%). Por su parte, quienes tuvieron un parto normal evalúan esa experiencia principalmente como positiva (79%). Lo mismo ocurre, aunque en menor medida, con quienes tuvieron una cesárea, quienes lo evalúan positivamente en el 69% de los casos.

Cuadro n° 49: Evaluación subjetiva de la experiencia de parto

	B1	B2	P1	P2	Total
Como una experiencia traumática	14,9% 21	22,9% 33	20,7% 44	22,9% 50	20,7% 148
Como una experiencia positiva	80,9% 114	75,7% 109	75,1% 160	73,4% 160	75,8% 543
Como algo que me es indiferente	2,8% 4	0,7% 1	2,8% 6	2,30% 5	2,2% 16
No sabe + No responde	1,4% 2	0,7% 1	1,4% 3	1,4% 3	1,3% 9
Total	100,0% 141	100,0% 144	100,0% 213	100,0% 218	100,0% 716

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Cuadro n° 50: Evaluación subjetiva de la experiencia de parto según tipo de parto

	Normal (Vaginal)	Cesárea	Total
Como una experiencia traumática	18% 88	27% 60	21% 148
Como una experiencia positiva	79% 385	69% 156	76% 541
Como algo que me es indiferente	2% 9	3% 7	2% 16
Total	100% 482	100% 223	100% 705

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

- Finalmente, también es importante señalar que casi la mitad de las entrevistadas (46.1%), que tuvieron un parto antes de CCC, señalan que en el parto con CCC recibieron una atención igual. Pero también es importante destacar que casi el 40% considera que la

atendieron mejor. En síntesis, con CCC la atención del parto, desde la percepción de las gestantes, ha tendido a mantenerse igual o a mejorar.

**Cuadro n° 51: Comparación parto antes 2007 post 2007 (sin/con Chile Crece Contigo)
En el parto con Chile Crece Contigo...**

	B1	B2	P1	P2	Total
Me atendieron mejor	36,80% 21	62,90% 44	40,00% 40	26,60% 29	39,90% 134
Me atendieron peor	7,00% 4	7,10% 5	14,00% 14	17,40% 19	12,50% 42
Me atendieron igual	50,90% 29	28,60% 20	46,00% 46	55,00% 60	46,10% 155
No sabe +No responde	5,30% 3	1,40% 1	0,00%	0,90% 1	1,50% 5
Total	100,00% 57	100,00% 70	100,00% 100	100,00% 109	100,00% 336

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

d) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones dirigidas a niños y niñas con vulnerabilidad, déficit o rezago

Cuadro n° 52: Conocimiento, uso y utilidad de prestaciones dirigidas a niños y niñas con vulnerabilidad, déficit o rezago

	Conoce		Ha accedido o usado		Le han servido en el cuidado o formación de su hijo	
	%	n	%	n	%	n
Atención específica para superar déficit o rezago.	65	39	79	31	90,3	28
Visita Domiciliaria Integral (VDI) al niño.	16,7	10	70	7	100	7
Sala de Estimulación en Centro de Salud (CES).	43,3	26	73	19	100	19
Promedio	41,70%		74,20%		96,80%	

Nota: no es posible aplicar test de significación estadística entre promedios de submuestras, porque éstas son muy pequeñas

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Conocimiento

- Menos de la mitad (41.7%) de las encuestadas cuyos hijos han sido diagnosticados con vulnerabilidad, déficit o rezago, conocen las prestaciones dirigidas a ellos.
- La prestación más conocida es la Atención específica para superar el déficit o rezago en el niño (65%). La menos conocida, la Visita Domiciliaria (16.7%)

Uso o acceso a las prestaciones

- Tres cuartas partes (74.2%) de quienes conocen las prestaciones, han accedido a ellas o las han usado.
- La prestación más usada es la Atención específica para superar el déficit o rezago en el niño (79.5%).
- El uso o acceso promedio es menor entre quienes suman algún tipo de vulnerabilidad, déficit o rezago en su desarrollo y riesgo psicosocial, alcanzando a 50.9%.

Utilidad en el cuidado y formación del niño/a

- Casi la totalidad (96.8%) de quienes han usado o accedido a las prestaciones, consideran que éstas les han servido en el cuidado o formación de sus hijos.
- La Visita Domiciliaria y la sala de estimulación son las prestaciones que más señala como útiles, ambas con 100%

Cuadro n° 53: Nota promedio de las prestaciones dirigidas a niños y niñas con vulnerabilidad, déficit o rezago, por submuestra

	B1	B2	P1	P2	Promedio
Atención específica para superar el déficit o rezago en el niño.	6,8	6,4	6,6	6,6	6,6
Visita Domiciliaria Integral (VDI) al niño.	7,0	5,4	6,0	.	6,1
Sala de Estimulación en Centro de Salud (CES).	7,0	5,7	6,6	6,6	6,5
Promedio	6,9	5,8	6,4	6,6	6,4
n	151	164	252	235	802

Nota: no es posible aplicar test de significación estadística entre promedios de submuestras, porque éstas son muy pequeñas
Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Satisfacción global con el servicio

- Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.4 en una escala de 1 a 7⁶⁴.
- La prestación peor evaluada (bajo el promedio pero aún sobre 6) es la Visita Domiciliaria.

e) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones dirigidas a niños y niñas hospitalizados

Cuadro n° 54: Presencia de hospitalización

	B1	B2	P1	P2	Total
Si	35	38	80	66	219
	23,2%	23,2%	31,7%	28,1%	27,3%
No	116	126	172	169	583
	76,8%	76,8%	68,3%	71,9%	72,7%
Total	151	164	252	235	802
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

- Algo más de un cuarto de los niños representados por las encuestadas ha estado hospitalizado (27.3%, equivalentes a 219 casos).
- La submuestra que ha registrado mayor porcentaje de hospitalizaciones (31.7%) ha sido la de las comunas P1, es decir las comunas con calidad de gestión pobre e implementación antigua. Las comunas P2 (calidad de gestión pobre e implementación reciente) también han tenido porcentajes de hospitalización superiores al Total, con 28.1%. Según el test de diferencias de medias independientes estas diferencias entre las submuestras no es estadísticamente significativa⁶⁵.

⁶⁴ Específicamente, la pregunta realizada fue: *Seguindo con el mismo listado de prestaciones ¿Con qué nota, del 1 al 7, en que 1 es pésimo y 7 excelente, calificaría a cada una de ellas?*

⁶⁵ Cabe señalar que la significación se analiza por segmento, o sea, la diferencia entre las personas de las comunas P2 que sí estuvieron hospitalizadas v/s las personas del B2, v/s P1 y v/s B1 que también estuvieron hospitalizadas no es significativa.

Cuadro n° 55: Conocimiento, uso, utilidad y satisfacción con prestaciones dirigidas a niños y niñas hospitalizados

	Conoce	Ha accedido	Le han servido	Nota Promedio
Posibilidad de acompañar a su (hijo/niño a su cuidado) durante la hospitalización.	95,40% 209	96,70% 202	98,50% 199	6,5
Orientación clara y oportuna respecto a su situación de salud.	84,90% 186	95,20% 177	95,50% 169	6,3
Apoyo de una psicóloga o asistente social.	30,60% 67	62,70% 42	97,60% 41	6,1
Estimulación a mi hijo adecuada a su desarrollo infantil, durante la hospitalización.	37,00% 67	85,20% 42	95,70% 41	6
Acondicionamiento de los espacios físicos del hospital para el juego y educación de los niños.	31,10% 81	76,50% 69	88,50% 66	5,5
Acondicionamiento de los espacios físicos del hospital para la permanencia de las familias.	58,40% 128	85,20% 109	93,60% 102	5,2
Promedio	53,40%	82,50%	94,40%	6

Nota: No se puede realizar test de diferencia entre promedios porque son se trata de preguntas independientes. Para realizar una test de diferencia es necesario comparar el promedio de una variable con un segmento específico.

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Conocimiento

- Entre las encuestadas cuyos niños han estado hospitalizados, algo más de la mitad (53.6%) conoce las prestaciones dirigidas a ellos.
- La prestación más conocida es la Posibilidad de acompañar al niño durante la hospitalización (95.4%). También es muy conocida la Orientación clara y oportuna respecto a la situación de salud (84.9%).
- Las prestaciones menos conocidas son Estimulación adecuada (37%), Acondicionamiento de los espacios físicos para juego y educación de los niños (31.1%) y Apoyo de una psicóloga o asistente social. (30.6%)

Uso o acceso a las prestaciones

- La gran mayoría (82.5%) de quienes conocen las prestaciones, han accedido a ellas o las han usado.
- La prestación más usada es la Posibilidad de acompañar al niño durante la hospitalización. (96.7%) y la Orientación clara y oportuna (95.2%)

Utilidad en el cuidado o formación del niño/a

- Casi la totalidad (94.4%) de quienes han usado o accedido a las prestaciones, consideran que éstas les han servido en el cuidado o formación de sus hijos.
- Las prestaciones consideradas más útiles son la Posibilidad de acompañar al niño durante la hospitalización (98.5%), el Apoyo de una psicóloga o asistente social. (97.6%). La que se considera menos útil es el Acondicionamiento de los espacios físicos (88.5%)

Satisfacción global con el servicio

- Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.0 en una escala de 1 a 7⁶⁶.
- Las prestaciones peor evaluadas (bajo el promedio) son el Acondicionamiento de los Espacios Físicos para el juego y educación de los niños (5.5) y para la permanencia de las familias (5.2)

Percepción de apoyo durante hospitalización

**Cuadro n° 56: Percepción de apoyo durante hospitalización
% que declara estar de acuerdo con cada una de las afirmaciones**

	n	Total
Tuve el apoyo de una psicóloga o asistente social.	59	27%
Recibí orientación clara y oportuna respecto a su situación de salud.	173	79%
Los espacios físicos del hospital estaban especialmente acondicionados para el juego y educación de los niños	72	33%
Mi (hijo/niño a mi cuidado) recibió estimulación adecuada a su desarrollo infantil.	99	44%
Los espacios físicos del hospital estaban especialmente acondicionados para la permanencia de las familias	88	40%
Total		45%

Nota: no es posible aplicar test de significación estadística entre promedios de submuestras, porque éstas son muy pequeñas

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

- En general, la percepción de apoyo durante la hospitalización es baja, alcanzando sólo a un 45% “de acuerdo”.
- La afirmación mejor evaluada es “Recibí orientación clara y oportuna respecto a su situación de salud” (79%).
- La afirmación peor evaluada es “Tuve el apoyo de una psicóloga o asistente social” (27%)

Cabe señalar que dado que los n son bajos, las afirmaciones anteriores sólo se pueden catalogar como *tendencias* y no se las puede afirmar para toda la población.

⁶⁶ Específicamente, la pregunta realizada fue: *Siguiendo con el mismo listado de prestaciones ¿Con qué nota, del 1 al 7, en que 1 es pésimo y 7 excelente, calificaría a cada una de ellas?*

**Cuadro n° 57: Evaluación subjetiva del trato del personal del hospital con Chile Crece Contigo
Cómo evaluaría ud...**

		n	Total
...el trato que le da A UD. el personal del hospital en el que su hijo se atiende regularmente.	Bueno	485	79%
	Malo	91	13%
	NS/NR	10	8%
...el trato que le da A SU HIJO el personal del hospital en el que su hijo se atiende regularmente.	Bueno	583	83%
	Malo	52	10%
	NS/NR	13	7%

Nota: no es posible aplicar test de significación estadística entre promedios de submuestras, porque éstas son muy pequeñas

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Hay en general una buena evaluación del trato de se otorga en los hospitales, siendo levemente mejor en el caso del trato que se otorga *a los niños que a sus cuidadores* (83% v/s 79%).

f) Conocimiento, uso y satisfacción con prestaciones diferenciadas

Cuadro n° 58: Conocimiento, uso y utilidad de prestaciones diferenciadas

	Conoce	Ha accedido	Le han servido
Acceso a ayudas técnicas para niños/as con discapacidad	18,10% 145	27,60% 40	95,00% 38
Sala cuna o modalidades equivalentes gratuitas	60,60% 486	48,10% 234	95,30% 223
Jardín infantil de jorn. ext.omod.equiv. gratuitas	65,60% 526	47,00% 247	96,40% 238
Jardín infantil de jorn. parcial o mod.equiv. gratuitas	62,60% 502	52,40% 263	93,90% 247
Acceso a Chile Solidario	41,40% 332	64,80% 215	98,60% 212
Subsidio familiar (SUF)	68,30% 548	87,20% 478	97,70% 467
Nivelación de estudios	21,70% 174	31,00% 54	90,70% 49
Inserción laboral	19,70% 158	36,70% 58	81,00% 47
Mejoramiento de viviendas y condiciones de habitabilidad	26,60% 213	39,40% 84	90,50% 76
Atención de salud mental	25,90% 208	43,30% 90	84,40% 76
Asistencia judicial	23,20% 186	38,70% 72	79,20% 57
At. de violencia intrafamiliar y maltrato infantil	24,60% 197	15,70% 31	83,90% 26
Otras prestaciones	4,20% 34	26,50% 9	100,00% 9
Promedio	35,60%	43,00%	91,30%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Conocimiento

- Alrededor de un tercio de los encuestados conoce las prestaciones diferenciadas (35.6%), dirigidas al 40% más vulnerable.
- Considerando que se trata de prestaciones dirigidas al 40% más pobre de la población, se identificó en la base de datos entregada por el Ministerio de Desarrollo Social, 321 casos que forman parte de ese 40%⁶⁷. En este grupo, se observa que el nivel de conocimiento es prácticamente igual al del total general, con 38.6% en promedio de las prestaciones.
- Las prestaciones más conocidas son las salas cunas o jardines en sus diferentes expresiones (todas alrededor del 60%). Las menos conocidas son las ayudas técnicas (18.1%) y el apoyo a la inserción laboral (19.7%)
- Sólo 20 casos de la muestra fueron identificados “con discapacidad” en la base de datos facilitada por el Ministerio de Desarrollo Social, por lo que en base a este número no es posible extraer conclusiones ni menos extrapolarlas al universo.

Cuadro n° 59: Conocimiento, uso y utilidad de prestaciones dirigidas a 40% más vulnerable, en población que pertenece al 40% más vulnerable
n=321

	Conoce	Ha accedido o usado	Le han servido en el cuidado o formación de su hijo
Sala cuna o modalidades equivalentes gratuitas	61,70% 39	48,00% 21	94,70% 21
Jardín infantil de jorn. ext.o mod.equiv. gratuitas	65,70% 35	46,90% 18	98,00% 16
Jardín infantil de jorn. parcial o mod. equiv. gratuitas	62,00% 32	49,70% 16	94,90% 14
Acceso a Chile Solidario	43,30% 34	71,90% 27	99,00% 26
Subsidio familiar (SUF)	69,50% 41	87,40% 36	99,50% 36
Nivelación de estudios	22,10% 5	35,20% 2	84,00% 1
Inserción laboral	21,50% 9	39,10% 4	85,20% 3
Mejoramiento de viviendas y condiciones de habitabilidad	28,70% 10	40,20% 3	83,80% 3
Atención de salud mental	12	4	4
Asistencia judicial	27,40% 11	44,30% 3	76,90% 3
At. de violencia intrafamiliar y maltrato infantil	26,80% 10	16,30% 1	92,90% 1
Otras prestaciones	5,30% 3	35,30% 2	100,00% 2
Promedio	38,60%	46,50%	91,60%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

⁶⁷ Del total de 802 casos de la muestra encuestada, hay 722 casos en que ese dato está disponible, de los cuales hay 321 casos que forman parte de ese 40%.

Uso o acceso

- Menos de la mitad (43%) de quienes conocen las prestaciones, han accedido a ellas o las han usado.
- Entre quienes pertenecen al 40% más pobre, este porcentaje es prácticamente igual (46.5%)
- La prestación más usada es el SUF (87.2%), y la menos usada, la Atención de violencia intrafamiliar y maltrato infantil (15.7%)

Utilidad

- A nivel general, la gran mayoría (91.3%) de quienes han usado o accedido a las prestaciones, consideran que éstas les han servido en el cuidado o formación de sus hijos.
- Entre quienes pertenecen al 40% más pobre, este porcentaje es prácticamente igual (91.6%)
- La prestación que menos encuestadas indican que les ha servido, es la Asistencia judicial (79.2%)

Cuadro n° 60: Nota promedio de prestaciones diferenciadas

	Nota promedio				
	B1	B2	P1	P2	Total
Acceso a ayudas técnicas para niños/as con discapacidad	6,5	5,8	6,5	6,6	6,4 72
Sala cuna o modalidades equivalentes gratuitas	6,4	6,0	6,3	6,2	6,2
Jardín infantil de jorn. ext. o mod. equiv. gratuitas	6,4	6,0	6,4	6,1	6,2
Jardín infantil de jorn. parcial o mod. equiv. gratuitas	6,3	6,1	6,4	6,2	6,2
Acceso a Chile Solidario	6,2	6,1	6,2	6,1	6,1
Subsidio familiar (SUF)	6,4	6,4	6,2	6,5	6,3
Nivelación de estudios	6,6	6,3	6,6	6,4	6,5
Inserción laboral	6,2	6,1	6,3	6,3	6,2
Mejoramiento de viviendas y condiciones de habitabilidad	6,4	5,6	5,9	5,9	6,0
Atención de salud mental	6,5	5,3	6,2	6,2	6,1
Asistencia judicial	5,3	5,9	5,7	5,8	5,7
At. de violencia intrafamiliar y maltrato infantil	6,5	5,9	6,1	6,2	6,2
Otras prestaciones	6,4	6,5	6,3	6,1	6,3
Promedio	6,3	6,0	6,2	6,2	6,2

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

Satisfacción global con el servicio

- Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.2 en una escala de 1 a 7⁶⁸.
- Las prestaciones peor evaluadas (bajo el promedio) son el Acceso a Chile Solidario; Atención de salud mental, Mejoramiento de viviendas, y la Asistencia judicial.

⁶⁸ Específicamente, la pregunta realizada fue: Siguiendo con el mismo listado de prestaciones ¿Con qué nota, del 1 al 7, en que 1 es pésimo y 7 excelente, calificaría a cada una de ellas?

g) Fomento de la Lactancia

Cuadro n° 61: Tipo de lactancia

	B1	B2	P1	P2	Total
Exclusivamente materna	84,8%	81,1%	72,2%	76,6%	77,7%
Exclusivamente artificial	4,6%	6,7%	11,9%	10,6%	9,1%
Mixta	10,6%	11,6%	15,9%	12,8%	13,1%
No responde	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

- Más de tres cuartas partes de los niños representados en la muestra tuvieron una lactancia exclusivamente materna (77.7%).

Cuadro n° 62: Promedio de edad alcanzado (meses)

	B1	B2	P1	P2	Total
Exclusivamente materna	11,8	28,5	21,2	14,4	18,9
Mixta	9,8	20,6	39,3	44,5	32,9

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

- La lactancia exclusivamente materna alcanza alrededor del año y medio (18.9 meses).
- Ello se da con mayor fuerza en B2 y P1, y alcanza un promedio mucho menor en P2 (14.4) y B1, donde el tiempo promedio es inferior al año.
- La lactancia mixta se prolonga en promedio por 2,5 años (32.9 meses). Su duración se extiende aún más en P2 y P1, y se acorta considerablemente en B2 y B1.

Considerando que los datos del Minsal, a junio de 2012, indican que al mes de edad el 75.5% de los niños atendidos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene lactancia materna exclusiva, y que a los 6 meses este porcentaje baja al 42.3%⁶⁹, la cifra arrojada por la encuesta realizada en el marco de esta consultoría no parece confiable y probablemente se deba a problemas en la formulación de la pregunta, por lo que no consideramos aconsejable utilizar este dato.

h) Evaluación subjetiva del trato del personal en consultorios

Cuadro n° 63: Evaluación subjetiva del trato AL NIÑO del personal del consultorio antes del Chile Crece Contigo

	B1	B2	P1	P2	Total
Muy bueno+ Bueno	61,4%	54,3%	69,0%	71,6%	65,4%
Regular	36,8%	35,7%	23,0%	21,1%	27,4%
Malo +Muy malo	0,0%	8,5%	8,0%	5,5%	6,0%
No sabe + No responde	1,8%	1,4%	0,0%	1,8%	1,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

⁶⁹ Lo que profundiza el descenso de la prevalencia de LME al sexto mes de vida de 49,0% a 43,5% experimentado entre 2008 y 2010. Cabe señalar que, para revertir esta tendencia acoger las recomendaciones de la OMS orientadas a mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los 2 años de vida, se ha realizado una reedición actualizada del Manual de Fomento de Lactancia Materna del MINSAL, disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>. Además de lo anterior, se espera que la prolongación hasta los 6 meses del descanso post natal tenga efectos en esta materia.

- La mayor parte de las encuestadas evalúan positivamente el trato del personal del consultorio antes de la implementación de CCC. Esta evaluación es bastante positiva en las comunas con calidad de la gestión menos buena (69% y 71.6%) y menos positiva en las comunas con buena calidad de gestión.

**Cuadro n° 64: Evaluación subjetiva del trato del personal del consultorio con Chile Crece Contigo
Cómo definiría Ud....**

		B1	B2	P1	P2	Total
...el trato que le da A UD. el personal del consultorio en el que su hijo se atiende regularmente	Bueno	57%	64%	64%	56%	60%
	Regular	32%	24%	24%	29%	27%
	Malo	11%	10%	10%	14%	11%
	NS/NR	1%	2%	2%	1%	1%
...el trato que le da A SU HIJO el personal del consultorio en el que su hijo se atiende regularmente	Bueno	71%	76%	77%	67%	73%
	Regular	23%	17%	15%	22%	19%
	Malo	5%	4%	6%	10%	6%
	NS/NR	1%	3%	2%	1%	2%
Total	Bueno	64%	70%	71%	62%	67%
	Regular	28%	21%	20%	26%	23%
	Malo	8%	7%	8%	12%	9%
	NS/NR	1%	3%	2%	1%	2%

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

- En general las encuestadas evalúan de manera positiva el trato que se les da tanto a ellas como a sus hijos en el consultorio (67% en promedio evalúa el trato como bueno o muy bueno).
- Evalúan mejor el trato que se les da sus hijos, que el que se les da ellas (73% contra 60%).
- La evaluación es mejor en comunas B2 y P1 (70% y 71% respectivamente), algo menos buena en B1 (64%) y aún menos positiva en P2 (62%).

Teniendo lo anterior a la vista, se puede señalar, apoyados en el cuadro siguiente, que:

- El trato a los niños en los consultorios, en opinión de las entrevistas, ha mejorado en 7.6 puntos porcentuales.
 - Las comunas B2 son aquellas donde esta mejora habría sido más pronunciada (21.7 puntos).
 - Las comunas B1 y P1 han tenido niveles de mejora similares (9.6 y 8 puntos porcentuales, respectivamente)
 - Las comunas P2 han empeorado su trato a los niños en 4.6 puntos porcentuales.
- Todas estas diferencias son estadísticamente significativas.

Cuadro n° 65: Magnitud de la mejora del trato A LOS NIÑOS, en puntos porcentuales

		Diferencia				
Cómo definiría ud. ...		B1	B2	P1	P2	Total
...el trato que le da A SU HIJO el personal del consultorio en el que se atiende regularmente	Bueno	9,60*	21,70*	8,00*	-4,60*	7,60*
	Regular	-13,80	-18,70	-8,00	0,90	-8,40
	Malo	5,00	-4,50	-2,00	4,50	0,00
	NS/NR	-0,80	1,60	2,00	-0,80	0,80

Fuente: elaboración propia en base a análisis de encuesta

4.1. Resultados Finales

a) Implementación de la Metodología

La implementación de la metodología estándar de evaluación de impacto en el caso de CCC se vio limitada por el carácter universal del programa, al llegar a todas las madres y niños menores de 4 años que se atienden en el sector público de salud y por tanto no fue posible disponer o construir un grupo de control “sin programa” que fuera exactamente equivalente al grupo “con programa”. El modelo aplicado entonces fue la construcción de “pseudos grupos de control”, concretamente, niños y sus madres, en comunas con implementaciones de distinta data o tiempo de operación y con diversas calidades de instalación. Esto permitió analizar diversas hipótesis de estudio orientadas a analizar la adicionalidad del CCC en los niños/as de acuerdo a diversos períodos de exposición al mismo y a la calidad de su implementación, las que se exponen a continuación:

- I. Grupo Buena + Pobre Implementación Cohorte 2007 (B1, P1) vs Grupo Buena + Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (B2, P2): Hipótesis B1, P1 mayor que B2, P2 (el desarrollo infantil es mayor en los niños que vienen de comunas donde CCC se implementa en 2007 que en aquellos que provienen de comunas donde se implementa en 2008-2009, debido a que en las primeras el programa ha alcanzado mayor madurez, esto independientemente de la calidad de la implementación del programa).
- II. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Buena Implementación Cohorte 2008 – 2009 (B2): Hipótesis B1 mayor que B2 ((el desarrollo infantil es mayor en los niños que vienen de comunas donde CCC se implementa en 2007 que en aquellos que provienen de comunas donde se implementa en 2008-2009, debido a que en las primeras el programa ha alcanzado mayor madurez).
- III. Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007 (P1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (P2): Hipótesis P1 mayor que P2 (aun con implementación mala, (el desarrollo infantil es mayor en los niños que vienen de comunas donde CCC se implementa en 2007 que en aquellos que provienen de comunas donde se implementa en 2008-2009, debido a que en las primeras el programa ha alcanzado mayor madurez).
- IV. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (P2): Hipótesis B1 mayor que P2 (comparar al grupo con implementación temprana de buena calidad con el grupo de implementación tardía de pobre calidad permite estimar el efecto máximo del CCC).
- V. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007 (P1): Hipótesis B1 mayor que P1 (la calidad de la implementación tiene efectos positivos sobre el desarrollo infantil).

La metodología permitió identificar si las diferencias observadas en los indicadores de impacto obtenidos por las muestras (B1, B2, P1, P2) son estadísticamente significativos entre sí, lo cual se determinó en base a comparaciones efectuadas entre las muestras totales y a un análisis de carácter no paramétrico que controla las diferencias entre los grupos comparados, la que se basa en el *matching*, a través del cual se toma en cuenta las naturales diferencias entre los grupos de comparación, mediante un emparejamiento con diferentes procedimientos de homologación

(vecinos cercanos, kernel, etc.) y con soporte común, para eliminar del análisis aquellos casos que sean muy diferentes entre sí.

Para lo anterior se aplicaron ecuaciones de participación a partir de la base de datos de la encuesta aplicada a las madres⁷⁰ de los niños de cada tipo de muestra levantada. Estas permitieron identificar modelos de participación para conformar los grupos de comparación que se utilizaron en cada uno de los análisis asociados a la verificación de las hipótesis planteadas. Para cada una de ellas se probaron diversas combinaciones de las variables de entorno y de características de los niños/as, hasta encontrar una ecuación cuyos propensity scores se encontraran balanceados y que tuvieran el mayor ajuste posible. Esto implicó contar con una ecuación de participación para cada hipótesis de evaluación, la cual se explica al inicio de cada apartado del capítulo 4.3.c. Resultados según hipótesis de investigación.

El método de matching de datos corrige las diferencias observables entre los grupos de comparación, buscando para cada individuo de la muestra de uno de los grupos el o los casos más parecidos de la muestra del grupo de comparación. La aplicación de este método requiere información de corte transversal para los grupos de comparación, por lo que se utilizaron las variables levantadas a partir de la encuesta de madres y cuidadoras que aluden a la situación socioeconómica de la familia del niño/a, así como aquella relativa al parto y la lactancia.

Las ecuaciones de participación realizadas para el análisis de cada una de las hipótesis de evaluación se ejecutaron a partir de la incorporación de las siguientes variables:

- Edad de la madre
- Educación de la madre
- Edad del niño/a en meses
- Niño asiste a algún Jardín Infantil (Dummy Sí = 1; No = 0)
- Niño/a presenta riesgo psicosocial (Dummy Sí = 1; No = 0)
- Niño/a es hijo único (Dummy 1 Sí = 1 , No = 0)
- Niño/a ha estado hospitalizado (Dummy Sí = 1; No = 0)
- Tipo de parto (Dummy Normal = 1; Otro = 0)
- Experiencia del parto (Dummy Experiencia traumática = 1; Otra = 0)
- Presencia de parto antes del 2007 (Dummy Normal = 1; Otro = 0)
- Tipo de lactancia materna (Dummy Sólo Materna = 1; Artificial o mixta = 0)
- Puntaje Ficha de Protección Social
- Familia participa en Chile Solidario (Dummy Sí = 1; No = 0)
- Familia accede a Subsidio Único Familiar (Dummy Sí = 1; No = 0)

No se incorporó la variable GSE Visual, dada la existencia de un 53% de no respuesta⁷¹, lo cual implicaba una pérdida importante de casos al aplicar los modelos. Asimismo, por baja varianza no se incluyeron las variables Nacimiento en Hospital Público, ya que el 91% de la muestra nació

⁷⁰Dado que la mayoría de las variables incorporadas en los modelos de participación aluden a las madres (edad, educación, lactancia, etc.) y la encuesta recabó información del respondiente que podía ser o no la madre del niño, se consideraron sólo los casos donde ésta fue quien contestó dicha encuesta, lo cual implicó una pérdida de 86 casos en la muestra total.

⁷¹Debido a que los evaluadores correspondían a profesionales del área de la psicología no poseían entrenamiento en el registro de GSE VISUAL, indicador utilizado por encuestadores que realizan encuestas de mercados regularmente.

en uno de ellos y diagnóstico de algún tipo de vulnerabilidad, déficit o rezago en el desarrollo del niño/a, ya que el 92% no reportó ningún problema.

En anexo se entregan las frecuencias de las variables utilizadas en la ecuación de participación sobre la muestra total y la muestra contestada por las madres de los niños/as, segmentada en ambos casos por nivel de implementación del CCC (Buena - Pobre) y cohorte (2007 y 2008/2009).

Para la estimación de las diferencias entre los grupos, los casos que fueron comparados fueron elegidos en base al Propensity Score antes calculado, considerando aquel o aquellos, dependiendo del estimador, que tengan un Propensity Score más cercano al niño/a.

Para la estimación de las diferencias de las variables de impacto a nivel de niño/a se utilizaron 6 estimadores: uno “Sin Matching”, dos de Kernel (Epan y Gauss) y tres niveles de Vecinos más Cercanos (1, 5 y 10). En el Matching de Vecino más Cercano cada pareja de individuos de los grupos de comparación seleccionados para la verificación de las hipótesis de la investigación son seleccionados en función de que presenten un Propensity Score⁷² más cercano al suyo. El estimador Kernel también busca disminuir la varianza de la estimación, comparando a cada niño/a con un promedio ponderado de todos los individuos del grupo de comparación. La ponderación está dada por la distribución empírica de las variables incluidas en la estimación.

Para fines de este estudio, se utilizó un nivel de significancia máximo del 10% para verificar la existencia de diferencias entre los grupos en al menos 3 de los 6 modelos realizados en cada comparación, incluyendo la comparación sin aplicar el matching.

b) Indicadores de Impacto

Como se indicó en el capítulo sobre Metodología, el instrumento utilizado para la medición de las dimensiones Motricidad, Coordinación, Lenguaje y Competencias emocionales y sociales de niños y niñas, fue el **Inventario de Desarrollo Battelle**.

Para calcular y analizar los resultados de la evaluación, se sigue el procedimiento de la prueba original. Los puntajes brutos, en cada una de las nueve subáreas, se transforman a percentil y luego a puntaje T, aplicando el procedimiento señalado en el manual del test Battelle⁷³. El percentil corresponde la ubicación relativa de cada niño respecto de la norma fijada considerando el puntaje total obtenido en cada escala. Usando este valor luego se obtiene el puntaje T desde la tabla de valores de referencia, indicador que posee media 50 y desviación estándar 10. Finalmente, a partir de este último se obtienen las categorías como sigue:

⁷²Probabilidad de pertenecer a uno u otro grupo.

⁷³ De la Cruz, M. V., & González, M. (1998). Inventario de Desarrollo Battelle. Madrid: Tea Ediciones. En dicho manual se hace la conversión de percentil a puntaje T utilizando las tablas de referencias calculadas para la población bajo estudio. Dichas tablas corresponden a los valores de referencia en población general del tramo etario considerado en esta evaluación.

Cuadro n° 66: Construcción de categorías de resultado de la prueba Battelle

Categoría	Puntaje T
Retraso	0 a 29
Riesgo	30 a 39
Normal	40 a 60
Superior	60 a 100

Este procedimiento se aplica tanto para el puntaje total como para cada uno de los puntajes de las subáreas.

Al respecto, es importante hacer notar *que las subáreas tienen sentido en tanto aseguran que se ha incorporado mediciones de diversas áreas que dan potencia al resultado en el desarrollo global del niño y niña*. El desarrollo infantil es un proceso de cambio multifacético, integrado y continuo, en el que niños y niñas van logrando niveles más complejos de comportamiento e interacción con el entorno, definidos por cambios cuantitativos y cualitativos en diversas áreas: movimientos, pensamiento, lenguaje, afectividad y relación con otros, por lo que *las distinciones que se pueden hacer entre estas áreas o dimensiones son relativas*, dado que ellas están estrechamente relacionadas e integradas y cada una avanza con ritmo disímil dependiendo de rasgos particulares del niño y su entorno (ejemplo, algunos caminan antes y demoran el desarrollo del lenguaje, mientras otros desarrollan primero el lenguaje y caminan mas tardíamente).

Por las razones mencionadas en el párrafo anterior, los puntajes por subárea tienen un valor ilustrativo pero no permiten derivar conclusiones fehacientes sobre rezagos en el desarrollo por sub-área. **Es por esto que el resultado más sustantivo que entrega esta prueba es el puntaje total.** Además, el hecho de que la prueba Battelle sea una adaptada en Chile y que utiliza normas españolas, vale decir, no está estandarizada para la población chilena, aconseja priorizar el puntaje total por sobre el de las subáreas, porque en estas últimas las diferencias culturales tiene mayor peso.

A continuación se entrega los descriptivos de las variables de impacto para la muestra total y segmentados según submuestras. Dado que las ecuaciones de participación se realizaron sólo sobre los casos donde el informante fue la madre del niño/a, se entregan los descriptivos para dicha sub-muestra.

Cuadro n° 67: Descriptivos subáreas Battelle según tipo de grupo muestra respondiente madre.

		Tipo de Muestra				
		Buena 2007	Buena 08/09	Pobre 2007	Pobre 08/09	Total
Tamaños de muestra		139	144	213	217	713
Battelle	Retraso+Riesgo	9,4%	16,0%	11,3%	14,7%	12,9%
	Normal+Superior	90,6%	84,0%	88,7%	85,3%	87,1%
	Media PT	47,78	45,24	46,26	45,75	46,2
	Desviación típica PT	6,52	5,61	5,28	5,83	5,83
Personal Social - Interacción con los adultos	Retraso+Riesgo	12,9%	15,3%	11,7%	21,7%	15,7%
	Normal+Superior	87,1%	84,7%	88,3%	78,3%	84,3%
	Media PT	45,41	46,12	46,57	43,98	45,46
	Desviación típica PT	7,26	7,85	6,33	7,43	7,24
Personal Social - Expresión Sentim/Afecto	Retraso+Riesgo	21,6%	7,0%	16,0%	12,4%	14,2%
	Normal+Superior	78,4%	93,0%	84,0%	87,6%	85,8%
	Media PT	45,39	48,66	46,42	46,43	46,67
	Desviación típica PT	7,84	6,81	7,39	7,46	7,45
Adaptativa - Alimentación	Retraso+Riesgo	30,2%	25,9%	25,0%	22,6%	25,5%
	Normal+Superior	69,8%	74,1%	75,0%	77,4%	74,5%
	Media PT	45,91	45,43	44,23	43,8	44,67
	Desviación típica PT	12,26	12,22	10,32	9,95	11,02
Motora - Coordinación Corporal	Retraso+Riesgo	5,8%	18,9%	14,6%	19,4%	15,2%
	Normal+Superior	94,2%	81,1%	85,4%	80,6%	84,8%
	Media PT	53,83	49,28	51,04	50,31	51,01
	Desviación típica PT	9,16	10,27	10,2	10,7	10,27
Motora - Motricidad Fina	Retraso+Riesgo	40,6%	44,4%	40,8%	39,6%	41,2%
	Normal+Superior	59,4%	55,6%	59,2%	60,4%	58,8%
	Media PT	42,58	40,26	41,77	42,11	41,73
	Desviación típica PT	8,76	6,63	7,63	8,23	7,89
Comunicación - Receptiva	Retraso+Riesgo	26,1%	44,8%	31,5%	34,7%	34,1%
	Normal+Superior	73,9%	55,2%	68,5%	65,3%	65,9%
	Media PT	46,68	42,45	44,98	44,38	44,62
	Desviación típica PT	10,26	7,78	9,12	8,92	9,13
Comunicación - Expresiva	Retraso+Riesgo	32,4%	49,0%	33,8%	36,1%	37,3%
	Normal+Superior	67,6%	51,0%	66,2%	63,9%	62,7%
	Media PT	46,45	41,87	44,91	44,42	44,45
	Desviación típica PT	10,98	9,49	10,41	9,6	10,19
Cognitiva - Memoria	Retraso+Riesgo	14,4%	27,3%	28,6%	25,9%	24,8%
	Normal+Superior	85,6%	72,7%	71,4%	74,1%	75,2%
	Media PT	50,41	44,29	45,02	45,39	46,04
	Desviación típica PT	10,71	8,7	10,64	10,59	10,49
Cognitiva - Razonamiento y Habilidades escolares	Retraso+Riesgo	4,3%	11,2%	14,1%	17,1%	12,5%
	Normal+Superior	95,7%	88,8%	85,9%	82,9%	87,5%
	Media PT	53,41	49,69	51,34	50,96	51,3
	Desviación típica PT	8,44	7,74	9,02	9,6	8,92

Fuente: Aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

c) Método de comparación

En primer lugar, se testean las distintas hipótesis de trabajo a través de un análisis simple de diferencias de media considerando todas las observaciones de cada submuestra. No obstante, como el diseño de evaluación no permite asegurar una comparabilidad estricta entre submuestras (Ver página 8), este análisis se refina aplicando Propensity Score Matching (PSM) para lograr grupos de control más comparables a través del método de vecinos más cercanos. Esta alternativa tiene la desventaja de que se pierden observaciones, pero tiene la ventaja de ofrecer comparaciones más robustas. Por lo anterior, en los casos en que ambos métodos arrojan resultados divergentes, se adopta el criterio de privilegiar los resultados obtenidos a través de PSM.

d) Resultados según hipótesis de investigación

1. Grupo Buena + Pobre Implementación Cohorte 2007 (B1, P1) vs Grupo Buena + Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (B2, P2).

• Ecuación de Participación

A partir del análisis de las bases de datos obtenidas de la encuesta de madres realizadas sobre las muestras levantadas, se identificó un modelo de participación para conformar los grupos de comparación que permita verificar la siguiente hipótesis: “el desarrollo infantil es mayor en los niños que vienen de comunas donde CCC se implementa en 2007 que en aquellos que provienen de comunas donde se implementa en 2008-2009, debido a que en estas comunas el programa ha alcanzado mayor madurez, esto independientemente de la calidad de la implementación del programa”. Esto implicó analizar en forma conjunta a los niños que ingresaron al Sistema en el 2007 y compararlos con los niños que ingresaron en los años 2008 ó 2009, esto independientemente del desempeño de las comunas.

En el cuadro siguiente se identifica la muestra sobre la que se pudo aplicar el modelo para este caso, el que a partir de un modelo balanceado constituye el soporte común sobre el cual se realiza el ejercicio de estimación de diferencias entre los grupos.

Cuadro n° 68: Casos iniciales e incorporados en el modelo para comparación de grupos Buena + Pobre Implementación Cohorte 2007 - Buena + Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009.

Grupo Estudio	Modelo
Buena y Pobre Implementación Cohorte 2007	352
Buena y Pobre Implementación Cohorte 2008 - 2009	361
Total	713

Fuente: Aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Las variables que quedaron en el modelo final de participación fueron edad del niño/a, tenencia de Subsidio Único Familiar y ausencia de partos antes del 2007. Esto significa que los niños con

mayor probabilidad de participar en el año 2007 en comunas con buena o pobre implementación del CCC son aquellos que tienen más edad al momento de ingresar al CCC, acceden al SUF y sus madres no habían tenido un parto antes del 2007.

Cuadro n° 69: Modelo Final Ecuación de Participación para análisis resultados comparación de grupos Buena Implementación Cohorte 2007 - Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007.

Grupo	Exp(B)	P Value
Constante	-13.364	.000
Edad	.320	.000
TIENE_SUF=No	-.335	.048
Parto antes 2007	-.269	.113

Fuente: Elaboración propia, resultados aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

La bondad de ajuste del modelo fue de 27,7% en el indicador Nagelkerke⁷⁴ y el 67,3% de los niños de la cohorte 2007 y el 74,9% de la cohorte 2008/2009 quedó bien clasificado⁷⁵. Con un 71,1% de bien clasificados en la muestra total, lo que implica que el modelo es capaz de predecir la pertenencia a cada grupo en 7 de cada 10 niños a clasificar.

• Resultados Finales

A continuación se presentan los resultados de la comparación estadística entre las dos submuestras asociadas a la hipótesis, para el puntaje T promedio y el porcentaje de “Normal+Superior”. Esta comparación se llevó a cabo sobre la muestra total de madres que responden y sin aplicar el procedimiento de matching.

A partir del siguiente cuadro es posible determinar la existencia de diferencias significativas entre los grupos en los dos estadígrafos analizados, puntaje T y porcentaje de “Normal + Superior”, a favor de los niños que ingresaron al CCC en la cohorte del 2007 en comunas de buena y pobre implementación en comparación con aquellos que lo hicieron en los años 2008/2009.

Cuadro n° 70: Análisis de diferencias entre muestras totales cohorte 2007 y cohorte 2008/2009 respondiente madre.

Test Battelle	Total 2007 B1P1	Total 08/09 B2P2	Diferencia	
Puntaje T	46,86	45,55	1,31	**
% Normal+Superior	0,895	0,848	0,047	*

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

N° Observaciones (B1P1) = 352 / N° Observaciones (B2P2) = 361

⁷⁴“El R2 de Nagelkerke, que puede tomar valores entre 0 y 1 (0% a 100%), es un indicador del porcentaje de variabilidad explicado por el modelo, y en conjunto con el porcentaje de correctamente clasificados permite evaluar la bondad de ajuste del modelo seleccionado”.

⁷⁵Corresponde al porcentaje de sujetos de cada grupo que el modelo clasifica a posteriori en el mismo grupo al que pertenece originalmente, mientras más cerca de 100% se puede decir que el modelo ajusta bien.

Para confirmar el resultado anterior, se aplicó el procedimiento de matching usando el propensity señalado previamente, el que permite homologar los dos subgrupos sobre las variables significativas del modelo de participación.

Como se aprecian en los dos cuadros siguientes, a nivel del puntaje total, no se observa en ninguno de los modelos estudiados diferencias significativas en los puntajes T obtenidos ni en el porcentaje de niños/as clasificados con un nivel de desarrollo normal o superior, entre las cohortes que ingresaron al Sistema en el 2007 o en el 2008/2009.

Cuadro n° 71: Resultado de modelos Puntaje Total Battelle (Puntaje T), comparación entre muestras totales cohorte 2007 vs cohortes 2008/2009.

Variables	B1P1 2007	B2P2 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p
Kernel Matching (epan)	46,866	46,956	-0,090	0,771	-0,120	0,904
Kernel Matching (gauss)	46,866	46,784	0,082	0,685	0,120	0,904
V. Cercanos (N=1)	46,866	46,664	0,203	1,113	0,180	0,857
V. Cercanos (N=5)	46,866	46,975	-0,109	0,819	-0,130	0,897
V. Cercanos (N=10)	46,866	47,271	-0,405	0,756	-0,540	0,589

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones⁷⁶ (B1P1) = 351 / Nº Observaciones (B2P2) = 348

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Cuadro n° 72: Resultado de modelos Puntaje Total Battelle (% de Normal + Superior), comparación entre muestras totales cohorte 2007 vs cohortes 2008/2009.

Variables	B1P1 2007	B2P2 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p
Kernel Matching (epan)	0,895	0,884	0,010	0,047	0,220	0,826
Kernel Matching (gauss)	0,895	0,884	0,011	0,041	0,260	0,795
V. Cercanos (N=1)	0,895	0,872	0,023	0,066	0,350	0,726
V. Cercanos (N=5)	0,895	0,900	-0,006	0,049	-0,120	0,904
V. Cercanos (N=10)	0,895	0,902	-0,008	0,046	-0,170	0,865

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (B1P1) = 351 / Nº Observaciones (B2P2) = 348

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Los resultados del matching no confirman los resultados del primer análisis (submuestras totales), por lo que, aplicando los criterios enunciados al inicio de la sección, se puede determinar que no existe evidencia para concluir que la implementación temprana del CCC, esto es durante la gestación, parto y primeros meses de vida genere efectos sobre el desarrollo infantil en comparación con niños/as que no recibieron las prestaciones en dicho período.

Los resultados de los modelos aplicados en las subáreas del Battelle se encuentran en anexo.

⁷⁶ Corresponde a las observaciones con soporte común. Esto aplica a todos los cuadros que reportan resultados del matching

2. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Buena Implementación Cohorte 2008 – 2009 (B2).

• Ecuación de Participación

A partir del análisis de las bases de datos obtenidas de la encuesta de madres y cuidadoras realizadas sobre las muestras levantadas, se identificó un modelo de participación para conformar los grupos de comparación que permita verificar la siguiente hipótesis: “el desarrollo infantil es mayor en los niños que vienen de comunas donde CCC se implementa en 2007 que en aquellos que provienen de comunas donde se implementa en 2008-2009, debido a que en estas comunas el programa ha alcanzado mayor madurez”.

En el cuadro siguiente se identifica la muestra sobre la que se pudo aplicar el modelo para el análisis de los resultados, el que a partir de un modelo balanceado constituye el soporte común sobre el cual se realiza el ejercicio de estimación de diferencias entre los grupos.

Cuadro n° 73: Casos iniciales e incorporados en el modelo para comparación de grupos Buena Implementación Cohorte 2007 - Buena Implementación Cohorte 2008 – 2009.

Grupo Estudio	Modelo
Buena Implementación Cohorte 2007	139
Buena Implementación Cohorte 2008 - 2009	144
Total	283

Fuente: Aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Las variables que quedaron en el modelo final de participación fueron edad del niño/a, presencia de parto normal e hijos antes del 2007. Esto significa que los niños con mayor probabilidad de participar en la cohorte del 2007 son aquellos que tienen más edad al momento de ingresar al CCC, nacieron en partos normales y sus madres no tenían hijos antes del 2007.

Cuadro n° 74: Modelo Final Ecuación de Participación para análisis resultados comparación de grupos Buena Implementación Cohorte 2007 - Buena Implementación Cohorte 2008 – 2009.

Grupo	Exp(B)	P Value
Constante	-17.598	.000
Edad	.412	.000
Parto Normal	.604	.042
Hijos antes 2007	-.504	.078

Fuente: Elaboración propia, resultados aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

La bondad de ajuste del modelo fue de 37% en el indicador Nagelkerke y el 66,9% de los niños/as que participaron en la cohorte del 2007 y el 79,2% en la cohorte 2008/2009 quedó bien clasificado. Con un 73,1% de bien clasificados en la muestra total.

- **Resultados Finales**

A continuación se presentan los resultados de la comparación estadística entre las dos submuestras asociadas a la hipótesis, para el puntaje T promedio y el porcentaje de “Normal+Superior”. Esta comparación se lleva a cabo sobre la muestra total de madres que responden y sin aplicar el procedimiento de matching.

A partir del siguiente cuadro es posible determinar la existencia de diferencias significativas entre los grupos en los dos estadígrafos analizados, puntaje T y porcentaje de “Normal + Superior”, a favor de los niños que ingresaron al CCC en comunas calificadas de buena implementación en el 2007 en comparación con aquellos que ingresaron en el 2008/2009.

Cuadro n° 75: Análisis de diferencias entre muestras Buena Implementación 2007 y Buena Implementación 2008/2009, respondiente madre.

Test Battelle	Buena 2007	Buena 08/09	Diferencia	
Puntaje T	47,78	45,24	2,54	**
% Normal+Superior	0,906	0,840	0,066	*

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (B1) = 139 / Nº Observaciones (B2) = 144

Para confirmar el resultado anterior, se aplica el procedimiento de matching usando el propensity señalado previamente, el que permite homologar los dos subgrupos sobre las variables significativas del modelo de participación.

Las diferencias significativas encontradas en las comparaciones de los grupos totales se confirman a nivel de los puntajes T en dos de los cinco modelos analizados.

Cuadro n° 76: Resultado de modelos Puntaje Total Battelle (Puntaje T), comparación entre muestras Comunas Buena Implementación cohorte 2007 vs cohortes 2008/2009.

Variables	Buena 2007	Buena 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p	
Kernel Matching (epan)	48,049	46,484	1,565	1,070	1,460	0,144	
Kernel Matching (gauss)	48,049	46,322	1,727	1,026	1,680	0,093	*
V. Cercanos (N=1)	48,049	47,722	0,327	1,335	0,240	0,810	
V. Cercanos (N=5)	48,049	46,400	1,648	1,122	1,470	0,142	
V. Cercanos (N=10)	48,049	46,283	1,766	1,015	1,740	0,082	*

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (B1) = 124 / Nº Observaciones (B2) = 141

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Cuadro n° 77: Resultado de modelos Puntaje Total Battelle (% de Normal + Superior), comparación entre muestras Comunas Buena Implementación cohorte 2007 vs cohortes 2008/2009.

Variables	Buena 2007	Buena 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p
Kernel Matching (epan)	0,903	0,911	-0,007	0,064	-0,120	0,904
Kernel Matching (gauss)	0,903	0,897	0,006	0,060	0,100	0,920
V. Cercanos (N=1)	0,903	0,984	-0,081	0,057	-1,430	0,153
V. Cercanos (N=5)	0,903	0,892	0,011	0,069	0,160	0,873
V. Cercanos (N=10)	0,903	0,899	0,004	0,060	0,070	0,944

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (B1) = 124 / Nº Observaciones (B2) = 141

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

A partir de los resultados obtenidos en la comparación realizada entre las submuestras totales y en los modelos aplicados, se puede concluir que condicionado a la calidad de la implementación, la implementación temprana del programa tiene un efecto positivo. Esto es, los niños/as que reciben prestaciones de buena calidad durante el período la gestación, parto y primeros meses de vida evidencian mayores niveles de desarrollo a nivel total que aquellos que no reciben las prestaciones en dicho período. Esto se concluye al analizar los puntajes T, donde se observa la existencia de diferencia a nivel de las submuestras totales y en dos modelos que arrojan diferencias significativas y positivas a favor de los niños/as que ingresaron al Sistema en la cohorte 2007 en comparación con la del 2008/2009.

Los resultados de los modelos aplicados en las subáreas del Battelle se encuentran en anexo.

3. Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007 (P1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (P2).

- **Modelo de Participación**

A partir del análisis de las bases de datos obtenidas de la encuesta de madres y cuidadoras realizadas sobre las muestras levantadas, se identificó un modelo de participación para conformar los grupos de comparación que permita verificar la siguiente hipótesis: “aun con implementación mala, el desarrollo infantil es mayor en los niños que vienen de comunas donde CCC se implementa en 2007 que en aquellos que provienen de comunas donde se implementa en 2008-2009, debido a que en estas comunas el programa ha alcanzado mayor madurez”.

En el cuadro siguiente se identifica la muestra sobre la que se pudo aplicar el modelo para el análisis de los resultados, el que a partir de un modelo balanceado constituye el soporte común sobre el cual se realiza el ejercicio de estimación de diferencias entre los grupos.

Cuadro n° 78: Casos iniciales e incorporados en el modelo para comparación de grupos Pobre Implementación Cohorte 2007 - Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009.

Grupo Estudio	Modelo
Pobre Implementación Cohorte 2007	213
Pobre Implementación Cohorte 2008 - 2009	217
Total	430

Fuente: Aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Las variables que quedaron en el modelo final de participación fueron edad del niño/a y tenencia de Subsidio Único Familiar. Esto significa que los niños con mayor probabilidad de participar en la cohorte 2007 son aquellos que tienen más edad al momento de ingresar al CCC y acceden al SUF.

Cuadro n° 79: Modelo Final Ecuación de Participación para análisis resultados comparación de grupos Pobre Implementación Cohorte 2007 - Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009.

Grupo	Exp(B)	P Value
Constante	-12.231	.000
Edad	.290	.000
[TIENE_SUF=No]	-.369	.085

Fuente: Elaboración propia, resultados aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

La bondad de ajuste del modelo fue de 23,9% en el indicador Nagelkerke y el 66,2% de los niños/as que participan en el CCC en el 2007 y el 79,3% en el 2008/2009 quedó bien clasificado. Con un 72,9% de bien clasificados en la muestra total.

• Resultados Finales

A continuación se presentan los resultados de la comparación estadística entre las 2 submuestras asociadas a las hipótesis, para el puntaje T promedio y el porcentaje de “Normal+Superior”. Esta comparación se lleva a cabo sobre la muestra total de madres que responden y sin aplicar el procedimiento de matching.

Como se aprecia en el cuadro siguiente no se observan diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los estadígrafos analizados.

Cuadro n° 80: Análisis de diferencias entre muestras Pobre Implementación 2007 y Pobre Implementación 2008/2009, respondiente madre.

Test Battelle	Pobre 2007	Pobre 2008/2009	Diferencia
Puntaje T	46,26	45,75	0,51
% Normal+Superior	0,887	0,853	0,034

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (P1) = 213 / Nº Observaciones (P2) = 217

Para confirmar el resultado anterior, se aplica el procedimiento de matching usando el propensity señalado previamente, el que permite homologar los dos subgrupos sobre las variables significativas del modelo de participación.

En los cuadros siguientes no se observa en ninguno de los modelos estudiados diferencias significativas en los puntajes T obtenidos ni en el porcentaje de niños/as clasificados con un nivel de desarrollo normal o superior, entre las cohortes que ingresaron al Sistema en el 2007 o en el 2008/2009 en comunas consideradas de pobre implementación del CCC.

Cuadro n° 81: Resultado de modelos Puntaje Total Battelle (Puntaje T), comparación entre muestras Comunas Pobre Implementación cohorte 2007 vs cohortes 2008/2009.

Variables	Pobre 2007	Pobre 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p
Kernel Matching (epan)	46,258	47,530	-1,272	1,051	-1,210	0,226
Kernel Matching (gauss)	46,258	47,176	-0,917	0,853	-1,070	0,285
V. Cercanos (N=1)	46,258	46,161	0,097	1,400	0,070	0,944
V. Cercanos (N=5)	46,258	47,932	-1,674	1,041	-1,610	0,107
V. Cercanos (N=10)	46,258	47,256	-0,998	0,873	-1,140	0,254

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

N° Observaciones (P1) = 213 / N° Observaciones (P2) = 212

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Cuadro n° 82: Resultado de modelos Puntaje Total Battelle (% de Normal + Superior), comparación entre muestras Comunas Pobre Implementación cohorte 2007 vs cohortes 2008/2009.

Variables	Pobre 2007	Pobre 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p
Kernel Matching (epan)	0,887	0,899	-0,012	0,064	-0,180	0,857
Kernel Matching (gauss)	0,887	0,874	0,014	0,052	0,270	0,787
V. Cercanos (N=1)	0,887	0,925	-0,038	0,085	-0,440	0,660
V. Cercanos (N=5)	0,887	0,880	0,008	0,063	0,120	0,904
V. Cercanos (N=10)	0,887	0,897	-0,010	0,054	-0,180	0,857

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

N° Observaciones (P1) = 213 / N° Observaciones (P2) = 212

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Dado los resultados obtenidos sobre las muestras totales y en los modelos aplicados, se concluye que no existe evidencia para determinar que la implementación temprana del CCC en comunas de pobre implementación, genera efectos sobre el desarrollo infantil en comparación con niños/as que no recibieron las prestaciones en dicho período.

Los resultados de los modelos aplicados en las subáreas del Battelle se encuentran en anexo.

4. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009 (P2).

- **Ecuación de Participación**

A partir del análisis de las bases de datos obtenidas de la encuesta de madres y cuidadoras realizadas sobre las muestras levantadas, se identificó un modelo de participación para conformar los grupos de comparación que permita verificar la siguiente hipótesis: “comparar al grupo con implementación temprana de buena calidad con el grupo de implementación tardía de pobre calidad permite obtener el efecto máximo del CCC”.

En el cuadro siguiente se identifica la muestra sobre la que se pudo aplicar el modelo para el análisis de los resultados, el que a partir de un modelo balanceado constituye el soporte común sobre el cual se realiza el ejercicio de estimación de diferencias entre los grupos.

Cuadro n° 83: Casos iniciales e incorporados en el modelo para comparación de grupos Buena Implementación Cohorte 2007 - Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009.

Grupo Estudio	Modelo
Buena Implementación Cohorte 2007	139
Pobre Implementación Cohorte 2008 - 2009	217
Total	356

Fuente: Aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Las variables que quedaron en el modelo final de participación fueron edad del niño/a y número de hijos. Esto significa que los niños con mayor probabilidad de participar en comunas de buena implementación del CCC en el 2007 son aquellos que tienen más edad al momento de ingresar al CCC y no son hijos únicos.

Cuadro n° 84: Modelo Final Ecuación de Participación para análisis resultados comparación de grupos Buena Implementación Cohorte 2007 - Pobre Implementación Cohorte 2008 – 2009.

Grupo	Exp(B)	P Value
Constante	-11.994	.000
Edad	.277	.000
Niño/a Hijo único (dummy Sí= 1; No= 0).	-.512	.041

Fuente: Elaboración propia, resultados aplicación Cuestionario Cuidador Principal Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

La bondad de ajuste del modelo fue de 23% en el indicador Nagelkerke y el 45% de los niños que participaron en la cohorte 2007 en comunas de buena implementación y el 92,4% de los niños que participaron en la cohorte 2008/2009 en comunas de pobre implementación quedó bien clasificado. Con un 74,4% de bien clasificados en la muestra total.

- **Resultados Finales**

A continuación se presentan los resultados de la comparación estadística entre las 2 submuestras asociadas a las hipótesis, para el puntaje T promedio y el porcentaje de “Normal+Superior”. Esta comparación se lleva a cabo sobre la muestra total de madres que responden y sin aplicar el procedimiento de matching.

Como se aprecia en el cuadro siguiente sólo se aprecian diferencias significativas en los puntajes T a favor de la muestra de niños que participaron en comunas de buena implementación en el 2007 en comparación con comunas de pobre implementación de la cohorte 2008/2009.

Cuadro n° 85: Análisis de diferencias entre muestras Buena Implementación 2007 y Pobre Implementación 2008/2009, respondiente madre.

Test Battelle	Buena 2007	Pobre 2008/2009	Diferencia	
Puntaje T	47,78	45,75	2,03	**
% Normal+Superior	0,906	0,853	0,053	

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (B1) = 139 / Nº Observaciones (P2) = 217

Para confirmar el resultado anterior, se aplica el procedimiento de matching usando el propensity señalado previamente, el que permite homologar los dos subgrupos sobre las variables significativas del modelo de participación.

Al comparar la cohorte de niños/as que ingresaron al CCC en comunas de buena implementación en el 2007 con la de los niños que ingresaron a comunas de pobre implementación en el 2008 o 2009, a nivel global, no se observa en ninguno de los modelos estudiados diferencias significativas en los puntajes T obtenidos ni en el porcentaje de niños/as clasificados con un nivel de desarrollo normal o superior, a favor de ninguno de las submuestras.

Cuadro n° 86: Resultado de modelos Puntaje Total Battelle (Puntaje T), comparación entre muestras Comunas Buena Implementación cohorte 2007 vs Comunas Pobre Implementación cohortes 2008/2009.

Variables	Buena 2007	Pobre 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p
Kernel Matching (epan)	47,903	47,394	0,509	1,084	0,470	0,638
Kernel Matching (gauss)	47,903	46,926	0,977	0,988	0,990	0,322
V. Cercanos (N=1)	47,903	45,866	2,037	1,683	1,210	0,226
V. Cercanos (N=5)	47,903	46,346	1,557	1,144	1,360	0,174
V. Cercanos (N=10)	47,903	47,319	0,584	1,002	0,580	0,562

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (B1) = 129 / Nº Observaciones (P2) = 204

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Cuadro n° 87: Resultado de modelos para Puntaje Total Battelle (% de Normal + Superior), comparación entre muestras Comunas Buena Implementación cohorte 2007 vs Comunas Pobre Implementación cohortes 2008/2009.

Variables	Buena 2007	Pobre 2008/2009	Diferencia	DS	Test t	Valor-p
Kernel Matching (epan)	0,899	0,859	0,040	0,062	0,660	0,509
Kernel Matching (gauss)	0,899	0,844	0,055	0,055	1,000	0,317
V. Cercanos (N=1)	0,899	0,814	0,085	0,094	0,910	0,363
V. Cercanos (N=5)	0,899	0,834	0,065	0,069	0,940	0,347
V. Cercanos (N=10)	0,899	0,876	0,023	0,056	0,410	0,682

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

Nº Observaciones (B1) = 129 / Nº Observaciones (P2) = 204

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

Los resultados anteriormente expuestos indican que no existe evidencia para concluir que la implementación temprana del CCC, esto es durante la gestación, parto y primeros meses de vida genere efectos sobre el desarrollo infantil, en comparación con niños/as que no recibieron las prestaciones en dicho período.

Los resultados de los modelos aplicados en las subáreas del Battelle se encuentran en anexo.

5. Grupo Buena Implementación Cohorte 2007 (B1) vs Grupo Pobre Implementación Cohorte 2007 (P1).

• Resultados Finales

En este caso, no se pudo identificar un modelo de participación para conformar los grupos de comparación a través de un PSM, por lo que sólo se reportan los resultados obtenidos a partir del análisis de las submuestras totales.

A continuación se presentan los resultados de la comparación estadística entre las dos submuestras totales de los grupos asociados a la hipótesis, para el puntaje T promedio y el porcentaje de “Normal+Superior”.

A partir del cuadro siguiente es posible concluir que el grupo de niños/as que participa en el CCC en comunas calificadas de buena implementación presenta mejores resultados que aquellos que participan en comunas de pobre implementación, a nivel del puntaje T total obtenido, no obstante este resultado no se puede confirmar a través del método de matching.

Cuadro n° 88: Análisis de diferencias entre muestras Buena Implementación 2007 y Pobre Implementación 2007, respondiente madre.

Test Battelle	Buena 2007	Pobre 2007	Diferencia
Puntaje T	47,780	46,260	1,520
% Normal+Superior	0,906	0,887	0,019

**

Nota: *Variable significativa al 10%

**Variable significativa al 5%

N° Observaciones (B1) = 139 / N° Observaciones (P1) = 213

Fuente: Elaboración propia resultados aplicación Battelle, Evaluación CCC, Asesorías para el Desarrollo, 2012.

e) Reflexiones finales

Para una adecuada lectura e interpretación de los resultados de la evaluación es importante tener en consideración varios elementos de contexto. Al iniciarse la implementación del CCC en el año 2007, las cifras sobre desarrollo infantil en el país, aunque dispersas y obtenidas con instrumentos no siempre comparables entre sí en sentido estricto, dan cuenta de un nivel de desarrollo infantil en promedio alto, comparativamente con otros países de similar nivel de desarrollo, aunque con importantes desniveles entre zonas y regiones del país, donde los niños y niñas que residen en áreas rurales y zonas más aisladas y con altos índices de pobreza, muestran cifras que pueden hasta cuadruplicar la cifra nacional.

Un informe publicado por UNICEF (2007) señala que estudios realizados entre fines de los años 1980 y 2007 verifican que a los 2 años de edad entre un 16% y un 25 % de los niños muestran déficit en su desarrollo psicomotor, cifra que se eleva al avanzar la edad de los niños, alcanzando el 40% en el grupo etario entre 4-5 años. El informe precisa que la magnitud del déficit es significativamente alta en áreas rurales y aisladas y con alta incidencia de pobreza.

En una muestra representativa de 800 familias pobres de la Región Metropolitana de Santiago, un 16% de los menores de 2 años presentaban déficit en su desarrollo psicomotor, cifra que en el grupo etario de 4-5 años subía a un 40% (Seguel, Bralic y Edwards, 1989); en lactantes atendidos en la Fundación Integra en 1996 y 1997 entre un 23 y un 25 % mostraban retraso o riesgo al aplicar una escala de rendimiento psicomotor (citado en Lira y Contreras, 1998); en la comuna de Los Álamos (Provincia de Arauco, Región VIII, con altos índices de ruralidad y de pobreza) alrededor de un 35% de los menores de 2 años muestran déficits en una o más dimensiones de su desarrollo y al momento de ingreso a la escuela un alto porcentaje de niños y niñas tiene un atraso notorio en el desarrollo del lenguaje (Fundación Arauco e informes del CEDEP sobre la experiencia de Sembrar).

En el sector salud existen instrumentos (EEDP y TEPSI) que miden el desarrollo psicomotor del menor. No obstante, los registros sistemáticos y con consolidados nacionales sólo existen en años recientes, con la creación del CCC. Hacia 2006, antes del CCC, el MINSAL manejaba una cifra agregada que indicaba que a los 18 meses de edad un 6% de los niños registraba situación de riesgo o rezago, cifra que a los 4 años de edad se elevaba al 10 %. Producto del CCC estos registros son más completos (abarcen más niños y de todas las comunas del país) como

consecuencia de lo cual las cifras muestran tendencia a aumentar, producto básicamente de la mayor cobertura de las mediciones⁷⁷.

En el presente estudio, **el nivel del riesgo o rezago en el desarrollo medido con la prueba Battelle revela un nivel promedio nacional acorde a las cifras obtenidas en otros estudios que dan cuenta de déficits de alrededor del 13%, que en la cohorte de buena implementación y más tiempo con el programa baja al 10%.** Como es sabido, mientras mejor es el nivel de desarrollo de los niños más difícil se hace lograr mejoras adicionales en los índices.

Por su parte, para interpretar la magnitud de la diferencia encontrada en el puntaje T del test Battelle se deben considerar varios aspectos:

- 2 puntos equivale a un quinto de la desviación estándar del puntaje estandarizado del test y a un tercio de la desviación estándar obtenida por la muestra, lo que desde el punto de vista numérico es moderado.
- Si bien 2 puntos más en el desempeño de un niño/a *no* refleja un cambio sustantivo en el desempeño de él o ella, esta misma diferencia cuando corresponde al promedio obtenido por una muestra representativa, *sí* refleja una tendencia que es relevante al analizar el nivel de desarrollo de una población. Por otro lado, esto va aparejado con una disminución del porcentaje de déficit, hecho que refleja un cambio positivo en sí mismo.
- Por último, el desarrollo de un niño /a es determinado por múltiples factores, por lo que el impacto de las intervenciones para promoverlo es en la gran mayoría de los casos leve o moderado.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, es posible concluir que, en un contexto de Buena Implementación de CCC, el programa tiene efectos positivos sobre el desarrollo infantil global cuando las prestaciones se incorporan durante la gestación, parto y primeros meses de vida. Esto porque a nivel de los resultados obtenidos en el Puntaje T de Battelle se constató la existencia de efectos positivos y significativos en el grupos de niños de la cohorte 2007 atendidos en comunas de Buena Implementación, cuando se los comparó con niños atendidos en el mismo tipo de comunas a partir de los años 2008/2009.

⁷⁷ Ver Resultados en la aplicación de Pruebas de Desarrollo Psicomotor (EEDP y TEPSI) según año y edad de aplicación, del MINSAL, por año, en https://docs.google.com/spreadsheet/pub?hl=en_US&hl=en_US&key=0Agwmqs6Lvaq4dHp2cDVaSEJCS1NDb3lzd2U5Y193cmc&output=html

5. USO DE RECURSOS DEL PROGRAMA

5.1. Análisis de los Recursos Financieros

El sistema CHCC es operado a nivel central, desde la Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social, asentada en el Ministerio de Desarrollo Social, donde se inserta transversalmente en sus distintas unidades. El financiamiento del CHCC es con cargo al Presupuesto Público, específicamente al presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social. A esto se agrega, en algunos casos que se detallan más adelante, aportes de los municipios.

Los siguientes cuadros muestran, tanto el presupuesto Inicial asignado por la Ley de Presupuestos al programa, como también el vigente de cada año y el devengado, respectivamente. Por lo tanto, los presupuestos asignados al Sistema de Protección Integral a la Infancia, en el período 2007-2011, en moneda del año 2011⁷⁸, son los siguientes.

⁷⁸ A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2011, se deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

Factores de corrección	
Año	Factor
2007	1,159
2008	1,066
2009	1,051
2010	1,033
2011	1,000

Fuente: Evaluación de Programas Gubernamentales DIPRES, año 2011

Cuadro n° 89: Presupuesto Inicial⁷⁹ Ministerio de Desarrollo Social-CHC, global por año (2007-2010) (miles de pesos de 2011)

Denominaciones	2007	2008	2009	2010
GASTOS	3,598,695	9,821,966	26,683,023	35,242,820
GASTOS EN PERSONAL	83,970	171,059	255,756	0
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	251,909	907,890	288,505	0
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	3,118,869	8,684,147	26,077,122	35,242,303
Al Sector Privado	0	77,754	81,413	81,219
Fono Infancia	0	77,754	81,413	81,219
Al Gobierno Central	2,039,261	6,520,363	23,093,714	30,747,012
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - Ministerio de Salud	2,039,261	6,520,363	14,956,893	14,921,245
Programa de Apoyo al Recién Nacido - Ministerio de Salud	0	0	8,136,821	12,774,549
Educación Prebásica - JUNJI	0	0	0	3,051,218
A Otras Entidades Públicas	1,079,609	2,086,030	2,901,995	4,414,073
Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	599,783	1,110,772	1,163,041	1,160,269
Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia	359,870	344,895	361,125	884,511
Programa de Fortalecimiento Municipal	119,957	574,825	601,874	600,440
Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-escolares	0	55,539	78,131	77,945
Programa Educativo Consultorios	0	0	697,824	1,690,908
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	143,948	58,871	61,641	0
Máquinas y Equipos	0	3,332	3,489	0
Equipos Informáticos	0	5,554	5,815	0
Programas Informáticos	143,948	49,985	52,337	0
SERVICIO DE LA DEUDA	0	0	0	517
Deuda Flotante	0	0	0	517

Fuente: Elaboración propia en base a información de www.dipres.cl

⁷⁹ Presupuesto Inicial corresponde al Presupuesto Asignado por Ley de Presupuesto o Inicial, lo que puede variar a través de nuevas asignaciones, vía Decretos Modificatorios de Presupuesto que aumentan, disminuyen o modifican la estructura presupuestaria, en este caso se pasa a llamar, Presupuesto Vigente, que corresponde al que está autorizado en un momento dado.

Cuadro n° 90: Presupuestos vigentes⁸⁰ por año (2007-2010) (miles de pesos de 2011)

	2007	2008	2009	2010
Denominaciones				
GASTOS	4,112,248	10,604,778	28,736,897	35,931,090
GASTOS EN PERSONAL	118,740	204,145	265,546	0
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	454,734	1,361,902	480,064	0
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	3,441,187	8,753,437	27,199,059	35,242,303
Al Sector Privado	0	77,754	81,413	81,219
Fono Infancia	0	77,754	81,413	81,219
Al Gobierno Central	2,315,218	6,520,363	23,093,714	30,747,012
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - Ministerio de Salud	2,315,218	6,520,363	14,956,893	14,921,245
Programa de Apoyo al Recién Nacido - Ministerio de Salud	0	0	8,136,821	12,774,549
Educación Prebásica - JUNJI	0	0	0	3,051,218
A Otras Entidades Públicas	1,125,969	2,155,320	4,023,932	4,414,073
Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	599,783	1,110,772	1,163,041	1,160,269
Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia	359,870	414,185	361,125	884,511
Programa de Fortalecimiento Municipal	119,957	574,825	601,874	600,440
Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-escolares	46,360	55,539	78,131	77,945
Programa Educativo Consultorios	0	0	1,819,761	1,690,908
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	97,588	121,765	95,273	0
Máquinas y Equipos	0	3,332	3,489	0
Equipos Informáticos	0	5,554	5,815	0
Programas Informáticos	97,588	112,879	85,969	0
SERVICIO DE LA DEUDA	0	163,529	696,955	688,787
Deuda Flotante	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia en base a información de www.dipres.cl

⁸⁰ Contablemente el proceso financiero contempla varias etapas, así el Presupuesto se compromete (se provisiona el monto), se devenga (se reconoce la obligación) y se paga (se emite el cheque o se hace la transferencia). Por lo tanto, Presupuesto devengado es el realmente utilizado (gastado), haya sido éste cancelado o reconocida la deuda.

Cuadro n° 91: Montos devengados por año (2007-2010) (miles de pesos de 2011)

Denominaciones	2007	2008	2009	2010
GASTOS	4,112,248	9,630,629	28,331,569	35,520,701
GASTOS EN PERSONAL	110,927	183,972	259,723	0
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	257,094	581,853	422,713	0
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	3,360,261	8,645,335	26,916,760	34,851,021
Al Sector Privado	0	77,754	81,413	81,219
Fono Infancia	0	77,754	81,413	81,219
Al Gobierno Central	2,315,218	6,520,363	23,093,714	30,747,012
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - Ministerio de Salud	2,315,218	6,520,363	14,956,893	14,921,245
Programa de Apoyo al Recién Nacido - Ministerio de Salud	0	0	8,136,821	12,774,549
Educación Prebásica - JUNJI	0	0	0	3,051,218
A Otras Entidades Públicas	1,045,042	2,047,218	3,741,633	4,022,791
Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	598,312	1,084,600	1,062,476	1,109,300
Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia	282,518	376,116	359,912	883,985
Programa de Fortalecimiento Municipal	117,853	530,964	598,557	581,926
Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre-escolares	46,360	55,539	78,131	77,945
Programa Educativo Consultorios	0	0	1,642,556	1,369,635
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	31,047	56,257	37,127	0
Máquinas y Equipos	0	692	1,343	0
Equipos Informáticos	0	5,150	4,219	0
Programas Informáticos	31,047	50,415	31,565	0
SERVICIO DE LA DEUDA	0	163,212	695,247	669,679
SALDO FINAL DE CAJA	352,919	0	0	0
RESULTADO	0	576,711	-1,006,213	137,714

Fuente: Elaboración propia en base a información de www.dipres.cl

Con estos antecedentes, de aquí en adelante se realizarán los análisis correspondientes al uso de los recursos, movimientos generados y diferencias producidas en el período del estudio, siendo éste entre los años 2007 y 2010.

Cabe hacer notar en este punto, que en el caso del “Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil”, el “Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia” y el “Programa de Fortalecimiento Municipal”, además del presupuesto asignado, existen aportes de las Municipalidades que se realizan durante el desarrollo de cada proyecto. Este aporte no se puede cuantificar ya que cada Municipalidad propone los recursos que asignará al programa y sólo informa al Ministerio de Desarrollo Social de los montos involucrados, sin poder ser estos validados, sólo es una información referencial proporcionada por las mismas Municipalidades. Estos aportes, normalmente consisten en recursos utilizados por las propias Municipalidades, tales como Recursos Humanos, materiales, eventos, entres otros.

Por su parte, el Programa de Apoyo al Desarrollo Bio Psicosocial (PADB),informa⁸¹ que las actividades desarrolladas en el Nivel Central del MINSAL supera en M\$472 pesos el presupuesto marco, cuyo déficit se ha considerado como aporte Local del Ministerio de Salud al PADB (\$503 miles de pesos 2011).

Para el Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre Escolares ejecutado por la JUNAEB, se informa⁸² una rendición en la cual se registra que ésta aporta al Programa M\$16.865 (\$17.978 miles de pesos 2011).

En el Programa de Apoyo al Recién Nacido se indica⁸³ que se incrementó en M\$500.000 el Presupuesto de la Subsecretaría de redes asistenciales para el Programa de Apoyo al Recién Nacido año 2009 (\$525.500 miles de pesos 2011).

Los evaluadores suponen que tanto el Ministerio de Salud como la JUNAEB y la JUNJI, aportan recursos humanos para el desarrollo de los Programas.

En el caso del Ministerio de Salud se estima que se requiere de dos personas que dediquen al menos 10 horas mensuales para tramitar y rendir las transferencias de los programas PADB y de Apoyo al Recién Nacido. Este aporte se valoriza en un monto total de M\$640 anuales (M\$320 por cada funcionario)⁸⁴.

En relación al aporte en recursos humanos de la JUNAEB, se estiman 10 horas mensuales para la gestión administrativa del programa Diagnóstico de vulnerabilidad en pre escolares. Este aporte se valoriza en M\$290 anuales.⁸⁵

Respecto al aporte de JUNJI, se valoriza el aporte en recursos humanos en M\$290 anuales, correspondientes a 10 horas mensuales de trabajo administrativo.⁸⁶

A continuación, se muestra la relación porcentual del gasto devengado del programa CHCC con respecto del gasto devengado total del Ministerio de Desarrollo Social. Aquí se puede observar que en el período 2007-2010 el porcentaje de gasto devengado del programa CHCC, con respecto al gasto devengado del Ministerio de Desarrollo Social ha ido en aumento, pasando de un 1,66%, en el año 2007, a un 11,6%, en el año 2010.

⁸¹ De acuerdo al informe financiero 2008 Chile Crece Contigo enviado por el Sr. Juan Vielmas Cerda de la División de Redes del Ministerio de Salud, a la Sra. Verónica Silva Villalobos, Secretaria Ejecutiva del Sistema de Protección Social del ex MIDEPLAN, en carta C6/Nº1, del 16 de Febrero de 2009.

⁸² Memorandum Nº01-A/983, de fecha 15 de Junio de 2009, de la Sra. Ximena Serqueira de la Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social a la Sra. Andrea Soto Araya, Jefe División Jurídica del Ministerio de Desarrollo Social, se solicita tramitar cierre del Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Pre escolares de Chile Crece Contigo, año 2008 y se adjunta informe de rendición.

⁸³ Según consta en informe enviado por el Sr. Luis Castillo Fuenzalida, Subsecretario de Redes Asistenciales del MINSAL al Secretario Ejecutivo del Sistema de Protección Social del MIDEPLAN, a través del Ordinario B3/Nº2035, del 29 de Julio de 2010, mediante decreto Nº703 del 19.06.2009

⁸⁴ Cálculo basado en un sueldo promedio de \$640.000 (2011) correspondiente al rango Administrativo, de acuerdo a datos obtenidos de www.gobiernotransparentechile.cl

⁸⁵ Cálculo basado en un sueldo promedio de \$580.000 correspondiente al rango Administrativo, de acuerdo a datos obtenidos de www.gobiernotransparentechile.cl

⁸⁶ Se usa como referencia el sueldo promedio considerado para la JUNAEB, ya que no aparecen datos respecto a JUNJI en www.gobiernotransparentechile.cl

Cuadro n° 92: Gasto Devengado Real del Programa CHCC (miles de pesos de 2011)

Año	Gasto Devengado del Servicio responsable: Ministerio de Desarrollo Social	Gasto Devengado usado en CHCC	
		Gasto Devengado	% respecto al Gasto Devengado del Ministerio de Desarrollo Social
2007	248,227,922	4,112,248	1.66%
2008	272,711,766	9,630,629	3.53%
2009	335,506,794	28,331,569	8.44%
2010	306,307,891	35,520,701	11.60%

Fuente: Elaboración propia en base a información de www.dipres.cl

Consistentemente con lo anterior, el crecimiento del presupuesto del programa CHCC ha sido superior al crecimiento del presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social. Como ejemplo, se puede destacar que mientras el aumento real del presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social, el año 2009, respecto de 2008, fue de un 23%, el crecimiento del presupuesto del programa CHCC, fue de un 194%.

Esto se explica, principalmente, por ser éste un programa nuevo que requiere ir aumentando fuertemente los primeros años, debido a que se necesita financiar el aumento de la cobertura de comunas, por una parte, como también el incremento de las atenciones, en la medida en que se van agregando nuevos grupos etarios⁸⁷, para luego entrar en régimen. Esta estabilización se vería reflejada en el crecimiento del año 2010, respecto de 2009, que fue tan solo de un 25%.

Cuadro n° 93: Variación del Gasto Devengado

Año	Crecimiento Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje Real de Crecimiento Anual del Gasto Devengado
2007		
2008	9.86%	134.19%
2009	23.03%	194.18%
2010	-8.70%	25.37%

Fuente: Elaboración propia en base a información de www.dipres.cl

Lo anterior también se ve afectado por la implementación de nuevos componentes del programa, tales como el Programa Educativo Consultorios y Programa de Apoyo al Recién Nacido (creados a partir de 2009) y Educación Pre Básica – JUNJI (creado el 2010), lo que obviamente genera la necesidad de nuevos recursos. Esto se puede ver claramente en el análisis realizado a continuación, donde se observa la evolución del Gasto Devengado, a partir del inicio del programa, desagregado por componentes.

A continuación se entregan los montos del gasto devengado, por componentes, en miles de pesos reales, reajustados al 2011:

⁸⁷ Entre 2007 y 2009 ingresaron paulatinamente como beneficiarios la gestantes, los recién nacidos, los niños y niñas menores 1 año, luego aquellos entre 1 y 2 años, y finalmente aquellos entre 2 y 4 años.

Cuadro n° 94: Gasto Devengado anual, por componente (2007-2010 en miles de pesos de 2011)

COMPONENTE	Item presupuesto CHCC	MONTOS DEVENGADOS REAL			
		2007	2008	2009	2010
Programa educativo masivo	Fono Infancia	-	77,754	81,413	81,219
	Programa Educativo Consultorios	-	0	1,642,556	1,369,635
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	PABS	2,315,218.40	6,520,363	14,956,893	14,921,245
	Programa de apoyo al R.N.	-	0	8,136,821	12,774,549
	Programa diagnóstico de vulnerabilidad en pre escolares	46,360	55,539	78,131	77,945
Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas	Educación Pre básica - JUNJI	-	0	0	3,051,218
	Fondo de intervenciones de Apoyo al desarrollo infantil	598,311.73	1,084,600	1,062,476	1,109,300
	Fondo concursable de iniciativas para la infancia	282,517.84	376,116	359,912	883,985
	Programa de Fortalecimiento Municipal	117,852.92	530,964	598,557	581,926

Fuente: Elaboración propia en base a información de www.dipres.cl

En el cuadro siguiente, se observa el crecimiento porcentual de cada ítem gastado de cada componente, donde se observa el gran aumento y siendo el más importante, el ítem PADB (con un gasto de M\$14.921 al 2010 y un crecimiento del 544%, entre los años 2007-2010), siguiéndolo en importancia, el Programa de Apoyo al Recién Nacido, con un gasto de M\$12.774 al 2010. Por otro lado, el Programa de Fortalecimiento Municipal, si bien es cierto su gasto no es el más importante, si ha tenido un crecimiento porcentual de un 394%, entre los años 2007 al 2010. Todo esto se explica, principalmente, por el aumento de la cobertura de esos años.

Cuadro n° 95: Porcentaje Real de Crecimiento de cada Componente, desde el Inicio del Programa respecto al 2010 en base al Gasto Devengado (en miles de pesos de 2011)

COMPONENTE	Item presupuesto CHCC	2007-2010	2008-2010	2009-2010
Programa educativo masivo	Fono Infancia		4%	
	Programa Educativo Consultorios			-17%
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	PABS	544%	129%	0%
	Programa de apoyo al R.N.			57%
	Programa diagnóstico de vulnerabilidad en pre escolares	68%	40%	0%
Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas	Educación Pre básica - JUNJI			
	Fondo de intervenciones de Apoyo al desarrollo infantil	85%	2%	4%
	Fondo concursable de iniciativas para la infancia	213%	135%	146%
	Programa de Fortalecimiento Municipal	394%	10%	-3%

Fuente: Elaboración propia en base a cuadros anteriores

Finalmente, en el siguiente cuadro, se muestra el porcentaje de ejecución del presupuesto, calculado sobre la base del presupuesto vigente y el gasto devengado para los años en estudio, vale decir, entre el 2007 y el 2010.

Cuadro n° 96: Porcentaje de ejecución presupuestaria (en miles de pesos de 2011)

Item presupuesto CHCC	2007			2008			2009			2010		
	Vigente	Devengado	%	Vigente	Devengado	%	Vigente	Devengado	%	Vigente	Devengado	%
Fono Infancia	-	-		77,754	77,754	100%	81,413	81,413	100%	81,219	81,219	100%
Programa Educativo Consultorios	-	-		0	0		1,819,761	1,642,556	90%	1,690,908	1,369,635	81%
PABS	2,315,218	2,315,218	100%	6,520,363	6,520,363	100%	14,956,893	14,956,893	100%	14,921,245	14,921,245	100%
Programa de apoyo al R.N.	-	-		0	0		8,136,821	8,136,821	100%	12,774,549	12,774,549	100%
Programa diagnóstico de vulnerabilidad en pre escolares	46,360	46,360	100%	55,539	55,539	100%	78,131	78,131	100%	77,945	77,945	100%
Educación Pre básica - JUNJI	-	-		0	0		0	0		3,051,218	3,051,218	100%
Fondo de intervenciones de Apoyo al desarrollo infantil	599,783	598,312	100%	1,110,772	1,084,600	98%	1,163,041	1,062,476	91%	1,160,269	1,109,300	96%
Fondo concursable de iniciativas para la infancia	359,870	282,518	79%	414,185	376,116	91%	361,125	359,912	100%	884,511	883,985	100%
Programa de Fortalecimiento Municipal	119,957	117,853	98%	574,825	530,964	92%	601,874	598,557	99%	600,440	581,926	97%

Fuente: Elaboración propia en base a cuadros anteriores

Se observa que, en el año 2007, la mayoría de los componentes presentan una ejecución del 100% del presupuesto, excepto el Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia, que ejecuta sólo el 79% del presupuesto, atribuible probablemente al conocimiento incipiente de las instituciones en la administración y gestión de este tipo de fondos. De hecho, al año siguiente, aumenta en un 12% la ejecución presupuestaria, alcanzando el 100% en los años siguientes.

En el año 2008, todos los componente presentan una ejecución presupuestaria sobre el 90%, observando que los porcentajes más bajos de ejecución, aunque dentro del rango considerado apropiado, se dan en el Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia (91%, experimentando de todas maneras un alza respecto al año 2007, ya explicado en el punto anterior) y en el Programa de Fortalecimiento Municipal, que presenta una ejecución presupuestaria del 92%,

experimentando una baja de 6% respecto a la ejecución del año anterior, debido probablemente a una sobrestimación de la demanda de este programa, que aumentó su presupuesto en más de 4 veces respecto al año 2007, presupuesto que experimenta una leve alza en los dos años siguientes, aumentando su porcentaje de ejecución.

En el año 2009, el componente que presenta el porcentaje más bajo de ejecución presupuestaria es el Programa Educativo Consultorios, atribuible a la puesta en marcha del programa por una parte y a probables problemas de coordinación por otra, ya que la ejecución del presupuesto baja en un 9% en el año 2010.

En el año 2010, la mayoría de los componentes ejecuta el presupuesto en un 100%, salvo en el Programa Educativo Consultorios (81%), Programa de Fortalecimiento Municipal (97%), analizados anteriormente, y el Fondo de Intervenciones de Apoyo al desarrollo infantil, que en su inicio en el año 2007, ejecuta el 100% del presupuesto, experimentando posteriormente bajas en la ejecución entre el 2% y el 9%, debido probablemente a sobre estimación de la demanda por este programa.

5.2. Análisis de aspectos relacionados con la eficiencia

Una medida de eficiencia básica tiene relación con la proporción de los gastos en que se incurre por el hecho de administrar y producir el programa. En este sentido, las proporciones del gasto total efectivo que significan el ítem producción y administración se observan en el siguiente cuadro, donde se aprecia que, para el período evaluado, el porcentaje de gasto en producción, calculado como el promedio de los 4 años, respecto al gasto total del programa representa, en promedio, un 97,3%, mientras que el gasto administrativo⁸⁸ representa un promedio de 2,7%. El menor porcentaje destinado a producción se alcanza en los años 2007 y 2008, en torno al 96,3%, luego, en los años 2009 y 2010 aumenta a un promedio de 98,3%. Las fluctuaciones entre un año y otro tienen relación, en primer lugar, con la implementación de nuevos servicios, como por ejemplo, en el componente “Programa Educativo Masivo”, se incorpora el *Fono Infancia* en el año 2008 y el *Programa Educativo Consultorios* en el año 2009. Así mismo, en el componente, “Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial”, se incorpora el *Programa de Apoyo al Recién Nacido*, en el año 2009 y en el componente “Prestaciones Diferenciadas”, se incorpora el ítem Pre Básica –JUNJI, en el año 2010, por una parte y el aumento en el número de beneficiarios atendidos por el programa, por otra, por cuanto en la medida que estos aumentan, el programa asigna una mayor cantidad de fondos directos a producción, disminuyendo el gasto administrativo en forma significativa a partir del tercer año del programa⁸⁹.

⁸⁸ El gasto administrativo se calcula en base a los desembolsos financieros que están relacionados con la generación de los servicios de apoyo a la producción de los componentes del programa, en este caso específico es la suma de los gastos descritos en el presupuesto como activos (máquinas y equipos, equipos informáticos, etc.), financieros, programas informáticos, bienes y servicios de consumo, como también aquellos relacionados a actividades de supervisión (viáticos, pasajes), difusión y promoción. En el caso de personal, sólo se ha cargado el personal administrativo que no tiene relación directa con la operación del programa.

⁸⁹ Es necesario aclarar que durante 2007 y 2008, los recursos del PADB que no se ocuparon en atención directa, se utilizaron en la habilitación de las condiciones en planta física, equipamientos e insumos necesarios para desarrollar las prestaciones, separación de espacios, camas de parto articuladas y/o con pertinencia cultural, material educativo, capacitación del personal, etc.

Cuadro n° 97: Presupuesto Devengado Mideplan - CCC Global por año Vs Gasto de Administración (en miles de pesos al 2011).

	Gasto Devengado Real			
	2007	2008	2009	2010
Total Gasto Devengado CCC	4,112,248	9,630,629	28,331,569	35,520,701
Gasto Administración	156,775	345,581	444,893	682,548
% Gasto Administración	3.8%	3.6%	1.6%	1.9%

Fuente: Elaboración propia en conjunto con expertos del Ministerio de Desarrollo Social, incorporando el factor de corrección e información de Dipres.

Otra perspectiva del análisis de eficiencia del Programa CCC tiene relación con la construcción de indicadores que relacionen el número de beneficiarios con los gastos destinados a éste. El cuadro siguiente muestra la cobertura del programa y su crecimiento entre los años 2007 y 2010:

Cuadro n° 98: Crecimiento de la Cobertura del Programa CCC

COBERTURA DE CHCC	Cobertura por Año			
	año 2007	año 2008	año 2009	año 2010
N° de comunas cubiertas	159	345	345	345
N° gestantes	47,683	202,729	200,738	197,847
Nacimientos	40,119	170,729	171,696	171,668
Niños y niñas menores de 1 año	-	168,823	176,108	173,216
Niños y niñas entre 1 y 2 años	-	174,286	180,084	185,475
Niños y niñas entre 2 y 4 años	-	-	329,383	339,035
Total	87,802	716,567	1,058,009	1,067,241

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por Mideplan

En el cuadro siguiente, se observa el crecimiento porcentual para cada uno de estos años:

Cuadro n° 99: Crecimiento Porcentual de cada año de la Cobertura del Programa CHCC

COBERTURA DE CHCC	Porcentaje de Crecimiento		
	2007-2008	2008-2009	2009-2010
N° de comunas cubiertas	117.0%	0.0%	0.0%
N° gestantes	325.2%	-1.0%	-1.4%
Nacimientos	325.6%	0.6%	0.0%
Niños y niñas menores de 1 año		4.3%	-1.6%
Niños y niñas entre 1 y 2 años		3.3%	3.0%
Niños y niñas entre 2 y 4 años			2.9%
Total	716.1%	47.6%	0.9%

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por Mideplan.

Estos cuadros refuerzan lo descrito anteriormente. El aumento del presupuesto en el año 2009, está directamente relacionado con el aumento de la cobertura, que en este caso creció en un 47,6%. Al mismo tiempo de aumentar la cobertura, se aumentan las prestaciones, implementando nuevos servicios.

A continuación se muestra el cuadro de Gastos promedio por beneficiario atendido entre los años 2007 y 2010:

Cuadro n° 100: Gasto Promedio en Producción y Administrativo por Beneficiario (cifras en miles de pesos reales, reajustados al año 2011).

Año	Beneficiarios	Total Gasto Producción	Gasto producción por beneficiario	Total Gasto Administrativo	Gasto administración por beneficiario
2007	87,802	3,955,473	45.0	156,775	1.8
2008	716,567	9,285,048	13.0	345,581	0.5
2009	1,058,009	27,886,677	26.4	444,893	0.4
2010	1,067,241	34,838,153	32.6	682,548	0.6

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por Dipres.

Como se observa, en los años 2008 y 2009 el gasto en producción por beneficiario disminuye con respecto al año 2007, año en el cual se inicia el programa. Este mayor gasto de producción en el año 2007, se puede atribuir a los gastos de puesta en marcha⁹⁰ del programa. El gasto de producción por beneficiario, del año 2008 al 2009, aumenta en M\$ 13.4, mientras que del año 2009 al 2010 el incremento es de M\$ 6.2, aumento que coincide con la incorporación de nuevos servicios y al mayor número de prestaciones que se otorgan a los beneficiarios.

Respecto al gasto promedio de administración por beneficiario, se observa que éste es mayor en el año de inicio del programa, atribuibles a gastos administrativos de la puesta en marcha, y luego tiende a mantenerse estable alrededor de un 0.5⁹¹.

5.3. Gastos No Financieros

El gasto no financiero⁹² del programa CHCC, según se detalla en los aspectos metodológicos, considera el costo de oportunidad de los fondos invertidos por el Estado. El cuadro que sigue representa el costo de oportunidad de los recursos, calculado como el retorno mínimo exigido a un proyecto social emprendido por alguna institución pública en Chile. Para el programa CHCC en particular este retorno mínimo representa la rentabilidad de la inversión social en una alternativa de renta fija con tasas de interés anuales superiores a las de mercado.

⁹⁰ Los gastos de puesta en marcha son gastos que se realizan por una sola vez o sólo el primer año de operación del programa y corresponden a las inversiones previas a la implementación. Estas se clasifican en Activos Fijos o Tangibles, Activos Nominales y Capital de Trabajo. Los Activos Fijos se refiere a todos aquellos utilizados en el proceso de transformación de insumos o apoyos a la operación, tales como, Obras físicas (edificios, oficinas, bodegas, etc.), Equipamiento (maquinaria, muebles, herramientas, vehículos, etc.), Infraestructura de servicios de apoyo (energía, comunicaciones, etc.), entre otros. Por su parte, los Activos Nominales corresponden a intangibles tales como servicios o derechos necesarios para la puesta en marcha del proyecto, entre estos, están el Diseño de sistemas y procedimientos y Sistemas de información, capacitación, etc.

⁹¹ Al igual que en el caso anterior, se debe aclarar que durante 2007 y 2008, los recursos del PADB que no se ocuparon en atención directa, se utilizaron en la habilitación de las condiciones en planta física, equipamientos e insumos necesarios para desarrollar las prestaciones, separación de espacios, camas de parto articuladas y/o con pertinencia cultural, material educativo, capacitación del personal, etc.

⁹² Es posible distinguir 2 tipos de "recursos" utilizados en un programa social, los que, en su conjunto, conforman el gasto total del programa. El primero de estos se denomina Gastos Monetarios y corresponde a todos los gastos que tienen una expresión monetaria, es decir, significan un desembolso de dinero efectivo que recae en un beneficiario o intermediario, realizándose sobre la base de los gastos devengados o comprometidos, pues puede darse el caso en que el gasto aun no se haya materializado pero sí programado. El segundo grupo corresponde a los Gastos no Monetarios o Financieros, los cuales no significan un desembolso monetario real (por ejemplo el costo de oportunidad).

Cuadro n° 101: Gasto No Financiero del Programa CHCC. Costo de Oportunidad de los Gastos Devengados del Gobierno Central (cifras en miles de pesos, reajustadas al año 2011).

Año	Gasto Devengado	Tasa de Descuento	Costo Oportunidad
2007	4,112,248	6.00%	246,735
2008	9,630,629	6.00%	577,838
2009	28,331,569	6.00%	1,699,894
2010	35,520,701	6.00%	2,131,242

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el Ministerio de Desarrollo Social (Tasa de Descuento). “NIP 2011 – Precios Sociales”, Ministerio de Desarrollo Social, División de Planificación, Estudios e Inversión.

5.4. Gastos Totales

Los gastos totales del programa hacen referencia al gasto efectivo en producción y administración, así como también a los gastos no financieros, que se construyen en base al gasto devengado real (pesos 2011) y al tiempo que utilizan los beneficiarios en actividades del programa. Del siguiente cuadro se puede desprender que el mayor porcentaje del gasto total del programa es de carácter financiero (94,3% promedio entre el los años 2007 y 2010). Los gastos no financieros reflejan un porcentaje promedio del 5,7% del gasto total del programa. La proporción entre gastos financieros y no financieros se mantiene en un rango similar a lo largo del período en estudio, dado que el único costo no financiero considerado en el análisis corresponde al costo de oportunidad de los fondos aportados al programa, siendo, por tanto, un porcentaje prácticamente constante a lo largo del período de evaluaciones (las pequeñas diferencias se generan porque el costo de oportunidad se calcula sobre los gastos efectivos, los cuales presentan algunas diferencias respecto a los gastos financieros).

Cuadro n° 102: Gastos Totales programa CHCC (cifras reales en miles de pesos, año 2011).

Año	Gastos Financieros	Gastos No Financieros	Gastos Totales
2007	4,112,248	246,735	4,358,983
2008	9,630,629	577,838	10,208,467
2009	28,331,569	1,699,894	30,031,464
2010	35,520,701	2,131,242	37,651,943

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por Ministerio de Desarrollo Social.

6. MEDICIÓN GLOBAL DE DESEMPEÑO

Respecto a la evaluación global de desempeño, el equipo evaluador analizó los gastos en los que incurren el sistema, para la generación del efecto estimado según el modelo de evaluación utilizado (indicadores de resultado en el Test Battelle). En rigor, se trata de establecer el costo que implica el cumplimiento de las metas y objetivos planteados por el sistema en su interés de producir efecto a nivel de indicadores asociados al desarrollo psicomotor de los niños beneficiarios⁹³.

⁹³Es importante recordar que este es un programa universal.

El análisis que se presenta está realizado en base a las dimensiones donde se evidenció efecto positivo para los beneficiarios, de acuerdo a las diferentes hipótesis planteadas: diferencial en clasificación en Normal+Superior y Puntaje T, ambos sobre el resultado general del test Battelle, pero solo considerando la prueba a nivel total y no por sub-dimensiones⁹⁴.

El cálculo global de desempeño compara dos elementos: el gasto anual de atención de un niño (Gasto Unitario promedio) y el efecto que se observa en cada niño en los ámbitos de interés.

El procedimiento de obtención de los indicadores para analizar el desempeño considera los siguientes supuestos:

- Que en el caso de la cohorte 2007 el gasto unitario de cada niño corresponde a la suma de los gastos unitarios desde 2007 al 2010.
- Que en el caso que se considere las dos cohortes, 2007 y 2008-2009, el gasto unitario corresponderá al promedio entre el monto acumulado entre 2007 a 2010 y el gasto acumulado 2008 a 2010.

Los datos de gastos unitarios anuales, 2007 a 2010, utilizados están en moneda del año 2011.

En el cuadro siguiente se describe el valor de los indicadores de desempeño para las hipótesis en que se detectó un impacto significativo (ver en página 66 sección sobre Resultados según hipótesis de investigación, en capítulo sobre Eficacia del programa).

Cuadro n° 103: Indicadores de Desempeño en efecto en puntaje T del Test Battelle.

	Hipótesis B1 vs B2	Hipótesis B1 vs P1
Gasto unitario en \$ al 2011 en el periodo 2007 a 2010	96,9	120,3
Efecto (diferencial promedio del puntaje T)	1,41	1,50
Medida de desempeño (\$ por punto de incremento en test Battelle)	68,9	80,2

Fuente: Elaboración propia a partir de Bases de Datos Ministerio de Desarrollo Social y Resultados test Battelle de niños beneficiarios de CCC evaluados

En resumen, en un contexto de buena implementación del CCC, para lograr el incremento de 1 punto en el puntaje T se deben invertir entre \$ 68,900 y \$ 80,200 por niño en los 4 años que el niño es atendido por el sistema.

⁹⁴Tal como se señaló en el capítulo de impacto de acuerdo a los consultores expertos de CEDEP solo conviene analizar los resultados a nivel de sub-dimensiones desde un punto de vista descriptivo y no inferencial.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Diseño y gestión

En relación al diseño del programa, se puede señalar que el diseño parece adecuado y que responde a la necesidad que le da origen, la que sigue existiendo.

Pese a ello, se identifican algunos problemas en la gestión, especialmente a nivel de las redes locales. La solución de estos problemas no se encuentra en la sola maduración del programa –el simple paso del tiempo–, sino que requiere de intervenciones en áreas prioritarias tales como información a las gestantes, cobertura de las prestaciones diferenciadas y apoyo a las redes. Específicamente respecto a esto último, sería importante tratar de identificar modelos de funcionamiento de redes y de servicios de salud que funcionen de mejor manera, y darlos a conocer para generar aprendizajes.

Otro ámbito de conclusiones en materia de gestión, dice relación con la disponibilidad de información para evaluar el programa. Al respecto, relevamos la falta de información para el componente de programa educativo masivo y para las prestaciones preferentes, que generan un problema a la hora de evaluar. Al respecto, aparece la necesidad de generar estrategias que permitan definir los productos, sus beneficiarios, y llevar un registro de producción y cobertura.

7.2. Eficacia

A nivel de **productos**, la pobreza de datos que sólo permite dar cuenta de la producción efectiva del programa a nivel agregado y para un solo componente, que es el Programa de Apoyo Biopsicosocial. Ello también impide hacer un buen análisis de cobertura, el que sólo está disponible para el Programa de Apoyo Biopsicosocial, en el cual la cobertura para gestantes ha ido creciendo hasta lograr el 100%, y en el caso de los Nacidos vivos en el SNSS, se ha estabilizado en alrededor del 85% (al 2010).

En cuanto a la *focalización*, el análisis sólo se ha realizado para el Programa de Apoyo Biopsicosocial, en la medida en que es el único componente para el cual existen datos. En este componente, efectivamente las prestaciones llegan a los usuarios de los establecimientos del sistema público de salud, por lo que en ese sentido –utilizando el criterio de focalización por establecimiento, y no por usuario– están bien focalizadas. Pese a ello, y más específicamente en relación al Programa de Apoyo al Recién Nacido, la evaluación realizada por un panel de expertos en 2011⁹⁵, evalúa que el criterio utilizado para la focalización del programa no es adecuado ya que focaliza en los prestadores de la red pública de salud y no en la población que efectivamente presenta mayor vulnerabilidad⁹⁶.

⁹⁵ Evaluación del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) realizada en el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), encargada por la Dirección de Presupuestos. Panelistas: María Luisa Daigre Muñoz (Coordinadora), Carolina Muñoz Mendoza y María Eugenia Ziliani Illanes. Enero – Julio 2011.

⁹⁶ De todos modos, es importante señalar que la modificación de este criterio no depende de una decisión de los encargados de CCC, sino de una modificación de la Ley, que indica que éste atiende a “los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud”, sin acotarlos a los que presentan mayor vulnerabilidad.

A nivel de **resultados intermedios**, la encuesta muestra que para las mujeres que eran gestantes entre 2007 y 2008, que son quienes fueron encuestadas, y que por tanto no fueron beneficiarios de CCC funcionando en régimen- en general el programa es poco conocido, teniendo un valor de 2,81 en promedio en una escala de 1 a 7. Sin embargo, las diferencias entre submuestras permiten concluir que el conocimiento del programa que tiene su población beneficiaria, se fortalece en la medida en que la comuna desarrolla una mejor gestión –lo que probablemente implica una buena difusión- y también en la medida en que lleva más tiempo funcionando en el territorio.

Por otra parte, la mirada general muestra que en promedio las prestaciones del programa son bien evaluadas, con nota 5,6.

El detalle por Línea o Componente se muestra a continuación:

- En relación al Programa Educativo Masivo, en promedio, sólo el 12.6% de las encuestadas conoce sus prestaciones. Un 43.5% de quienes conocen las prestaciones las han usado o han accedido a ellas. De este porcentaje, la gran mayoría considera que estas prestaciones han sido útiles para el cuidado formación de los niños (86.9%). Entre las entrevistadas que las conocen, en promedio las prestaciones son bien evaluadas, con nota 6.1.
- En relación al Programa de Apoyo Biopsicosocial, algo menos de la mitad de las encuestadas (46.2%) conocen sus prestaciones. De este porcentaje, tres cuartas partes han accedido a ellas o las han usado (75.4%). Casi la totalidad (97.6%) de quienes han usado o accedido a las prestaciones, consideran que éstas les han servido en el cuidado o formación de sus hijos. Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.4.
- En relación a la satisfacción con la experiencia de parto, tres cuartos de las encuestadas definirían el parto como una experiencia positiva (75.8%). Casi la mitad de las entrevistadas (46.1%), que tuvieron un parto antes de CCC, señalan que en el parto con CCC recibieron una atención igual. Pero también es importante destacar que casi el 40% considera que la atendieron mejor
- En relación a las prestaciones dirigidas a niños y niñas con vulnerabilidad, déficit o rezago, menos de la mitad (41.7%) de las encuestadas que señalan que sus hijos han sido diagnosticados con vulnerabilidad, déficit o rezago, conocen las prestaciones dirigidas a ellos. Tres cuartas partes (74.2%) de quienes conocen las prestaciones, han accedido a ellas o las han usado. Casi la totalidad (96.8%) de quienes las han usado o accedido a ellas, consideran que éstas les han servido en el cuidado o formación de sus hijos. Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.4.
- En relación a las prestaciones dirigidas a niños y niñas hospitalizados, entre las encuestadas cuyos niños han estado hospitalizados, algo más de la mitad (53.6%) conoce dichas prestaciones. La gran mayoría (82.5%) de quienes las conocen, han accedido a ellas o las han usado, y casi la totalidad de este grupo (94.4.8%), considera que éstas les han servido en el cuidado o formación de sus hijos. Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.0.

- En general, la percepción de apoyo durante la hospitalización es negativa, alcanzando sólo a un 45% “de acuerdo”. Pese a ello, hay en general una buena evaluación del trato que se otorga en los hospitales, siendo levemente mejor en el caso del trato que se otorga a los niños que sus cuidadores (83% v/s 79%).
- En relación a las prestaciones diferenciadas, alrededor de un tercio de los encuestados las conoce (35.6%), y menos de la mitad (43%) de este grupo ha accedido a ellas o las ha usado. La gran mayoría (91.3%) de quienes lo han hecho, consideran que estas prestaciones les han servido en el cuidado o formación de sus hijos. Las prestaciones son en general bien evaluadas, con nota 6.2.

Más específicamente, entre los casos de la muestra identificados “con discapacidad”, sólo el 15% conoce la prestación “acceso a ayudas técnicas”. De este total, el 67% ha accedido a ellas; y en todos los se las califica como útiles al cuidado o formación del niño o niña.

En relación a las prestaciones dirigidas al 40% más pobre de la población, los datos indican que en el grupo de la muestra que efectivamente pertenece a ese 40%, el nivel de conocimiento es prácticamente igual al del total general, con 38.6% en promedio de las prestaciones.

- Finalmente, en relación a la Evaluación subjetiva del trato del personal en consultorios, en general las encuestadas evalúan de manera positiva el trato que se les da tanto a ellas como a sus hijos en el consultorio (67% en promedio evalúa el trato como bueno o muy bueno). El trato a los niños en los consultorios, en opinión de las entrevistas, ha mejorado en 7.6 puntos porcentuales.

A nivel de **resultados finales**, a partir de los resultados obtenidos es posible concluir que, en un contexto de Buena Implementación del CCC, el programa tiene efecto sobre el desarrollo infantil global, cuando las prestaciones se incorporan durante la gestación, parto y primeros meses de vida. Esto porque a nivel del Puntaje T de Battelle se constató la existencia de efectos positivos y significativos en el grupo de niños/as de la cohorte 2007 atendidos en comunas con Buena Implementación, cuando se los compara con niños/as atendidos en el mismo tipo de comunas a partir del año 2008/2009.

7.3. Recursos

En esta área de la evaluación, las conclusiones son las siguientes:

- El crecimiento del presupuesto del programa CCC ha sido superior al crecimiento del presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social. Esto se explica por ser éste un programa nuevo que requiere ir aumentando fuertemente los primeros años, para luego entrar en régimen. Esta estabilización se ve reflejada en el crecimiento del año 2010, respecto de 2009, que fue tan solo de un 25%.

- Lo anterior también se ve afectado por el diseño de nuevos componentes del programa, tales como el Programa Educativo Consultorios y Programa de Apoyo al Recién Nacido (creados a partir de 2009) y Educación Pre Básica – JUNJI (creado el 2010), lo que obviamente genera la necesidad de nuevos recursos.
- En materia de eficiencia, para el período evaluado, el porcentaje de gasto en producción, calculado como el promedio de los 4 años, respecto al gasto total del programa representa, en promedio, un 97%, mientras que el gasto administrativo representa un promedio es de 3%.
- En los años 2008 y 2009 el gasto en producción promedio por beneficiario disminuye con respecto al año 2007, año en el cual se inicia el programa. Este mayor gasto de producción en el año 2007, se puede atribuir a los gastos de puesta en marcha.