



INFORME DE RESULTADOS

**ESTUDIO: “ANÁLISIS CUALITATIVO PROGRAMA DE
APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL”.**

Abril de 2009

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	5
CAPÍTULO I: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO.....	7
1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	7
2. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	8
3. OBSERVACIONES GENERALES DEL PROCESO.....	9
CAPITULO II: PRINCIPALES RESULTADOS PRESTADORES DEL PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL.....	10
1. EJE IMPLEMENTACIÓN.....	10
1.1. CONOCIMIENTO.....	10
1.2. ADHESIÓN.....	15
1.2.1. Valoración del PADB.....	15
1.2.2. Compromiso.....	18
1.3. COORDINACIÓN RED LOCAL.....	19
2. EJE FUNCIONAMIENTO.....	24
2.1. CONOCIMIENTO.....	24
2.1.1. Reconocimiento de procesos de cambios.....	24
2.1.2. (Re)Descubrimiento de las potencialidades y beneficios del CHCC y del PADB.....	26
2.1.3. Incorporación del discurso a la cultura organizacional.....	27
2.2. ADHESIÓN.....	28
2.2.1. Adhesión a nivel de Motivacional.....	28
2.2.2. Adhesión a nivel Operacional.....	30
2.3. BRECHAS ASPECTOS CRÍTICOS.....	32
2.3.1. Contar con recursos para el desarrollo de las prestaciones.....	33
2.3.2. Contar con estabilidad y permanencia de los prestadores.....	34
2.3.3. Contar con procesos de inducción y capacitación efectivos.....	35
2.3.4. Garantizar acceso y adhesión al PADB.....	36
2.3.5. Garantizar el trato de calidad a las usuarias.....	37
2.3.6. Adaptación e Inserción en la Cultura Organizacional.....	38
2.4. EVOLUCIÓN DEL PADB.....	39
2.4.1. Percepción de la Implementación.....	39
2.4.2. Percepción del Funcionamiento.....	43
2.4.3. Percepción de estado de consolidación del PADB.....	47
2.4.4. Percepción de los cambios.....	48
2.5. COORDINACIÓN RED LOCAL.....	49
2.5.1. Conectividad y Complementariedad.....	49
2.5.2. Fortalezas y Debilidades del trabajo con la Red Local.....	51
2.5.3. Importancia de la Red Local.....	55
3. EJE PROYECCIÓN.....	56

3.1. EXPECTATIVAS DE IMPACTO.....	56
3.1.1. Expectativas nivel macro.	57
3.1.2. Expectativas del desarrollo de los niños(as).	58
3.1.3. Expectativas del empoderamiento de las madres.....	60
3.1.4. Expectativas de la participación de los padres y otros miembros de la familia.	63
3.1.5. Expectativas de la Satisfacción de las Usuaris:	66
3.1.6. Expectativas a Nivel Organizacional	67
3.2. SUGERENCIAS.....	68
3.2.1. Necesidad de coordinación intersectorial.....	68
3.2.2. Necesidad de asumir los obstaculizadores estructurales.....	70
3.2.3. Necesidad de superar el déficit de recursos para el desarrollo del PADB.	72
3.2.4. Necesidad de medir los resultados del PADB.....	74
3.2.5. Necesidad de mejorar la difusión interna y externa del PADB.....	75
3.2.6. Necesidad de trabajar a nivel de la cultura organizacional.	76
3.2.7. Necesidad de adaptación al contexto local.	77

CAPÍTULO III. PRINCIPALES RESULTADOS USUARIAS PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL.....78

1. EJE IMPLEMENTACIÓN.....	78
1.1. VINCULACIÓN INICIAL.....	78
1.1.1. Información recibida.....	78
1.1.2. Percepción de la primera atención.....	80
1.1.3. Percepción de la utilidad de las prestaciones.	80
2. EJE FUNCIONAMIENTO.....	82
2.1. SATISFACCIÓN.....	82
2.2. APROPIACIÓN DE MATERIALES.....	85
2.2.1. Uso de los materiales entregados.....	85
2.2.2. Compresión de los contenidos	86
2.3. APRENDIZAJES.....	88
2.3.1. Reconocimiento de talleres y Principales Aprendizajes.....	88
2.3.2. Valoración de aprendizajes.....	89
2.3.3. Obstaculizadores al aprendizaje	90
3. EJE PROYECCIÓN.....	91
3.1. EXPECTATIVAS DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS.	91
3.1.1. Calidad de vida: Inserción social y educación formal.....	91
3.1.2. Calidad de vida: inserción social y fortalezas psicológicas	93
3.1.3. Calidad de Vida: expectativas inespecíficas.....	94
3.2. EXPECTATIVAS SOBRE LAS PRESTACIONES	96
3.2.1.Expectativas iniciales: atenciones y procesos	96
3.2.2. Uso de prestaciones: Educación y Salud.....	98
3.2.3. Derechos: exigencias de las redes de protección social.....	99
3.2.4. Calidad de las prestaciones: expectativas para la atención del PADB	100
3.2.5. Satisfacción truncada.....	102
3.3. EXPECTATIVAS SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA	103

3.3.1. Expectativas de estar mejor informado y de utilizar los recursos pedagógicos entregados por el PADB.	103
3.3.2. Expectativas de estar mejor informado para ejercer competencias parentales para el cuidado infantil.	104
3.3.3. Expectativas de estar informados sobre los contenidos de las prestaciones.	106
3.4. EXPECTATIVAS FUTURAS.	107
3.4.1. Protección Social Continua.	108
3.4.2. Certidumbre	110
3.4.3. Desarrollo integral de los niños.	112
 CAPÍTULO IV: ELEMENTOS COMPARATIVOS.	 114
1. A NIVEL DE PRESTADORES.	114
1.1. EJE IMPLEMENTACIÓN	114
1.1.1. Tipos de Centros de Salud.	114
1.1.2. Tiempo de Implementación.	115
1.2. EJE FUNCIONAMIENTO.	115
1.2.1. Tipos de Centros de Salud.	115
1.2.2. Tiempo de Implementación.	116
1.3. EJE PROYECCIÓN.	117
1.3.1. Tipos de Centros de Salud.	117
1.3.2. Tiempo de Implementación.	118
2. A NIVEL DE USUARIAS.	118
2.1. EJE IMPLEMENTACIÓN.	118
2.1.1. Tipos de Centros de Salud.	118
2.1.2. Tiempo de Implementación.	119
2.2. EJE FUNCIONAMIENTO.	119
2.2.1. Tipos de Centros de Salud.	119
2.2.2. Tiempo de Implementación.	120
2.3. EJE PROYECCIÓN.	120
2.3.1. Tipos de Centros de Salud.	120
2.3.2. Tiempo de Implementación.	121
 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.	 122
1. MACRO RESULTADOS DEL ESTUDIO.	122
2. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PADB.	124
3. FUNCIONAMIENTO DEL PADB.	125
4. PROYECCIONES DEL PADB.	128

PRESENTACIÓN.

El presente documento es el segundo informe del estudio “análisis cualitativo programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial”. El propósito del informe es dar cuenta de los principales resultados considerando tanto elementos referidos al Sistema Chile Solidario (CHCC) como al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB).

Este documento corresponde al producto **“Evaluación respecto a la implementación, funcionamiento, grado de satisfacción y proyección del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en los establecimientos de Salud”**. Consiste en la presentación de los resultados obtenidos a partir del proceso de recolección de datos, dando cuenta de los principales hallazgos obtenidos desde la percepción de prestadores(as) y usuarias del programa, los cuales también se han usado para establecer elementos comparativos según tipo de centro de salud y tiempo de ejecución del PADB.

De esta forma se da cuenta del objetivo de evaluar cualitativamente el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en los establecimientos de Salud, en el marco de la implementación del Sistema Chile Crece Contigo a partir de las percepciones de los actores relevantes del Programa.

Cabe señalar que para la realización del estudio se han establecido dos ejes sobre el cual realizar el análisis. En el primero se encuentran las categorías temporales del programa y en el segundo los actores. El cruce de ambos ejes genera las dimensiones que dan cuerpo a los resultados.

El primer eje de análisis está constituido por las siguientes categorías temporales del programa:

- **Implementación:** refiere al proceso de instalación y articulación del programa en el contexto local. Ello implica el establecimiento físico, la vinculación con los usuarios, la conformación (o prolongación) de un equipo de trabajo, la adecuación al contexto local, y la coordinación con las redes locales.
- **Funcionamiento:** refiere al proceso de trabajo que desarrolla el programa en el contexto local. De esta forma, involucra las actividades, resultados de procesos, gestiones, etc.
- **Proyección:** refiere a las expectativas que se generan respecto del futuro del programa y sus resultados e impactos – principalmente- en el desarrollo de los niños y niñas que atienden.

El segundo eje de análisis está constituido por los siguientes actores:

- **Prestadores del PADB:** refiere a todos los profesionales y/o paraprofesionales que desarrollan las prestaciones orientadas al desarrollo de los niños y niñas usuarios(as) del programa.
- **Usuarios del PADB:** refiere a las personas beneficiarias de las prestaciones, las cuales son los gestantes y menores de dos años, así como sus madres incluida la etapa de embarazo. Para efectos del análisis, se ha considerado solamente a las madres de los niños y niñas.

De esta forma- como se presenta en el siguiente cuadro- el cruce de estos ejes proporcionan las dimensiones que han sido analizadas y desarrolladas:

	Prestadores	Usuarios
Implementación	- Conocimiento - Adhesión - Coordinación Red Local	- Vinculación inicial.
Funcionamiento	- Conocimiento - Adhesión - Brechas de aspectos críticos del PADB. - Evolución - Coordinación Red Local	- Satisfacción - Apropiación de materiales - Aprendizaje
Proyección	- Expectativas de Impacto - Sugerencias	- Expectativas del Desarrollo de los niños

De esta forma el documento se ha estructurado en cinco capítulos. El primer de ellos da cuenta de los aspectos metodológicos relevantes del estudio. El segundo en tanto, aborda los principales hallazgos en cuanto a los prestadores del PADB ordenados por las etapas temporales del programa, implementación, funcionamiento y proyección. El tercer capítulo sigue la misma secuencia que el anterior pero respecto de las usuarias. El cuarto capítulo, por su parte, presenta los elementos comparativos entre los centros de salud según tipo de centro y tiempo de ejecución, los cuales han sido ordenados a su vez conforme a los ejes temporales. Finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones del estudio.

CAPÍTULO I: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Las unidades muestrales correspondieron a los 80 centros de salud identificados por el MIDEPLAN en las regiones de Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Libertador Bernardo O'Higgins y Bío Bío. Dentro de cada centro se escogió a prestadores(as) y usuarias del PADB. El tipo de muestreo utilizado fue **no probabilístico teórico**, ya que las unidades seleccionadas no estuvieron en función de criterios estadísticos relacionados al número total de casos existentes, sino que se definieron de acuerdo a criterios analíticos.

Los prestadores fueron definidos como aquellos profesionales que brindan una prestación directa a las usuarias del PADB. En 8 establecimientos se seleccionaron a tres prestadores con los cuales se realizaron entrevistas grupales. Ello debido al requerimiento de MIDEPLAN de aumentar la representación de dichos casos. De esta forma se realizarán 72 entrevistas individuales y 8 grupales, sumando un total de 96 entrevistados entre ambas. A su vez, dentro de estos prestadores se distinguieron por antigüedad en relación al tiempo de funcionamiento del programa en el centro de salud, considerando un mínimo de un año para los casos en que se ha iniciado el programa entre Junio y Octubre de 2007, y de seis meses para aquellos iniciados desde noviembre de 2007.

Las usuarias por su parte, fueron definidas como las madres de los hijos e hijas que están recibiendo prestaciones del PADB, de esta forma la muestra consideró como criterios las acciones de apoyo incluidas en el programa: a. Usuarias que reciben acciones durante la gestación en los centros de salud que han iniciado el programa desde noviembre de 2007; b. Usuarias que reciben acciones para el Parto en los centros de salud que cuentan con esta prestación; y c. Usuarias que reciben acciones en los primeros dos años de vida de sus hijos(as) en los centros de salud que han iniciado el programa entre junio y octubre de 2007.

Cabe señalar que la selección de cada persona se realizó – en primer lugar- en función de **criterios de viabilidad y de acceso**. En segundo lugar, debido a que no se contaba con información previa de los funcionarios ni usuarios se establecieron los siguientes mecanismos de selección de casos:

- **Prestadores:** se solicitó elegir al funcionario de mayor antigüedad (respetando el criterio mínimo) que se encontraba en el programa.
- **Usuaría:** se solicitó entrevistar a una usuaria (respetando el criterio muestral) que asistiera al centro el día de la entrevista con el prestador.

2. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Para la realización del estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas. De esta forma se establecieron encuentros cara a cara con los informantes. Esta técnica fue especialmente útil para indagar en las percepciones de los(as) prestadores(as) y usuarias del PADB, pudiendo rescatar tanto apreciaciones sobre el proceso de implementación y funcionamiento, como la proyección que desarrollan del mismo PADB y del CHCC.

La aplicación de los instrumentos contó con un proceso de supervisión y validación de la información permanente para asegurar la confiabilidad y fiabilidad de los datos recabados. Ello se hizo en tres momentos:

a. Antes del trabajo de campo: se desarrolló una capacitación a los profesionales que aplicaron las entrevistas. La capacitación tuvo una duración aproximada de 4 horas cronológicas en las cuales se expusieron los principales objetivos y características del sistema CHCC y del Programa de Apoyo Biopsicosocial. Del mismo modo, se presentaron los objetivos, dimensiones y plan de análisis del estudio de modo de que cada profesional internalizara la función y necesidades del trabajo de campo para el estudio. Finalmente, se presentaron y ejercitaron los instrumentos de recolección de forma detallada y se darán orientaciones metodológicas para su aplicación.

b. Durante el trabajo de campo: El trabajo de campo se territorializó en cuatro grupos: a. Antofagasta – Coquimbo; b. Valparaíso; c. Metropolitana; y d. Libertador Bernardo O'Higgins – Bío - Bío. Cada territorio tuvo un coordinador que supervisó el proceso de recolección de información revisando los registros de audio.

c. Durante el proceso de transcripción: el registro de la información fue revisado de forma inmediata a su aplicación, primero de forma auditiva y luego mediante la revisión de la transcripción. En ella persiguió un doble propósito, primero asegurar información suficiente para realizar los análisis, y segundo que las transcripciones se realicen correctamente y permitan su procesamiento.

La información finalmente fue codificada conforme a las dimensiones y variables del diseño metodológico del estudio para su posterior análisis el cuál se presenta en este documento. Cabe señalar también que todas las entrevistas contaron con el consentimiento informado de los entrevistados quienes firmaron una carta para dicho propósito.

3. OBSERVACIONES GENERALES DEL PROCESO.

A continuación se presentan los principales elementos que caracterizaron el proceso de recolección de información a considerar en futuras aplicaciones similares:

- En un primer elemento a considerar es la dificultad de acceso a las personas encargadas del CHCC en los centros de salud. Asimismo, se careció de una formalidad inicial del proceso evaluativo a desarrollar lo que generó una suerte de desconfianza en algunos centros al momento de solicitar las entrevistas.
- Los procedimientos de coordinación entre Mideplan y MINSAL generaron un retraso en el proceso de coordinación del trabajo en terreno así como un rechazo por parte de los centros que debieron ser reagendados ante la necesidad de postergar la fecha de inicio originalmente establecida.
- Resulta fundamental contar con un equipo de terreno compuesto por profesionales proactivos y con experiencia en investigación ya que ello permite asegurar la calidad de la entrevistas y solucionar las contingencias.
- Por parte de los prestadores se evidenció una buena disposición para realizar las entrevistas aportando desde sus conocimientos, apreciaciones, críticas y opiniones del CHCC y PADB. Cabe resaltar que la sobre demanda que tienen por las usuarias y las características del trabajo en los centros de salud hace difícil disponer del tiempo ideal para aplicar instrumentos cualitativos.
- Por parte de las usuarias también se evidenció una buena disposición a participar, pero no siempre se contó con el espacio y ambiente necesario para aplicar el instrumento.

CAPITULO II: PRINCIPALES RESULTADOS PRESTADORES DEL PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL.

1. EJE IMPLEMENTACIÓN.

El eje de implementación refiere al proceso de instalación y articulación del programa en el contexto local. Ello implica el establecimiento físico, la vinculación con los usuarios, la conformación (o prolongación) de un equipo de trabajo, la adecuación al contexto local, y la coordinación con las redes locales. A partir de lo anterior, se han definido tres dimensiones de análisis: Conocimiento, Adhesión y Coordinación con la Red Local.

1.1. CONOCIMIENTO.

Esta dimensión refiere al nivel de conocimiento que los prestadores(as) manifiestan respecto a la etapa de implementación del PADB, y del Sistema Chile Crece Contigo. En relación con ello, es posible señalar que a partir de las entrevistas se evidencia que hay un conocimiento general de los prestadores(as) acerca de qué es, cuáles son sus objetivos, prestaciones, y algunos de los fundamentos conceptuales y de enfoques subyacentes al sistema y al programa.

A partir de las entrevistas realizadas ha sido posible analizar el nivel de conocimiento de la etapa de implementación en tres niveles distintos: institucional, de enfoques, y operativo.

1.1.1. Nivel Institucional.

En el nivel institucional, se observa que existe confusión y poca claridad por parte de los prestadores(as) acerca del Sistema Chile Crece Contigo, como sistema integral dentro del cual se insertan varios programas, entre ellos el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Muchas veces se los comprenden como lo mismo, y a los prestadores(as) se les hace muy difícil identificar diferencias entre ellos.

En relación con el programa mismo, muchos (as) prestadores (as) que ejecutan el programa no tienen claridad de él, no conocen el nombre del programa, no conocen algunas de sus orientaciones centrales. Esta confusión genera en ellos una inseguridad, incertidumbre e irresolución, sobretudo al momento de interactuar con otros funcionarios del centro, o de solicitar los recursos que ellos requieren para llevar a cabo sus funciones y otorgar las prestaciones a las usuarias. En este

contexto, estas dificultades, y el retraso en la implementación del programa en el centro de salud, se asocian a una necesidad de procesos de inducción, los cuales se resienten no haber recibido de manera suficiente al momento de implementar el programa.

“(En referencia al sistema Chile Crece Contigo y El Programa De Apoyo Al Desarrollo Biopsicosocial)... siento que estos dos programas se complementan para poder ayudar a que esto sea más exitoso y pueda resultar...” “...yo lo veo como una cosa, lo veo como un complemento. El desarrollo biopsicosocial viene a complementar el Chile Crece Contigo, yo siento que es lo mismo (...) Entonces siento que el programa de desarrollo biopsicosocial viene como a apoyar el Chile Crece Contigo y siento que al final son como lo mismo, pero se complementan y se hacen como mas fuerte las dos cosas” (Prestadora. Hospital Regional de Rancagua, Región del Libertado Bernardo O’Higgins).

“Ahora, lo que yo he entendido del Chile Crece Contigo, bien sinceramente, es por un tema de preocupación individual no es porque yo perciba que como unidad hospitalaria -no sé si tu tienes una opinión distinta (pregunta a su compañera)- que como comunidad hospitalaria no se nos reunió pa’ informar qué es el Chile Crece Contigo...” “...no sé si es algo a nivel nacional, pero yo tengo la percepción de que no se ha dicho una difusión piensa en la altura que ya estamos, que ya partió el año pasado en abril” “(En referencia a los objetivos del sistema) Uno sabe que le van a dar más atención a la embarazada, pero aparte de eso no”. (Prestadoras. Hospital De Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso)

“Para ser súper sincera ser súper abierta, a nosotros en el fondo nos avisaron nos contaron que era el Chile Crece, pero no hubo nada a no ser de que no haya estado, pero nada concreto como cuando uno espera capacitaciones...” (Prestadores, Centro Comunitario de Salud Familiar Antofagasta, Región de Antofagasta)

Independiente de la confusión existente en los (as) prestadores (as), hay claridad sobre algunos puntos importantes. Primero, reconocen como uno de los objetivos centrales la prevención de riesgos físicos y sociales a partir de la educación de la madre en relación a su embarazo, del fortalecimiento de los vínculos madre e hijo, y del fortalecimiento de la familia en general. Y se orientan en relación a esos objetivos.

“Para mi el objetivo principal que yo entiendo del programa, es que al tener una mamá informada cierto que tenga conocimiento pueda tener hijos de una manera más, formando más vínculos, más apego, para que estos niños que nazcan, después sea una sociedad mejor.” (Prestadora, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Región de Valparaíso)

“como afiatar como a la familia, tomar como conciencia, digamos los papas, desde que nace el bebe, como la importancia que tiene el vinculo, afiatarse los tres ojalá, cuando están los tres juntos. Proteger digamos a la mamá, proteger la infancia de este chiquitito, que ojalá nazca con mejores expectativas, que tenga mejores expectativas a futuro, o sea, que realmente este

protegido para que tenga mejores expectativas digamos a futuro de desarrollo”. (Prestadora, Hospital Regional de Rancagua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“... es un programa que facilita digamos las condiciones, trata de captar a las mujeres que están en riesgo, y a la familia de, ya sea de bajos recursos o de mujeres que están solas o que tienen problemas” (Prestadora, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

1.1.2. Nivel de Enfoques.

El sistema lo asocian espontáneamente a la reforma de salud e identifica principalmente como una iniciativa destinada a la protección de la infancia, que facilita el acceso de los (as) niños (as) y sus familias a los derechos sociales, fortaleciéndolos a ellos y a sus familias. En este sentido, el sistema y el programa han traído un cambio importante que ha implicado ampliar la mirada biomédica existente en los centros a una mirada psicosocial y educacional de la familia, en la cual es crucial coordinarse con la red de manera formal y permanente. El enfoque varía completamente desde lo biomédico a un enfoque más integral, sistémico, más próximo a un enfoque de derechos, y este cambio se ha acompañado de diversas dificultades que se manifiestan a nivel de clima en las relaciones entre funcionarios del centro, y en el cumplimiento de la entrega de prestaciones del programa a las usuarias.

Volviendo a la percepción de los prestadores(as), se concibe como uno de los objetivos centrales del sistema la equidad, es decir, el que todos los niños y las familias puedan acceder a las mismas oportunidades.

“...el objetivo básico consiste en que todos los recién nacidos que nacen a partir de, por lo menos en esta región, que nacen a partir del Enero del 2008, que es cuando llego el Chile Crece Contigo acá, tengan derecho a sala cuna, jardín infantil, los padres tengan derecho a algunos subsidios, todo en beneficio de que los recién nacidos que nazcan, valga la redundancia, tengan lo básico para poder salir adelante” (Prestador. Hospital San Juan de Dios de San Fernando, San Fernando, Región del Libertado Bernardo O’Higgins).

“(En relación al sistema)... implica un trabajo sistémico, no solo se avoca al recién nacido sino también trabaja con aquellos que están alrededor de él, y la llegada del trabajo y los frutos que se pueden sacar de ese proceso implican un conocimiento de toda la familia...” (Prestadores. Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso)

Otro cambio importante a nivel de enfoque, es la percepción por parte de los prestadores(as) de que el sistema integra una nueva visión de la mujer, dándole un rol más activo y decisivo en la gestación, parto y crianza de sus hijos. Lo mismo ocurre con el rol del padre, y de otros miembros de la familia,

quienes son reconocidos como cruciales en el crecimiento del niño, esta es otra de las manifestaciones de este cambio a un enfoque sistémico.

“Yo creo que lo principal el impacto que yo entiendo que se esperaba, es tener una atención personalizada, en donde la mujer sea la protagonista de este nacimiento, en donde la mujer pueda tomar decisiones de esto, esos son los mayores logros, donde la mujer pueda estar acompañada...” (Prestadora. Hospital el Pino de San Bernardo, San Bernardo, Región Metropolitana)

“...una de las cosas que apunta el Chile Crece Contigo en las maternidades es que cambie el trato a la usuaria en cuanto a que haya una participación activa de la mujer en su parto porque es su propio parto ya no es el equipo de salud el protagonista...” (Prestadoras. Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso)

1.1.3. Nivel Operativo.

Con la llegada del programa los prestadores(as) han debido incorporar una serie de prácticas, procedimientos y coordinaciones internas y externas. La incorporación de éstas varía en cada centro, ello se observa que en algunos desde antes se estaban realizando prácticas similares, y en otros parecía inconcebible realizar prestaciones como las del programa.

En relación con los nuevos procedimientos, se ha reconocido como enriquecedor del trabajo y que ha contribuido con la calidad de la atención, el proceso de evaluación de cada caso que se realiza al momento de ingreso de la embarazada al programa. Esta intervención favorece una evaluación integral, que posibilita visualizar la situación completa de la usuaria. Es así que aparece altamente valorado el cómo este proceso permite realizar las derivaciones de manera oportuna.

“(En relación a las pautas)...y lo que se pretende con esto es pesquisar si existe en este niño que está en gestación algún riesgo para su desarrollo futuro y así pesquisar a tiempo y poder intervenir a tiempo para desarrollar en este niño y en su familia, su entorno el mayor potencial para su buen crecimiento”. (Prestador. Hospital de Coínco, Coínco, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

“...de los beneficios están hacerle una serie de pautas que uno les realiza , pautas de apego, pautas de riesgo desarrollo psicomotor, pauta de observación de depresión post parto, talleres en los mayores de un año, entre otras cosas y dentro de la población Chile Crece se supone que con la fichas sociales que se les realiza a la totalidad de las personas , dependiendo del puntaje que arroje la escala el menor, el cuarenta por ciento de las personas con menor puntaje ya pasa a ser un grupo especial” (Prestadora, Consultorio Alemania de Calama, Calama, Región de Antofagasta)

En relación a las prácticas, debido a lo novedosas que eran dentro del contexto normal del centro de salud, inicialmente las más reconocidas por los prestadores(as) fueron los talleres educativos para la embarazada- las visitas guiada al hospital donde se llevara a cabo el parto-, el parto acompañado y el apego. Las prácticas relacionadas con el apego y el parto acompañado, en tanto, fueron reconocidas fácilmente por los prestadores(as) como nuevas del programa porque se acompañaban de la necesidad de algunos cambios en la infraestructura física.

Las visitas domiciliarias, propias de esta nueva mirada psicosocial aparecen como un recurso muy nombrado entre las prestadoras. La incorporación de prácticas nuevas en el centro, llevó también a que en algunos centros se eliminaran algunas de las prácticas que antes se realizaban, o a que se disminuyera la incidencia de ellas. En relación a esto, se observa la disminución de algunas prácticas relacionadas con la intervención médica (disminución de partos por cesárea, menos administración de medicamentos si no son requeridos, etc.), en contraposición al aumento progresivo de las intervenciones psicosociales (atención psicológica a embarazadas nerviosas, derivación a la municipalidad para obtención de beneficios sociales, de vivienda o educacionales, entre otras).

En relación a procedimientos, como el momento en el cual se debe realizar el ingreso de las madres y los niños al programa, existe bastante claridad desde los inicios de la implementación del programa, sin embargo no la hay en términos de cual es la edad de egreso de los niños, y donde puede también el niño recibir prestaciones fuera del centro.

“Yo lo que sé es que es una preocupación que viene de la madre y del hijo desde el momento de la concepción hasta no sé qué edad, del niño del bebé, y que se preocupan en varios aspectos pero más allá de eso no sé bien la definición Del Chile Crece Contigo.” (Prestadoras. Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso)

“(En relación a las madres que ingresan al programa)... apoyándolas durante el embarazo, apoyándolas durante el trabajo de parto y el parto, y posteriormente haciendo un seguimiento de esos niños hasta que tiene no sé si será idealmente creo que es hasta los diez años pero creo que ahora es hasta los seis no sé si este si después posteriormente serán hasta más tiempo...” (Prestadora, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

En relación con las coordinaciones internas, un primer cambio se observa en que el asumir un enfoque más integral a partir de la llegada del programa, se ha traducido en que han tenido que pasar de su forma habitual de trabajo, a un trabajo que destaca por funcionar como equipos interdisciplinarios. Los principales conflictos de este cambio se han manifestado en la dificultad de integrar como equipo las distintas miradas que cada funcionario desde su disciplina tiene, lo cual he tenido su concomitante en el clima dentro del equipo de prestadores(as), y la entrega oportuna y de calidad de las prestaciones.

En relación con las coordinaciones externas (con la red local) ha habido múltiples dificultades más evidente para los prestadores(as) de hospitales es la atención primaria en salud y la municipalidad. Sin embargo la apreciación general es que la red local no funciona de la manera esperada y se manifiesta un desconocimiento en relación al funcionamiento de los otros centros de salud con los cuales se coordinan.

“Lo que abarca el Chile Crece también lo que quiere es que se trabaje en red, no como programa. Como programa esta la trabajadora social, se trabajo en red con la municipalidad, por ejemplo con CONACE, con otras instituciones” (Prestadora. Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“...nosotras acá en nuestro flujograma social tenemos a nuestra asistente social que en el fondo hace el filtro y ella deriva. Si esta con depresión la deriva al programa de depresión, si es VIF la deriva al programa VIF, si tiene problemas con la parte social se la deriva a la entidad que corresponde o al municipio al OMIL...” (Prestador, Centro de Salud Familiar Lo Franco, Quinta Normal, Región Metropolitana)

1.2. ADHESIÓN.

Esta dimensión refiere a los niveles de adhesión manifestados por los prestadores(as) del PADB respecto de éste y del CHCC, expresado en la importancia asignada a ellos, así como el nivel de compromiso, enmarcado en la etapa de implementación. A partir de la información recabada ha sido posible distinguir dos ámbitos de análisis: Valoración y Compromiso hacia el PADB.

Cabe señalar a modo introductorio, que la mirada (enfoque) biopsicosocial en algunos centros ya estaba en vías de incorporación por lo que la adherencia de los prestadores(as) al programa fue fluida y espontánea. En estos centros, da la impresión de que era algo esperado y necesitado por algunos. Sin embargo, en otros centros la adhesión fue menor, debido a que el enfoque del programa no se logró integrar a la cultura organizacional del centro. Desde este punto de vista la confrontación o contraposición de ciertas directrices con los aspectos propios de los centros de salud, provocó una baja adherencia del programa debido a la falta de procesos organizacionales que aseguraran la integración del programa en la organización.

1.2.1. Valoración del PADB.

La importancia otorgada al CHCC y al PADB se fundamenta en la expectativa de contribuir a la formación de niños que se transformaran en adultos más sanos, y familias que serán más funcionales. Su compromiso está estrechamente relacionado con el sentido que les hace el

programa, del significado que le atribuyen a él, y del aporte que visualizan que éste hace al desarrollo de los niños, y sus familias.

“La idea es que la vida madre hijo esté en las mejores condiciones, lleguen aquí al hospital, y aquí nosotros tratar de la mejor condición dárseles también durante el trabajo de parto, que la paciente esté tranquila, el mismo hecho del apego hace también que el bebé, como decirte, pueda tener este momento de apego en que esté con su padre con su madre o con la persona significativa abuela tía si no está el padre presente, y pueda crearse este lazo que va a ayudar a una mejor salud psicosocial a los niños en adelante, es súper, nos hemos dado cuenta que los niños que tienen este apego y que se prolonga en el tiempo, hace que este lazo afectivo sea más profundo y va a ser que proteja a su hijo también, y eso va en la salud de su familia.”
(Prestadora. Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

Una de las expectativas de las prestadoras, es que a través del sistema y el programa se logre una disminución de la violencia intrafamiliar entre otros problemas sociales, y que, a partir de la atención oportuna se eviten las enfermedades médicas en niños pequeños. De este modo, una segunda valoración del programa se funda en la capacidad del programa de detectar riesgos prematuramente y de derivación a redes especializadas, y la labor de seguimiento interinstitucional que en algunos sectores se logra con éxito.

En relación con los resultados del programa y del sistema, los prestadores(as) afirman con seguridad que éstos se manifestarán a largo plazo, y que se traducirán en el desarrollo de individuos más seguros y con buenas bases en su etapa adulta. Desde este punto de vista se observan expectativas que relacionadas con la orientación de esfuerzos para generar lentamente un cambio positivo en la sociedad. Pero con la idea de superar las pobreza, y riesgos asociados a las problemáticas que trabajan en los centros de salud

“Eso es lo que yo creo y que son los objetivos principales del programa Chile Crece Contigo y proteger la primera infancia, porque está demostrado que esa es como la base para crear a la persona que vas ser en la etapa adulta” (Prestadora, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Rengo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“Lograr un niño mucho más sano, más estable, que tenga una mejor salud psicosocial, que se integre sin dificultad a la sociedad, y que se integre que esté apoyado y muy vinculado con su grupo familiar, que tenga redes de apoyo que no existan estos niños que viven como pajaritos sin apoyo de la familia, y eso va a llevar a niños mucho más sanos y psicológicamente mucho más firmes, más seguros, yo creo que si logramos eso ya logramos mucho, porque así va a ir cambiando la sociedad en el fondo, ellos van a hacer que en definitiva cambie la sociedad”.
(Prestadora. Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

Una tercera valoración del programa es su implementación en centros de salud ubicados en localidades con altos niveles de vulnerabilidad, pues se considera que la llegada del sistema y del programa, permitirá el acceso a prestaciones de mayor calidad que las anteriormente existentes para las personas de la zona. Esto es un cambio importante que el programa trae a lugares en los cuales antes no se concebía la posibilidad de otorgar prestaciones como las que el programa incluye. En este sentido se valora el impacto masivo del programa, es decir el que sea aplicado en todas las zonas del país.

“Yo creo que es súper importante que se haya implementado en toda la comuna y acá específicamente porque es una comuna de riesgo, una comuna de riesgo social. Generalmente estos programas medios lindos, de ver el nacimiento se realizaban en clínicas” “...la mujer que vivía en la población no tenía acceso” “...si estamos hablando de una comuna de riesgo donde un gran porcentaje está en riesgo, muchas mujeres drogadictas que haya una asistente social y una psicóloga acá que te ve todos los casos es súper importante”. (Prestadora. Hospital el Pino de San Bernardo, San Bernardo, Región Metropolitana).

“Entonces en ese sentido es bastante claro, es bastante bueno, porque te da un respaldo para la gente que se siente en minoría con el resto” (Prestadora. Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Existe especial adherencia y compromiso para con algunas prestaciones, que son más nombradas y destacadas por las prestadoras, entre ellas está el parto acompañado y los talleres a los cuales puede asistir la embarazada acompañada del padre o de algún familiar o persona cercana. Un aspecto central al que apunta el programa según las prestadoras, es la gestación y el apego como crucial para el desarrollo de los niños.

“Yo creo que lo más importante que valoran son los talleres, porque ni siquiera en la vida privada pueden encontrar este tipo de talleres con todo lo que ahí se mueve, y hay mamás que están súper contentas especialmente las primerizas” ” (Prestadora. Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Los prestadores(as) consideran también que el programa es importante pues contribuye a la resignificación del embarazo y la gestación. Así pues algunos prestadores(as) afirman que indirectamente se pueden prevenir embarazos no planificados, los embarazos precoces, pues se conoce más el proceso de gestación y lo que implica tener un hijo.

“Este programa tiene un impacto a largo plazo y otro a corto plazo, que es para nosotros como maternidad cambiar la concepción que tiene la comunidad de que lo que es un embarazo y lo que es un parto, cambiar el paradigma de esta sociedad y entender que esto no es una enfermedad, y traspasar los conocimientos de que es un acto fisiológico” (Prestadora. Hospital el Pino de San Bernardo, San Bernardo, Región Metropolitana).

Finalmente, existen altos niveles de adherencia por parte de quienes perciben que el programa apoya y reafirma procedimientos o ideologías muchas veces ya existentes en el equipo de trabajo del centro. Ellas refieren que el programa viene a reforzar, formalizar y ampliar el enfoque, y que el hecho de que hoy en día el programa haya implicado incorporar nuevas prestaciones concretas, ha agilizado y mejorado muchos procesos que antes se intentaban realizar con mucha dificultad.

“...aún no se sigue respetando los derechos de las embarazadas pero si hay un programa que te respalda y que te da una pauta para poder empezar a respetarlo”. “...Entonces yo creo que al existir un programa ministerial que de alguna u otra manera e obliga, tu tienes un fundamento para poder hacerlo, ya no queda al criterio de cada matrona, yo tengo atrás un sustento teórico que dice como hacer las cosas”. (Prestadora. Hospital el Pino de San Bernardo, San Bernardo, Región Metropolitana)

“Las cosas para nosotras no representan mucha novedad porque siempre nosotras hemos estado viendo a los niños en control salud, en los crecimientos y desarrollo en todos los ámbitos, también derivábamos a niños con riesgo, no ocupábamos también de hacerle vivistas integrales y tratábamos de intervenir como equipo cuando los niños tenían mayor riesgo psicosocial” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado, Macul, Región Metropolitana)

1.2.2. Compromiso.

Muchas veces las prestadoras realizan aportes material o económico a nivel personal. Esta iniciativa contribuye al programa, no busca retribución y denota cuan involucradas y comprometidas están. Este compromiso muchas veces fue un importante facilitador de la implementación del programa en distintos centros -sobretudo en los centros más marginados, y en los cuales la llegada de los recursos necesarios para la implementación se retrasó- pues gracias a él se buscó alternativas novedosas a partir de los pocos recursos para incorporar y realizar operativamente las funciones necesarias para poner en marcha el programa, y a la vez funcionó como motivador de otros miembros del equipo que no estaban tan familiarizados ni comprometidos con el programa.

Se observa también un alto compromiso en los(as) prestadores(as) que tienen acceso a información acerca del programa, ya sea porque llevan hace mas tiempo trabajando con el programa que sus compañeros, o porque han recibido mas información por parte de encargados regionales o porque ellos mismos han averiguado acerca de él. En este sentido es importante considerar como la inducción puede jugar un rol importante para el desarrollo del compromiso en los(as) prestadores(as). Asimismo, se produce la relación que entre menos información manejan menos capacidad tienen de transmitirla a otros actores.

“Si yo pidiera todo lo que yo requiero, obviamente no daría abasto, el hospital a mi, jamás me va a comprar una maquina fotográfica porque al final uno la termina usando y pasa en todas partes yo creo tienes que usar las cosas tuyas. Mi cámara fotográfica para los videos de los partos es mía, las pilas son mías, me robaron las pilas o sea pasan ciertas cosas que no son de repente. Cuando usaba computador Notebook traía mi notebook ya, hasta que me compraron computador, pero igual tu tienes que poner de tu parte, uno tiene que estar comprometido, depende del trabajador...” (Prestadora. Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

1.3. COORDINACIÓN RED LOCAL.

Esta dimensión refiere a la opinión de los prestadores(as) respecto de la coordinación del PADB con la red local en su etapa de implementación. En este sentido, una primera constatación es que la coordinación con la red parece escasa e insatisfactoria para los prestadores(as). La principal coordinación es la que se lleva a cabo con el Sistema de Salud, y en segunda instancia con la Municipalidad (Protección Social, Dirección de Desarrollo Comunitario), a través de las asistentes sociales principalmente.

“Yo creo que deben haber, pero la asistente social es la que más maneja esa parte de las instituciones, ya, pero por ejemplo nosotros no sé si estarán en contacto en realidad pero nosotros trabajamos con la municipalidad, con la parte de la violencia intrafamiliar” (Prestadora, Consultorio Rodelillo, Valparaíso, Región de Valparaíso)

Como factores obstaculizadores de la coordinación con la red local, se identifican problemas en la red misma: poca respuesta y retroalimentación de la red a sus acercamientos; y, problemas de coordinación interna y de desinformación de los equipos: integración de personas nuevas a un equipo ya existente en el centro que requieren de tiempo e información para insertarse en el centro, cambios de personal durante el proceso de implementación del programa, entre otros.

“(Entrevistador)¿Y es fluida esa conversación? (Prestador) A ver, lo que te explicaba yo hace un rato, nosotros podemos enviar un montón de información, pero no hay retroalimentación, entonces no sabemos si se reciben no se reciben, si se leyeron no se leyeron, no de todos los consultorios, no puedo generalizar, porque si hay consultorios que mandan o devuelven o se aceptó o esto y lo otro lo leyeron o dan su opinión nos dan su comentario, o hagamos esto o esto otro, pero si hay consultorios que lo hacen, pero no todos” (Prestadora Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Región de Valparaíso)

“Cada uno trata de hacer lo que mejor le parece del Chile Crece, pero no el trabajar en conjunto, por sobre todo con lo que es las entidades externas. A lo mejor internamente acá con los consultorios podemos trabajar súper bien, pero ya cuando significa salir hacia fuera o al mismo

tiempo la red entrar, digamos, cuesta mucho trabajar eso” (Prestadora, Consultorio Central de Calama, Calama, Región de Antofagasta)

Los prestadores(as) manejan poca información acerca de otras redes que no sean otros centros de salud y la municipalidad. La coordinación con otras instituciones no está visualizada por los prestadores(as), y no se dispone de mucha información acerca de estas instituciones como organizaciones participantes del programa. Son muy pocos los centros que poseen una coordinación fluida a nivel operativo. En algunos casos la información está a nivel de conocimiento, pero no operativo.

“... no había una red conformada, incluso acá no había una buena relación, ¡cero! Y así sobre la marcha, tuvimos que ir trabajando, asumiendo responsabilidades que de repente no me correspondía ” (Prestadora, Consultorio Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso)

“(Entrevistador) ¿Qué actividades de este programa desarrollan juntos con otros actores o programas? (Prestador) Podría ser con la escuela de lenguaje donde derivamos a los niños con problemas de lenguaje y los jardines de la JUNJI y de INTEGRA. (Entrevistador) ¿Y otros actores que no sean de educación? (Prestador) No, no”.(Prestadora, Consultorio la Pincoya, Huechuraba, Región Metropolitana)

“(Entrevistador) ¿Quiénes participan de esta red, de Chile Crece Contigo? (Prestador) ¿Aparte del consultorio? Por lo que leí, por lo que leí, bueno municipalidades, Mineduc, .Minsal, Junji, y la fundación de la discapacidad ,no me acuerdo de la sigla en este momento” (Prestador, Centro de Salud Familiar Los Castaños, La Florida, Región Metropolitana)

En relación al proceso de integración de los centros de salud a la red local perteneciente al programa se describe como un proceso lento, por el bajo conocimiento por parte del equipo de acerca del sistema y del programa, y la poca comunicación y difusión interna dentro de los equipos acerca de el. En este sentido se observa que en un mismo equipo conviven prestadores(as) muy desinformados y otros muy informados, estos últimos, por lo general, son quienes llevan los procesos de coordinación con la red. Parece usual también que el personal se encuentre con sobrecarga de trabajo, y que esto dificulte su participación en las actividades de coordinación, sobretodo si estas no están formalizadas.

“(Entrevistador) ¿Cómo definiría el proceso de integración al centro de salud? (Prestador) El proceso de integración fue bastante lento, con mucha falta de información, hizo falta una reunión por decirlo así local” “...eso no existió, por lo menos a nivel local no existió...” (Prestadora Hospital de Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana)

“De apoco fue a marcha lenta, a marcha blanca, tampoco puedes convencer a todo el mundo de a uno...” “... como que falta que venga alguien un poquito mas de arriba a explicar como de que

se trata”. (Prestadora, Hospital de Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“A ver generalmente partimos cada una haciendo lo que podía y preguntándonos unas a las otras. Y de ahí llamamos al servicio de salud Valparaíso- San Antonio para que nos diera una orientación, que no fue mucha...” (Prestadora, Consultorio El Quisco, El Quisco, Región de Valparaíso).

“Los asuntos del Chile Crece lo lleva la asistente social. Ella ve como todo muy complicado porque igual tenemos trabajo aparte y con el tiempo extra que nos queda, muy poco, en el Chile Crece. Es muy poco, es muy poco tiempo para todo lo que tiene que abarcar esto. La reunión que nos juntamos, fue básicamente para ver las pautas, para ingresarlas al computador para que le llenaran la credencial y eso.” (Prestador, Consultorio María Elena, María Elena, Región de Antofagasta)

En algunos centros la implementación tuvo un inicio positivo, con encuentros de coordinación interinstitucionales frecuentes y productivos que arrojaron resultados positivos en términos prácticos, pero que fue decreciendo progresivamente hasta quedar en un nivel insatisfactorio. En otros centros no se conocía la red local, por lo cual se recurrió a la coordinación regional del sistema como estrategia para establecer vinculaciones. Esto salvaguardó en momentos críticos para la resolución de problemas concretos, y contribuyó medianamente a la organización y establecimiento de canales formales de comunicación entre las redes, sin embargo a largo plazo no perduró esta coordinación para con la red local.

“Cuando empezó el programa teníamos reuniones constantes con la neonatología, que en un principio estaba participando, con pediatría que sigue participando, las matronas de turno y los diferentes servicios de la maternidad, eso a nivel hospitalario, ahí veíamos los avances, el protocolo de atención. Generalmente la jefa de turno iba viendo que se realizaran los cambios, luego había reuniones a nivel de área donde se contaba lo que estaba pasando a nivel del servicio salud metropolitano”. (Prestadora, Hospital el Pino, San Bernardo, Región Metropolitana)

“Bueno esa Red estaba funcionando con reuniones mensuales, eeh en donde participaban todas las fuerzas vivas de la comunidad, en cuanto a salud y educación. La Junaeb, Carabineros, Bomberos, teníamos una serie de personas de la comunidad que están integradas a esta red...” (Prestadora, Consultorio Chépica, Chépica, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

En un comienzo fue la detección de riesgos y la necesidad de derivación, el principal impulsor de la relaciones con la red, pues a parir de él se realizaron las derivaciones, y el seguimiento de los caso.

Y la coordinación insuficiente muchas veces fue el principal obstáculo de que éstas (derivaciones y seguimiento) se llevaran a cabo.

Es dentro de este contexto que la red cobra su mayor importancia para los prestadores(as), para quienes es muy decisiva en el logro a largo plazo del trabajo que realizan día a día en el marco del programa. El prestador comprende que el juega un rol importante y que el es tan solo una parte dentro de una red institucional que debe otorgar prestaciones a las usuarias desde sus funciones. Y dado que conoce la importancia de su intervención, resiente de las consecuencias negativas de estas malas coordinaciones.

“(Hablando sobre las principales funciones del programa) ...y el hecho también de tratar de pesquisar o de pesquisar o de derivar e insistir por la condición para que no se, cualquier problema, las personas puedan llevar los, los niños a terapia y realizar las visitas domiciliarias a las mamás que corresponden, a las mamás que les detectaron depresión, buscar el apoyo social a las personas de escasos recursos, hacer la derivaciones oportunas, eso” (Prestador, Consultorio Chañaral Alto, Montepatria, Región de Coquimbo).

“La Mesa vino a salir yo creo que bastante después, si estamos hablando de agosto del 2007 que es cuando supuestamente fue que ya nosotros empezamos por ahí en enero del 2008 así como ya, esto eso es, antes oye tu sabes de qué se trata, yo reo que coordinaciones entre, entre los colegas no más de los diferentes consultorios, por que éramos los que teníamos que echar andar el Programa” (Prestador, Consultorio Chañaral Alto, Montepatria, Región de Coquimbo).

En sectores rurales y más marginados, se observa escasez de redes y de recursos que podrían facilitar las vías de comunicación con la red. Esto dificulta aun más que la atención otorgada en aquellos centros reciba el seguimiento adecuado. La distancia acompañada de falta de recursos materiales causa el incumplimiento de la realización de sus funciones. Sin embargo en los centro en los cuales las condiciones físicas son mas adversas se observa que surge un mayor compromiso por parte de los prestadores(as).

“Por ejemplo, acá no hay psicólogo. Yo no puedo derivar a alguien a un psicólogo, a una paciente que yo vea que esta mal psicológicamente, no puedo mandarla porque no hay psicólogo. No hay nutricionista acá”. (Prestador Consultorio Maria Elena, María Elena, Región de Antofagasta).

En los centros en los que las redes han sido un poco más sólidas, se asocian factores como la existencia de coordinaciones previas a la implementación del programa, o a la dedicación especial de un prestador o funcionario del centro que se ocupe. Para el primer caso, se observa que el programa vino a organizar, formalizar e intensificar coordinaciones previas.

“Nosotros trabajábamos de antes con los consultorios, tal como te explicaba yo habíamos hecho unos trabajos intentando hacer educación en conjunto, ya, nos habíamos contactado especialmente con el consultorio Cordillera que es dependiente del hospital del ministerio y con el consultorio Centenario que depende de la Municipalidad, con ellos dos consultorios estábamos trabajando en red...” (Prestadora, Hospital San Juan De Dios De Los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

“Acá hay una parvularia que ayuda bastante, entonces esos talleres están, pero existían de antes que se formara el Chile Crece. Igual hubo una reunión para abordar el Chile Crece Contigo donde recordamos que la parvularia va a venir haciendo los talleres y esas cosas, por que ella se va a incluir en algunos...” (Prestador, Consultorio Poetisa Gabriela Mistral, San Ramón, Región Metropolitana)

La resistencia interna de algunos prestadores(as) o funcionarios del centro también ha ocasionado dificultades en las coordinaciones externas, obstruyéndolas temporalmente, o retrasándolas. Hay centros en los cuales la implementación del programa se ha visto obstaculizada por la ideología o cultura propia de la organización y sus miembros. En este sentido con la llegada del programa al centro no se ha visualizado los cambios que implica su implementación, y por lo tanto tampoco se ha considerado la necesidad de vincularse y coordinarse de manera activa con las redes, sobretudo si nunca han tenido contacto con ellas. La coordinación con redes que trabajan con otros ámbitos diferentes a la salud física de las personas tampoco es vista como algo necesario desde una mirada biomédica, por lo tanto estas malas o ausentes coordinaciones podrían ser consecuencia de la permanencia de un enfoque opuesto al que el sistema y programa propone.

“...llegó un momento en que yo colapsé y dije: yo soy contratada, yo soy una parte de este sistema, yo soy la que mueve las cosas, cada uno debe saber cuál es su función dentro de esto, sino no funcionamos, se hizo una reunión y se habló, pero igual hubo una resistencia, pero como que la gente lo toma como más trabajo, como ya tienen tantos programas encima, que más... más... y que nos vengan a decir que esto y lo otro y así poh. Estuvimos viendo las horas y nos dimos cuenta que no nos alcanzaba...” (Prestadora, Consultorio Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso)

*“¿Cómo definirías tú la etapa de implementación del programa?
Fue duro. Porque me chocaba mucho la visión que tenían otras colegas sobre el programa, de que para qué, por qué, cómo lo vamos a hacer, están locos. Eso no me gusto, y lo que paso con los otros profesionales al principio, así como: yo te voy a hacer el favor de darte una hora. Y a uno no le están haciendo ningún favor si lo tiene que hacer no más. Viene programado así...” (Prestador, Consultorio Catemu, Catemu, Región de Valparaíso).*

2. EJE FUNCIONAMIENTO.

El eje de funcionamiento refiere al proceso de trabajo que desarrolla el PADB en el contexto local, lo que involucra las actividades, resultados de procesos, gestiones, etc. A partir de esta definición se han establecido cinco dimensiones de análisis: Conocimiento, Adhesión, Brechas de Aspectos Críticos, Evolución, Coordinación con la Red Local.

2.1. CONOCIMIENTO.

Esta dimensión refiere al nivel de conocimiento que los prestadores(as) manifiestan respecto a la etapa de funcionamiento del PADB. En este sentido, un primer elemento que se destaca a partir de la información recabada dice relación con que en muchos centros se mantiene la confusión inicial en la concepción del Sistema Chile Crece Contigo y el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Si bien esto no implica necesariamente consecuencias prácticas en el funcionamiento operativo del PADB si dificulta la delimitación de la percepción de los prestadores(as) respecto del programa.

“Yo lo asocio a un programa nuevo, que se está haciendo para, para la protección de la primera infancia. ¿Ya? Así lo veo yo, veo, veo que aquí se están formando redes con la comunidad y entre todos los estamentos digamos y más la comunidad”. (Prestador, Hospital de San Vicente de Tagua Tagua, San Vicente, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

En el marco del funcionamiento del PADB se ha constatado que los prestadores(as) han desarrollado un proceso natural de apropiación de los contenidos del CHCC y los han llevado a sus prácticas cotidianas. De ello se desprenden una serie de dinámicas que marcan en cierta medida la vinculación de los profesionales a su quehacer. Estas son: Reconocimiento de un proceso de cambios, (re)descubrimiento de las potencialidades y beneficios del CHCC y del PADB, e incorporación del discurso a la cultura organizacional de los centros de salud.

2.1.1. Reconocimiento de procesos de cambios.

A partir de los relatos de los entrevistadores ha sido posible evidenciar el reconocimiento de un proceso de cambios en cuanto a la forma de realizar las prestaciones con las mujeres embarazadas y con el tema de la maternidad en general, independiente del nivel de cambios en los tipos de prestaciones que se realizan.

En este sentido, un primer elemento que se destaca es la incorporación en las prácticas de un nuevo enfoque de trabajo, caracterizado por el trabajo en equipo, la orientación a las usuarias, la mayor incorporación de la familia, y una integralidad en la forma de mirar y abordar la situación de las madres embarazadas.

“Ahora hay acciones específicas que tal vez se pueden diferenciar como es justamente la parte social, el trabajo con la comuna, con el departamento municipal, el equipo de asistencia social, el medico, matrona, psicólogo, cierto, pero, el objetivo neto del programa Chile Crece es proteger, favorecer al niño. (Prestador, Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“(...) en definitiva tiene que ver con poder preparar a toda la familia y que todos sean partícipes del nacimiento que se está produciendo y poder, eh, que todas las personas que están alrededor de la embarazada y del bebé, eh, se comprometan en ese momento de gestación que se está produciendo...eh, además ver cuáles son los factores de riesgo que representan en este periodo en que hay que tener mayor preocupación, mayor compromiso de parte de todos”. (Prestador, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos, San Antonio, Región de Valparaíso).

“Nuestro plan de trabajo principal fue modificar la atención del parto y del pre parto. Se crearon protocolos de atención para modificar esta atención. Actualmente los cambios más significativos que ha tenido esta maternidad, primero son las visitas guiadas, segundo los cambios de estructura física, la maternidad se modificó, antiguamente tenía una sala de parto con una cama al lado de la otra y esto impedía que pudiese enterar el acompañante por un tema de privacidad” (...) “el acompañamiento integral es otro de los cambios más significativos de la maternidad, el apego precoz y la lactancia materna”. (Prestador, Hospital del Pino, San Bernardo, Región Metropolitana)

Estos cambios – que reportan una valoración positiva- han permitido que los prestadores(as) puedan reconocer e identificar el detalle operativo del PADB. Esto es, a pesar de que en muchos casos no haya claridad respecto al funcionamiento institucional del CHCC y el rol del programa dentro de éste, igualmente se ha logrado desarrollar un conocimiento de las prestaciones a desarrollar, las características que tienen estas prestaciones, los requerimientos a nivel de los equipos y coordinaciones locales, y fundamentalmente los objetivos y resultados que se buscan, cuya cualificación es altamente internalizada por los profesionales, en cuanto a qué se espera exactamente lograr con las madres, sus familias y los niños y niñas. Cabe señalar que gran parte de este conocimiento se ha obtenido a partir del hacer, según manifiestan muchos prestadores(as).

“Paulatino si, de a poquito, empezó así más o menos, conociendo así como era, que ofrecía, hasta que después llegara ahora que, que nos hemos afiatado como, como equipo, que trabajamos bien, coordinados con la red, o sea fue de a poquito, (...) algo que no se conocía

tampoco podíamos hacerlo perfecto del principio”. (Prestador, Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“en los talleres que se realizan en la maternidad también están integrando mucho a las parejas, las parejas pueden entrar en los partos, para poder lograr un mejor apego, un mejor vínculo y apego un poco de la familia... emmm... actualmente se están entregando apoyo visual que pueden compartir con la familia, conocer como es la etapa del desarrollo por ejemplo... emmm... de esa forma y además con las visitas estamos tratando un poco que el asunto... (pausa) vaya para... (pausa) en buena dirección” (Prestador, Consultorio Rodellillo, Valparaíso, Región de Valparaíso)

2.1.2. (Re)Descubrimiento de las potencialidades y beneficios del CHCC y del PADB.

Ligado al punto anterior, el proceso de reconocimiento de cambios en la forma de abordar el trabajo también lleva asociado un descubrimiento o redescubrimiento en muchos casos, de las potencialidades y beneficios que ofrece el PADB a partir de sus prestaciones y enfoques.

“Bueno hemos descubierto que a través del programa hemos podido acceder a cosas que antes no podíamos, por ejemplo las embarazadas, tenemos más comunicación con las municipalidades, nos llegan algunos recursos donde podemos apoyar la parte de financiamiento, específicamente algunos exámenes como ecografías, cuando detectamos algún problema socioeconómico, cuando derivamos también para que lo vea asistencia municipal, en caso de cesantía, en caso que no tengan la parte de vivienda y también el financiamiento de otros exámenes”. (Prestador, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

Como se observa en la cita, hay un reconocimiento de los beneficios del PADB orientado principalmente a la forma de trabajo. Es decir, este ordenamiento de las prestaciones permite generar mejores formas de trabajo, ya sea fortaleciendo lo que ya se hacía o incorporando nuevas prácticas. Asociado a ello se destaca la capacidad de abordar integral y longitudinalmente el proceso del embarazo, el parto y los primeros años de vida.

Ese consiste en un acompañamiento también multisectorial y una intercoordinación entre los sectores, desde la concepción del hijo, que idealmente lo que se pretende que parta desde la programación de un hijo que no sea lo que está pasando hasta ahora, que bueno llegó no más donde comen dos comen tres, la idea es que la familia programen sus hijos y los programen en lo mejor posible, más allá de la pobreza, o sea, si tu eres diabética, controlarte y embarazarte cuando estés en la mejor condición de salud, y ahí nos embarazamos, si estás postulando, o sea si no tienes buenas condiciones de vivienda a lo mejor antes de embarazarte empezar a tramitar tu media agua, empezar a tramitar tu alcantarillado, y así empezar a tramitar una pensión, o conectarte con el sistema puente, a eso se refiere, no empezar con los hechos

consumados, no empezar a correr cuando nace la guagua con la media agua porque se llueve la chocita que tienen, a eso apunta, y por otro lado, apunta también, eso es en el bienestar físico, los agentes de salud empecemos a explicarle los distintos tipos de estimulación que vienen desde el embarazo, porque está súper probado que en la medida que tú estimulas un bebé desde la guagüita es un bebé que se siente más querido, más inteligente, y por lo mismo es un bebé que se va a insertar mejor en la sociedad con menos riesgo de delincuencia de desadaptación. (Prestador, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso)

2.1.3. Incorporación del discurso a la cultura organizacional.

La implementación de las prestaciones del PADB ha sido un proceso que varía según cada centro de salud, mientras en algunos se relata un proceso rápido caracterizado por contar con elementos similares antes de la llegada del CHCC, en otros se evidencia una suerte de tensión ya sea por no reconocer ningún elemento nuevo o bien por una resistencia al cambio anclada en la cultura organizacional.

“Bueno, ese también es un cambio de nombre, porque todas nuestras pacientes que tengan algún problema psicosocial son derivadas o a la asistente social, o a la psicóloga o al médico que corresponda. Esto se ha hecho siempre, pero ahora lleva un apellido. No hay ninguna novedad en esto. Le cambiaron el nombre al plan”. (Prestador, Consultorio Antonio Rendic, Antofagasta, Región de Antofagasta)

Independientemente de la forma en que se encuentre instalado el PADB, un elemento común en la mayoría de los centros de salud es la incorporación del discurso a la cultura organizacional, no tanto del programa en particular como del CHCC. Esto es, a pesar de las dificultades o facilitadores existentes, el discurso de protección a la primera infancia, trabajo multidisciplinario, enfoque biopsicosocial, entre otros elementos, se encuentra incorporado en el discurso colectivo no solo de los equipos del PADB sino que de las redes de salud y demás profesionales de los centros.

“Súper importante, te he hablado harto de la resistencia que había al principio. Yo creo que ya todos tenemos incorporado el Chile crece contigo, es súper normal ver un recién nacido, es súper normal ir a un taller, para el que le toque ir al taller, o sea, yo creo que ya todos los profesionales, todo el centro en sí ya lo tiene incorporado después de que como costara por que al principio era como que el Chile Crece Contigo es una cosa y el resto del consultorio es otra, entonces algunos trabajan para el Chile Crece Contigo nomás, entonces ahora no, ahora se ha ido entendiendo que es un todo y que no trabaja sólo, no sólo las matronas por qué eso era un tema por qué como el Chile Crece Contigo partía con las embarazadas entonces como que era de la matrona”. (Prestador, Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, El Bosque, Región Metropolitana)

“Yo diría, desde el punto de vista de nosotras enfermeras, las cosas para nosotras no representan mucha novedad porque siempre nosotras hemos estado viendo a los niños en control salud, en los crecimientos y desarrollo en todos los ámbitos, también derivábamos a niños con riesgo, no ocupábamos también de hacerle vivistas integrales y tratábamos de intervenir como equipo cuando los niños tenían mayor riesgo psicosocial, ahora si lo nuevo que se integraron son los talleres, y bueno ya el hecho que se empezó a nivel de comunicacional, o en la televisión, acá con lo que significaba el programa y todo el mundo empezó hablar del programa Chile Crece Contigo, Chile Crece Contigo, Chile Crece Contigo, entonces como que de esa manera se fue integrando a todo el equipo”. (Prestador, Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado, Macul, Región Metropolitana).

2.2. ADHESIÓN.

Esta dimensión refiere a los niveles de adhesión manifestados por los prestadores(as) del PADB respecto de éste y del CHCC, expresado en la importancia asignada a ellos, así como el nivel de compromiso, enmarcado en la etapa de funcionamiento. La adhesión se observa en dos niveles: motivacional y operacional.

2.2.1. Adhesión a nivel de Motivacional.

Una de las principales fuentes de adhesión al PADB y al CHCC surge desde las motivaciones o gratificaciones que emergen desde las prácticas que conlleva el funcionamiento del programa. Cabe señalar que en gran medida se encuentran relacionadas con la adhesión a los principios, fundamentos y enfoques que se plantean, y que ya han sido desarrollados. Sin embargo, al mirar estas valoraciones en el proceso de funcionamiento se observa un refuerzo positivo de ellas que se concretiza en los resultados que los prestadores(as) observan concretamente tanto en sus usuarias como en el modo de trabajar.

Un primer elemento que se destaca son los logros en el mejoramiento de la atención. Frente a ello destacan el aumento de los tiempos de atención en los controles de las madres, las prestaciones ligadas a generar apego, la participación de familiares y el seguimiento que se hace a los niños y niñas luego de su nacimiento.

“Los logros, hemos podido hacer el apego, que antes no se hacía, por más de treinta minutos, hemos logrado estimular la lactancia exclusiva por lo menos al primer mes, y quizás, bueno, no se puede evaluar muy bien pero ha habido un mayor apoyo de la familia de la gestante y al recién nacido, eso hemos podido pesquisar que hay un mayor apoyo familiar y de la pareja, por lo menos acá se han integrado los padres a hacer no ya esa persona que esperaba en la salita

de espera, sino que ellos están actuando de forma más activa, se están integrando y están ayudando a la mamá en el trabajo de parto, se meten en toda la dinámica del parto, ayudan sufren lloran igual que ella, eso hemos logrado no esa persona fría de ah ya, cuánto pesó, nada, ellos están metidos en esto, y nosotros lo vemos en la sala de puerperio después cuando vienen a la hora de la visita ellos llevan su guagua a mudar, ellas se quedan acostaditas, ya no se levanta apenas la señora con la guagüita para cambiarla apenas, y ellos mudan, si tu les dices quiere aprender a mudar, ya y ellos se lavan las manos y ellos mudan, uno les va enseñando, y ellos aprenden a limpiarle el ombligo a la guagua, se ha integrado mucho más y eso te indica que ese hombre ya no va a llegar a la casa y va a dejar sola a la señora, va a estar metido ahí porque está como, y le hace ñuñui a la guagüita y están ahí, se nota ese cambio, en que a ellos no les da vergüenza demostrar, y aquí te lloran igual cuando les nace la guagua y no les da vergüenza que uno los vea llorar, no como antes, entonces ese cambio hemos podido notar con este programa". (Prestadora, Hospital San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

Nos ha permitido trabajar con un enfoque familiar, nos ha permitido salirnos de esa postura de que la usuarias están embarazadas y forma parte de un proceso familiar en el cual estamos todos involucrados para prestar nuestros servicios para poder tener una mirada mas notable con los pacientes ha permitido tener una relación mas estrecha, en esto de las reuniones de cabeceras no ha permitido tener una mirada mas objetiva del trabajo que estamos haciendo. (Prestador, Consultorio Huertos Familiares, Til Til, Región Metropolitana).

Asociado a lo anterior, se destaca en segundo lugar el poder poner en práctica la integración de una mirada biopsicosocial que permita dar una atención integral efectiva. Ello en algunos casos se contrasta con prácticas anteriores relevando el beneficio actual generando gratificación y motivación en los profesionales.

"La importancia, para mí, es ver en forma integral a la paciente, el seguimiento es importantísimo, que la paciente sea educada y se vayan pesquizando todos los problemas biopsicosociales que pudieran existir y se traten de solucionar, o por lo menos se den las directrices para solucionar estos problemas". (Prestadora, Hospital San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

"Nosotros veíamos a la mujer y otro profesional veía la guagua, ahora nosotros eh se unificó ese control y lo hacemos nosotros, a los 7 días mamás y guaguas, eh ha sido muy gratificante en lo personal porque uno ve lo que controló hace mucho tiempo, lo ve ahí lo toca, eh comprueba muchas cosas que, que, que teóricamente había.. estaban, existían pero que tú no lo habías comprobado muchas veces, ha sido una experiencia muy bonita". (Prestador, Consultorio El Paqui, Monte Patria, Región de Coquimbo)

Un tercer elemento que genera adhesión es la visión de un proceso de mejoramiento continuo. Esto es, muchos(as) prestadores(as) señalan que la implementación del PADB fue compleja y adversa

por la falta de recursos y conocimiento entre otras cosas, sin embargo en el proceso han logrado desarrollar gran parte de las prestaciones, incluir otras actividades e incluso suplir la falta de recursos, logrando como resultado beneficios en las usuarias asistentes. Ello ha generado que la adhesión y la orientación al propósito del PADB y del CHCC se mantengan y fortalezcan, aún cuando se generan desgastes en los equipos.

“La principal que era la voluntad del equipo de salud para así funcionara el Programa, porque en la medida que hemos ido desarrollando eh, también hemos ido tratando de incorporar otras cosas, nosotros partimos como un Programa más, y trabajo más, y una carga más, eso fue, hay que empezar esto bueno ya y es como resignado una pega más, pero en la medida que nos hemos ido dando cuenta de que el Programa en sí es beneficioso, que si es bien llevado con las características que describe eh va a ser fructífero para la población, uno también ha ido poniendo más cariño a lo mejor, más empeño y tratando de hacer las cosas, y yo diría que de principio teníamos el puro equipo humano no más po, y ahora tenemos, seguimos teniendo el mismo equipo humano, pero hemos ido tratando de conseguirmos recursos o ido acondicionando otros lugares que no están dentro del mismo centro como para poder funcionar” (Prestador, Consultorio Chañaral Alto, Montepatria, Región de Coquimbo)

En cuarto lugar se releva la convicción en lo que se está haciendo. Ello, a juicio de muchos(as) prestadores(as) ha implicado lograr equipos motivados y favorecer el logro de resultados. En coherencia con los puntos anteriores, el funcionamiento del PADB ha logrado capitalizar la adhesión inicial a los contenidos, aún cuando no se ha logrado transmitir con claridad lo que es el programa en el marco del CHCC desde una perspectiva macro.

“Eso si yo creo que lo fundamental de todo esto es que hemos tenido la convicción de que esto es un proceso que trae beneficios a nuestra población en todo orden de cosas, me seguir, la matrona ha tenido convicción de que esto es lo mejor, y claro yo la sigo y la apoyo en todo lo que sea necesario para poder apoyarla, entonces eso es súper importante por que no ha dejado de lado todas las cosas cachai?, todo lo que implica tener que hacer este trabajo para que la cosa funcione. Lo importante es que esta convicción que nosotros tenemos sea de todo poh, que todos estemos de acuerdo que esto es lo mejor para todos, si al final cachai que esto es un tema de educación no mas po, de prevención y en eso en lo que tenemos que poner ojo nosotros”. (Prestadora, Posta de Salud Rural San Pedro, San Pedro, Región Metropolitana)

2.2.2. Adhesión a nivel Operacional.

A nivel operacional la adhesión se observa fundamentalmente en la disposición al trabajo y el compromiso mostrado durante todo el tiempo de funcionamiento del programa en sus centros de salud.

Esta voluntad adquiere diversas manifestaciones. En primer lugar a través del trabajo cohesionado de un equipo en función del logro de los objetivos planteados por el programa velando por asegurar en el proceso los rasgos de integralidad y buen trato. En ello también destacan los casos en que este alineamiento va desde el encargado(a) comunal hasta los profesionales del equipo.

“Yo creo que la voluntad, la voluntad nuestra de trabajar como equipo, yo creo que eso yo siempre lo destaco con respecto al equipo en que nosotros trabajamos acá, de poder colaborar frente a las necesidades y a la prestación. Yo creo que en el facilitador también está el trabajo que desarrolla la encargada del programa a nivel comunal, de alguna manera tenemos la disponibilidad y el acceso y la oportunidad que ella nos da de poder, frente a un determinado problema, de poder solucionarlo; sobre todo en el tema del vehículo que yo te planteaba anteriormente, desde poder ir viendo determinados aspectos, entonces eso yo creo que también han sido facilitadores para nuestro trabajo”. (Prestadora, Centro Comunitario de Salud Familiar Modelo, San Ramón, Región Metropolitana).

En relación a este punto, también se observa que dentro de los centros de salud, o antes bien, de los programas que funcionan en estos espacios, no hay un componente fuerte de trabajo en equipo sino que por el contrario prima el individualismo y el trabajo parcelado por áreas de especialización.

“Yo siento que hay un, que compromete a mas de un solo profesional. O sea no es solo o el médico, o la matrona, acá hay que hacer un equipo, entonces eso, exacto, eso es lo que lo distingue en relación a otro. Los otros son mucho más individualistas en los otros programas en cambio acá incorpora todo”. (Prestadora, Consultorio Calera de Tango, Calera de Tango, Región Metropolitana).

Un segundo nivel de voluntad y compromiso que se observa a punta a la adhesión con aspectos más globales como los principios orientadores o incluso la idea de un deber ser en función de los objetivos del programa. Este rasgo es una fortaleza importante para impulsar el PADB.

“El entusiasmo de nosotros. El entusiasmo porque teníamos que entusiasmarnos, porque es un programa del gobierno y tiene que llevarse a cabo. Y nosotras somos muy responsables en lo que nos dice el gobierno, entonces tenía que ir sí o sí”. (Prestadora, Hospital El Peumo, El Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Su importancia, es que ya dejó de ser una tincada, o tratemos de hacerlo mejor por un tema de dar una buena atención no más sino que ahora al estar las bases sustentadas y transformarlos en una política ya es un deber tuyo hacerlo, por lo tanto se supone que llegamos a un nivel en que se nos está pagando pa tener buenos ciudadanos a futuro, claro, entonces ya no es una cosa como que no es que yo no tengo buen trato no me tinca pa qué le ponemos tanto color con la señora, no, es tu pega, eso lo encuentro una excelente idea porque le da la seriedad que corresponde, ya no pasa por la buena voluntad, en general. (Prestadora, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso).

Finalmente, se destaca el compromiso a nivel individual, resaltando el rol de los profesionales para el éxito del PADB tanto en su implementación como funcionamiento. Ello se observa en actitudes proactivas, que en algunos casos inclusive trascienden al rol y funciones propias de los profesionales.

“Facilitadores, pienso que las matronas, ellas están bien, bien comprometidas con el programa y ellas son las que primero empezaron con el programa, darlo a conocer, hacer las reuniones, para que nosotros nos fuéramos integrando al tema, ese fue un facilitador, el interés que ellas desde un principio mostraron frente al programa. Y obstaculizado, obstaculizador es el otro, en general”. (Prestadora, Centro de Salud Familiar, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

“Eso fue en agosto, ya era como seguro que era mi box, igual lo comparto, el lunes yo me voy a visita y atiende un médico en las tardes, y así. Y materiales tampoco teníamos materiales, por ejemplo, nos habían dicho que iban a llegar colchonetas y pelotas especiales, no, nada de eso llegó, para mi gusto muy poca implementación, a veces sacábamos de nuestro bolsillo para lograr que se hicieran las cosas, en los talleres con las embarazadas, también de nuestro propio bolsillo”. (Prestadora, Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, Valparaíso, Región de Valparaíso).

2.3. BRECHAS ASPECTOS CRÍTICOS.

Esta dimensión refiere a la diferencia observada entre la definición de aspectos críticos que ofrece el PADB y la percepción que los prestadores(as) de este programa tienen respecto a estos aspectos críticos. Estos han sido definidos y analizados a partir del levantamiento de aquellos aspectos que más relevan del PADB desde los (as) prestadores (as). En este sentido, se explicita la importancia de proteger la primera infancia con el fin de lograr un desarrollo normal en los niños, a través de una atención integral brindada por un equipo multidisciplinario, para impactar en el desarrollo social o el bienestar común. Asocian la protección a la infancia, como el sistema destinado a disminuir la delincuencia, la violencia o los conflictos en general. El uso de los adjetivos promueve la división de las valoraciones, entre las normalizadoras y las anómicas, o entre las conductas correctas y las que son proclives a la violencia y el maltrato. Así mismo, existe un aspecto relevante en la visión de las prestadoras, la asociación lingüística entre la vulnerabilidad social de las personas que atienden y la asociación con la delincuencia, en parte como una descripción limitada de la pobreza y la vulnerabilidad.

“La importancia de este Programa es proteger esta etapa, que es la primera infancia, para que a largo plazo podamos crear personas que puedan enfrentar ciertas situaciones, que haya menos agresividad, menos violencia, menos delincuencia. La idea es proteger esta primera instancia, que se ha demostrado que es una etapa crucial para poder crear un ser humano normal, que no tenga mayores conflictos, que pueda enfrentar la vida de una manera correcta.” (Prestadora,

Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Rengo, Región del Libertador Bernardo O'Higgins).

Otro aspecto que se destaca es la calidad de los recursos asociados a las prestaciones, principalmente los materiales, donde destacan el manual "Empezando a Crecer" puesto que se considera de muy fácil comprensión para la usuaria y su familia, bonito y motivador. La incorporación de material de apoyo es significado por los prestadores(as) como un complemento y aporte en la entrega de información y realización de los controles. Además, se considera esencial contar con "prácticas estandarizadas" que orientan sus labores desde el ingreso de la usuaria hasta el egreso, contemplando el tipo de información se le da, las atenciones que se llevan a cabo, etc.

"La llegada de material para el CHCC es fundamental. En particular hay unas guías que se entregan que son "empezando a crecer", que motiva mucho a la familia, a la usuaria y a la pareja porque es un material súper entendible, bonito, es de calidad. Yo creo que eso motiva a la persona porque entra por la vista y es entendido por la gente." (Prestadora, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Rengo, Región del Libertador Bernardo O'Higgins).

"Lo básico es apuntar las prácticas de atención, que ya lo tenemos claro. O sea, cómo tienes que atender -desde la recepción de las usuarias hasta el alta-, qué cosas uno tiene que decir y qué cosas no tiene que decir." (Prestadora, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso)

Desde una lógica operativa el funcionamiento del PADB para que cumpla lo descrito anteriormente debe garantizar aspectos críticos de éxito, que a juicio de los (as) prestadores (as) no se han desarrollado de manera efectiva en todos los centros, o bien, son aún metas del proceso de implementación. Estos aspectos se presentan a continuación:

2.3.1. Contar con recursos para el desarrollo de las prestaciones.

Un primer aspecto es contar con todos los recursos necesarios para desarrollar el PADB sobre todo en la fase de implementación de éste. Algunos (as) prestadores(as) señalan como una de las principales carencias en el funcionamiento el no contar con todos los insumos, como por ejemplo materiales, pesas y mudador para recién nacidos. En algunos centros también se señala que no han llegado los materiales de apoyo para realizar los talleres (documentación, DVD, entre otros.).

"Por ejemplo, en el Programa y dentro de las metas esta, una vez que el niño nace, hacer unos talleres que se llaman "Nadie es Perfecto" y todavía no llegan. Entonces nosotros lo aplicamos según nuestros conocimientos y como creemos que es. Se suponía que nos iban a llegar una cantidad de DVD para la sala de espera y nunca llegaron. No llegó ni el DVD, porque también nos iba a llegar el DVD y a esta comuna parece que se la pasaron por alto. Son cosas que iban

a llegar para difundir. También habían unos enlaces radiales para esta comuna y tampoco.” (Prestadoras, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

En términos específicos, y sobre todo en contextos rurales, se destaca la necesidad e importancia de contar con un vehículo para realizar las visitas domiciliarias o para trasladar usuarias. Este déficit de recursos, se visualizan como un problema desde el diseño del programa, ya que se reconoce la transferencia de recursos para el funcionamiento pero se consideran insuficientes. Otro recurso que se considera esencial, y frente al cual se adolecen más carencias, es la infraestructura dispuesta en los centros de salud para realizar las prestaciones. En el relato de los (as) prestadores (as) se evidencia que algunos centros de salud, por ejemplo, no cuentan con una sala para realizar los talleres; la consecuencia no evidente de la brecha observada, se encuentra en las conclusiones y alusiones frente a la carencia materia, que impiden reconocer el impacto del Programa o no visualizar los cambios que pudo traer consigo su implementación. En este sentido, la brecha es aún más profunda, cuando los impactos se vinculan a cambios en la estructura material o, cuando a propósito de la insuficiencia de los recursos, no se perciben los cambios programáticos.

“Claro no ha llegado nada, si estamos trabajando con lo mismo de hace dos años. Lo que digo que ha cambiado es la forma de la pega, pero realmente hemos seguido igual, por eso no he notado el impacto, no se ha notado mucho el cambio.” (Prestadora, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

2.3.2. Contar con estabilidad y permanencia de los prestadores.

Un segundo aspecto que se considera crítico es el contar con profesionales que puedan durante todo el proceso en que se atienden las usuarias. Frente a ello, se menciona en varios centros de salud que hay una alta rotación del personal. Ello se produciría tanto por la incertidumbre de la proyección en el tiempo del PADB, asociado también al contexto político nacional y local, y la informalidad de los contratos. También se señala en este sentido, que una de las grandes dificultades es asegurar el traspaso de las atenciones entre el profesional saliente y el entrante, siendo en la mayoría de casos necesario iniciar todo el proceso, lo que genera el desencanto de las usuarias.

“Es fundamental que haya recursos humanos y que los recursos humanos siempre tenga las cosas claras y que sea constante. Es fundamental que hayan recursos constante para que nosotros nos quedemos tranquilos, que sintamos confianza.” (Prestador, Hospital Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

Otro factor que incide tanto en la rotación como en la manutención de una frecuencia y tiempo de

contacto de los (as) profesionales y las usuarias es la asignación proporcionada de horas de trabajo. Esta suerte de equilibrio no se estaría dando generando una sobrecarga de trabajo en muchos equipos, según relatan los (as) prestadores (as).

“En la parte maternidad, la psicóloga que tenemos tiene pocas horas, viene solamente una vez a la semana y la demanda es bastante mayor que eso, por lo tanto muchas de las mujer que nosotros pesquizamos, ponte tú, que requieren la atención del psicólogo rápido, las tenemos como para un mes, entonces eso juega en contra del funcionamiento.” (Prestadora, Hospital de Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana).

Asociado a lo anterior, y como se observa en el relato, este factor perjudica la efectiva participación de profesionales de distintas disciplinas en los talleres destinados a las usuarias.

“Depende netamente de los recursos económicos. De hecho si nos dejan implementado el Programa y nos dicen que igual tenemos que seguir simplemente no daríamos abasto, porque el hecho de atender ya a una embarazada Chile Crece significa más tiempo, tener que hacer visita domiciliaria significa más tiempo, tener que hacer talleres, mucho tiempo, entonces simplemente no daríamos a basto.” (Prestadora, Posta la Punta, Palmilla, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

2.3.3. Contar con procesos de inducción y capacitación efectivos.

Un tercer aspecto crítico, también enfocado hacia el recurso humano, dice relación con contar desde la implementación con equipos capacitados e inducidos en el Sistema Chile Crece Contigo y el Programa de Desarrollo Bipsicosocial. En este sentido, desde el relato de los (as) prestadores (as) se evidencia la ausencia de capacitaciones e inducciones efectivas y sostenidas en el tiempo. En efecto, la falta de capacitación es señalado como una limitante, puesto que se considera que realizar estos encuentros favorecería el manejar la misma información y tener una sola orientación. A su vez, se asocia la generación de este tipo de espacios para los prestadores(as) como un facilitador hacia cohesión con el programa y sus lineamientos.

Al observar la evolución en este ámbito, se menciona la falta de continuidad de los procesos de inducción, ya que en un comienzo se entregó mucha información sobre el programa, a diferencia del estancamiento en el flujo de información que se percibe en la actualidad. El estancamiento en la información no se asocia únicamente a la carencia de la misma, sino a la creencia de que la información entregada es desordenada y complicada de entender:

“Yo creo que fue mucha información pero desordenada, porque a mi me gustaría que llegara así: la definición es la siguiente, después las idea es la siguiente, el programa y su rol es el

siguiente, su hospital de tal complejidad será el siguiente. Porque en el fondo esto es una cadena, tú trabajas con más personas y permanentemente están preguntando y uno no tiene idea. Entonces, la información se ha obtenido por auto información, uno ha estado buscando cosas. A lo mejor y porque era muy necesario se capacitó mucho a la gente encargada del Chile Crece Contigo, lo que es del todo lógico, pero esa etapa ya se quemó. A lo mejor habría que abrir un poquito la capacitación, no al detalle, pero sí dar una pincelada más global y desde una opinión más válida, porque es muy distinto que venga alguien del MIDEPLAN a dar una charla del Chile Crece Contigo a que yo la haga. Yo creo que eso hace un poquito de falta, quitarse la sensación de ignorancia.” (Prestadoras, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso).

La función de la comunicación en el quehacer de los equipos de trabajo, está relacionada con los contenidos que necesitan ser transferidas a los usuarios, situación crítica, cuando los equipos profesionales requieren de contenido práctico para transmitir los componentes estratégicos del Sistema de Protección a la primera infancia a las personas e instituciones que lo requieran.

2.3.4. Garantizar acceso y adhesión al PADB.

Un aspecto considerado fundamental para la correcta ejecución del programa es garantizar el acceso de las usuarias y su adhesión a las distintas prestaciones. Las garantías de acceso, no están únicamente relacionadas a la atención o la prestación en concreto; muchas de las atenciones están asociadas a un componente moral, que dice relación con la igualdad de oportunidades. En relación con la atención, los discursos contruidos por los (as) prestadores (as) pueden ser considerados fútiles o de un orden inferior, sin embargo, desde la lógica de la comunicación social, el discurso empleado por los profesionales de los servicios (públicos y privados) construyen rápidamente valoraciones, que nutren el trabajo profesional e incorporan sentido en el ejercicio final (de derechos) de las usuarias.

En base a lo anterior, el discurso no solo favorece una mera prestación, sino que aporta en la reformulación de un discurso oficial, que permite tanto la adquisición de un discurso oficial como la transmisión de un discurso de derechos. El riesgo está – y en base a lo que se considera como aspectos críticos diagnosticados – en que se asocie el discurso del derecho con la adquisición de comunicación, o en otras palabras, que la igualdad de las personas esté condicionada a la comunicación que los prestadores(as) reciben por parte de sus redes institucionales.

“Yo creo que la gran importancia (del Chile Crece Contigo) es tener la igualdad de acceso a todos los beneficios. O sea, independiente de que uno sea de clase social alta o baja, que todas tengan acceso y que todas sepan, que se den a conocer cuáles son los beneficios que a una le corresponden. Muchas veces las mamás o los padres no optan por ser pobres, por ser analfabetos. Yo pienso que básicamente es eso, que exista igualdad para todas las personas.

Pero esa igualdad se va a conseguir siempre y cuando todos estemos informados, se le informe cada una de las personas de las cosas que tiene derechos.” (Prestador, Hospital San Juan de Dios de San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

La baja asistencia a los talleres es considerada una brecha en varios centros de salud. El cuestionamiento de los prestadores(as) se orienta hacia cómo lograr incentivar a las usuarias a participar de los controles y talleres. La asistencia está ligada a la adhesión, por lo tanto, la motivación es un elemento crítico para el Programa, tanto para incentivar el acceso a las prestaciones como para promover la asistencia a los talleres. Una de los casos complejos que mencionan, es el de usuarias que median la obtención de aportes materiales para concretizar su participación. Lo anterior refleja las dificultades para motivar la participación de las usuarias; en un contexto donde prima prestaciones ‘no concretas’ (según la percepción de las prestadoras), la adhesión y la participación se vuelve una tarea compleja.

“La usuaria siempre espera que tu le entregues algo concreto, enganchan cuando uno les dice “Tu hijo va a tener mayor acceso a un jardín infantil”, ahí como que dice “Que bueno”, pero durante el embarazo, por ejemplo, la principal actividad que ofrece el programa son los talleres educativos y no les llama mucho la atención, no vienen de hecho.” (Prestadora, Hospital de Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana).

C Cabe señalar que, en función de las complejidades para incentivar la participación de las usuarias, los (as) prestadores (as) se ven en la necesidad de desarrollar u utilizar estrategias comunicacionales complejas, las que no siempre se encuentran desarrolladas en los centros.

2.3.5. Garantizar el trato de calidad a las usuarias.

Un quinto aspecto crítico señalado por los (as) prestadores (as) es el mejoramiento efectivo de la atención bajo el enfoque de orientación a los usuarios y a la cultura del buen trato. En este sentido, el buen trato en la atención se asocia a los nuevos estándares metodológicos que exige el Sistema de Protección a la Primera infancia y al mejoramiento progresivo de la atención como estándar auto generado. No obstante, las valoraciones que las mujeres le otorgan a la calidad de la atención, se percibe adicionalmente a la posibilidad de comparar sus embarazos, o a las diferencias subjetivas que surgen del desarrollo biopsicosocial de la gestante.

“Aquí en la maternidad el Chile Crece Contigo nos da la oportunidad de mejorar la calidad de la atención y, desde ese punto de vista, ha sido excelente porque ha sido el fundamento que tenemos nosotros para poder conseguir cosas que mejoren la calidad de la atención de la mujer. Y ellas mismas se dan cuenta de que es distinto, una mujer que viene a tener la segunda guagua encuentra que es diferente el primer parto a este que están teniendo ahora, lo compara.

Me ha pasado montones de veces mujeres que vienen por segunda, tercera vez y comparan su parto de ahora con el parto que tuvieron hace tres, cuatro o diez años atrás y lo encuentran absolutamente diferente, diferente porque están acompañadas, diferente porque se sienten mejor, mejor atendida, mejor tratadas.” (Prestadora, Hospital Sótero de Río, Puente Alto, Región Metropolitana).

Esto empalma con el cuidado especial que los prestadores(as) señalan ofrecerle a las madres y sus hijos, más allá de la entrega de medicamentos y alimentación complementaria, sino más bien en el logro de una estabilidad emocional y el apoyo familiar. Además, cobra particular relevancia para los prestadores(as) el incluir a la pareja y la familia de la usuaria en el proceso de acompañamiento, lo cual destaca como aporte del Programa.

2.3.6. Adaptación e Inserción en la Cultura Organizacional.

El sexto aspecto que se releva del discurso de los (as) prestadores (as) es la necesidad de adaptar los requerimientos del PADB al contexto particular del centro de salud, así como transformar algunas prácticas arraigadas en la cultura organizacional del centro para introducir prácticas y enfoques propios del Sistema y del Programa. En términos generales, los aspectos críticos mencionados están en directa relación con las malas prácticas organizacionales, o los problemas que arrastran los servicios públicos, por lo tanto, la instalación o funcionamiento del PADB dependen de la cultura organizacional, de la comunicación, de la metodología y/o los problemas que arrastra una institución. Un ejemplo de esto es la dificultad para gestionar los recursos financieros.

“Lo hemos conversado bastante, pues pensábamos que se malgasta mucho, pero no es que se malgaste, es que se distribuye de manera incorrecta para otros proyectos. Por ejemplo, para el fortalecimiento de la red se gasta plata que no corresponde para ese fondo ya que la necesitamos para otras cosas que son prioridad para desarrollar del sistema.” (Prestador, Hospital de Coinco, Coinco, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Una primera tensión que genera dificultades al funcionamiento del programa es el tener que trabajar por metas y recibir asignación de recursos por proyectos. Así lo explica una usuaria:

“Lo que nos coarta más es que como somos hospital tenemos la presión de cumplir metas, entonces tenemos que cumplir con ciertos requisitos que le piden a los hospitales. Si nosotros cumplimos con eso, que es el doble de trabajo, si nosotros cumplimos con eso nos llega la segunda cuota, que es en agosto, para que podamos ejecutar el Programa. Entonces, eso en algunas oportunidades se ve muy complicado.” (Prestador, Hospital de Coinco, Coinco, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

La estructura del trabajo – la operación y el funcionamiento sistémico de las tareas – o la cultura que arrastra la organización, puede dificultar la operación del Programa, porque las instituciones ven compleja la fusión de actividades o la readecuación del trabajo. Desde la lógica organizacional, los aspectos críticos surgen cuando las actividades y procesos de los nuevos Programas, deben reensamblarse con la lógica de trabajo instaladas en la estructura de la organización.

2.4. EVOLUCIÓN DEL PADB.

Esta dimensión refiere a la percepción que los prestadores(as) del PADB tienen del desarrollo de este programa desde su implementación hasta el funcionamiento actual. A partir de ello, se ha estructurado este apartado en cinco puntos: percepción de la etapa de implementación, percepción del funcionamiento, percepción del estado de consolidación del PADB y percepción de los principales cambios.

2.4.1. Percepción de la Implementación.

Los prestadores(as) entienden la instalación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial desde sus orientaciones programáticas y la complementariedad de éstas con el centro de salud en particular. Se señala que existe una orientación básica hacia la educación de las embarazadas, se establece que con anterioridad a la instalación del Programa se realizaban educaciones de este tipo, pero que no se transmitía suficiente información.

“Esta básicamente orientado a la educación durante el embarazo. Antiguamente igual se hacían educaciones a las embarazadas, pero por falta de recursos no se podían implementar las instancias para que esta embarazada estuviera lo suficientemente informada.” (Prestadora, Hospital de Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana).

Se menciona también la atención integral de las usuarias y sus familias como una orientación metodológica del Programa. Además, en algunos prestadores(as) refieren al respecto la intención de “humanizar” la atención y el trato hacia las usuarias como rasgo distintivo desde la implementación.

“Una de las cosas que apunta el Chile Crece en las maternidades es que cambie el trato a la usuaria, en cuanto a que haya una participación activa de la mujer en su parto porque es su propio parto, ya no es el equipo de salud el protagonista, es la mujer la protagonista con su bebé y con el acompañante que ellos tengan. Entonces, son cosas muy revolucionarias.” (Prestadoras, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso).

Con respecto al momento actual, cabe destacar la apreciación de los prestadores(as) respecto a que el Programa continua implementándose, es decir, aún no se da inicio a la etapa de funcionamiento propiamente tal.

“No se si será tan conveniente hablar de que el Programa se empezó a implementar hasta que se implementó, yo creo que se esta implementando. Una vez que tengamos todos los recursos, tengamos las cosas claras, haya dedicación, haya una buena aproximación, podríamos hablar que el Programa se implementó, una vez que ya resolvamos todos los aprendizajes, que tengamos constancia en la entrega de los recursos. Ahí podríamos hablar de como esta el programa funcionando, porque yo creo que todavía se esta implementando.” (Prestador, Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

En general, se observa que las características que los prestadores(as) señalan que existían al momento de implementar el Programa están definidas por falta de información, descoordinación, escasa designación de recursos, entre otros.

“Cuando yo llegue todavía estaba súper desordenado, estaba desordenado porque no había nadie, no estaba todo equipo, no estaba implementado, o sea la matrona era la única que estaba a cargo de esto, y recién ahí después de un tiempo me dieron las funciones. Hasta el día de hoy no todos tiene claro el sistema, las pautas no se hacían bien, no hacían talleres, había como mucho vacío... no se cumplían en su totalidad, estaba como todavía en el aire.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Alemania de Calama, Calama, Región de Antofagasta).

La ausencia de liderazgo, se tradujo en un proceso lento, marcado por discusiones, por incertidumbre ante la falta de información y por activar procedimientos que se desconocían. El ajuste de expectativas y los problemas de coordinación son parte de todo nuevo proceso organizacional que se inicia, sin embargo, la duración de los ajustes debe ser acotada, para que no surja la percepción en los usuarios y prestadores(as), de que el Programa se encuentra en constante implementación.

“En un principio era más que nada la discusión porque era como difícil porque no se entendía, nadie sabía nada, uno veía por la tele los comerciales y nada... Entonces, como que estábamos atrasados y ponerse al día igual fue difícil. El Programa creo es positivo, ha ido lento lento pero ha ido bien.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Alemania de Calama, Calama, Región de Antofagasta).

La eternización de la etapa de instalación puede provocar el distanciamiento de los prestadores(as) (compromiso) con el servicio prestado, la baja en la motivación o la instalación de sensaciones negativas. Dada la importancia del discurso observado en la promoción de la adherencia en los usuarios, la instalación de percepciones negativas en el discurso de los (as) prestadores (as) puede

incentivar la transmisión de prejuicios y fallas del sistema a las usuarias y sus familias, ergo, puede afectar el desempeño de la prestación o el bienestar de la gestación de las usuarias.

a. Principales fortalezas de la implementación .

Una fortaleza detectada por los prestadores(as) corresponde a la disposición y voluntad de los profesionales por colaborar en la instalación de este nuevo Programa y las buenas coordinaciones que se tuvieron con la encargada del Programa a nivel local.

“La voluntad nuestra de trabajar como equipo, eso yo siempre lo destaco del equipo con que trabajamos acá, de poder colaborar frente a las necesidades y a la prestación. Otro facilitador también es el trabajo que desarrolla la encargada del Programa a nivel comunal, de alguna manera tenemos la disponibilidad y el acceso y la oportunidad que ella nos da de poder, frente a un determinado problema, de poder solucionarlo.” (Prestadora, Centro Comunitario de Salud Familiar Modelo, San Ramón, Región Metropolitana).

Es considerado un facilitador y fortaleza al momento de implementar el Programa, las disposiciones de la dirección del centro de salud, en cuanto a uso del espacio físico, distribución de horas, coordinación de reuniones, realización de capacitaciones y asignación de recursos económicos. El liderazgo exigido a los procesos de cambio, puede ser ejercicio por una estructura, bajo la condición de que existen las condiciones estructurales para ejercer la coordinación y las orientaciones para la implementación.

“A nivel de dirección de este centro se nos facilitó el poder organizarlo todo, rearmar todo, por ejemplo, tenemos espacio exclusivos para el Chile Crece, tenemos espacios exclusivamente para talleres, exclusivamente para reuniones. (...) Tenemos esa facilitación de horas, facilitación de tiempo, facilitación de capacitaciones y de las prestaciones de dinero.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Alemania de Calama, Calama, Región de Antofagasta).

b. Principales debilidades de la implementación .

Uno de los principales obstaculizadores en el proceso de instalación del Programa fue la falta de difusión e información entregada tanto a los prestadores(as) de los centros de salud, como a las usuarias.

“Yo creo que faltó más promoción quizás porque la gente conocía poco del programa. Yo creo que ahora la gente en general conoce pero al principio no había mucha promoción. La gente andaba media perdida, nunca había escuchado hablar del programa.” (Prestadora, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Rengo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

Contar con profesionales que trabajaran exclusivamente en el programa desde un inicio también es considerado una debilidad y un retraso en el funcionamiento posterior adecuado del programa. A pesar de la debilidad observada, cabe destacar la capacidad de aprendizaje de los equipos de trabajo, quienes, al ver las dificultades en la inserción de profesionales sin el compromiso requerido para el trabajo, se vieron en la obligación de motivar la inserción directa de nuevos profesionales al Sistema Chile Crece Contigo. A pesar de lo anterior, sigue siendo una dificultad la baja adaptabilidad de los equipos y de las organizaciones para asumir los procesos de cambio. Las dificultades para asumir los cambios lo viven las usuarias o las prestaciones más que los profesionales que sin compromiso otorgan el servicio. Una prestadora resume lo anterior en el siguiente comentario:

“Solamente tuvimos un conflicto con la sicóloga. Como que la sicóloga que estuvo al principio a cargo del Programa nunca se afiató bien. Ella era la sicóloga del hospital, no era la sicóloga del Chile Crece. Entonces, como que no había mucho compromiso, no iba mucho a las reuniones, no iba mucho a los talleres. Después llegó otra y lo mismo pasó. Y hace como 3 o 4 meses llegó una sicóloga contratada exclusivamente para el Chile Crece, porque consideramos que era parte fundamental una sicóloga dentro del equipo, que hubiese un compromiso, un trabajo cercano con los usuarios. Por lo tanto, yo creo que ha habido cambios notables desde que llegó esa sicóloga. Está exclusivamente para el programa.” (Prestadora, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Rengo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

Otra debilidad detectada para la implementación corresponde a una coordinación deficitaria con la Municipalidad, específicamente la DIDECO al momento de instalar el Programa.

“Hubo una programación que se hizo con lo que es DIDECO, que es la red ampliada. Ahí yo creo que hubo un poco de diferencias porque se programaban cosas que no siempre se cumplieron, los plazos no se cumplieron. Se programaron muchas actividades, pero se hicieron muy pocas en cuanto a lo que es la red del equipo de cabecera con la red básica. No sé si fue por un cuento económico o por un cuento de comunicación. Fue una mala coordinación.” Prestadora, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Rengo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“(Entrevistador) Entonces como síntesis una palabra que pudiera describir ese momento inicial. (Prestador 2) Turbio, entrampado. (Entrevistador) Ya y los aspectos así como resumidos, por ejemplo las dificultades principales que tuvieron para... (Prestador 2) Yo creo que hay dos cosas importantes, una desinformación importante y una descoordinación importante.” (Prestadora, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso).

En este sentido, la asignación de recursos inicial es considerada como una debilidad por varios centros de salud, tanto recursos económicos como recursos materiales para la realización de difusión, talleres y otras actividades del programa.

“Todavía no tenemos el cien por ciento de los implementos. No han llegado las camas de pre-parto, no ha llegado el balón ni la música ambiental, son las cosas que nos estarían faltando.” (Prestadora, Hospital de San Vicente de tagua-tagua, San Vicente, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

“Claro, hacen todo un formato de cómo hacer un taller, pero no tenemos implementación. Entonces, hemos ido tratando de hacerlo lo mejor posible, pero con lo que hay y había antes. Todavía no hay recursos asignados, por lo menos para implementación o para el mejoramiento de la infraestructura o para recursos humanos, por un ejemplo, nosotros para las visitas no tenemos vehículos o chofer disponibles.” (Prestador, Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Por otro lado, se considera una debilidad al momento de la implementación la superposición de Programas al interior del centro de salud y la sobre carga de los profesionales que se hacen cargo del PADB, como de programas a la vez. La multiplicación de los roles observados, son características propias de los municipio pequeños, situación que se observa en los relatos:

“Lamentablemente cuando partió el Programa este policlínico absorbía todos los programas de la mujer que incluía los controles de planificación familiar y ginecología, además del Chile Crece, entonces, fue caótico.” (Prestadoras, Hospital El Salvador de Peumo, Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

2.4.2. Percepción del Funcionamiento.

Gran parte de las citas alusivas al funcionamiento del Programa refieren a prácticas cotidianas que se realizan en los centros de salud. Se menciona por los prestadores(as) la incorporación en el control prenatal de una pauta de evaluación de riesgo biopsicosocial en las usuarias (sobre la cual se orienta el trabajo con ellas), la solicitud de ingreso de la usuaria al Chile Crece Contigo, la entrega y explicación de la guía de apoyo, la derivación al equipo multidisciplinario de profesionales del centro de salud, visitas domiciliarias. En el trabajo del parto se menciona la incorporación del apego y de distintas modalidades de parto. Posteriormente, se lleva a cabo la evaluación de desarrollo psicomotor del recién nacido. Transversalmente, se realizan reuniones todos los meses con los profesionales que integran el Programa en el centro de salud en las que se van perfeccionando. Se menciona también las coordinaciones a nivel de red local, particularmente con la Municipalidad, para gestionar recursos principalmente.

a. Principales fortalezas del funcionamiento.

Las fortalezas que se identifican refieren a una mejor asistencia a los controles de las usuarias y un aumento de la participación en los talleres. A partir de ello se logra efectivamente un mejor manejo de información por parte la usuaria respecto a temáticas del embarazo, se inculca el apego y la importancia de la lactancia exclusiva hasta los seis meses.

“Los grandes objetivos, el apego en el parto y mantener la lactancia exclusiva por lo menos hasta los seis meses, se han logrado por una actividad específica que tiene el Programa que se llama “visita a la maternidad”, donde la embarazada durante las últimas semanas de embarazo se le invita a conocer donde va a nacer su guagua, se le muestra la maternidad, se le muestran las salas, se le muestra la sala de parto y de pre-parto, qué es lo que le va a pasar, entonces, la embarazada cuando llega a tener su guaguita está informada.” (Prestadora, Hospital Peñaflores, Región Metropolitana).

Esto se asocia a una mayor educación de las usuarias, quienes pueden tomar decisiones informadas respecto a la planificación familiar.

“Yo creo que hay un gran cambio en la capacidad de información que manejan ahora los pacientes y las familias. Ya no vienen por inercia, porque es natural tener un hijo, yo creo que ahora todas vienen con mayor claridad. Yo creo que eso es como un avance.” (Prestador, Hospital San Juan de Dios de San Fernando, San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Además, se recalca como una fortaleza instalar el “trato humanizado” y una mejora considerable en la atención comparada con otros servicios que no tiene el Programa, respetándose la privacidad y estabilidad de la usuaria.

“En el fondo nos ha ayudado a humanizar la atención, a que la atención esté más centrada en el binomio madre-hijo y no a los funcionarios, o sea ya nos hemos dado cuenta que trabajamos para ellos y no por ellos. Notamos que hay una mejor atención, se nota la diferencia entre un servicio y otro, nosotros que estamos con este programa que está humanizando la atención y los otros servicios que todavía ellos están en la parte de cambio de actitud. Ya la paciente llega mucho más delicada del consultorio, una paciente que tiene menos temores, entonces, ya no llegan con el miedo que llegaban antes para tener su guagua. Eso empieza inmediatamente la educación, empieza el contacto y el apoyo con la psicóloga pero ya son los menos, no como antes que era común que la paciente llegaba con el miedo...” (Prestadora, Hospital, San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

Se destaca como fortalezas del Programa por los prestadores(as) el apoyo que se le entrega no sólo a la gestante, sino también a su familia y la pareja, otorgándoles un rol más activo e integrado al proceso de gestación, parto y crianza.

“Ha habido un mayor apoyo de la familia de la gestante y al recién nacido. Hay un mayor apoyo familiar y de la pareja, por lo menos acá se han integrado los padres a hacer no ya esa persona que esperaba en la salita de espera, sino que ellos están actuando de forma más activa, se están integrando y están ayudando a la mamá en el trabajo de parto, se meten en toda la dinámica del parto.” (Prestadora, Hospital, San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

Se dice que esto ha influido en trabajos de parto más tranquilos, un ambiente más distendido y un mejor apego precoz. Se destaca la integración de la pareja en temas de embarazo, parto y especialmente crianza como punto fuerte del Programa.

“Siento que la integración. Tu ahora ves hombres en las consultas, lo que nos permite trabajar el tema de la crianza que no es solo tema de la mujer sino que también es tema del hombre, en el fondo fortalece a la familia.” (Prestadora, Posta de Salud Rural San Pedro, San Pedro, Región Metropolitana).

Se valora el trabajo en equipo y la complementariedad de las funciones que se ha logrado durante el funcionamiento del Programa

“Yo creo que el factor más fuerte que tenemos es el trabajo en equipo. Si no hubiese sido trabajo en equipo yo creo que el Sistema no funcionaría porque sola una persona no lo puede llevar, o sea, si la enfermera tratara de llevarlo sola no lo haría o yo si lo tratara de llevar sola no podría porque siempre necesitamos el apoyo de otra persona.” (Prestadora, Posta de Salud Rural Buchupureo, Cobquecura, Región del Bío Bío).

Dentro del trabajo en equipo, se valora positivamente la motivación y el entusiasmo del equipo por llevar a cabo el Programa.

“El entusiasmo de nosotros. El entusiasmo porque teníamos que entusiasmarnos, porque es un Programa del Gobierno y tiene que llevarse a cabo. Y nosotras somos muy responsables en lo que nos dice el Gobierno, entonces tenía que ir sí o sí.” (Prestadora, Hospital El Salvador de Peumo, Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

b. Principales debilidades del funcionamiento.

En cuanto a las debilidades detectadas por los prestadores(as) del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, en cuanto al funcionamiento adecuado de éste, no se cuenta con el espacio físico apropiado ni los implementos o materiales de apoyo, el ruido ambiental y las reticencias de algunos profesionales al momento de introducir el Programa.

La percepción de los problemas espaciales es generalizada entre las prestadoras. Cabe preguntarse acerca del origen del problema, causa de la ineficiencia en el uso de los espacios o de la carencia de éstos; ya que las debilidades pueden deberse tanto a los problemas de coordinación del trabajo (espacios multifuncionales) como a la ausencia efectiva de condiciones estructurales:

“La colega que hace este taller, de las visitas guiadas, la colega del Chile Crece, le ha costado encontrar lugar donde reunirnos con las pacientes porque a veces lo hace en la sala de consejo en la dirección, otras veces lo hacen en el CAE, o tienen que conseguirse una salita en el consultorio de especialidades, y ahí la auxiliar de nuestro servicio tiene que acarrear sillas, tiene que acomodar y hay que estar llevando los monitores para tomar la presión, trasladar recursos para todos lados.” (Prestadora, Hospital San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

Es considerado una debilidad la falta de personal o profesionales que trabajen en el Programa, ajustando las horas de trabajo y demanda que exige el Programa. Asimismo, se menciona la dificultad en lograr un “cambio de mentalidad” en los profesionales que ya trabajan para el Programa, por ejemplo, respecto a ofrecer distintas alternativas de parto o mantener al recién nacido media hora con la madre para fomentar el apego, manejar los mismos indicadores y un mismo “lenguaje”.

“Hay que cambiar la percepción del personal, la concepción de cada uno de nosotros de lo que significa el embarazo, el parto, el nacimiento, que repercusiones tiene para el recién nacido, para la sociedad, y ese cambio no se ha producido aún.” (Prestadora, Hospital el Pino, San Bernardo, Región Metropolitana).

Por otro lado, los prestadores(as) señalan como debilidad el manejo de los recursos económicos del Programa, lo cual puede generar conflictos. En cuanto a los recursos humanos, se menciona la rotación del personal e integrar nuevas contrataciones muy lento. El escaso tiempo también es considerado una debilidad en el funcionamiento del Programa.

“Definitivamente lo que más falta es tiempo, porque lo otro ya está, incluso para hacer los talleres contábamos con Internet, tenemos computador, tenemos data; pero definitivamente es el tiempo el cambio y las necesidades aumentadas lo que nos cuesta.” (Prestadora, Centro Comunitario de Salud Familiar San Ramón, San Ramón, Región Metropolitana).

Se cuestiona la calidad de los talleres realizados por el Programa,

“Una cosa es que yo le ponga un papelógrafo o una diapositiva a la embarazada y otra cosa es que ese taller signifique un cambio para la embarazada. Yo creo que el Chile Crece está midiendo el número de talleres y la asistencia a estos talleres, pero no se está midiendo la calidad de los talleres.” (Prestadora, Hospital El Pino, San Bernardo, Región metropolitana)

Los talleres se dificultan por la falta de material,

“Los talleres y las visitas domiciliarias no se pueden llevar acabo totalmente. He quedado con muchos talleres atrasados y las visitas a domicilio van por las mismas. Contamos con un solo furgón...” (Prestadora, Posta de Salud Rural de Cunaco, Palmilla, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Otra debilidad detectada en el funcionamiento del Programa por los prestadores(as) es el retraso en la creación de una red de apoyo para derivar oportunamente a las usuarias.

2.4.3. Percepción de estado de consolidación del PADB.

La percepción respecto a la consolidación del Programa juega un rol crucial. La consolidación del Programa en términos de sostenerse sobre bases firmes y estructuradas, y contar con protocolos de funcionamiento y pautas de trabajo no se considera logrado por algunos prestadores(as). Así, por ejemplo, hay prestadores(as) que señalan

“Mi impresión a nivel de maternidad, la visión de las matronas de acá, que en un principio fue chocante, después se aceptó, pero el programa no está acá totalmente establecido, faltan hartas cosas.” (Prestadora, Hospital el Pino, San Bernardo, Región Metropolitana).

En contra parte, existen centros de salud donde los prestadores(as) del Programa lo consideran consolidado. La consolidación del Programa se puede asociar a un mejor manejo de la información progresivo respecto al momento de implementación hasta su funcionamiento actual,

“Más que nada es la información, al principio nadie sabía de qué se trataba, no sabían muchas cosas del Sistema. Todas se están preguntando por el Sistema, más que nada sus beneficios.” (Prestadora, Posta de Salud Rural de Cunaco, Palmilla, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

La consolidación del Programa se define desde dos visiones: desde las condiciones materiales y desde las lógicas comunicacionales. Los prestadores(as) visualizan que las condiciones necesarias para considerar el Programa como consolidado, dependen del trabajo en red, como requisito básico para afianzar el Programa a nivel local, no sólo desde el sistema de salud sino desde otros servicios,

“Como salud sí, como red con otros servicios públicos no. Yo creo que porque no están dadas las condiciones, o sea, no está estipulado lo que tiene que realizar cada entidad. En cambio en salud está la guía técnica y uno se tiene que regir por ella. En cambio con las otras entidades no están armadas así, nadie sabe lo que tiene que hacer y al final no hacen nada.” (Prestadora, Posta de Salud Rural Buchupureo, Cobquecura, Región del Bío Bío).

En el relato de los(as) prestadores(as) se manifiesta la percepción sobre la consolidación y la sensación de continuar en una fase implementación es la siguiente

“Yo lo veo más como un plan piloto todavía, falta mucho, llevamos dos años así, debería organizarse, pero no es seguro, o sea no es seguro que las cosas funcionen bien por como se están distribuyendo los recursos y hacia donde van dirigidos. Como un proyecto piloto, marcha blanca, pero ya deberíamos estabilizarnos, porque si seguimos en esta misma dirección no va a funcionar, porque hoy día no está funcionando.” (Prestador, Hospital de Coinco, Coinco, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

La percepción instalada en el discurso de los profesionales, de que el Programa está en constante implementación, afecta el funcionamiento normal del Programa, licencias (malas prácticas) que atentan contra el desarrollo de un Programa, cuyas competencias son críticas para el desarrollo infantil. En otras palabras, las licencias que los equipos se toman – al tratarse de un ‘piloto -’, influyen sobre la calidad de las prestaciones, por lo tanto, sobre los efectos que buscan las prestaciones del PADB.

2.4.4. Percepción de los cambios.

Otro elemento distintivo de este proceso refiere a los cambios ocurridos producto del Programa. Por ejemplo, una prestadora señala que la aceptación del cambio en la atención ha sido lenta. Esto en gran medida obedece a la resistencia natural de las organizaciones a los cambios, que en el caso de los centros de salud se agudiza por la tensión entre lo biomédico y lo psicosocial.

“Creo que estamos en un período de latencia, en donde la gente está aceptando que el papá entre al parto. Ha costado que acepten cambiar la atención.” (Prestadora, Hospital el Pino, San Bernardo, Región Metropolitana).

La experiencia de otro centro de salud respecto a la evolución del Programa desde su implementación al momento actual de funcionamiento ha sido la siguiente

“Ha mejorado, mejoró mucho, especialmente en la parte de conocimientos, terminamos con buena disposición, de las usuarias especialmente. También los temas que hemos ido perfeccionando, las pautas, las fichas de evaluación ya no son la misma ficha que en un principio, o sea, nosotros le colocamos acá una cruz a todo lo que hay que mirar y eso no lo teníamos. Tenemos los casos por orden, las derivaciones han sido súper buenas, las coordinaciones, todo...” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Esto confirma lo señalado por otros prestadores(as) en tanto se ha logrado un mayor ordenamiento de las prácticas que se realizan al interior del Programa, así como un mayor conocimiento del mismo, lo que favorece su adecuada transmisión a las usuarias.

2.5. COORDINACIÓN RED LOCAL.

Esta dimensión refiere a la opinión de los prestadores(as) respecto de la coordinación del PADB con la red local en cuanto a la etapa de funcionamiento. De esta forma, se describe en primer lugar el nivel de conectividad entre las redes, la complementariedad de las actividades que realizan; en segundo lugar, las fortalezas y debilidades asignadas a este trabajo; y por último, la importancia que los prestadores(as) asignan a la red local.

2.5.1. Conectividad y Complementariedad.

La coordinación con la red local en el funcionamiento del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial contempla una serie de actividades mencionadas por los prestadores(as), a saber, reuniones mensuales con la Municipalidad y otros organismos.

“Se hacen reuniones comunales con la Municipalidad, porque todo esto debe ir coordinado con la Municipalidad, porque en las que se detecta riesgo social generalmente son mujeres que están asistiendo a programas especiales de la Municipalidad. Entonces, hay una coordinación constante con la Municipalidad, se hacen reuniones comunales vez al mes.” (Prestadora, Hospital de Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana).

Además, en las reuniones con la Municipalidad se resuelven temas administrativos, por ejemplo, entrega de materiales de apoyo, tarjetas Chile Crece Contigo, y otros recursos. La Municipalidad suele dar indicaciones sobre el funcionamiento esperado del Programa y pautas que se requieren completar. Por otra parte, los hospitales señalan realizar trabajo en red con los consultorios con el fin de informar la detección de algún problema psicosocial en las usuarias.

“Cualquier cosa que se detecta activa la red de apoyo hacia el consultorio, de esa forma nosotros nos contactamos con ellos porque nosotros después no las vemos (a las usuarias), a no ser que lleguen con la guagua hospitalizada.” (Prestadora, Hospital, San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

En este proceso los prestadores(as) señalan que se produce un intercambio de información mutuo de las usuarias, lo que permite la complementariedad de las actividades.

Se alude a una coordinación para el funcionamiento del Programa al interior de los centros de salud con los distintos profesionales que los conforman, estos son, médicos, enfermeras, matronas, psicólogas, asistente social, nutricionistas, dentistas, kinesiólogos, entre otros. Con ellos se señala

que existe un trabajo en red interno para asegurar la integralidad de la atención ofrecida a las usuarias. Se dice que esta coordinación se realiza vía correo, Internet o telefónicamente.

“Como te decía, con la OPD, CONACE, el departamento social, el Programa Mujer y Jefas de Hogar, el Hospital, Programa Puente. Nosotros nos juntamos todos los meses con la red ligado el tema de educación, salud, infancia, lo que está cubierto por la JUNJI.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

“Bueno nosotros acá trabajamos con el Hogar de Cristo muy de la mano, con la JUNJI, con la sala cuna y jardín infantil. Con ellos hacemos hartas cosas en cuanto a educación, a derivar, si hay alguna cosa que nos está faltando ellos nos mandan cosas y viceversa.” (Prestadores, Centro Comunitario de Salud Familiar de Antofagasta, Región Antofagasta).

“Participamos como miembros en la red básica de salud, hay una reunión mensual. Y la red ampliada, en donde participa el área de salud más las otras redes dentro del municipio, ahí buscamos también colaborar en función de esta política nacional, cómo vamos implementándola mejor, cómo vamos trabajando las distintas estrategias.” (Prestadoras, Centro Comunitario de Salud Familiar San Ramón, San Ramón, Región Metropolitana).

Se señala que el proceso de conformar la red fue en un inicio un proceso paulatino, pero que actualmente se encuentra fortalecido.

“Paulatino si, de a poquito, empezó así más o menos, conociéndonos como era, que se ofrecía, hasta que después ya nos hemos afiatado como equipo que trabajamos bien, coordinados con la red.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

En ocasiones esta conectividad puede fallar cuando se envía información, pero no hay una retroalimentación de la entidad con la que se esta intentando comunicar. Sin embargo, se señala que esto no es generalizable.

En cuanto a la conectividad entre centros de salud que están ejecutando el Programa, algunos prestadores(as) consideran relevantes las instancias de encuentro, que se generan en congresos a nivel nacional y encuentros regionales; la cantidad de encuentros parece ser siempre insuficientes, por lo que se sugiere una mayor periodicidad, con el fin de conocer otras experiencias y compartir entre prestadores(as) del Programa.

Se observa un esfuerzo por incorporar a la comunidad en el trabajo en red por medio de encuentros y jornadas tanto con los centros de salud que implementan el Programa como con otras instituciones que conforman la red.

“A través del intersector trabajamos con la Municipalidad, hay personas que tienen la finalidad de apoyar esta labor. Y hacemos actividades, reuniones de equipo, con personas que pertenecen al extra sistema. Con ellos además ahora estamos organizando jornadas con la comunidad, cosa de poder hacerla mucho más participativa, una especie de más ciudadanía, mucho más masivo.” (Prestador, Hospital de Coinco, Coinco, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

La complementariedad de las actividades al interior de la red local se entiende desde la integralidad de las prestaciones que ofrece el Programa con el fin de reducir los factores de riesgo en las usuarias. Es así como se menciona por los prestadores(as) que existe una complementariedad al abordar varias problemáticas (pobreza, deserción escolar, expulsión de la casa) desde distintos organismos de apoyo.

“Lo que pasa es que cuando uno trabaja de forma integral con esta usuaria, con esta embarazada, tú detectas muchas veces, por ejemplo, deserción escolar, detectas mucha pobreza, cesantía, niñas que están viviendo con las amigas.” (Prestadora, Hospital Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana).

A lo anterior se refuerza la idea de la oportunidad de recibir diversas prestaciones que vienen a complementar el trabajo realizado en el centro de salud en el marco del Programa.

“En el caso de la mamá que trabaja o que estudia, después que tiene su bebé tiene mayor acceso a lo que es sala cuna o jardines infantiles para su hijo. Aquellos niños que tienen alguna discapacidad también, por el hecho de pertenecer al Programa Chile Crece Contigo, tienen una preferencia para acceder a aquellos elementos de su discapacidad. Hay aspectos legales que también están en trámite, tengo entendido para mejorar todo lo que es la protección a la primera infancia.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Los Castaños, La Florida, Región Metropolitana).

2.5.2. Fortalezas y Debilidades del trabajo con la Red Local.

a. Principales Fortalezas.

En algunos centros de salud, los prestadores(as) consideran una fortaleza del trabajo con la red local la buena coordinación que tienen con la Municipalidad. Esto se refuerza puesto que el Programa se dirige desde esta entidad, lo que favorece su buen funcionamiento. Permite realizar las derivaciones de manera más rápida y acceder a otras prestaciones oportunamente. En este sentido, el Municipio

es el conector con otros servicios, por tanto es fundamental la vinculación que se tenga con él, tanto técnica como política.

“La encargada comunal del Chile Crece Contigo nos toma en cuenta, nos entregan material, nos toman la opinión. Porque en realidad ella es la que decide y nos está considerando, lo que es importante.” (Prestador, Hospital El Salvador de Peumo, Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Se destaca en varios centros de salud esta buena coordinación y también incluyen el trabajo en red con otras instancias extra municipales.

“Funciona bien. Porque existen dos personas encargadas del municipio. Ellas nos citan a reunión todos los meses y nos juntan los tres centros de salud más otras entidades, ya sea de Chile Solidario, la OPD, otras veces viene las encargadas de los jardines infantiles, de las sala cuna. Entonces, funciona bien, esta bien articulada la red, hay una buena coordinación tanto desde arriba hasta acá.” (Prestador, Centro de Salud Familiar Lo Franco, Quinta Normal, Región Metropolitana)

Otra fortaleza detectada por los prestadores(as) a nivel de trabajo con la red local refiere al interés, motivación y disposición de los representantes de las instituciones, lo que facilita el intercambio y la derivación. Asimismo, una vez conformada la red local, se señala como fortaleza por los prestadores(as) el contar con información clara sobre dónde y con quién dirigir a las usuarias en caso de detectar un problema psicosocial. Esta fortaleza es atribuida por algunos prestadores(as) al tiempo y trabajo de conectividad destinado entre las redes, lo cual facilita la comunicación, manejo de información relevante para el Programa y conocimiento entre los integrantes.

“El hecho de tener contacto permanente, que se vayan evaluando los procesos, que uno los identifique en cara y nombre.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado, Macul, Región Metropolitana).

Una buena conectividad entre las redes es considerada una fortaleza puesto que incide en la equidad al acceso de prestaciones de manera integral.

“Inciden en la equidad, los otros programas se preocupan de la equidad, actúan modificando o incidiendo directamente en los determinantes sociales, te brindan mejor acceso a vivienda, salud, beneficios económico, etc. Equidad... Este programa es súper activo en cuanto a mejorar la calidad de las personas.” (Prestador, Hospital Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Es considerado por los prestadores(as) como fortaleza la participación de distintos actores, lo que colabora en generar una mirada global.

“Yo creo que las fortalezas son que participen distintos actores, por ejemplo, de distintos programas y de distintas profesiones, que en el fondo le dan una mirada más global al Programa y que son bastantes facilitadores y la comunicación entre ellos es bastante fluida.”
(Prestadora, Centro de Salud Familiar Dra. Ana María Juricic, Maipú, Región Metropolitana).

En cuanto a lograr un funcionamiento adecuado del Programa, se relata la posibilidad de conseguir materiales para la realización de talleres gracias a una buena coordinación con otras instancias.

“Los administradores del estadio nos ayudaron muchísimo, nos prestaron unas colchonetas que son delgaditas, son las únicas que tenemos por ahora. Los auxiliares de servicio del estadio ayudándonos a implementar todo lo que se necesitaba para los talleres y para las reuniones.”
(Prestadora, Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, Valparaíso, Región de Valparaíso).

b. Principales Debilidades.

En cuanto a las debilidades del trabajo con la red local en el marco del Programa, los prestadores(as) señalan que falta integrar más organismos a la red de apoyo para asegurar derivaciones efectivas y oportunas en caso de detectar factores de riesgo en las usuarias.

“Si bien las redes con la comuna funciona, faltan redes de apoyo donde derivar, por ejemplo, a una casa de acogida cuando una niña es expulsada de su casa. Eso falta como a nivel comunal que exista.” (Prestadora, Hospital de Peñaflor, Peñaflor, Región Metropolitana).

Otra debilidad detectada por los prestadores(as) son los errores de coordinación y la distancia que existe entre reuniones, que en ocasiones puede ser de varios meses.

“Estamos en un período de latencia, porque después del inicio (implementación del programa) se ha perdido un poco la comunicación. Y esto no depende de nosotras no más”. (Prestadora, Hospital el Pino, San Bernardo, Región Metropolitana).

Esto se reafirma en otro centro de salud, donde se apela a la falta de solidaridad al momento de coordinar las reuniones con los otros actores.

“Se trata de un programa nuevo y las personas que están trabajando en la municipalidad son personas nuevas, pero no hay solidaridad en cuanto al planteamiento (de necesidades), al poder hacer las reuniones para poder programar, hay poco tiempo.” (Prestador, Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Estas fallas en la coordinación se atribuyen desde un inicio del Programa, lo cual ha dificultado su consolidación y adecuado funcionamiento.

“Si la coordinación hubiera sido buena desde un principio nosotros hubiéramos avanzado a pasos agigantados, quizás estaríamos al nivel de otras comunas que yo sé que están muy avanzadas en el Programa. Obvio, si la coordinación tiene que ser la base. Entonces, es lo principal, porque si hubiésemos estado coordinados nuestras usuarias cuando nosotros las mandamos a la Municipalidad tendrían respuesta y no que me las devuelvan sin ninguna solución.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta, Antofagasta, Región de Antofagasta).

La rotación del personal también es atribuida por los prestadores(as) como un obstaculizador del trabajo en red, principalmente al momento de solicitar información o requerir derivar a una usuaria.

“No ha habido continuidad en los encargados de esto, yo creo que eso ha entorpecido mucho. Además, recién a la encargada le dieron más horas, antes tenía súper pocas y no todas eran del Chile Crece Contigo.” (Prestadoras, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región Valparaíso).

En varios centros de salud los prestadores(as) señalan como debilidad las coordinaciones con la Municipalidad, lo cual es mencionado como un obstaculizador del funcionamiento adecuado del Programa.

“La Municipalidad debería ser un gran apoyo para nosotros, porque de ellos se viene toda la otra ayuda del trabajo en red, y no fue así y ha sido súper difícil. Ellos no lo sienten como algo de ellos (Chile Crece Contigo), como algo propio. El alcalde dijo que esto (Chile Crece Contigo) era como una mochila para él. Entonces, en base a eso nosotros no quedamos con muchos ánimos de trabajar y en el fondo ésa ha sido la tónica de todo el Programa. Nosotros podemos entregar lo que siempre hemos entregado, que es la parte de salud, pero más haya de eso, lo que se le debe de brindar (prestaciones) o tener el acceso a (servicios) se ha visto un poco troncado...” (Prestador, Hospital de Coinco, Coinco, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Algunos centros de salud señalan que existe una rivalidad interna entre los profesionales, particularmente por el uso de implementos, lo cual dificulta el funcionamiento coordinado del Programa.

“Cada una trabaja como quiere y cada una analiza como quiere. Tú vas a pedir algo allá, no te va a atender nadie. Están desorganizados todos, no saben lo que tienen que hacer, no saben qué estadísticas tienen que llevar, pero tampoco han preguntado a nivel mayor.” (Prestadora, Hospital de Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Otra debilidad detectada refiere a la diferencia en el trabajo en red a nivel rural en contraposición con la conectividad que se logra en sectores urbanos. Los prestadores(as) señalan que en localidades rurales es más fácil que se estanque la información y no funciones adecuadamente las coordinaciones. Asimismo, existe una brecha entre el trabajo en red en Hospitales y Consultorios, y entre ellos mismos. A este respecto, se observa un déficit en la coordinación con la red por parte de los Hospitales, en contraposición con un intenso trabajo en red por parte de los Consultorios. Además, se da en algunos casos una falla en la comunicación entre Hospitales y Consultorios.

Un elemento que facilitaría el trabajo en red es que exista un conocimiento acabado del Programa por parte de todas las entidades que participan en él, se recomiendan capacitaciones.

“Está funcionando de a poco, pero yo creo que funcionaría mejor si todos supieran de qué se trata realmente (el Programa) y que tuvieran bien internalizado que es un Sistema que nos pertenece a todos. Porque ¿qué pasa después con esos niños y con esas mamás? Tienen que estar capacitados y hacerse cargo de lo que implica un Sistema tan extenso como este.”
(Prestadora, Centro de Salud Familiar Iván Insunza, Maipú, Región Metropolitana).

2.5.3. Importancia de la Red Local.

A partir de las entrevistas ha sido posible observar que los(as) prestadores(as) le otorgan una máxima importancia al trabajo con la red local para el funcionamiento del PADB. Asimismo, valoran positivamente las acciones de coordinación interna que se producen al interior del centro de salud.

“Si no se trabaja en red no podría funcionar el Programa, porque este Programa es de seguimiento, desde el inicio (gestación) hasta los cuatro años. Entonces, si no trabajas en red con las personas que van tomando a este niño en cada una de estas etapas no funciona.”
(Prestadora, Hospital San Juan de Dios de los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso). Una buena coordinación a nivel de red permite potenciar los recursos locales, *“En la medida en que se obtienen mejores coordinaciones y mejores recursos va optimizando lo que hay.”*
(Prestadores, Centro Comunitario de Salud Familiar Consultorio Chacabuco, San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

“Es súper importante, para nosotros ha sido una fortaleza tener una matrona, una psicóloga y una asistente social, porque una como matrona tiene el conocimiento biomédico, entonces igual se te escapan de las manos asuntos de drogadicción, de delincuencia, de maltrato, y un montón de cosas que no sabes cómo resolverlas. Es importante tener un especialista acá mismo.”
(Prestadora, Hospital el Pino, San Bernardo, Región Metropolitana).

Otra importancia asignada a la red local por los prestadores(as) refiere a la posibilidad de darle una continuidad al proceso de acompañamiento realizado a las usuarias una vez que éstas egresan.

“Es clave, no podemos dar una atención a la mamá y que cuando se vaya esa atención se corte, porque en el fondo es haber trabajado y haber logrado algo y ahí quedó. Entonces, tiene que haber siempre una coordinación que tiene que ser constante, entre consultorio y hospital, ellos derivan a nosotros, nosotros derivarles a ellos.” (Prestadora, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Región de Valparaíso). En las palabras de otros prestadores “(Prestador 1) Lamentablemente se van a sus casas a su vida cotidiana y si no hay nadie que las esté apoyando... (Prestador 2) Ese es el cuento, ahí hay que coordinarse con atención primaria. (Prestador 1) Entonces, es importante saber que siga después de esto, quién siga el apoyando. (Prestador 2) Claro, por eso es importante saber qué es lo que todos estamos haciendo para remar al mismo lado.” (Prestadoras, Hospital de Llaillay, Llaillay, Región de Valparaíso).

Por otra parte, señalan que el logro de una atención integral de las usuarias por medio de las prestaciones que ofrecen las instituciones que componen la red de apoyo social es relevado por los prestadores(as) como fundamental.

“Es un programa en el que se enfocan todos los aspectos, por ejemplo, no solo está la parte de salud mejorada sino que la parte de la Municipalidad y todo lo que tenga que ver con la comunidad. O sea, si nosotros detectamos una gestante con abuso de alcohol y drogas están las derivaciones a otros centros porque ellos ya saben del programa, o si tiene problemas familiares se deriva a la oficina correspondiente, es un Programa que enlaza todos los ámbitos que tiene que ver con la familia.” (Prestadores, Centro de Salud Familiar, Manuel Busto Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso).

3. EJE PROYECCIÓN.

El eje de proyección de los prestadores(as) refiere a las expectativas que ellos desarrollan respecto del futuro del programa y sus resultados e impactos – principalmente- en el desarrollo de los niños y niñas que atienden. Asimismo, implica el relevamiento de las principales problemáticas y sugerencias que plantean para el mejoramiento del PADB.

3.1. EXPECTATIVAS DE IMPACTO.

Esta dimensión refiere a la expectativa de los prestadores(as) del PADB respecto al impacto del Sistema Chile Crece Contigo en el desarrollo de los niños y el fortalecimiento de sus familias. A partir del relato de los (as) prestadores (as) se puede observar que se desarrollan expectativas en

diferentes ámbitos: a nivel macro, respecto del desarrollo de los(as) niños(as), empoderamiento de las madres, participación de los padres y otros familiares, satisfacción de las usuarias, y a nivel organizacional.

3.1.1. Expectativas nivel macro.

En un primer nivel macro se evidencia que los (as) prestadores (as) esperan mejorar las condiciones de vida de madres e hijos (as) y de las familias en general. La mejora de las condiciones de vida de las familias va de la mano con la expectativa de reducir las brechas de desigualdad y los factores de riesgo social, que afectan a estas familias. En otras palabras, los (as) prestadores (as) significan las herramientas que entrega el PADB y las acciones concretas que se realizan a través de éste, como elementos que aportarán a la mejora de la calidad de vida general de los (as) niños (as) y sus familias, la cual se verá en un largo plazo. Así lo explican algunas prestadoras:

“Una sociedad más equilibrada con menos diferencias, que los niños crezcan con menos carencias para que así puedan desarrollar todo su potencial. Este programa está logrando una mejor comunicación.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta, Región de Antofagasta).

“Qué se espera lograr, un poco lo que te estaba diciendo, terminar con esta brecha que hay en este momento y poder lograr un mayor estímulo, por decirlo de alguna forma, en estos niños que están naciendo desde ahora para terminar con la brecha sociocultural que hay y disminuir así el nivel de pobreza.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, Región Metropolitana).

“Lo ideal sería sacar a la gente de la pobreza aunque sea un poquito, y lograr niños más felices”. (Prestadora, Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, Región de Valparaíso).

En este sentido, los (as) prestadores (as) comprenden al PADB y al CHCC como un programa que puede tener un impacto mucho mayor, que no caería sólo en los (as) niños (as) y sus familias, sino que en el largo plazo puede impactar al nivel de la sociedad entera al entregarle herramientas necesarias a los (as) niños (as) y sus familias para salir de los factores de riesgo social, construyendo generaciones con mayor nivel educativo, empoderadas y felices. Es decir, el impacto en el desarrollo de los niños, tiene relación, también, con el acceso de éstos a prestaciones especializadas.

“Esperamos lograr reducir los riesgos, lograr hacer la visita integral a la persona, a la familia en realidad. Esperamos no sólo intervenir a la usuaria, si no a una familia con problemas, entonces logramos hacerla integral, esperamos que en algún minuto disminuir el riesgo de la usuaria sea

también disminuir el riesgo de la familia. Y eso a futuro se va a notar, y esa familia va a pasar en el futuro de un grave o serio problema a mejorar en ese aspecto. Y ya a lo mejor no va a haber alcoholismo, no va a haber drogadicción o se va a disminuir bastante. Y permite que tal vez trabaje la madre, y que tengan más recursos para poder educar a ese niño y que a la larga ese niño pueda salir del círculo de la pobreza.” (Prestadora, Consultorio Poetisa Gabriela Mistral, Región Metropolitana).

3.1.2. Expectativas del desarrollo de los niños(as).

Este nivel de expectativas se expresa en el deseo de lograr estimular niños a través del apoyo familiar y que ellos estén preparados para ingresar al sistema educativo. Ello implica empoderar a las madres y demás miembros de las familias, reconociendo que a través de esto pueden incidir en el mejoramiento de la calidad de sus vidas. De esta forma, se espera un impacto en las usuarias a partir de la información y herramientas que puedan entregarle a través del PADB y en los (as) niños (as) en relación a su desarrollo futuro. Esto se puede visualizar cuando responden a la pregunta ¿en qué debiera manifestarse el impacto del PADB en la población infantil?:

“Eh buenos logros en cuanto a factores nutricionales, buenos rendimientos educacionales y académicos cierto, eh menos riesgos asociados al desarrollo ya, eh y en el futuro cuando ya son adolescentes, menos riesgos asociados a embarazos en adolescentes, embarazos precoces no es cierto, ah eh alcoholismo, drogadicción, menos no cierto que nuestra población pueda acceder a esas lacras sociales.” (Prestadora, Posta de Salud Rural Chilecito, Región de Coquimbo).

“O sea a largo plazo lo que te dije al principio con la brecha que tenemos a nivel sociocultural, y a corto plazo lograr mejor desarrollo psicomotor, más estimulado, menos violencia intrafamiliar, mejorar la relación madre-hijo, eso.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, Región Metropolitana).

“El impacto que nosotros queremos es que los esos padres reciban la educación necesaria y estar atentos a que esos índices de riesgo disminuyan, por ejemplo esos niños con desnutrición disminuyan o esos niños y madres con riesgo social disminuyan... porque aquí hay harta pobreza por los trabajos temporales que hay acá, porque aquí todos trabajan por temporadas que influye a que haya mala situación económica. Que al largo plazo se vean que las escolaridades sean mejores.” (Prestadora, Consultorio Llaillay, Región de Valparaíso).

En relación a lo anterior, los (as) prestadores (as) relevan ciertas características particulares del PADB en comparación con otros programas, donde lo destacan por aportar herramientas útiles para desarrollar estilos de vida saludable, entregar una atención integral e interdisciplinaria entiendo a la familia como la beneficiaria de la atención. En este sentido, se valora el PADB como un programa que tiene características únicas, capaz de generar cambios en la sociedad, en el fortalecimiento de

la familia y en desarrollo futuro de los (as) niños. Ello genera que a pesar de las dificultades que pudiesen observarse en un centro de salud de igual modo los profesionales generan una visión de futuro concreta a partir de lo que propone el programa.

“(...) ingresamos a un paciente que lo vamos a ver después en 9 meses, eso es lo llamativo, nos estamos preocupando de niños antes que nazcan, nos estamos preocupando de los niños que tienen rezago, nos preocupamos de la familia. Estamos aportando a estilos de vida saludable, ya que tenemos nutricionistas, asistentes y eso. El programa tiene esa dinámica.”
(Prestadores, Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta, Región de Antofagasta).

En cuanto a la incidencia directa que ello tienen en los niños y niñas algunos prestadores(as) lo explican así:

“Niños estimulados con menos rezago, más felices en realidad. Yo creo que se va a lograr, dándole las ganas y haciendo el sistema más humano como se ha hecho se va a lograr. Quizás no se va a ver en 2 años o en 1 año pero en 10 si se van a poder comparar como son nuestros niños y con son los de 10 años más.” (Prestadora, Posta de Salud Rural Buchupureo, Región del Biobío).

“En los niños, en disminuir los rezagos, en disminuir los déficit. Eso es lo que nosotros esperamos. Hacer todo el trabajo en la mamá para luego poder ver un resultado en los niños.”
(Prestadora, Posta de Salud Rural La Rosa, Región del Libertador Bernardo O’ Higgins).

Lo importante de este impacto en el desarrollo de los niños es que no sólo se queda en lo inmediato sino que se proyecta en el largo plazo y se asocia a un desarrollo global de la sociedad.

“(...) Vemos en el corto plazo de que los niños más estimulados que tienen un apego mejor, son productos que en el futuro van a ser beneficiosos para la sociedad y no van a constituir una carga social, entonces veo hoy en día, porque ya son 18 años no cierto que te contaba que veo nuestras embarazadas, veo los chicos que eh tienen un mayor desarrollo de su coeficiente intelectual, tienen más capacidades y yo creo que en el futuro vamos a ver mucho más éxito en eso, veo mucho más competente a nuestros niños para enfrentarse a los problemas, ahora a la vuelta de la esquina eso si lamentablemente están los factores de riesgo, cuan fuerte van a estar ellos para enfrentar todo eso no lo sabemos.” (Prestadora, Posta de Salud Rural Chilecito, Región de Coquimbo).

Esta visión de largo plazo, sin embargo, conlleva a percibir una imposibilidad de medir el impacto del PADB en el desarrollo de los (as) niños (as). Lo anterior también lo asocian gran parte de los prestadores(as) a que aún se encuentran en una fase de implementación, por tanto falta tiempo para realizar las primeras evaluaciones. Asimismo asumen que las herramientas que entrega el PADB son sólo un factor entre muchos que el (la) niño (a) y la familia deberán sortear en el futuro, como por

ejemplo, las condiciones socioculturales donde habitan. Así lo explican:

“Yo creo que las consecuencias o los beneficios que puede tener es un tema de mediano plazo...con la disminución de la delincuencia, con el desarrollo de la educación, pero también con efectos a mas largo plazo, cómo ya saben que hacer con los niños, son procesos con los cuales van a poder cambiar a sus propios hijos. Si logramos que estos procesos del Chile Crece Contigo, se desarrolle bien, va a provocar un cambio en la estructura generacional.” (Prestador, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, Región de Valparaíso).

“Es que hay que ir evaluando, como te digo yo, me siento satisfecha con las cosas de acá a pesar de los obstáculos, pero eso lo vamos a evaluar no ahora, sino que después, cuando ya veamos quizás a un niño que tenga ya unos dos o tres años en el programa para ver los beneficios reales, pero a esta altura no te puedo hablar de hijos del Programa porque son bebés todavía. Entonces, como tal no, no podemos evaluar. Entonces, esto es a largo plazo, los programas nunca tienen resultados inmediatamente, jamás y eso estadísticamente esta comprobado.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta, Región de Antofagasta).

“Que ese niño a lo mejor no va a estar en un riesgo tan alto dentro de su escena familiar, que tal vez si logramos reducir a tiempo el tema de la drogadicción podríamos evitar que ese niño extrajera ese cuento, por lo tanto permite que eso se vaya a notar en el recién nacido, en como evoluciona él y hablo de un niño de 5 o 6 años que va a estar en control, entonces se debería notar en el niño.” (Prestadora, Consultorio Poetisa Gabriela Mistral, Región Metropolitana).

3.1.3. Expectativas del empoderamiento de las madres.

Como se ha señalado, las expectativas de los (as) prestadores (as) dice relación con el impacto en los (as) niños y sus madres expresado en el deseo de lograr estimular niños a través del apoyo familiar y que ellos estén preparados para ingresar al sistema educativo, lo que conlleva empoderar a sus madres con herramientas educativas e informativas que pueden llevar a cambios estructurales en la cultura sobre la maternidad y a cambios en acciones concretas al interior del centro de salud.

A diferencia de la dificultad de realizar mediciones de los niños (as) en el caso del trabajo con las madres los resultados son más tangibles para los (as) prestadores (as) y ello ha permitida también generar expectativas de corto, mediano y largo plazo.

“Nosotros partimos hace poco, hace como un año, y las embarazadas que han terminado su embarazo, hemos evidenciado que el vínculo que hemos creado, entre mamá e hijo, a sido como... realmente familiar e hijo... bastante importante, porque en comparación con antes del programa hay un mejor vínculo psicoafectivo con el hijo, y eso lo han notado yo y la enfermera.”

(Prestador, Posta de Salud Rural El Tabo, Región de Valparaíso).

“En los niños, (heee) que lo que yo te decía eso se refleja en al estar la mamá tranquila el niño está tranquilo y la mayoría de los niños sonríen, están más felices, los papás, y se supone que el box es un ambiente de estrés para ellos entonces generalmente tienden a llorar, pero es no es tan común ver niños llorando, se ríen están mas tranquilos las mamás te hablan y se calman rápido o la mayoría no llora, es el cambio ese de actitud se notan mas tranquilos mas pasivos.”
(Prestadora, Consultorio Alemania de Calama, Región de Antofagasta).

En cuanto a las expectativas enfocadas directamente a lo que esperan lograr en las usuarias y sus familias, puede verse ejemplificado en la siguiente cita, donde a la prestadora se le pregunta de qué manera visualiza los impactos del PADB en las familias, y responde:

“Buenos, buenos (...)yo tengo una chiquilla, que partió con un embarazo no deseado, no quería la guagua, casi quería darla en adopción, y a medida que empezamos (...)el trato es distinto, el apoyo, yo la mandé no sólo a talleres acá, cuando hicimos el lanzamiento, la mandé a la feria de Chile Crece, fuimos a unos actos a nivel municipal. Ella me contaba que la guía para ella era súper importante, porque se sentía que ella no estaba sola en este embarazo, como mamá, se sentía como que al final tenía a todas sus preguntas por lo menos respuestas a sus dudas. Y bueno, y su cambio del ingreso del embarazo, a los cinco meses, ella adoraba a su guagua, y era la persona más feliz del mundo, no lo quería dar en adopción, no lo quería abortar, ni mucho menos, entonces, tú sientes un cambio y tú dices esa realidad, ya si por lo menos tengo una, en quien para ella este embarazo es algo muy bueno, después de haber sido algo muy malo. Es un como un logro para mí, en lo personal. Y para mis colegas también, el ver que los papás vienen a control y vienen como súper entusiasmados y vienen como con sus preguntas, y las mamás la verdad que son medias tímidas y los papás, hacen más preguntas que la mamá, todas esas dudas, es como más agradable de trabajar con ellos.” *(Prestadora, Centro de Salud Familiar Clotario Blest, Maipú, Región Metropolitana).*

Se espera que las herramientas que el PADB entrega a las madres y a la familia en general se traduzcan en un aprendizaje que sirva para que cada familia se empodere. En este sentido, se entiende que las acciones y contenidos que se entregan a las usuarias y sus familias, constituyen solamente una herramienta (mirada no asistencialista) que la familia deberá tomar y apropiarse para su propio fortalecimiento:

“Que están educadas. Para mí lo clave en todo esto es la educación, la mamá tiene que estar informada de los cambios que se están produciendo, qué puede pasar le que puede no, qué es normal que no. Una mamá bien informada sabe cuando acudir por ejemplo al hospital, no porque sintió un dolor.” *(Prestadora, Centro de Salud Familiar Dr. Iván Insunza, Maipú, Región Metropolitana).*

“Entonces la embarazada cuando llega a tener su guagüita está informada, sabe quién la va a recibir, con quién se va a contactar y eso es súper bueno y eso la hace sentirse más segura y, por lo tanto, hemos tenido parto relativamente más normales con recién nacidos más normales, que es una de las actividades importantes del programa.” (Prestadora, Hospital de Peñaflor, Región Metropolitana).

También se plantea que con las herramientas que entrega el PADB y las atenciones que recibe la usuaria a través de este programa, específicamente por estimular la participación de otros miembros de la familia en el proceso (de gestación o de parto) se le otorga una mayor confianza y seguridad a la usuaria:

“(…) ella tiene bastante más confianza, se siente bastante más segura, más acogida, el hecho que uno pueda recibirla con la familia o con la pareja siempre, eso es como el cambio que más se nota en realidad.” (Prestadora, Hospital de Peñaflor, Región Metropolitana).

“Yo creo que la gente tiene más confianza se sienten más confiadas y ya saben lo que están haciendo, y les quita como un peso de encima. Ahora ha disminuido el factor temor, Temor al parto, a quedarse sola y a que no voy a saber que hacer con mi guagua.” (Prestadora, Hospital Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’ Higgins).

En términos específicos, gran parte de las expectativas se centran en el impacto que el PADB puede generar en el desarrollo del (las) niños (as) mediante la educación que puedan entregarle a las mismas usuarias en relación a su proceso de embarazo. Así lo explican algunas prestadoras:

“Como hay más educación la mamá está más tranquila, acoge mejor a su guagua con más seguridad y eso se transmite a la guagua que se siente más segura más protegida, y seguramente por eso es más tranquila también.” (Prestadora, Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Región de Valparaíso).

En este sentido, se plantea que hay acciones concretas del PADB que han impactado en el desarrollo del (la) niño (a) y su relación con la madre, fundamentalmente en relación al apego. Esto puede evidenciarse en el siguiente diálogo:

- “Lo más grosero es lo del apego.
- “Sí porque cuando se dijo que había que dejarlo media hora arriba de la guatita con la mamá, las guaguas nosotros decíamos se nos van a enfriar, como había que hacerlo lo hicimos, pero ahí fuimos viendo que la guagua no se enfriaba, no llora, y pa uno era media hora de pérdida porque podíamos hacer tantas cosas en media hora, en vez de estar mirando como la guagua se entretenía con la mamá como conversaban como, era como una pérdida de tiempo pero es bonito ver eso.
- “Sí, uno se vuela también sí.

- *“Sí, porque te vas dando cuenta como se van reconociendo, eso es como grosero en el sentido de que es objetivo, es evidente, la guagua súper tranquila empieza a abrir los ojitos, y el show empieza cuando la sacas.*
- *“Sabes que hay otra cosa que puede ser no menor que es el tema de los cólicos. Hace mucho tiempo que no tenemos recién nacidos con cólicos, tú me puedes decir que tiene que ver eso, lo que pasa es que se ha probado que los cólicos en los recién nacidos tienen que ver con el estado de ánimo de la madre, y no es por telepatía sino que es como la madre toma al niño, el niño percibe el tacto ansioso, y empieza con el dolor de estómago, entonces eso hemos visto en los niños, cero cólico.” (Prestadoras, Hospital de Llaillay, Región de Valparaíso).*

3.1.4. Expectativas de la participación de los padres y otros miembros de la familia.

Un tipo de acciones que los (as) prestadores (as) valoran del PADB en relación al impacto que ha tenido en el fortalecimiento de la familia remite a la incorporación de otros miembros de la familia a la atención que recibe la usuaria, como por ejemplo al padre:

“Hay una segunda silla que hace tiempo se utiliza para que vengan a control en pareja, eh a nosotros igual nos ha ayudado mucho eso, y yo como varón en este caso, siento que era una deuda que teníamos, o que tenían con nosotros, el involucrarnos más en el proceso reproductivo, eh o no solamente él po, el que la acompañe, eso es como novedoso, de todas maneras igual se hacía mucho antes del Chile Crece, o sea viene con lo de Salud Familiar, que otra cosa, em, no se yo creo que la disposición de las personas en general, abiertas a lo que viene.” (Prestador, Consultorio El Palqui, Montepatria, Región de Coquimbo).

“(…) acá la idea es incorporar a la familia en todo el proceso. Los hombres son más reticentes a ver eso, porque antes era solamente la mamá, pero ahora los hombres hacen preguntas, vienen, o sea, es integrar a la familia, en las visitas o en el primer control ojalá que el padre también esté, porque la idea de fortalecer los vínculos es evitar el abandono de las parejas y tener padres que se comprometan con todo esto.” (Prestadora, Consultorio Llaillay, Región de Valparaíso).

En relación a lo anterior, se destaca el impacto que se ha logrado en la educación de los padres a través de acciones cotidianas, las que definen como parte de su trabajo y funciones. Con este tipo de acciones los (as) prestadores (as) han logrado visualizar ciertos resultados a nivel de impacto del fortalecimiento de la familia. En este sentido, se concibe que la entrega de información clara y certera es parte de un proceso educativo que deben tener las usuarias y sus familias a través del PADB, así se lograría derribar mitos sobre la maternidad y generar un cambio cultural en las familias:

“El principal impacto personalmente como te decía a largo plazo, que los padres puedan tener las herramientas para criar a sus hijos de la mejor manera. Y que en la etapa adulta no veamos

los sucesos que vemos ahora, la drogadicción, tanto embarazo adolescente y tanta delincuencia. La idea es poder preparar a estos padres para poder recibir a sus hijos. Y prepararlos exclusivamente para esta primera etapa.” (Prestadora, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Otro tipo de logros que los (as) prestadores (as) atribuyen al PADB tiene que ver con la participación en los talleres de las usuarias y sus parejas u otros miembros de su familia. Los logros en este sentido, los miden en relación a la asistencia a los talleres y a la regularidad con que las usuarias asisten a los controles:

“Yo lo que he visto es que se ha consolidado más la unión de pareja. Bueno, ya no se ve mucha niña soltera, abandonada por su pareja. Yo les pregunto siempre oye vas a estar con tu pareja, o cuando nace la guagüita, me dicen si no, si estamos juntos, bueno no vivimos juntos me dicen, pero va todos los días, me ayuda con la guagua. Hay muchos hombres que ahora cambia pañales. Ahora participan más, se están consolidando en pareja. No puedo decir que es un éxito cien por ciento, pero no se ve tanta niña soltera, sola. Sola, sola, digo yo, que no tenga pareja. Incluso se llevan mejor con los papás, porque ahora se instauró que el embarazo no importa que sea soltera. Eh ha estado bien en ese aspecto.” (Prestadora, Posta de Salud Rural Codigua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Cabe destacar que la presencia del padre en las atenciones que reciben las usuarias se percibe como una novedad positiva del PADB y se traduce en un fortalecimiento de la expectativa de impacto en el fortalecimiento de la familia por parte de los prestadores(as). Por ejemplo, la presencia del padre en el parto pasa a formar parte de una naturalidad dentro del Centro de Salud, y esto genera consecuencias positivas en la futura participación del padre en la crianza de su hijo (a) y en el vínculo que se establece en la familia:

“Generalmente el papá que entró al parto va a venir al control después. Son papás bien preguntones también, consultan mucho, lo que sí yo he notado es que está mitad y mitad la participación con el bebé, con el hecho de vestirlo mudarlo, hay una mitad que está bien empoderada.” (Prestadora, Hospital de Llaillay, Región de Valparaíso).

Lo mismo sucede con la vinculación que resultaría de la participación del padre u otros miembros de la familia de la usuaria en las actividades del PADB, como la asistencia a los talleres y la vinculación que se produciría como consecuencia de la revisión de los materiales entregados por el PADB a la usuaria y que usa en su casa:

“En este tiempo, en este tiempo yo lo he visto más que nada con las embarazadas, en lograr más conocimiento, en la incorporación de la pareja o alguna persona significativa. En que puedan participar en el parto y en el proceso, en el pre-parto, siento que va mucho en pro de la familia, en pro del vínculo madre, hijo, padre, eso me parece que se observa.” (Prestadora, Centro de

Respecto a la integración del padre en las atenciones de la usuaria, se espera que además de constituir un impacto para el desarrollo de la familia, constituya también un impacto en el desarrollo de los (as) niños (as). En este sentido, se considera el embarazo y el parto como una experiencia vital en la vida de las mujeres, y por tanto, debiera ser igualmente importante para el padre, y otros miembros de la familia. Debido a esta importancia que se le atribuye al embarazo y al parto en la vida de una mujer, es que el acompañamiento del padre (u otros miembros de la familia) se vuelve crucial para los (as) prestadores (as):

“Mira yo creo que el hecho de que el hombre o el padre, ingrese a una sala de parto o de pre parto, es un cambio cultural súper importante. O sea, antiguamente el tema del parto era sólo de las mujeres, el hombre no entraban al parto, no presenciaban eso antiguamente, hay un montón de estudios que avalan que la familia esté reunida en este momento del parto, que la pareja esté y no sólo la pareja en el caso de los embarazos de adolescentes, la mamá, la abuela, su tía, una amiga es súper importante, generan lazos y vínculos que antes no se generaban.” (Prestadora, Hospital El Pino, San Bernardo, Región Metropolitana).

“Yo creo que hay, al ver una gestante venir a otra persona como su pareja u otra persona, están viendo...entonces ya no es un control en donde vengan solas y las estamos estimulando a que vengan a los talleres... yo creo que eso es fundamental, y la participación del padre en el parto que ahora es sí o sí, que viene como parte de la meta u otra persona acompañando, ya con eso quedamos...una buena atención y un buen acompañamiento.” (Prestadora, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso).

Como se ha señalado otra línea de expectativas se pone en el fortalecimiento y rol que juega la familia (como grupo) en el proceso de embarazo y desarrollo de los niños y niñas.

“Yo creo que en general la familia abordó en forma mucho mas integral el proceso y al estar más integrado al proceso, se fortalece el núcleo familiar, hablando ya sea de papá, mamá e hijo. Puede ser abuela, mamá e hijo. Pero si una persona pensaba que iba a perder la vida. Hablando de un embarazo adolescente, no se ve con las puertas cerradas ni se siente sola. Y ve que su hijo no es algo tan malo. Lo ve como algo positivo.” (Prestadora, Hospital Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O’ Higgins).

Por otra parte, también se observa que algunos prestadores(as) enfocan su accionar a la solución de problemas del contexto familiar de la usuaria como una estrategia de trabajo para lograr impactar positivamente en el fortalecimiento de ella. De esta forma, las expectativas que generan implican, en algunos casos, un involucramiento mayor de los profesionales con las usuarias que se extiende más allá del centro de salud.

“Yo he tenido resultados en algunas intervenciones, donde, por ejemplo, no sé pues, los papás estaban peleados y uno trata de que se resuelva la situación, tanto en la casa, que es mucho más fácil, como te decía, o por ejemplo, la niña embarazada adolescente que ven como si fuera lo último del mundo que haya quedado embarazada, uno trata de intervenir ahí en ese aspecto para dar vuelta la situación que no es tan así, yo pienso que el impacto es realmente en ese ámbito, tratar de con la conserjería familiar revertir el impacto de riesgo que existe en la familia, especialmente cuando se trata de relaciones familiares.” (Prestadora, Hospital de Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador General Bernardo O’ Higgins).

Las expectativas en el desarrollo de los (as) niños(as) va de la mano con las expectativas de impacto en el fortalecimiento de la familia, en el sentido de que un (a) niño (a) que ha recibido atenciones del PADB, puede disminuir sus factores de riesgo psicosocial, porque el PADB ha contribuido a unir y fortalecer a la familia que rodea a ese (a) niño (a):

“Y la familia también que tengan una salud más integral, porque en el fondo si estás haciendo el seguimiento del niño estás haciendo el seguimiento de toda la familia también, porque no vas a ir a ver sólo al niño, si en ese hogar hay una persona enferma también lo vas a detectar y la vas a derivar o vas a pedir que la vayan a ver, y eso llega a la salud integral de la familia.” (Prestadora, Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Los Andes, Región de Valparaíso).

3.1.5. Expectativas de la Satisfacción de las Usuarías:

Otro tipo de expectativas tienen relación con lograr la satisfacción de la usuaria en el centro de salud donde recibió las atenciones, pues esto llevaría a la continuidad de la participación de la usuaria en el programa, y a la aplicación en acciones cotidianas de los conocimientos entregados y los aprendizajes recibidos:

“Mejor satisfacción de la usuaria que viene para acá, eso es lo primero, o sea la mujer que viene para acá debería quedar feliz de haber tenido su parto acá. Yo creo eso como primera cosa, como primero digamos a corto plazo, el saber que la mujer está contenta de haber venido a tenido la guagua a esta maternidad.” (Prestadora, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana).

“Hay mamás que salen muy, muy contentas, y vienen, lo más rico es que cuando no se po’ vienen al taller y ven a la misma matrona que está en la sala de parto, es una gratificación para ellas porque se dan cuenta que la misma matrona que está aquí las puede atender, porque ya hay un lazo, un nexo, entonces se sienten más seguras.” (Prestadora, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Región de Valparaíso).

“Los logros son lo que tú vas a obtener, en que si yo le digo a la mujer mira tú vas a ir a la maternidad y tú vas a tener a tu guagua de tal forma, tú misma vas a recibir tu guaguita, y allá se la dan y vienen para acá y dicen yo recibí a mi guagua, lo recibí, estaba mi pareja, estaba mi hijo y pueden tener una experiencia hermosa, que rico po’. Esos son ejemplos que vemos que en este momento se han logrado. Y es rico ver como la embarazada con su hijo dice tuve un parto como en un clínica, me atendieron de la misma forma.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta, Región de Antofagasta).

3.1.6. Expectativas a Nivel Organizacional.

Finalmente, se observó un último tipo de expectativas que dice relación con el nivel organizacional. Se apuesta por articular una forma de trabajo en equipo, detonar un cambio cultural del trabajo en salud (humanizar la atención), crear conciencia en el trabajo de red y generar un reconocimiento del trabajo realizado. Es decir, se espera que el PADB pueda entregarle a la usuaria, su familia y al (la) niño (a) herramientas y conocimientos mediante el apoyo de una red intersectorial e interdisciplinaria.

Se espera que esta red entregue apoyo a las usuarias para suplir carencias de otro tipo, por ejemplo, laborales, educativas, de vivienda, o bien, entregarles la atención necesaria en casos de adicción a drogas o alcohol. Lo novedoso del PADB es que tiene las herramientas para unir diversos programas ya existentes, mediante flujos de comunicación establecidos mediante la coordinación del PADB. Las expectativas que los (as) prestadores (as) tienen respecto a esta red local pueden sintetizarse en los siguientes extractos:

“El impacto sería que los niños tengan todas sus etapas bien desarrolladas y cumplidas con todo su apoyo, en caso que haya algún riesgo poder ayudarlos, si necesitan redes de apoyo para evitar que se repitan las mismas cosas en la familia digamos, la droga, el abuso sexual.” (Prestadora, Hospital San Juan de Dios de San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

Con la coordinación de esta red local se espera que las usuarias reciban una atención más integral, que puedan atenderse situaciones de manera fluida y eficaz, logrando un seguimiento de estas acciones de un punto de la red a otro. En este sentido, otra de las expectativas de impacto que tienen los (as) prestadores (as) en relación al PADB tiene que ver con constituir una red local de apoyo que le entregue las herramientas necesarias a las usuarias y sus familias para garantizarles condiciones básicas para recibir al (la) niño (a):

“Por ejemplo, tú ves que hay una embarazada que no tiene casa, que acaba de llegar, que no tiene luz ni agua, tú te empiezas a meter, diciéndole que vaya a la Municipalidad, que haga tal cosa, que ella tiene la fuerza y la capacidad. Es fundamental darle confianza a la familia y tú lo

ves cuando viene la familia entera al control. Por ejemplo, tengo un embarazo adolescente y viene la mamá, la pareja de la mamá a controlarse con ella y están dentro de todo el proceso. Así, están más tranquilos.” (Prestadora, Centro Comunitario de Salud Familiar Antofagasta, Región de Antofagasta).

“Mira yo creo que el impacto debiese ser, en que esa embarazada en que nosotros detectamos riesgo realmente tenga apoyo, desde todas las redes del sector salud y desde las redes también del Municipio, si necesita ayuda económica, apoyo psicológico, si hay caso de drogas que tenga su tratamiento o sea, que realmente tenga un apoyo con tal de obtener una embarazada con menor riesgo, un niño también con un normal desarrollo, está todo encaminado hacia eso.” (Prestadora, Consultorio Madre Teresa de Calcuta, Puente Alto, Región Metropolitana).

“Eh, a ver. Yo creo que ahí lo que se espera es que la persona que está con problemas biopsicosociales tratar de contactarla con los servicios públicos que le puedan hacer algún aporte o algún ayuda o tratar de solucionar el problema que tiene en ese minuto.” (Prestadora, Posta de Salud Rural Santa Marta, La Ligua, Región de Valparaíso).

3.2. SUGERENCIAS.

Dentro de la evaluación que los (as) prestadores (as) han hecho sobre el funcionamiento del PADB en los centros de salud, detectan ciertos problemas que han impedido que el PADB se instale de manera completa. Desde estos problemas, los (as) prestadores (as) han sugerido algunas acciones para que el PADB pueda consolidarse en los centros de salud.

3.2.1. Necesidad de coordinación intersectorial.

Un primer conjunto de recomendaciones responden a una queja de nivel más macro, que ubica al PADB como una política pública que no ha logrado instaurarse en relación con otras de su tipo, por falta de coordinación intersectorial y por la debilidad de las redes. De esta forma, se puede observar que los (as) prestadores (as) del PADB proponen un primer tipo de recomendaciones orientadas al mejoramiento de las coordinaciones interministeriales, interprogramático, junto al apoyo y mejoramiento de la red local. En esto se puede ver que:

“Es que es súper importante, yo te decía, si la coordinación hubiera sido buena desde un principio nosotros hubiéramos avanzado a pasos agigantados, quizás estaríamos al nivel de otras comunas que yo sé que están muy avanzadas en el Programa, obvio si la coordinación tiene que ser la base, entonces, es lo principal porque si no hubiésemos estado tan bien coordinados (...) Nuestras usuarias cuando nosotros las mandamos a la Muni tendrían respuesta y no que me las devuelvan sin ninguna solución. Entonces es un gasto de dinero para

ellas, en locomoción, este sector es lejos.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta, Región de Antofagasta).

Se propone también cambiar las estrategias de coordinación entre la red local, y buscar una estrategia de coordinación que acomode y funcione efectivamente. Esta sugerencia aparece en extractos como los que se presentan a continuación:

“Yo creo que con una buena coordinación se mejoran muchas cosas, muchas cosas y quizás no sea tan necesario reunirnos todos los meses, si no... hay maneras de coordinarse telefónicamente, que uno puede, no sé po’, avanzar. Yo creo que la base es la coordinación que tiene que haber y lo otro es que realmente se cumplan las cosas que ofrece el Programa. No te lo digo a nivel de profesional, no, estoy hablando a nivel de usuario. Que si el Programa le ofrece muchos beneficios que realmente puedan obtener esos beneficios no a nivel de nosotros de salud, no, sino a nivel de gestante, porque si yo le digo a la gestante mira tú vas a obtener esto, que realmente lo obtengas, que no haya tanta protocolo ni burocracia de por medio, no que venga mañana, no que venga pasado, no que todavía no ha llegado su credencial, que quizás le va a llegar, ¡no!, seamos ...ya ingreso, ya ahí tiene sus cosas, porque eso igual hace que la paciente se tenga adhesión al Programa.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta, Región de Antofagasta).

Se presentan otros problemas, que si bien no tienen relación directa con el diseño e implementación PADB, pero sí con la necesidad de una política de Estado coherente en relación a este programa. Hay distintos programas a nivel de distintos ministerios, que tienen expectativas distintas, y le exigen distintas cosas a la mujer, que pueden llegar a contradecirse y a impedir que las acciones de un programa tengan resultados efectivos. Esto se puede aplicar en el caso de la asistencia a los talleres por parte de las mujeres trabajadoras:

“Faltan otras, pero como te digo no son inherentes propiamente de Chile Crece Contigo. La mamá trabajadora no cierto, la protección a la maternidad, teóricas, porque hay trabajos que son de riesgo y uno ve que las embarazadas tienen que trabajar igual. Entonces la reubicación laboral que significa, el certificado que puede dar la matrona para que esa embarazada no tenga riesgo, eso es hasta cierto punto porque va a depender de la voluntad del empleador, entonces esta protección a la maternidad, ya el hecho de que una mujer trabaje, el hecho de que trabaje independiente del tipo de trabajo que hace es un factor de riesgo para el embarazo. Entonces esos aspectos a lo mejor habría que, desde el punto de vista legal luchar por esos aspectos.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Los Castaños, La Florida, Región Metropolitana).

Otra necesidad que se plantea es instaurar métodos de coordinación más eficientes entre los distintos sectores del PADB que permitan un fluido traspaso de información:

“Coordinarnos mejor por ejemplo, capacitarnos mejor, saber de lo que estamos hablando, yo

creo que eso también es a posterior, después con este recién nacido cuáles van a ser nuestras intervenciones ahí. Yo sé que están llegando materiales, hay reunión, como te planteé anteriormente mañana, donde se van a ver algunos temas específicos con respecto al Chile Crece, lamentablemente no va a poder ir nadie mañana porque se nos cruzó con otras reuniones, entonces ése es un tema también o sea. Pero los recursos están, yo creo que el tema del espacio físico donde se pueda (...) ése es un tema que también tiene que definirse desde acá ¿te fijas o no? pero mayormente yo creo que no, no. Ahora yo, yo lo que sí siento que yo participé y que a lo mejor no tiene nada que ver con esto, pero yo me acuerdo que el año pasado estuve en una capacitación, el año pasado del Chile Crece en que fue una semana en que, en realidad". (Prestadora, Centro Comunitario de Salud Familiar Modelo, San Ramón, Región Metropolitana).

3.2.2. Necesidad de asumir los obstaculizadores estructurales.

En el discurso de los (as) prestadores (as) se evidencia la existencia de ciertos impedimentos estructurales que no permiten el desarrollo total de algunas acciones del PADB, ni la aplicación total de ciertas herramientas para el desarrollo del (la) niño (a) y el fortalecimiento de la familia, como por ejemplo la posibilidad efectiva de que las parejas participen de las prestaciones. En este sentido, se plantea como problemática algunas condiciones contextuales a las localidades de los centros de salud del PADB, se detectan algunos elementos que explican ciertas falencias del programa, por ejemplo, en cuanto a la asistencia y participación de las usuarias en los talleres que ofrece.

Algunos de estos problemas se pueden clarificar en las siguientes citas:

"No siempre vienen al taller. ¿Por qué no vienen? Por distintas razones, porque tienen otro niño que no tienen con quién dejarlo, que no tienen dinero para la micro, que la micro pasa a la una de la tarde y después no tienen otra micro para llegar y salir caminando son algunas caminan 2 kilómetros para llegar a la carretera para tomar la micro, entonces todos esos factores influyen en el hecho de que las personas... como no lo consideran importante, no vengan." (Prestadora, Consultorio Curimón, San Felipe, Región de Valparaíso).

"O sea, yo por ejemplo creo que sí favorece, pero lo que sí lamentablemente no siempre puede estar la pareja, lo ideal es que la pareja siempre pudiera acudir a los controles, que pudiera acudir con ella a la maternidad, a la visita, y que pudiera estar con ella en el pre-parto y en el parto. Pero lamentablemente no siempre se da, de hecho en una mujer que trabaja no siempre se puede pedir permiso para ir a los controles, entonces si el hombre es el que trabaja en la casa." (Prestadora, Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, El Bosque, Región Metropolitana).

"Se podría lograr algún avance, pero muy, muy a largo plazo. No creo de que, a ver, la experiencia yo veo por ejemplo, que todavía por ejemplo, hay muy poca participación del padre,

pero no porque no se le hayan abierto las puertas o no se le haya invitado, hay una serie de problemas por los cuales no asisten porque la mayoría de las mujeres son solteras y sin convivencia y quedan solas. Entonces cómo tú atraes a, si no está ni ahí que la mujer esté embarazada, entonces, por ese lado, o sea, si uno dijera que todas son familias en la cual solamente hay que tratar de, de, de como atraer al, al padre, sería súper bueno, pero no es solamente ese problema. Porque muchas mujeres están solas, quedan embarazadas y cursan todo su embarazo sola por ese lado del padre. Ahora, también hay mujeres en la cual la han echado de la casa porque quedaron embarazada, entonces ¿cómo tú lo haces? No sé, la familia es difícil.” (Prestadora, Consultorio Barros Luco, Región Metropolitana).

Otro aspecto donde se encuentran las sugerencias a nivel de las condiciones estructurales hace referencia a las condiciones laborales inestables, y a la incertidumbre respecto a la continuidad del programa, sobre todo por tratarse de una política pública de un gobierno en particular. Al respecto, se plantea lo siguiente:

“Mejoramiento de infraestructura y que no se quede como un programa de este gobierno. No sabemos que va a pasar con las elecciones, no sabemos que va a pasa.” (Prestador, Hospital de Pichidegua, Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O’ Higgins)

“Las matronas que atendemos parto, deberían estar haciendo apego, que no todas lo hacen y en la neo la matrona que está a cargo de las guaguas que están recién nacidas, ellas también deberían estar favoreciendo el apego, no siempre lo favorecen ¿ya? porque están como muy preocupadas de que a la guagua le pase algo, entonces no siempre lo favorecen y la técnico paramédico está muy preocupada de sus labores que dejo de hacer, que está dejando de hacer y que tiene que estar hay al lado de la guagua vigilándola y pensando en lo que tiene que hacer y que se le está atrasando, entonces es todo un problema”(Prestadora, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana).

En el marco de esta incertidumbre y sumado al desgaste propio de este tipo de trabajos se hace alusión a la creación de una instancia de autocuidado.

“Sabes lo que hace falta también, autocuidado para nosotros, porque oye uno ve tanta pobreza que lo que hace falta es autocuidado, imagínate los que vienen saliendo de un liceo, que no tienen manejo de ciertas situaciones, capacitación para ella, autocuidado, no hay un tiempo dedicado al autocuidado que es muy necesario.” Prestadora, Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, Valparaíso, Región de Valparaíso).

Otro problema vinculado al recurso humano es que se percibe una la rotación del personal, especialmente a nivel de coordinación local del programa. Esto se debe a que las condiciones laborales no garantizan la estabilidad de los (as) prestadores (as) y coordinadores (as) del PADB en los centros de salud. Esta rotación de personal, especialmente a nivel de coordinación local, genera

el problema de que interrumpe la continuidad del programa en el centro de salud, corta la comunicación y la organización lograda, y con la nueva coordinación debe comenzarse desde cero. Ante ello, los (as) prestadores (as) manifiestan lo siguiente:

“Los más grandes problemas, bueno, falta coordinación entre médico matrona, falta de normas, el hecho de que hayan cambiado tantas veces director, no hay por ejemplo, por el tema de la contratación del personal, o que hay dificultad con los pagos del personal, qué otra dificultad, eso es.” (Prestadora, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Región de Valparaíso).

“A ver, sugerencias, yo era la matrona encargada del ChCC, yo me retiré del programa, porque yo creo que con el programa se pueden lograr un montón de cosas, pero para que esto se logre tiene que haber, por ejemplo dentro del hospital tiene que haber un equipo de trabajo, pero eso no lo hay, entonces es muy difícil querer lograr cosas cuando todos te están poniendo obstáculos o te cierran las ventanas o te cierran las puertas y no podís llegar po’, o tampoco te dan los recursos o no tienes las herramientas para lograr más cosas, tampoco por ejemplo el equipo que trabaja en el ChCC con respecto a no se po’, a las platas, uno puede estar dos meses tres meses trabajando gratis, y no ves resultados en eso tampoco, entonces no hay un incentivo, no hay estímulo, y el equipo se tiene que incentivar solo.” (Prestadora, Hospital Carlos Van Buren, Región de Valparaíso).

3.2.3. Necesidad de superar el déficit de recursos para el desarrollo del PADB.

Otro punto donde convergen las sugerencias de los (as) prestadores (as) corresponde a la manifiesta necesidad de recursos complementarios para favorecer la asistencia y la participación de las usuarias en el PADB. En primer lugar se habla de recursos financieros, como un tipo de recursos que a pesar de haberse solicitado, no llegó a tiempo, no hay claridad respecto a los motivos de la tardanza, y además perjudica a la ejecución del PADB, puesto que para entregar muchas herramientas y lograr realizar varias acciones, los (as) prestadores (as) han debido recurrir a otras estrategias para lograr concretar esas acciones, como por ejemplo, el uso de sus propios recursos personales.

También hacen referencia a la falta de materiales para la realización de actividades propias del PADB, y de la necesidad de ordenar lo relativo a esos insumos desde el nivel central del programa para que no haya confusiones ni falsas expectativas en relación a éstos. Se habla también de la necesidad de una mayor cantidad de recursos humanos, a causa de la falta de personal para la realización de las múltiples tareas que el PADB exige. En este sentido, los (as) prestadores (as) proponen la contratación de personal exclusivo del PADB.

En relación a los recursos humanos, fundamentalmente la sugerencia apunta a contratar más horas

de profesionales del programa para poder abarcar la carga laboral:

“Que contemplen más horas psicóloga, porque yo considero que es poco, por ejemplo, nosotros tenemos la psicóloga en la pura mañana no más, pero de repente nos llegan pacientes todo el día, entonces yo no sé como funcionan los consultorios, yo no sé cuántas horas tienen los psicólogos y todo, pero quizás debiera haber más hora psicóloga, porque una paciente que tenga un problema más o menos serio, de apoyo psicológico le ocupa mucho, mucho tiempo, quizás por ahí podría andar el asunto” (Prestadora, Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Región de Valparaíso) .

“Muchas veces no se podían ejecutar como se debería, como se debe por falta de recursos, llámese recursos humanos, profesionales que eran muy pocos las horas que de hecho, las horas que yo contaba era la única persona que estaba ejecutando lo que era el Programa, porque mis colegas tienen lo que implica en realidad que seguir con todo el desarrollo de los programas de la mujer, metas y cosas y ya cada profesional con su con su trabajo” (Prestadora, Hospital de Coínco, Región del Libertador Bernardo O’ Higgins).

“Mira, los problemas que hemos tenido más que nada acá, es como hay una población tan grande de niños y hay pocos recursos humanos entonces las horas estaban colapsadas, muy colapsadas de horas entonces es muy difícil hacer el tiempo, y el tiempo que tenemos generalmente es para talleres para más como que tenemos que darle ...al poco tiempo que tenemos , entonces las visitas domiciliarios son mas escasas, por ser más, ir allá a hacer las visitas entonces más que nada eso, las matronas también están igual que nosotras, con las horas muy, muy apretadas entonces a veces tenemos que quedarnos después del trabajo ,eso más que nada son lo problemas. Y las sugerencias: extensiones horarias, sería como una de las ideas, eso más que nada, porque lo demás ya no es pega de nosotras, lo de la discusión y esas cosas.” (Prestadora, Consultorio Alemania de Calama, Región de Antofagasta)

Respecto de los recursos financieros, la sugerencia que hacen los (as) prestadores (as) se basa en que los elementos centrales del PADB ordenen, formalicen y transparenten este asunto, para que la información respecto a este tipo de recursos llegue de manera certera y fluida a cada uno de los centros de salud:

“Yo acá creo que lo que es plata no está muy regularizado, o sea acá no hay nadie que lleve, que esté contabilizando o que esté supervisando que la plata se utilice en lo que corresponde, nosotros como consultorio estamos así porque somos profesionales, y otra porque nos gusta lo que hacemos, pero también muchas veces sale todo de nuestro bolsillo, o sea si tu ves el auditorio es súper chico, no tenemos ventilador, en el tiempo de verano las pobres gorditas ahí muertas de calor, a veces de nuestro propio bolsillo sacamos pa unos juguitos y sale caro, si sale por cuenta de la psicóloga, ¿ya?”(Prestador, Consultorio Oriente de San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’ Higgins).

“Bueno el problema básico acá, la infraestructura y de repente cierto recurso de movilización para hacer visitas domiciliarias. Ese es el gran problema que hemos tenido acá. Y sugerencia una buena alternativa disminuir quizás un poco la burocracia en ciertos aspectos porque por ejemplo hablamos con la encargada comunal si podemos comprar “x” cosa, ya ella nos dice, pídanlo con tiempo por que de aquí va para allá, de aquí va para allá y después recién llega, entonces en eso se va dilatando eso y nos van llegando los recursos mas tarde de lo que uno espera, eso seria el problema, es como una sugerencia, hacer una coordinación mas expedita.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Lo Franco, Región Metropolitana).

Otro aspecto que sugieren los (as) prestadores (as) del PADB de manera recurrente corresponde a asegurar la infraestructura necesaria para llevar a cabo la ejecución del programa de manera efectiva. Es decir, si no se cuenta con una infraestructura apropiada difícilmente podrán realizarse varias de las actividades que el PADB requiere, como por ejemplo, los talleres para las usuarias, o también ciertas atenciones más personalizadas, que por falta de espacio no se pueden hacer:

“Faltan camas, camas para eso, porque no nos permite sacar la paciente a parto como yo lo hacía antes, tiene que estar en la recuperación y en la recuperación hay puras camillas para las púerperas.” (Prestadora, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana).

“Claro, por ejemplo te explico, si yo quiero hacer un taller con 10 embarazadas, yo acá no tengo espacio físico entonces ya me tengo que movilizar hacia otro, tengo que ir a conseguir una sede vecinal para que, para poder realizar una actividad, muchas veces eso te significa costos, o sea yo tengo que arrendar la sede ponte tú, o tengo que trasladarme con 10 embarazadas a otro lugar que no es cercano, entonces todo eso dificulta” (Prestadora, Consultorio Chañaral Alto, Montepatria, Región de Coquimbo).

3.2.4. Necesidad de medir los resultados del PADB.

También se hace mención a la necesidad de hacer mediciones certeras respecto al impacto y resultados del PADB, tanto en el desarrollo de los (as) niños (as), como en el fortalecimiento de la familia. Sobre ello se plantea que:

“Yo creo que eh nos falta evaluar los resultados de las intervenciones, pero con algún sistema de pauta, por ejemplo hacemos una evaluación del antes y después ¿ya?, porque nosotros creemos que el resultado que ha tenido, por lo que vemos acá, pero lo que nos falta es preguntarle a las familias, a las mamás, a ellas ¿cuál es el impacto para ellas?, porque nosotros tenemos una visión desde lo que nosotros otorgamos pero al revés a lo mejor no pasa nada” (Prestador, Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado, Macul, Región Metropolitana)

Ligado a lo anterior, se espera poder medir de manera más concreta los resultados del PADB en el impacto sobre el desarrollo de los (as) niños (as) y en el fortalecimiento de la familia. A este respecto, sugieren cosas como hacer evaluaciones una vez al año:

“Tendríamos que tener indicadores a final de año.” (Prestadoras, Hospital del Salvador de Peumo, Peumo, Región del Libertador Bernardo O'Higgins).

“En algún momento deberíamos hacerlo, porque si nosotros estamos hablando de apego, de estimulación prenatal, deberíamos tener menos niños en situación de abandono, menos niños en situación de maltrato, considerando que está comuna si lo tiene, pero no hemos cuantificado eso todavía.” (Prestador, Consultorio Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo, Región Metropolitana)

3.2.5. Necesidad de mejorar la difusión interna y externa del PADB.

Un aspecto que emerge repetidas veces por los (as) prestadores (as) del PADB es el que dice relación con los procesos por los cuales ellos (as) mismos (as) se informaron respecto al programa y sus labores particulares. Se sugiere una mayor capacitación e inducción sobre el PADB y la manera de llevarlo a cabo en los distintos centros de salud. A su vez, se plantea que el PADB ha sido poco difundido entre sus mismos (as) prestadores (as), que ellos (as) han debido informarse sobre la marcha, lo que ha llevado consecuencias negativas, que pueden ser revertidas si es que se entregara mayor información desde el nivel central del PADB hacia los distintos centros de salud:

“Para mejorar el Programa, yo creo, qué más que nada la difusión, porque es, yo lo encuentro muy bueno, pero encuentro que ha sido poco difundido, sobre todo en los actores principales que son los que deberían estar cien por ciento informados de que es, no puede ser que haya aquí treinta y seis matronas trabajando en el área de urgencia y desconozcan lo que es el Chile Crece Contigo, saben que existe porque lo escucharon nombrar, pero no, no saben cien por ciento que es, deberían hacerse mayor, mayor difusión porque imagínate que yo que tuve la fortuna de estar cerquita y asistir a toda esa, esa talleres que se yo, incluso todavía a mí me cuesta definir cosas del Chile Crece Contigo, o sea, yo, yo se que es lo que pretende, pero no lo puedo definir claramente, eso yo creo que falta mayor difusión, para que la gente que está trabajando en eso, sepa que es realmente y que es lo que pretende, o sea, no es que sea una moda y que se le ocurrió a alguien de arriba que esta con la cabeza caliente y se le ocurrió eso, no, no, cuales son los fundamentos principales del asunto, porque lo hicieron, para qué, eso falta, yo creo que eso es lo principal, porque cuando existe eso, cuando una persona sabe perfectamente de que se trata, ya después no teni, no tienes justificación para no hacer las cosas que te piden” (Prestadora, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana).

Respecto a las capacitaciones se sugiere que se hagan de manera más eficiente y fluida, usando

estrategias que entreguen las informaciones necesarias tanto respecto a las prestaciones, como a una coordinación y comunicación entre distintos profesionales y centros:

“Yo me acuerdo que el año pasado estuve en una capacitación, el año pasado del Chile Crece en que fue una semana en que, en realidad (...) Yo creo que no fue lo mejor (...) Yo creo que las ponencias fueron una lata algunas eh y creo que no eran necesarias para lo relevante que era el tema en esa ocasión digamos. O sea yo siento que fue una pérdida de tiempo en algunos días, entonces también cómo se definen las capacitaciones y qué temas a tratar, o sea, habían temas que en este momento no me acuerdo, pero acá fuimos de San Ramón muchas personas y en realidad evaluamos que no debió haberse presentado, en este minuto no me acuerdo, pero unas ponencias pero espantosas” (Prestadora, Centro Comunitario de Salud Familiar Modelo, San Ramón, Región Metropolitana).

“Tienes que capacitar y enseñar a la gente a que lo que va. Lo que es un programa. Un programa de gobierno tienes que saber que un programa consiste en esto y esto. No solo capacitar al encargado. Es mucha la gente que hay detrás de este programa.” (Prestadora, Hospital de Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O'Higgins).

Otro elemento que vale la pena relevar en este apartado, tiene que ver con las capacitaciones y actualización de conocimientos que se sugiere realizar, para mantener a los (as) prestadores (as) activos y concientes respecto del servicio deben entregar:

“Esa para mi es una base, a mi me preocupa lo de las asistentes de párvulos, porque si yo veo a una niña que aquí por ejemplo lo hace bien pero en otro lugar, ellas necesitan capacitación porque mira, si tú les vas a enseñar a hacer masajes especiales, se supone que a los niños con riesgo, y ahí es algo que yo discrepo, por ejemplo, riesgo biológico de los niños, algún niño que tenga displasia de cadera, supuestamente a esos niños no debíamos mandarlos a estimulación, pero según mi punto de vista, considero que esos niños, si tal vez no se pueden mover o caminar, hay que hacerle movimientos especiales que les pueda hacer la enfermera, en este caso en la sala de estimulación se les puede hacer otro tipo de estimulación, visual, auditiva, cierto, lenguaje, todo eso se puede saber, pero las chiquillas poco saben, poco saben, hay algunos lugares en que se está implementando de la boca para afuera, yo pienso que deberían ser más rigurosos, ir y supervisar si está el plan, y no el día.” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, Valparaíso, Región de Valparaíso).

3.2.6. Necesidad de trabajar a nivel de la cultura organizacional.

Uno de los problemas que más se evidencia en la etapa de instalación del PADB es que en los centros de salud requiere generar un cambio en la cultura organizacional en salud. Ésta funciona de manera vertical y la orientación a los usuarios no es parte de ella, al menos en el sentido que

propone el CHCC, lo cual genera un fuerte distanciamiento entre las prácticas establecidas y las que se quieren incorporar. A su vez, con el PADB se busca formar un personal capaz de trabajar en equipo multidisciplinariamente y que otorgue un trato personalizado a las usuarias:

“Lógico, entonces no pueden dos personas, es como una aguja en el pajar, cuesta, cuesta, cuesta como cambiar un poco la mentalidad de todos, que es bien difícil, entonces, no contar con ese apoyo dentro del equipo es como casi nadar contra la corriente, entonces yo creo que falta eso falta más vocación de servicio, falta, no se, el respeto hacia el resto de las personas, las pacientes o el resto del equipo de trabajo, yo creo que falta eso. .” (Prestadora, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Región de Valparaíso).

De igual forma, se percibe una falta de coordinación en los equipos al interior de los centros de salud, evidenciándose cierta rivalidad entre el personal contratado por el programa con el personal que no es del programa. Este problema se refleja en los roces existentes entre el personal matrón y el personal médico, por ser uno parte del programa, y el otro no, ante lo cual se hacen necesarias instancias de capacitación e inducción al personal de salud respecto al PADB:

“Es necesaria una buena comunicación entre profesionales y su disposición a trabajar. Pero no todos tienen igual disposición entonces ahí las cosas se van como complicando, entonces todo pasa por la comunicación que se vaya generando...” (Prestadora, Centro de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso).

3.2.7. Necesidad de adaptación al contexto local.

Otro tipo de problemas que los (as) prestadores(as) han detectado tienen que ver con la aplicación práctica del programa, en relación a las particularidades de cada centro de salud, que dificultan y requieren de una revisión de los contenidos del programa para ser implementado con mayor fluidez:

“Lo que pasa es que la gente que crea estos programas, los crea bien idealizados por que no trabajan como acá en el hospital, como que tendrían que venir una semana como para que vean la realidad, como para poder entender las cosas que faltan. Por que ponte tu, yo se que hay algunas mamás que llegan solas a los talleres, digamos que el consultorio les dice “Tienen que ir tal día al taller” y hay otras que las traen, pero ponte tu, quizás, a lo mejor en todos los consultorios debería haber algo por que a lo mejor pal invierno, a la Ivon, si las mamás tienen que venir solas algunas, ya le va a disminuir las personas en el taller, por que si llueve y todo eso, la mamá no se va a atrever a ir a tomar la micro y venir a Rancagua, quizás le va a costar un poquito más.” (Prestadora, Hospital Regional de Rancagua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins).

CAPÍTULO III. PRINCIPALES RESULTADOS USUARIAS PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL

1. EJE IMPLEMENTACIÓN.

El eje de implementación refiere a la etapa de inserción de las usuarias en el PADB, y en la cuál se desarrolla el proceso inicial de vinculación previo a las distintas prestaciones.

1.1. VINCULACIÓN INICIAL.

Esta dimensión refiere a la percepción de los usuarios respecto a la vinculación inicial con el programa. Ello implica la percepción respecto a la calidad y utilidad de la información obtenida, las características del proceso de acceso o inicio en el programa y la atención entre otros elementos. A partir de lo anterior se ha desarrollado un análisis desde tres ámbitos: Información recibida; Percepción de la primera atención, y percepción de la utilidad de las prestaciones.

1.1.1. Información recibida.

En términos generales las usuarias del Sistema de Protección Chile Crece Contigo no tienen claridad respecto del Programa de Apoyo al Desarrollo Psicosocial; existe un escaso nivel de información respecto de sus objetivos y funcionamiento. Si bien, en algunos casos, reconocen las prestaciones que este programa les otorga, éstas son enmarcadas dentro del Sistema de Protección Chile Crece Contigo y no dentro del programa en particular. En este sentido, las usuarias manifiestan que al momento de hacer ingreso al consultorio las prestadoras les dan a conocer el sistema CHCC, sus beneficios, pero no se hace alusión al PADB.

Sin embargo destacan algunas usuarias, la importancia de la información entregada por los prestadores(as), al momento del ingreso al Sistema. En un primer nivel se constata que es en la entrevista inicial donde se les da a conocer los principales elementos del PADB, vale decir información general respecto del programa, prestaciones y derechos de las usuarias participantes de él. Este primer encuentro resulta clave para las usuarias ya que se sienten acogidas, apoyadas y respetadas por los profesionales. Si bien, gran mayoría de ellas no recuerda en detalle el programa y su diferenciación con el Sistema CHCC, destacan principalmente la calidad humana y entrega de los profesionales que la atiende.

(...) tenía como nueve semanas más o menos la primera vez que vine , yo supe tarde que estaba embarazada y él me explico(...), me preguntó muchas cosas, me hizo una encuesta para saber en que condiciones había quedado embarazada, digamos como temas opcionales y cuál era mi situación emocional y cuál era la situación actual. Me acuerdo que el me explicó algunas cosas del programa no me acuerdo bien cuales eran todas, me habló de una revista que tenía que retirar que en ese momento, a él no le quedaban. Me explicó que tenía que ir al dentista, al asistente social (...) y que él hace vistas los días viernes a domicilio. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Centro Sur Antofagasta, Región de Antofagasta)

Un segundo nivel dice relación con la información recibida en los talleres durante el proceso de gestación, donde atribuyen especial reconocimiento al material entregado y las temáticas abordadas en ellos. De acuerdo a esto, parte de las usuarias plantea que al iniciar las atenciones son invitadas a participar de estos espacios, los que son considerados de gran relevancia. Así lo plantea una de ellas:

Es importante porque te enseñan del principio el proyecto, en los talleres me dieron un folleto de guía del embarazo, diapositivas, muchas cosas audiovisuales con folletos, de todo, de todo súper dinámico y súper bueno para que uno aprenda las cosas. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, Valparaíso, Región de Valparaíso)

Por otro lado, un número importante de usuarios reconoce no contar con información necesaria del programa, argumentan el desconocimiento respecto de determinadas prestaciones y el retraso de ciertos beneficios, como por ejemplo la tarjeta de identificación CHCC y libro de apoyo a la embarazada, respectivamente. Lo anterior puede ser atribuible a la poca claridad en la información entregada o simplemente a sus escasas, dificultades que no son resultados por parte de las usuarias ya que existe cierto temor o inseguridad de manifestar claridades al respecto y se constata algún nivel de inasistencia a estos espacios.

No, de eso si que no sabía. A mi me dijeron que era un Programa no más pero no me explicaron bien de que lo que era. Yo fui a la Municipalidad porque me dijeron que daban un carnet, fui a buscarlo pero me dijeron que se demoraba tres meses, que llegaba al Consultorio. Igual yo no he venido tampoco a los talleres, cómo voy a enterarme también si no he venido a los talleres, se supone que en los talleres deben de explicar ahí, como yo no he venido como me van a explicar si no hago los talleres. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta, Región de Antofagasta)

Finalmente se pudo apreciar que la entrega de información es determinante para el proceso de atención de las usuarias en los centros de salud. Se considera relevante y fundamental contar con estos elementos para lograr una buena adhesión al programa. Se sugiere, por parte de las usuarias una mayor claridad al momento de explicar sus objetivos y funcionamiento.

1.1.2. Percepción de la primera atención.

Otro aspecto relevante dentro de la vinculación inicial, dice relación con el trato que tiene los profesionales hacia las usuarias del Programa del Apoyo al Desarrollo Psicosocial, en este sentido se destaca el respeto y compromiso que brindan los prestadores(as), principalmente al momento de ingresar al Sistema CHCC. Es posible afirmar que esta relación se caracteriza por la dedicación y entrega de los funcionarios, manifestado concretamente en el tiempo de atención a las usuarias y en la calidad de estas prestaciones.

De acuerdo a esto, expresan su conformidad y agrado con los profesionales ejecutores del programa, relación que es determinante para el proceso de atención y adhesión al programa; ellas se sienten más seguras e informadas respecto de su proceso de gestación, dan especial énfasis a la integración de los padres u otros familiares significativos, quienes no solo acompañan sino que son involucrados en las atenciones como actores relevantes en el proceso. Lo anterior se visualiza tanto en las madres primerizas, como también en aquellas que fueron atendidas anterior al sistema CHCC.

Bien, por que a una le dedicaron mucho tiempo, yo creo que estuve más de media hora la primera vez cuando traje mi diagnostico cuando supe que estaba embarazada, con la matrona y después con la asistente social es harto lo que a una le dedican. Uno no se siente ni apurada ni que "tengo que ir a hacer otra cosa", no para nada. Bueno, yo he tenido buena atención en general en el consultorio, no me puedo quejar (...). Bien, bien, súper bueno. Y el comentario general, al menos de las mamás que asistimos a los talleres, es que es bueno (...). (Usuaría Consultorio Cardenal Raúl Silva Enríquez, Quillota, Región de Valparaíso)

1.1.3. Percepción de la utilidad de las prestaciones.

Es importante también relevar la percepción que se tiene respecto de las prestaciones otorgadas por el PADB, donde se destaca por un lado el acceso oportuno a ellas y por otro, su utilidad. En relación al acceso es posible señalar que las prestaciones son garantizadas para todas las usuarias. Gran parte de ellas valora las atenciones realizadas con Matronas, Asistentes Sociales, Nutricionistas, Psicólogos, Médicos, Quinesiólogos, entre otros. Es así entonces como ellas consideran que la atención entregada es de carácter integral.

Por un lado, valoran los aprendizajes adquiridos en el embarazo, el material entregado y los talleres de preparación del parto, se sienten seguras y con más herramientas para afrontar el nacimiento de sus hijos. Por otro lado, hacen alusión a las prestaciones dirigidas directamente a ellas, son éstas las más destacadas, ya que generan, según las propias usuarias, niveles de autoestima y cuidado importante para su desarrollo, y que antes no consideraban como relevante. Por último destacan la

integración de los miembros de la familia al proceso, en este sentido las visitas domiciliarias y los talleres son las prestaciones más destacadas en este ámbito.

Me sacaron del hoyo, lo que quiere decir, que a una la sacan del hoyo que cae uno, como cae en la depresión, (...). Yo les doy gracias a ellas, que por ellas salí. Ellas me conversaron harto todo eso, me fueron a ver. Igual porque yo, el embarazo mío no era deseado (...), entonces por eso yo estaba mal yo en mi casa no tenía mucho apoyo. Ellas me aconsejaron harto, me dijeron que saliera adelante no más. (Usuaría, Posta de Salud Rural La Rosa, Peumo, Región de Libertador Bernardo O'Higgins)

Por último consideran fundamental el cuidado y protección que se les da en los centros de Salud, principalmente valoran el hecho que un profesional sea el que los acompañe durante todo el proceso. De igual modo, hacen especial énfasis en todos los procesos de aprendizajes obtenidos durante la participación del programa, manifestando satisfacción respecto a las vinculaciones iniciales con los profesionales y a las prestaciones otorgadas por ellos.

Excepcionalmente se encuentran casos en los que la percepción es distinta. Ligado a esto, se consta que el nivel de información es precario y que la rotación de profesionales en la atención es recurrente, sin embargo se valoran las prestaciones de determinados profesionales como por ejemplo, Dentista y Nutricionista, los que no son asociadas al programa sino más bien responden derivaciones particulares realizadas por el o la matrona de turno.

Finalmente, uno de los aspectos más relevantes para las usuarias es la integración de las familias en este proceso, consideran fundamental la incorporación de actores significativos en dicha etapa y relevan este proceso como algo determinante en la vida de sus hijos. Lo anterior se manifiesta principalmente en madres con hijos atendidos anterior al Sistema CHCC, donde tienden a realizar comparaciones respecto de las atenciones recibidas y la importancia de estas últimas para el desarrollo del niño y su familia.

"(...) fijate yo vengo con mi marido, mi hija y jamás he tenido problemas para entrar con ellos a la consulta y ellos han, cómo se llama, participado de todo, de todo el embarazo completo y eso me gusta porque antes no era así. (Usuaría, Consultorio Esperanza, Valparaíso, Región de Valparaíso)

En términos generales, existe una buena percepción en el proceso de vinculación; la información recibida, el trato y la utilidad de las prestaciones son valoradas por gran parte de las usuarias, quienes sienten el apoyo y compromiso de los profesionales ejecutores. Junto con esto, es posible destacar también la connotación positiva que se le da a la integración familiar en el programa y a todo el proceso de aprendizaje adquirido en él, estos elementos resultan fundamentales para comprender adhesión que se tiene de éste.

2. EJE FUNCIONAMIENTO.

El eje funcionamiento refiere al proceso durante el cual las usuarias han recibido las prestaciones del PADB y se han vinculado con los profesionales de los centros de salud encargados de realizarlas. A partir de ello se han definido tres dimensiones; satisfacción, apropiación de materiales y aprendizajes.

2.1. SATISFACCIÓN.

Esta dimensión refiere al nivel de satisfacción manifestado por las usuarias del PADB. En este sentido, cabe destacar la pública sensación de gratitud con que se expresan al preguntárseles cuán satisfechas o a gusto se sienten en el programa. De acuerdo a la satisfacción reconocida por las usuarias se puede identificar tres ámbitos en donde ésta se expresa;

- a. Se reconoce como fundamental la labor de todos los funcionarios involucrados en el proceso otorgándole especial importancia a la cercanía y al buen trato recibido por ellos.
- b. Se valora enormemente todos aquellos materiales y actividades que les son ofrecidos, durante y después de su embarazo.
- c. De ésta manera resaltan la posibilidad de pertenecer a un programa que les permite acceder a un servicio de calidad, sin que esto signifique un gasto económico para ellas., debido a la gratuidad de las prestaciones y materiales, cuestión fundamental para las usuarias ya que de acuerdo a sus contextos socioeconómicos su participación no sería posible de otra manera.

Ejemplo de ello queda expresado en la siguiente cita:

"Mmm, me gusta que de alguna manera haya alguna entidad en el país que se preocupe por los niños que han nacido y que todavía no han nacido, sobretodo las personas que no tiene la oportunidad de preocuparse personalmente , porque no hay estabilidad económica para llevar al niño al medico para comprarle los medicamentos porque es lo uno o es lo otro igual no es ir a la farmacia a comprar un medicamento no es barato la consulta medica tampoco, para mucha gente es inalcanzable, entonces saber que existe esto es un poco mas relajante por la parte maternal cachai, hay otras mamas hay otros niños que van a nacer que a lo mejor no tiene nada y si encuentro muy bueno que porque estoy embarazada en el programa te den todo entonces esto es como diferenciado, no sé po, o sea si estoy muy desnutrida te van a dar alimento, si no

es así, no es necesario, no te lo dan pero te lo explican en mi caso me lo explicaron". (Usuaría, Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta, Región de Antofagasta)

En el caso de las usuarias no primerizas esta satisfacción puede ser reconocida en la diferenciación que las mismas hacen respecto de sus anteriores embarazos, haciendo hincapié en las ventajas que encuentran dentro del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial a partir de los materiales de apoyo, los talleres y la disposición de los distintos funcionarios que las atienden.

Una de las usuarias destaca la diferencia en el manejo de información de una madre que tiene la posibilidad de asistir a talleres de formación sobre su embarazo y otra que no, con lo cual declara estar satisfecha con el programa.

(...) yo creo que hay diferencias por el tema de que tiene más información que otros niños, ehm, las madres a lo mejor o algunas madres no tienen mucho conocimiento, que uno que tiene los talleres con ellos. Entonces yo creo que eso es bueno. (Usuaría, Consultorio Curimon, San Felipe, Región de Valparaíso)

Complementando la cita anterior, otra usuaria agrega que además de la diferencia de información existe con el programa una mayor duración de las prestaciones que les permite sentirse más acogida.

(...) han sido buenas -refiriéndose a las matronas que la han atendido- te explican más, porque antes igual era como más, como más rapidito digamos, ahora está mejor, te dedican un poquito más de tiempo, esta mucho mejor que antes. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Lo Franco, Quinta Normal, Región Metropolitana)

Así el mayor tiempo que tienen los prestadores(as) para atender a las usuarias es identificado con un elemento que permite el fortalecimiento del vínculo entre ellas y además, que las usuarias reconocen un cambio en la calidad de la atención

Por eso mismo po, porque antes no la trataban tan bien aquí po, como que eran bien pesaditas la. Ahora no po, te atienden bien, te tratan bien, te hablan con cariño, no son agresivas, ni altaneras. (Usuaría, Hospital de Peumo, Peumo, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

Otro aspecto destacado, en las entrevistas, es la satisfacción con que viven las madres esta nueva experiencia integrando a sus familias al proceso del embarazo. Reconociéndolo a través de los materiales entregados, de la posibilidad de asistir a los controles con la pareja o familiar a elección, que pudieran asistir acompañadas a los talleres, entes otros elementos. Este aspecto en particular es destacado tanto en madres primerizas como no primerizas, sin embargo para aquellas no primerizas el tema en cuestión se constituye como algo a lo cual le atribuyen mucha importancia,

debido ha que algunas de ellas, en un primer momento sentían miedo por no estar acompañadas. Ejemplo de ello queda de manifiesto en las siguientes citas:

“Es importante que el hombre se integre, porque como uno como mujer tiene un vínculo con el hijo desde que está en la guatita, al hombre hay que integrarlo en el embarazo para que también sepa lo que significa la paternidad”. (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Consultorio Chacabuco, San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

“U: me siento cómoda, y me sacan de todas las dudas que tengo, a uno la atienden bien, uno se siente cómoda y le responden todo.

F: ya y acá ¿consideran a la pareja, a la familia?

U: si, la familia siempre viene involucrada y la pareja también. Antes uno estaba sola prácticamente po`

F: ¿Estaba sola?

U: si, ahora la pareja cuenta harto como persona de apoyo

F: entonces, ¿un siete le colocarías?

u: si”

(Usuaría, Hospital San Juan de Dios de San Fernando, San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

Sobre la calidad de las prestaciones y cómo ha sido el servicio que han recibido una de las usuarias manifiesta esta contenta y a gusto, tal como se refleja en el siguiente relato:

Porque me han ayudado harto y no sé igual hay personas que te asustan cuando uno esta embarazada, pero ha sido súper reconfortante. ahora entregan harto información y como yo no sabía nada de eso, todo esto es nuevo para mi. (Usuaría, Hospital Dr. Sótero de Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

Para las usuarias el programa no solo representa una posibilidad de atender su embarazo de manera digna y segura, sino que además se conforma como un espacio en donde son tratadas de manera integral: su embarazo, a través de los múltiples controles, talleres y materiales; su integridad emocional, por medio de la posibilidad de asistir a un psicólogo, a charlas donde se les explica, por ejemplo, los cambios hormonales que estas pueden tener y cómo puede afectarles eso en su cotidianeidad; finalmente se trabaja con ellas y su entorno social, para así preparar a la familia y el hogar para que la llegada de este nuevo integrante se de en un ambiente propicio tanto para el bebe como para la madre.

Las usuarias sienten un respaldo más estable por parte de los funcionarios de los centros de atención. Esta idea se asocia con el nivel de seguridad y protección que sienten en la medida que pueden ir incorporando nuevos conocimientos que les permiten estar más preparadas para su embarazo.

Una de las usuarias lo manifiesta de la siguiente forma:

F: Si yo te pidiera que le pusieras nota a las atenciones que has recibido en el hospital, en los controles, en la entrega de leche ¿Qué nota le pondrías? De 1 a 7.

U: Si un 7.

F: Tú sientes que las atenciones que recibes acá te sirven.

U: Si, hartó. En todo sentido, ayuda igual, una se siente bien, te revisan para ver si tiene una enfermedad, te hacen todo tipo de exámenes.

F: Entonces te sientes como satisfecha, cómoda...

U: Si, protegida

(Usuaria, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Rengo, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

Frente a la pregunta ¿estás conforme con el programa y las prestaciones? las usuarias plantea:

Sí, bastante, sobre todo a los talleres que estoy viniendo, por qué de repente aclaran cosas que uno no sabía. Por ejemplo lo mismo del asistente social que a uno le explica que es el PRE-natal, cuales son todos los beneficios que uno puede tener, cosas que uno como ser común no las sabe(...)Es la información que hay, todo lo que, la información po', todo lo que uno no conoce y que le sirve y uno puede tener, eso, por qué no en cualquier parte uno puede tener que te digan bien todas las obligaciones, o todos los beneficios que uno puede tener, en cambio con los talleres estos que hacen a uno si le explican bien y si uno tiene una duda la aclaran.
(Usuaria, Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, El Bosque, Región Metropolitana).

2.2. APROPIACIÓN DE MATERIALES.

Esta dimensión refiere a la percepción respecto al nivel de apropiación manifestado por las usuarias del PADB respecto de los materiales, expresado en su acceso efectivo, uso de ellos y comprensión de su utilidad.

2.2.1. Uso de los materiales entregados

Otra variable a analizar es la apropiación que las usuarias hacen de aquellos materiales que el programa les provee, con el objetivo de apoyar la labor informativa y educativa de las madres, tanto en el proceso de gestación y parto como de los primeros años del bebe.

Dentro de este punto es importante mencionar que casi la totalidad de las madres conoce estos materiales y lo usan cotidianamente. Los materiales que las usuarias reconocen como aquellos que

más uso les dieron fueron los folletos informativos, que les permitía llevar la información al hogar, y los talleres en donde, en la medida de lo posible, podría aprender junto a sus parejas o familiares.

De esta manera se puede dar cuenta de la importancia y utilidad que las usuarias le conceden al material entregado, en este sentido la mayoría de los relatos aluden a cuan útiles han sido para el seguimiento del proceso de gestación del bebe y cómo es que a través de ellos han logrado sentirse más seguras respecto a las mismas labores que el ser madre y padre te impone.

Sobre cómo han ayudado las actividades y materiales a las usuarias en su proceso, una de ellas plantea:

Sí, bastante, bastante porque yo no sabía nada, no sabía nada ni siquiera me había interiorizado con el mundo de las guaguas, no porque no me hubiese interesado sino porque no sé no sabía nada. Y lo otro que me dieron también, el nutricionista, fue una guía saludables las cosas que yo podía comer las calorías eh que era necesario inculcarle a los niños ... el uso de la azúcar, el uso de la sal que había que formarle los hábitos, lo que tenía que comer yo eso, también me dieron un librito chiquitito así(...)Con mi mamá, por ejemplo en este cuento del sal y la azúcar mi mamá tiene súper metió que hay que echarle una pizquita de sal y yo le digo mamá lee aquí "pero como es posible si la comida queda tan desabrida" pero no po, mira léelo si ahí dice. O a veces las cuestiones que leo aquí en la ludoteca dice esto tiene que hacer que al cuarto mes por ejemplo ya sabe un poco conoce cuando tu le deci que no entonces un día traje a mi mamá y le dije tu la vai a llevar hoy día a la ludotecas y vas a ver para que ella te explique, porque a mi no me creía que la guagua en realidad un poco manipula cuando uno la deja ser ah si en realidad me dijo tenías razón. Pero eso más que nada eso no. (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Dr. Eduardo de Geyter, Rancagua, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

2.2.2. Compresión de los contenidos

Las usuarias rescatan que la entrega y el acceso que tienen a lo más materiales es algo sumamente importante, porque complementa su proceso de atención, pero también manifiesta que en la medida que pueden involucrar a sus familias el nivel de compresión y de aplicación de los contenidos es aún mayor.

Estos folletos y libros que mencionan, como material entregado, no solo son usados durante las sesiones con las matronas o doctores sino que también al interior del hogar, lo cual lleva a integrar dentro del proceso vivido por la madre a la familia. De esta manera el material logra incluir a la familia en el proceso de gestación del nuevo integrante. Es así como muchas de las usuarias plantean que conversan con sus parejas, les explican o cuentan a sus hijos lo que ella y la familia, en

general, están viviendo. Así a la pregunta ¿De que manera has logrado transmitir el aprendizaje a tu familia? una de las usuarias nos cuenta:

(...) involucrar más, suponte en decirle a mi hija en dónde está la guagüita, cómo se mueve, que es lo que le va a pasar a la mamá, es como básicamente eso(...) a la pareja también, porque uno le decía, a uno le tocaban la guatita y él se movía no más. Ahora no, uno le va diciendo lo que va sintiendo, cómo son las contracciones, eso. (Usuaría, Hospital San Juan de Dios de San Fernando, San Fernando, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

En este sentido, el poder compartir con la familia el proceso que las usuarias están viviendo permite que tanto ellas como sus parejas, hijos u otros familiares pueda visibilizar la importancia, responsabilidad y por sobre todo saber cuáles serán los cambios que deberán enfrentar. Asumen que por medio de los talleres es posible fortalecer la toma de conciencia de los roles parentales, que se logra a través de dinámicas y juegos que los involucran directamente.

Una usuaria, soltera, relató cómo es que logró involucrar a su familia, a sus padres, que en un comienzo no manifestaban mayor interés por el embarazo, a través de los materiales y del apoyo que los distintos prestadores(as) le ofrecieron.

Y mi Papá, porque de repente hay Papás que dicen estas embarazada y no te hablan y no te pescan claro, entonces mi Papá ha aprendido mucho con el libro, yo le enseñé las ecografías, le digo mira tócame guatita; el tiene un hijo a parte y dijo que nunca le había hablado a su hijo; y en el libro dice que hay que hablarle a la guagua cuando esta en la guatita y así reconoce después la voz del Papá y de la Mamá; entonces ahí el leyendo el libro dijo ya y lo hizo, entonces como que aprende mucho. (Usuarios, Consultorio Dr. Alejandro del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

Otro aspecto importante que da cuenta de la apropiación del material y aprendizaje en general es el empoderamiento que estas madres generan respecto de su situación, al comprender que su actual estado de embarazada posee ciertos derechos indiscutibles, que deben ser respetados legalmente por la sociedad. Una de las usuarias que sentía que en su trabajo no la respetaban, al tener conocimiento de esto, logra sobreponerse y exigir un trato digno y justo. Con esto se deja de manifiesto que el proceso de adquisición de nuevos conocimientos sobre su embarazo hace que las madres tomen conciencia absoluta de su rol y de sus responsabilidades.

No, si igual con mi otra hija yo no estaba embarazada cuando estaba trabajando entonces hay cosas que yo no sabía. Ahora yo hago respetar el derecho. Yo trabajo todo el día parada entonces mi jefe se enojaba horrible cuando yo me sentaba un rato, es que como yo andaba muy aproblemada, me dolía abajo con un poco de síntomas de pérdida. Entonces no po, yo sé que ahora eso es legalmente correcto eso de que me puedo sentar. Entonces, no, si ha servido bastante. (Usuaría, Consultorio Dr. Fernando Maffioletti, La Florida, Región Metropolitana)

2.3. APRENDIZAJES.

Esta dimensión refiere a la percepción del nivel de aprendizaje de los contenidos y recomendaciones impartidas en los talleres que ofrece el PADB por parte de las usuarias. A partir de ello se ha desarrollado el análisis entorno a tres puntos: Reconocimiento de talleres y principales aprendizajes, valoración de aprendizajes y obstaculizadores al aprendizaje.

2.3.1. Reconocimiento de talleres y Principales Aprendizajes

El aprendizaje logrado por medio de estos espacios ha sido muy bien recibido por la madres quienes por lo general asisten con bastante entusiasmo e interés. Es a través de estos talleres y actividades que las mujeres afirman sentirse preparadas y por sobre todo respaldadas por un trabajo sistemático que ellas mismas realizan durante su embarazo.

Las usuarias frente a la pregunta sobre contenidos y temáticas abordadas en las sesiones de taller identifican con facilidad su objetivo de aprender sobre su proceso de gestación y manifiestan con claridad su importancia y cómo van incorporándolos a su cotidianeidad.

E: y ¿Qué has aprendido en los talleres?

U: Claro, aprendí como hace, como iba creciendo la guaguüita, como me tenía que alimentar, los ejercicios, que no tenía que hacer fuerza todas esas cosas, que son como pa prevenir algo malo que le pueda suceder al bebé, que no tengo que fumar, que no tengo que consumir drogas..

E: ¿Eso te lo enseñaron en los talleres igual?

U: Si

(Usuaría, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

F: ya ¿y ese taller en qué consiste? ¿de qué va a depender? ¿o son todos los...

E: depende de la semana de embarazo que uno vaya teniendo es el taller que uno tiene, en las charlas que a uno le dan

F: ya ¿y a esos talleres asisten hartas mujeres

E: hartas

F: ya, y ¿cuál es tu percepción? ¿tu crees que les gusta a la gente?

E: si, si no les gustara tampoco no asistirían porque no es obligatorio, uno asiste porque uno quiere

F: ah ya, o sea ¿de ninguna manera les han dicho que es obligatorio lo de los talleres?

E: nada, no. Al contrario

F: si uno quiere asiste

(Usuaría, Hospital San Juan de Dios de San Fernando, San Fernando, Región del Libertador Bernardo O'higgins)

E: ¿De que trata?

U: Todo el embarazo, por ejemplo, como va creciendo la guagüita, los riesgos que puedo correr, por ejemplo, yo de los tres meses pa' delante me tocaba leerlo, porque cuando ya iba creciendo, los meses que iba teniendo lo iba leyendo, por ejemplo, como iba creciendo mi guagüita, cuando iba a nacer, como iba a nacer.

(P15: Usuaria, Hospital San Vicente de Tagua-Tagua, San Vicente, Región del Libertador Bernardo O'higgins)

2.3.2. Valoración de aprendizajes

La posibilidad de contar con un espacio propio para aprender, como lo son los talleres y muchas veces las mismas consultas son un factor bastante recurrente en aquellos relatos de mamás no primerizas, quienes dicen que a pesar de haber tenido hijos, el trabajo que se hace con el centros, consultorio u hospital les brinda una mayor seguridad y conocimiento tanto de ellas como mujeres, sus derechos y posibilidades, como de sus bebés. Es así como lo relata la siguiente usuaria:

Un siete un siete porque se preocuparon de todo, de lo dental, de la nutrición de las embarazadas, de los dientes, como se llama, de cómo el niño, el crecimiento dentro de la guagüita con estimulación temprana, todo eso yo no tenía idea de ponerles música de cantarle de ponerles luz de cómo mover la guatita, todo eso super bueno, después los talleres en cuanto, con móviles para hacerles a los niños, con asistente social con psicológico, lo encontré super bueno(...)En cambio de mi otro hijo que lo tuve hace diez años, en el hospital, todo descoordinado, sufrí cualquier cantidad, y tenía mucho temor mucho miedo por este embarazo, pensaba que iba a hacer, me van a dejar al final porque tuve muchas complicaciones con mi otro hijo, donde la matrona prácticamente me pegaba en los brazos, no se mueva, entonces de ese cambio a ahora fue un cambio rotundo, en cuanto al trato como personas, que sean tratadas como personas, en el otro me vi tratando como animal, como que estaba pariendo un animalito, una cosa así, y este embarazo no, como personas que somos, no hubo ninguna diferencia, entonces eso encontré super bueno, porque hubo un cambio tremendo, notorio.
(Usuaria, Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, Valparaíso, Región de Valparaíso)

En este sentido y por medio de estos espacios logran ver la gestación no solo como un periodo en donde sus bebés crecen sino como un espacio de aprendizaje y por sobre todo de preparación del entorno para el nuevo hijo.

Cuando se les pregunto si sentían que los talleres les servían la respuesta tipo fue esta:

(...) la información po', todo lo que uno no conoce y que le sirve y uno puede tener, eso, por qué no en cualquier parte uno puede tener que te digan bien todas las obligaciones, o todos los beneficios que uno puede tener, en cambio con los talleres estos que hacen a uno si le explican

bien y si uno tiene una duda la aclaran(...) cada taller que a uno le entregan un folleto se ocupan al tiro y a uno le explican inmediatamente y de ahí en el próximo taller hay otro folleto y explican otras cosas. Más que nada me sirve en el diario vivir, si yo tengo una duda voy veo mi folleto y reviso y me van orientando un poco (...)la información que ellos me dan es buena, me ayuda a crecer como persona y a entender algunas cosas que de repente una como primeriza no las sabe. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, El Bosque, Región Metropolitana)

Otra usuaria plantea:

E: ¿Qué es lo más te gusta del programa o qué es lo que más te ha gustado del programa?

U: Los talleres porque como que te, te enseñan también, a uno al menos yo que no sé, no sabía nada, nada, te van enseñando..y uno aprende pos y al menos yo llegó a estos momentos sabiendo ya lo necesario yo creo pa que nazca mi bebé

E: ¿Te han gustado los talleres?

U: Si

(Usuaría, Hospital Sótero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

2.3.3. Obstaculizadores al aprendizaje

Ahora bien, el principal obstáculo con que se enfrenta la posibilidad de aprendizaje, es la inasistencia o discontinuidad con que algunas madres llevan el proceso. Las razones que se presenta para esta situación son múltiples, hay quienes no pueden asistir por falta de movilización, debido a la lejanía de sus viviendas respecto de los lugares de los talleres, otras que por trabajo les resulta difícil asistir y hay quienes simplemente son reacias a participar de las actividades por falta de motivación.

Frente a la pregunta de ¿cómo evaluaría el programa? y ¿hay algo que no le guste del programa? Una de las usuarias plantea:

Yo le pondría un 6,5 porque siempre, o sea de ponerle un 7 sería como perfecto, pero igual yo creo que faltaría integrar más cosas por ejemplo que se juntaran más veces, nosotros nos juntábamos muy a lo lejos porque vivíamos lejos, igual a los talleres unas mamás no asistían, el traslado es difícil. La distancia de mi casa al consultorio, muy lejos para mi hijo, llegan cansados. Son 3 horas de camino entonces una llega como un poquito agotada (Usuaría, Posta de Salud Rural Buchupureo, Cobquecura, Región del Bío Bío)

Otra de las usuarias plantea:

E: Ya. ¿Usted sabe si existen acá talleres?

U: No se.

E: ¿No sabe?

U: No.

E: ¿Nunca, alguien le comento acerca de

U: Es que pal' embarazo me citaron, pero yo no pude venir.

E: ¡Ah! ¿Las citaron para un taller?

U: Si. Y yo no pude venir, como era tan lejos. No pude venir.

(Usuaría, Hospital San Vicente de Tagua-Tagua, San Vicente, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

3. EJE PROYECCIÓN.

Las expectativas de los usuarios del Sistema Chile Crece Contigo, o los que participan del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, se asocian a cuatro ejes fundamentales: Expectativas sobre el desarrollo de los niños; expectativas sobre las prestaciones; expectativas sobre la información recibida; y expectativas futuras.

3.1. EXPECTATIVAS DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS.

Las expectativas sobre el aumento de la calidad de vida posee varias dimensiones: inserción social por medio de la educación formal, inserción social por medio del desarrollo de competencias psicológicas y el desarrollo biopsicosocial integral.

3.1.1. Calidad de vida: Inserción social y educación formal.

Las expectativas de las usuarias del Programa se construyen a partir de las oportunidades de sus hijos, forjadas a partir de la interacción social, la educación de calidad y el uso del mapa de oportunidades. Generalmente, la importancia adjudicada a estos componentes, se entiende en oposición a las carencias que las usuarias (o las familias) han tenido a lo largo de su vida. En una construcción proyectiva, las usuarias construyen una trayectoria para sus hijos lo más lejana a sus realidades biográficas. Trayecto que otorga a la educación un valor fundamental.

Mi hija, insertarla po insértala, que quede bien en la sociedad que quede bien independiente. Eso más que nada que sea feliz no más (...) o sea no en el sentido de eso insertarla y que esté en un colegio que sea feliz, de insertarla en la sociedad de que pueda interactuar con otros niños bien más que nada eso. (Usuaría Hospital Regional de Rancagua, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

En base a lo anterior, las usuarias construyen sus expectativas a partir de los discursos proyectados por el Sistema de Protección Social; la imagen de un programa que busca mejorar las condiciones de entrada de los niños al sistema social, repercute en la importancia otorgada por las usuarias al mismo Programa. En otras palabras, los propósitos del Sistema de Protección a la Primera Infancia, generan un efecto de comparación con otros programas sociales; si el programa busca mejorar las condiciones de entrada de los niños a los mapas de oportunidades, entonces éstos tienen mayores ventajas que los niños que no participan del PADB o de la incidencia del Sistema.

'[...] ahora va a estar mas preparado para el colegio, más preparado para el mundo, donde la tecnología está tan avanzada [...] Entonces van a ser niños que van a estar más preparados que otros niños que no estuvieron en el programa'. (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región Metropolitana)

Las proyecciones por oposición se traducen en nuevas expectativas. Las usuarias pretenden que sus hijos pueden aspirar a la independencia y la sociabilidad, como valores intrínsecos de la felicidad. Para esto, perciben que los medios son la educación y/o la asistencia a los centros educacionales u otros recursos asociados. Lo anterior, manifiesta una incoherencia entre las competencias parentales y la función social y normalizadora de la educación; ya que no identifican la función de la familia en la educación y en la promoción de la felicidad de los niños. Conforme a los relatos, aparentemente no es disfuncional otorgarle a las instituciones el deber de promover la felicidad.

'Ser independiente po, ser un niño feliz.' (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, Montepatria, Región de Coquimbo)

'A conocerse, que aprenda a sociabilizar con la gente mas que nada por el mismo hecho de, como te digo hay jardines y todo eso que yo encuentro que a uno no le sirven por el mismo hecho de que encuentro que hay jardines que encuentro que deberían explicarles algunas situaciones que pasan en la vida a los niños.' (Usuaría, Consultorio Dr. Alejandro del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

'Pero yo creo que todos estos talleres poder participar con un niño, después va a ser mucho más fácil después poder compartir con la gente, va a ser más sociable.' (Usuaría Posta de Salud Rural La Punta, San Francisco de Mostazal, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

La calidad de vida se conceptualiza en el marco de las oportunidades que nacen en la infancia temprana. La igualdad – de oportunidades – se visualiza como un elemento inherente a la etapa infantil, sólo diferenciándose en las etapas sucesivas, cuando los niños acceden a una educación de calidad disímil. Con esto, la igualdad la interpretan como el desarrollo de recursos personales para el uso adecuado del mapa de oportunidades, la gestión del riesgo y las garantías de acceso a

prestaciones interesadas en el bien superior del niño.

'[...] ellos tienen la posibilidad de desarrollarse ya sea intelectual como personalmente, que vayan teniendo más personalidad, y que vayan desarrollando otras cosas que le enseñan a uno, no sé estimularlos más, desarrollarlos más, y que se les saque el provecho que los niños tienen, porque supuestamente los niños, la gran parte de la situación que tiene uno la desarrolla cuando es chiquitito.' (Usuaría, Posta de Salud Rural Codegua, Chimbarongo, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

3.1.2. Calidad de vida: inserción social y fortalezas psicológicas

Desde otro punto de vista, la calidad de vida se visualiza a partir del desarrollo de competencias psicológicas básicas. Que, como consecuencia visible, permite que el niño adquiera hábitos, competencias y seguridades básicas. Se percibe la importancia de las seguridades psicológicas, así como los recursos para alcanzar dicho potencial, como base para aumentar la calidad de vida del niño en su etapa adulta. Las oposiciones a la trayectoria parental – o marental – también están presentes.

'Que sea un niño psicológicamente más fuerte en toda la sociedad' (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Consultorio Chacabuco, San Fernando, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'[...] que tenga más capacidad (su hijo) el día de mañana, porque ya, de hecho ya, de hecho me, de edad temprana se está es como involucrando en lo que es la estimulación y todo lo del saber.' (Usuaría, Consultorio Chañaral Alto, Montepatria, Región de Coquimbo)

'Que sea mucho mejor que yo, que tenga personalidad que no sea tan nerviosa como la mamá, que se críe en un ambiente de conversación de comunicación.' (Usuaría Consultorio Llaillay, Llay – Llay, Región de Valparaíso)

'[...] como lo van a estimular bien yo creo que van a estar bien, ya pa este el jardín como a los cuatro años ya van al jardín. Entonces, yo creo que van a estar más despiertos, van a estar más, van a saber más.' (Usuaría, Consultorio Central de Calama, Calama, Región de Antofagasta)

Se percibe que el origen de las fortalezas psicológicas se encuentra en la infancia temprana ('cuando es chiquitito'). En los relatos de las usuarias, se observa la transferencia de responsabilidad de la crianza, sea de forma complementaria o exclusiva, al Sistema de Protección a la Primera Infancia. Lo anterior puede dar indicios sobre la carencia – auto observada – de competencias parentales del sistema familiar o el reconocimiento de la complementariedad del rol de la crianza con las instituciones sociales.

'[...] tratar de que los niños sean mas sociables y de buenos hábitos que eso es lo que se busca, y yo creo que cualquier ayuda de ese tipo que se pueda dar aparte de lo que uno podría hacer en la casa siempre va ser muy bueno'. (Usuaría, Consultorio Central de Calama, Calama, Región de Antofagasta)

Lo anterior pone de manifiesto la falta de comprensión de las usuarias sobre los propósitos del PADB y sobre las instituciones que componen el Sistema de Protección, ya que transfieren las responsabilidades parentales a las instituciones sociales; lo anterior se observa en el uso de los imperativos 'que me lo estimulen' o 'ayuda de este tipo que se puede dar aparte', situación que lingüísticamente es permitido, cuando el discurso del sistema de protección social abre las posibilidades de asumir los roles que las familias transfieren, como la estimulación temprana y el desarrollo del apego.

3.1.3. Calidad de Vida: expectativas inespecíficas

En la mayoría de los casos observados, se puede encontrar madres con expectativas inespecíficas, asociadas en su mayoría a la calidad de vida y al desarrollo integral. Las usuarias pretenden que sus hijos se desarrollen integralmente. Dichos propósito, no están vinculados necesariamente a las prestaciones o efectos del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial o el Sistema de Protección infantil sobre el discurso familiar. En otras palabras, cualquier persona puede reflejar los deseos aquí expresados.

'No [...] que crezca sana' (Usuaría, Centro de Salud Familiar Santa Cruz, Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'[...] (¿Y como quieres que tu hijo salga de este programa?) Lindo e inteligente.' (Usuaría, Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta, Región de Antofagasta)

'[...] que sea una niñita sana, una niñita sana.' (Usuaría, Consultorio El Quisco, El Quisco, Región de Valparaíso)

'Que sea una niñita feliz y que sea independiente que sepa valorar las cosas que tiene pero que a la vez sea muy independiente que sea libre, todo lo demás en la vida es anécdota.' (Usuaría, Hospital Regional de Rancagua, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

El relato sobre las expectativas inespecífica, no permite visualizar la relación entre los deseos de las usuarias y el impacto – sobre el relato – del Programa; no se puede constatar la correlación entre el

tipo de ayuda deseada y el impacto de las prestaciones asociadas al PADB. En la oración que sigue a continuación, se visualiza el uso de dos tiempos verbales que demuestran la incapacidad para justificar dichos propósitos con el accionar del Programa.

‘Yo pienso que este programa me ha ayudado, me va a ayudar mucho con mis hijos, en cuanto a su desarrollo, de todo, de todo tipo, emocional, físico, intelectual, todo tipo me va ayudar.’
(Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso)

La inespecificidad de las expectativas esconde un problema central. El accountability, o la supervisión de la efectividad, pertinencia y oportunidad de los Programas Sociales por la ciudadanía receptora de los servicios, se des-dibuja cuando los usuarios no tienen claridad sobre el tipo de ayuda que requieren. Lo anterior, se visualiza en los propósitos generales que las usuarias formulan, donde no alcanzan a expresar el tipo de *desarrollo* que desean para sus hijos; lo que puede reflejar desde incompetencias parentales – mal uso de las redes comunitarias para la protección de sus hijos –, hasta la falta de claridad sobre los objetivos del PADB. Sea el origen que fuere, el desconocimiento sobre la trayectoria de bienestar familiar, puede provocar deficiencias para medir el impacto del desarrollo infantil, exigir prestaciones bajo el interés superior del niño, o fiscalizar las prestaciones recibidas.

Es posible observar que lo anterior, puede estar ligado más a las usuarias de comunas rurales, que las usuarias pertenecientes a comunas urbanas.

‘Que se desarrolle bien, yo creo, que acá lo ayuden.’ (Usuaría Consultorio Las Cabras Las Cabras, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

‘No pos que sea, por decirle, un niño igual que todos normal no pas po yo creo, no sé con su salud buena.’ (Usuaría Consultorio Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo, Región Metropolitana)

‘Yo creo que podría, no ser más inteligente ni eso por que esas cosas son propias de cada niño, pero sí que ayudan al desarrollo en estos primeros años que son lo más importante.’ (Usuaría Consultorio La Palma, Quillota, Región de Valparaíso)

‘Que siga así y que tenga más apoyo después los hijos que tengan mas oportunidades.’
(Usuaría, Posta de Salud Rural Bajos de San Agustín, Calera de Tango, Región Metropolitana)

‘Mejor calidad de vida’ (Usuaría Hospital de Rancagua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

Algunas usuarias, perciben que las prestaciones del PADB poseen un carácter educativo. Y, dado que a la educación le adjudican un rol importante en el desarrollo de oportunidades para la

superación de la pobreza, indigencia o exclusión social, las expectativas que las usuarias construyen, se enmarcan coherentemente con la lógica de la protección social.

‘[...] entonces que tenga esas posibilidades, de que se vaya desarrollando también, porque después los niños van creciendo, van teniendo como talleres que se van informando de ciertas cosas, tanta cosa que hay para los niños que la información de noticias que son agresivas, que dicen que los botan las mamás, entonces pa que sigan, no sé si para que sigan teniendo más conocimiento, pero vayan teniendo la información, para que así vayan aprendiendo y sean personas felices. Eso creo yo que debería ser lo correcto.’ (Usuaría, Posta de Salud Rural Codegua, Chimbarongo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

‘[...] que los niños aprenden a hablar más clarito, claro, y cosas así po, los niños tienen más autoestima, eh por ellos mimos hacen sus cositas.’ (Usuaría, Consultorio El Palqui, Montepatria, Región de Coquimbo)

‘Que sepa hablar bien, sí, porque acá les enseñan todo eso en ese Programa que he visto yo.’ (Usuaría, Consultorio El Palqui, Montepatria, Región de Coquimbo)

3.2. EXPECTATIVAS SOBRE LAS PRESTACIONES

Las expectativas sobre las prestaciones del Programa y Chile Crece Contigo se reflejan en cinco dimensiones: las iniciales; uso de las prestaciones; derechos; calidad de las prestaciones; expectativas truncadas.

3.2.1.Expectativas iniciales: atenciones y procesos

La definición de la calidad de las prestaciones, se formula a partir del trato recibido. Las usuarias esperan que las prestaciones incorporen metodologías innovadoras, que la atención sea buena y que no exista violencia fáctica ni ideológica.

Las medidas expectativas sobre la atención, puede reflejar experiencias negativas que las usuarias han tenido en el uso de las redes de servicios. Lo que en otra población puede parecer evidente, para las usuarias del Programa – que provienen de los quintiles de mayor vulnerabilidad – no lo es tanto, ya que un elemento que destacan como parte de la definición de calidad de las prestaciones, es el Buen Trato.

‘[...] los controles de embarazo ya no sean como antes, que sea y toda la cosa que involucra, si no que ya expliquen, que sea más lúdico, no tan formal.’ (Usuaría Consultorio Chañaral Alto,

Montepatria, Región de Coquimbo)

'[...] más que nada uno pide una, una atención buena.' (Usuaría San Francisca de Mostazal)
'(¿Pero qué esperas lograr de aquí a los cuatro años?) [...] no sé, quiero [...], que me lo atiendan bien no más.' (Usuaría, Posta de Salud Rural El Tabo, El Tabo, Región de Valparaíso)

'Ya en esa edad me parece que se los manda al jardín. Que lo trataran bien, que no lo griten, que no le peguen las tías del jardín. Eso es lo que más me preocupa.' (Usuaría, Posta Santa Marta, La Ligua, Región de Valparaíso)

La pertenencia a un Programa no desencadena únicamente un sistema de prestaciones, sino que también promueve la identidad de *usuario*; en razón de lo anterior, el estatus juega un rol importante en el desarrollo de la identidad de usuario. La entrega de credenciales y el rótulo de madres "Chile Crece Contigo" generan pertinencia. La responsabilidad del estatus, obliga mirar detenidamente la satisfacción de las expectativas, porque así, como fácil es el uso de lo material para definir la pertenencia, frágil es la adherencia al sistema si lo material no tiene consecuencias sobre los privilegios. Las usuarias esperan que los símbolos del Programa generen una atención especial.

'[...] entonces que hubiera una atención especial a la mamá que pertenece y que ustedes saben que si no la entendemos bien que nos va a pasar, como que hubiera una sanción si no se atiende bien a las mamás que pertenecen a esa. Aquí en el consultorio bien, pero tampoco he visto esa diferencia entre los niños del CHCC y los que no. O sea, ver que la credencial sirve po, porque en realidad no se ve diferencia en la atención.' (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Modelo, San Ramón, Región Metropolitana)

La fragilidad de la pertenencia y la adherencia tiene su correlato en la continuidad de la protección. Los deseos de las usuarias se reflejan también en los deseos de protección de largo plazo. Esperan que el Programa supere los 4 años.

'No se que mas, o sea, que ojala que después que nazca lo sigan apoyando en como hacerlo, igual esto lo hice con mi hija, pero igual hay cosas nuevas, el mundo esta cambiando y me gustaría que el programa siguiera hasta los 4 años ayudándome a como hacerlo.' (Usuaría Posta San José el Carmen, Palmilla, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'Salud, en eso pienso, solamente en salud. Que yo, mi hijo esté bien que nazca sanito que esté bien, que estén ahí conmigo por cualquier cosa que puede suceder.' (Usuaría, Hospital de Rancagua, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'[...] lo que yo quiero lograr aquí con mi hijo es que, que tenga buena salud porque aquí lo atienden súper bien.' (Usuaría, Consultorio Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo, Región Metropolitana)

3.2.2. Uso de prestaciones: Educación y Salud.

En general se percibe un conocimiento adecuado sobre las prestaciones del Programa, sobre todo en las dimensiones de salud, educación (acceso a las salas cunas), estimulación temprana, entre otras.

Las usuarias están interesadas en conocer las prestaciones de calidad. Quieren que sus hijos sean bien cuidados, reciban atención médica de calidad y asistan a buenos establecimientos educacionales. Asimismo, pretenden que las atenciones puedan ser compatibles con la carga laboral de los padres, para que puedan hacer uso de las prestaciones en un horario flexible.

'O sea, yo igual quiero ayuda en los que es estudios porque yo quiero seguir estudiando y que las salas cunas, porque yo pretendo dejar a mi hijo cuando cumpla un año en sala cuna, entonces yo igual quiero estar confiada de que me la van a tratar bien, de que va a estar bien cuida y todo es.(Y dentro del programa, con las atenciones que les están dando acá ¿Cómo esperan que le sirvan) Que pueda tener una buena atención médica, y eso del estudio y todo eso, y la sala cuna.' (Usuaría, Hospital Sotero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

'Que le enseñen bien ahí en el jardín.' (Usuaría, Consultorio El Palqui, Montepatria, Región Coquimbo)

'Este con los estudio, para poder mandarla a un jardín a la sala cuna por que a veces yo trabajo para poderlos mandar, que haiga un vehículo por que vivimos lejos nosotros, una cosa así es lo que espero yo poh.' (Usuaría, Posta de Salud Rural San Pedro, San Pedro, Región Metropolitana)

La participación en las prestaciones que otorga el Sistema Chile Crece Contigo, es deseada por las usuarias cuando se crea la necesidad a partir de la oferta pública. La oferta crea demanda y mercados específicos de servicios. El relato de las usuarias evidencia que la demanda de más talleres, son una respuesta ante la oferta creada por el sistema de protección.

'[...] es seguir viniendo a todos los talleres que puedan haber ya para la niña, por que la matrona me hablaba de una sala de estimulación ahora para los bebés y espero participar en el taller.' (Usuario, Consultorio El Quisco, Región de Valparaíso)

En base a la protección social, las expectativas de las usuarias mutan a partir de las – desde las políticas sociales – ofertas del sistema, exigencia que obliga al Programa a estar atento a las necesidades que surjan en las familias. La demanda en este sentido, se dinamiza a partir del uso de la oferta. Por lo tanto, es de esperar que las usuarias soliciten y requieran de protección a lo largo de su tarea de crianza, especialmente después del cuatro año.

‘Qué espero, la atención en realidad, que siga siendo así porque si yo llego a tener algún problema que se preocupen del futuro que viene o sea que se preocupen más. Que se especialicen más, con lo que están haciendo ahora, pero también con el futuro que viene.’ (Usuaría, Consultorio Fernando Maffioletti, La Florida, Región Metropolitana)

‘Yo, que mi hijo salga bien, que esté bien, o sea que cuando esté más grande tenga mucho apoyo también. Que igual sea bien atendido. Que igual me den el apoyo que me dieron cuando estaba embarazada o después que tuve la guagua. Igual necesito apoyo cuando esté más grande.’ (Usuaría, Posta de Salud Rural la Rosa, Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

3.2.3. Derechos: exigencias de las redes de protección social.

La oferta de los sistemas de protección a la primera infancia genera demanda de los usuarios. Por lo tanto, los componentes esenciales de la protección, invitan a los usuarios a exigir prestaciones de calidad. La exigencia de los derechos se observa a partir del conocimiento de las prestaciones, el uso y la exigencia para que se cumpla los requisitos de calidad, acceso y pertinencia. Junto a lo anterior, las usuarias identifican la oferta más importante para ellas, o las que resultan críticas para promover las oportunidades en sus niños. Entre las que se reflejan la educación y salud.

‘[...] que pueda asistir a los beneficios que le van a dar, o sea lo que sería el jardín, después el colegio, porque igual es bien difícil obtener un buen jardín para un niño. Ahora no po’, ahora es más fácil llevar al niño y ponerlo en un jardín que tenga la confianza, que eso es lo otro, que uno a veces no tiene confianza y no los lleva, ahora no.’ (Usuaría, Consultorio Oriente de San Fernando, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

‘Qué tenga todos los derechos de salud, de dentista, cuando le empiezan a salir los dientes, los cambios de la evolución de él.’ (Usuaría, Consultorio Central de Calama, Calama, Región de Antofagasta)

Los derechos aplicados por las usuarias se reflejan además en la seguridad. Concepto arraigado en la certidumbre, es decir en la ausencia de problemas que puedan afectar la estabilidad familiar o individual. La probabilidad que se presenten problemas, motiva a solicitar redes de protección pertinentes a los problemas – o sus probabilidades – y/o exigir su operación cuando se requiera. La

presencia de un nacimiento, esclarece las necesidades relatadas por las usuarias.

‘Lo único que espera uno es la seguridad de que nazca bien, de que nazca bien, que venga sin problemas. Y lo otro es que si viene con algún problema, servicio público experto en eso (risas) como lo más segura hacia una guagua.’ (Usuaría, Consultorio Esperanza, Valparaíso, Región de Valparaíso)

Finalmente, los derechos asociados a la protección infantil, también exigen la protección de las madres. Ya que la protección se basa en un juego de probabilidades, las usuarias ven la necesidad de contar con mayores y mejores activos humanos y económicos, para proteger al sistema familiar ante cualquier tipo de perturbación que surja del entorno social o individual.

‘Entonces esas cosas, buenas salas cuna, ayuda a las Mamás que pierden su tiempo; actividades como aprender a tejer, cocinar; sería súper bueno, y el mismo hecho de ayudar a la gente económicamente por ejemplo a las niñas callejeras que están embarazadas y no tiene donde vivir.’ (Usuaría, Consultorio Dr. Alejandro del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

3.2.4. Calidad de las prestaciones: expectativas para la atención del PADB

La calidad de las prestaciones es un bien deseado por la mayoría de las usuarias. Las cualidades de las prestaciones se asocian a la efectividad y rapidez en la atención y en la confianza en los profesionales que atienden

La atención oportuna frente a las necesidades la relacionan a la rapidez de la atención o a la urgencia satisfecha a partir del levantamiento de la necesidad. La lentitud en la atención médica parece ser un problema generalizado en los servicios de salud pública, situación que podría alterar la percepción sobre la calidad de las prestaciones. Sin embargo, los relatos permiten suponer que los problemas de eficiencia del sistema, no perjudicaría la adherencia de las familias al Programa o al acceso a los derechos sociales.

‘Que atiendan bien y mas rápido...eso no mas po, que atiendan mas rápido porque a veces se junta mucha gente a veces uno sale tan tarde de ahí, pero eso no masque atiendan rápido, eso no mas.’ (Usuaría, Consultorio Llaillay, Llay – Llay, Región de Valparaíso)

‘[...] que mejoraran las atenciones no más afuera, porque como le digo, la gente se aburre, a veces hay la mansa fila y las niñas no hay ni una, se van todas’. (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Antofagasta, Región de Antofagasta)

‘[...] no sé que decir. //pausa// espero hartas cosas, una atención buena, eso en lo principal. ¿Tú crees que has podido tener atención buena? Sí’. (Usuaría, Consultorio Catemu, Catemu,

Adicionalmente, la calidad de la atención es asociada a la cualidad del profesional. La calidad de la prestación se relaciona con el tipo de profesional que otorga el servicio. Lo anterior puede estar matizado con la lógica de los derechos; los derechos no se asocian únicamente a la pertinencia u oportunidad de la prestación, sino al profesional que otorga el servicio.

‘(¿Por qué no confía en la Auxiliar?) No, si confío, pero que las enfermeras lo vean, por algo es control sano. Si. (¿Y le dijeron que en los próximos vez lo iba atender la enfermera o la auxiliar?)La enfermera’. (Usuaría, Hospital de San Vicente de Tagua – Tagua, San Vicente, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

‘[...] porque de repente uno necesita hora pa’ un medico “no es que no esta atendiendo” y te dan pa’ otro y uno de repente como que no siente tanta confianza o no lo siente como más creíble como pa’ traerlo.’ (Usuaría, Hospital de San Vicente de Tagua – Tagua, San Vicente, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

La efectividad de la atención está de igual modo, vinculada a la frecuencia, orientaciones y a las expectativas de apoyo. El control del niño sano es una prestación asociada a los estándares básicos del servicio de salud, otorgada a todas las personas que deseen satisfacer un derecho básico en materia de salud. El control del niño sano consiste en el chequeo de la salud física, con tal de prevenir la prevalencia de enfermedades eventualmente riesgosas. En base a lo anterior, la efectividad de las prestaciones, en término de satisfacción de las expectativas, está relacionada con controles del niño sano en períodos continuos. El desconocimiento sobre los controles a base de demanda espontánea, refleja la lejanía de los usuarios con las redes de oportunidades, lo que atentaría con la percepción de efectividad de las prestaciones ofrecidas por el PADB.

‘[...] que lo atiendan más, que él tenga sus controles más seguido porque aquí te lo atienden una vez al año a veces un niño no necesita una vez al año necesita más veces al año que te atiendan, porque los niños se enferman’. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Los Castaños, La Florida, Región Metropolitana)

La efectividad de las prestaciones, también depende de la confianza trazada con los equipos profesionales, reflejada en las orientaciones que éstos construyen a partir de la indefensión percibida por lo usuarios. La percepción de apoyo puede aumentar la efectividad de las prestaciones, ya que genera la adherencia de los usuarios al sistema de protección social. El trato, en este sentido, es fundamental para acentuar las oportunidades de los usuarios, especialmente de los que pertenecen a los quintiles más vulnerables.

‘[...] tenía problemas con el asunto de la sala cuna y la asistente social por aquí por allá, me dijo “no te preocupes si en alguna parte lo vamos a encontrar”, entonces uno se siente como apoyada en alguien no se siente tan desamparada como “que voy a hacer” (con voz de

aflicción) y te baja la desesperación.’ (Usuaría, Consultorio La Palma, Quillota, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

Las expectativas de protección social es un aliciente para los usuarios del Programa. Las probabilidades de protección, provocan sensaciones de seguridad, situación que podría ayudar a la efectividad de las prestaciones ofrecidas.

‘O si en algún caso, ni dios lo quiera, mi hijo naciera enfermo, ahí yo necesitaría también el apoyo de Chile Crece.’ (Usuaría, Consultorio Alejandro del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

Finalmente, las baterías metodológicas que ofrecen las redes de protección social y, que son parte de las prestaciones ofrecidas por el Programa, son un elemento crucial en la percepción de efectividad. Los talleres visualizan las prestaciones, por lo tanto, concretizan los servicios del Programa. Dado lo anterior, las expectativas irían asociadas a una mayor cantidad de talleres ofrecidos por las redes de salud.

‘[...] Con más talleres, con más visitas de psicólogo, porque igual yo creo que es un proceso en sí que se necesita harto apoyo profesional porque, de repente se decaen por cualquier problema, por cualquier cosa tan pequeña que se necesita un apoyo profesional.’ (Usuaría, Consultorio Carén, Montepatria, Región de Coquimbo)

‘[...] que hagan más talleres. Son buenos. Acá asisten hartas niñas cuando hacen.’ (Usuaría, Consultorio María Elena, María Elena, Región de Antofagasta)

‘Que después, porque después siguen haciendo los talleres con los bebés.’ (Usuaría, Consultorio Las Cabras, Las Cabras, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

‘A me encantaría que hubieran talleres, que fuera como un programa como el INTA que fue mi hija, a ella la atendieron hasta el día de hoy, le daban las vitaminas, exámenes de todo, al cerebro, de todo para saber si tenía alguna cosa.’ (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Modelo, San Ramón, Región Metropolitana)

3.2.5. Satisfacción truncada

Por último, algunas usuarias no presentan grandes expectativas o no están conformes con la atención recibida. La visión de las usuarias se construye a partir a la lentitud de la atención, al profesional inadecuado que prestó el servicio o a la impertinencia de las prestaciones.

‘No, no, porque yo encuentro que ya me han ayudado harto me están ayudando harto a salir adelante con mi hijo, a tener ganas de seguir.’ (Usuaría, Hospital Salvador, Peumo, Región del

Libertador Bernardo O 'higgins)

'Yo creo que hubiera sido lo mismo [...] Porque no, yo no vi mucho apoyo, o sea, aparte de que aquí la gente tiene muy buena disponibilidad, pero del programa que dices tú no hemos visto.' (Usuaría, Centro de Salud Familiar Dra. Ana María Juricic, Maipú, Región Metropolitana)

'[...] es que a uno no le van a enseñar como criar a los hijos, uno como madre sabe como criar a sus hijos'. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta, Región de Antofagasta)

'[...] es que en los consultorios la atención casi nunca va a mejorar. (usted dice que no, ¿aunque hayan muchos programas mejores?) no, porque yo pienso que la gente de ahora, esta estudiando más por sacar una profesión no porque le gusta lo que hacen, como atender pacientes'. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta, Región de Antofagasta)

'Que lo revisen mejor, porque se supone que son especialistas, pero lo único que hacen... lo miran, ni siquiera le ven si tiene bien la columna, o si tiene bien los ojos, pero no hacen na poh. Los pesan los miden, ya le tocó control, se sienta y listo. La receta de la leche y nada más, después para la vacuna, los pesan los miden si tienen fiebre los vacunan y nada más. Ya es como rutina de ellos. No los ven bien.' (Usuaría, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Región de Valparaíso)

3.3. EXPECTATIVAS SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

3.3.1. Expectativas de estar mejor informado y de utilizar los recursos pedagógicos entregados por el PADB.

Los recursos pedagógicos diseñados y transmitidos en los centros de salud, son considerados claves para el desarrollo de competencias parentales. Algunas usuarias consideran importante perfeccionar sus competencias parentales, para lo cual, requerirían de mayor información y tecnología para aplicar técnicas de crianza desde el hogar.

'[...] tener más acceso a la información. Lo que te decía yo, que mi matrona es tanta diapositiva, tanta cosa, todo, todo eso, todo ese material que sea accesible para uno, que uno lo que me lo pueda llevar a la casa en disquete, o en... como sea en el computador... Eso, porque a veces a uno se le olvidan las cosas, entonces me enviaron esto pero se te olvidó esto, se te olvidó aquello'. (Usuaría, Consultorio La Palma, San Antonio, Región de Valparaíso)

‘Que nos den más materiales como para motivar nosotros a los niños en la casa’ (Usuaría, Consultorio Chañaral Alto, Montepatria, Región de Coquimbo)

3.3.2. Expectativas de estar mejor informado para ejercer competencias parentales para el cuidado infantil.

Las necesidades de las madres son priorizadas a partir de la necesidad de fortalecer las competencias parentales. La empatía corresponde a la satisfacción de necesidades básicas a nivel material y afectivo. La empatía tiene relación con la comunicación, es decir, con la capacidad de la madre para entender y estar atenta a los requerimientos del niño. Ante esto, muchas perciben que requieren de mayor información y asistencia material para satisfacer las demandas de sus hijos.

‘Aprender a como entenderlo, a cuando ellos tienen necesidad como saberlo. Porque uno puede tener una intuición, pero a lo mejor ellos como guagüitas o como niños necesitan otra cosa, que uno no lo sabe. Me gustaría aprender más a ser Mamá. A lo mejor uno dice que sabe, porque yo crié a mis hermanos, pero ahora es algo de uno, entonces es difícil criar lo como de uno mismo. Entonces me gustaría eso, aprender más a como ser Mamá. A como darle ese cariño que va a necesitar en un después cuando esté trabajando.’ (Usuaría, Consultorio Alejandro del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

‘Talleres que a uno por ejemplo le enseñen. Yo sé pero hay algunas mamás que no saben mudar a las guagüitas, que no saben tomarlas, cosas así, esas cosas.’ (Usuaría, Hospital de Peumo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

‘A mí me gustaría que hayan talleres para los niños porque igual uno sabe cosas pero los niños, aquí en el consultorio tiene que haber talleres para ellos, y debería haber más ayuda encuentro yo, igual yo soy mamá soltera, igual yo tengo pareja pero ahí no más, más o menos, entonces pienso que deberían dar más ayuda por ejemplo no sé más pañales, algo más material no sólo que uno sepa cosas, porque no sé, es un niño.’ (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso)

‘Yo creo que en parte sí, yo creo que hay diferencias por el tema de que tiene más información [...] que otros niños, ehm, las madres a lo mejor o algunas madres no tienen mucho conocimiento que uno que tiene los talleres con ellos. Entonces yo creo que eso es bueno’. (Usuaría, Consultorio Curimón, San Felipe, Región Valparaíso)

Los modelos de crianza corresponden a los conocimientos sobre el uso de los recursos comunitarios que dispone la sociedad para satisfacer las necesidades vitales de los padres y sus hijos. Lo anterior se ejemplifica, cuando la madre solicita una estructura de apoyo para proteger a sus hijos cuando éstos lo requieran.

*‘Que a uno le enseñen más de ellos, que es lo que hay que hacer, cuando están enfermos.’
(Usuaría, Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)*

‘Sí. Porque yo he visto casos en que las mamás dejan a sus hijos, o que las mamás trabajen y contraten a una niñera que maltrataba a los niños chicos. A mi no me gustaría que le pasara, por eso estoy con ella. Entonces sí, el apego que yo tengo con ella [...]’ (Usuaría, Consultorio Curimón, San Felipe, Región Valparaíso)

“Ver la información del crecimiento de tu hija, no se” (Usuaría, Consultorio Antofagasta, Región de Antofagasta)

Las usuarias del Programa reconocen tangencialmente la importancia de contar con redes de apoyo para promover las oportunidades en sus hijos; el reconocimiento de la necesidad de generar oportunidades en los hijos, permite que las familias utilicen las redes públicas de protección. La intuición de las usuarias del Programa es una fortaleza para el Sistema de Protección Social, ya que allana la posibilidad de implementar nuevas acciones para potenciar las competencias parentales y la protección a la primera infancia.

‘Que en el fondo yo voy a estar más preparada, porque acá me van a enseñar justamente eso, entonces voy a poder guiarme en eso con el programa que me enseñó. Voy a estar más capacitada, porque al ser mamá primeriza no se mucho, nada, entonces si alguien te va a estar ayudando, mejor, uno va aprendiendo.’ (Usuaría consultorio Santa Teresa de Calcuta, Puente Alto, Región Metropolitana)

‘Bueno en los beneficios de salud y atención, yo creo que aprender a conocerme yo como mamá para poder apoyar a mi hijo. Ir creciendo todos juntos y en caso de que tenga una enfermedad, algún problema saber cómo ayudarlo.’ (Usuaría, Posta de Salud Rural Cunaco, Nancagua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

El desarrollo del apego se genera en la relación entre la madre y el hijo a partir de los primeros días de desarrollo. A pesar de que el apego es una capacidad innata de los padres y sus hijos, es probable que estos presenten algunos problemas en el desarrollo del apego. Ante esto, las redes de protección social plantean un itinerario para desarrollar el apego de características seguras. El itinerario planteado por las redes de protección infantil, presenta un supuesto fundamental, la voluntad de los padres de incorporar nuevos conocimientos para la promoción del apego. Si las usuarias están interesadas en estimular, alimentar y proteger a sus hijos, entonces el PADB tiene mayores probabilidades de facilitar la implementación de metodologías adhoc. La expectativa de contar con mejores herramientas para estimular a los niños, es un resultado favorable para los propósitos del Programa. La responsabilidad del Programa se encuentra entonces, en cumplir con las expectativas trazadas por las usuarias.

'A mi me gustaría, después que nazca mi hijo, que me digan como lo puedo estimular, como hacer la vida de él más grata, porque como mamá hay muchas cosas que yo no voy a saber si le gusta lo que estoy haciendo, si no le gusta.' (Usuaría, Consultorio Fernando Maffioletti, La Florida, Región Metropolitana)

'[...] no se po he aprendido a hacer hasta alimento, como hacer los alimentos, hasta como hay que darles las verduras, las frutas, todos los alimentos, todas esas cosas, la leche. No si ha sido bueno' (Usuaría, Posta de Salud Rural San Pedro, San Pedro, Región metropolitana)

'[...] si hubiera un taller allá en el Valle Hermoso, más cerca, que me ayudaran a criarlo bien po. Para que no tenga tantas pataletas, que se le quite lo llorón, eh, no sé po, que me enseñen a criarlo bien.' (Usuaría, Posta Santa Marta, La Ligua, Región de Valparaíso)

3.3.3. Expectativas de estar informados sobre los contenidos de las prestaciones

Las expectativas sobre el manejo de la información es un elemento fundamental. Así lo reflejan los relatos de las usuarias, quienes manifiestan la relevancia de contar con conocimientos acerca del Sistema de Protección Social, las prestaciones y las técnicas para satisfacer las necesidades de protección del sistema familiar.

'Yo creo que hay que dar más información, más información, si' (Usuaría, Consultorio Chañaral Alto, Montepatria, Región de Coquimbo)

'Aprender más po' cosas que yo no sepa.' (Usuaría, Consultorio las Cabras, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'Primero que nada saber de que se trata Chile Crece Contigo porque si no sabemos, no podemos proyectarnos más allá. Entonces lo ideal es recibir pronto la visita de alguien que nos vaya orientando y que nos diga que tenemos que hacer y nosotros vamos a estar dispuesto a participar, pero mientras no tengamos la visita no podemos participar.' (Usuaría, Consultorio La Pincoya, Huechuraba, Región Metropolitana)

'porque por lo menos yo no se en que condiciones de estimulación va la guagua, si es normal o no, en eso me gustaría que me ayudaran más, o sea, en que, porque yo se que les hacen unos controles cada cierto tiempo a los niños para ver en que etapa van. Pero hay mujeres que de repente no, no sé si lo harán siempre o de repente, eso no lo se, pero si tengo claro que se hace pero no tantas veces. Entonces yo pienso que debería ser más veces, porque igual son chiquititos. Entonces como yo no entiendo mucho, para que ellos me vayan explicando así, estos tienes estas estimulaciones, por ejemplo, en eso me gustaría que me ayudarán más.' (Usuaría, Posta de Salud Rural Puntilla, Pirque, Región Metropolitana)

La comunicación expedita genera confianza, lo que permite construir un sistema de relaciones que promueve la efectividad de las prestaciones. Sin embargo, los relatos de las usuarias reflejan incertidumbres sobre la calidad de las prestaciones. En otras palabras, la mala fama de algunas prestaciones (maltrato en salas cunas), visualizadas principalmente en los medios de comunicación, puede provocar la desconfianza natural del usuario, a pesar de que la comunicación oficial indique la calidad de los centros pre-educacionales.

'[...] deberían las niñas de la sala cuna salir por las cosas a conversarle para poder llegar más a ellas, es como que uno tiene que llegar allá y uno no sabe cómo van a tratar al hijo, nada, quisiera que ellas se acercaran más a la gente, que le fueran a convencer a su hijo que lo tengan ahí, a mi por ejemplo yo tengo la sala cuna a una cuadra aquí, pero no quiero dejarla aquí, no quiero, con todo lo que ha pasado, que las bebés lloran y pueden estar llorando todo el día, y nadie los viene a ver.' (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso)

Finalmente, la efectividad de prestaciones anexas al PADB, pueden ser un apoyo a las prestaciones intangibles del Programa. Algunas usuarias reconocen que la ayuda recibida a través de otros Programas Sociales, son una ayuda importante para generar estabilidad. En términos de competencias parentales, la estabilidad material permite potenciar los recursos protectores familiares.

'[...] el gobierno ya nos dio un bono que ya nos sirve por último para pañales, para leche, pa yogurt que yo le compro a esta cabra chica que pasa estable comiendo ah. Entonces así ya es una ayudara para uno, ya llegó ese bono que estuvo bueno por que yo saqué por las dos (las dos niñas chicas).' (Usuaría, Posta de Salud Rural San Pedro, Región Metropolitana)

'[...] así que ayer fui a buscar la hora, ante de ayer y me la entregaron, así que ya es una ayuda para uno, por que uno ya no tiene que estar yendo a Melipilla uno, tener que estar corriendo para acá y allá. Antes uno tenía que ir sola y a veces uno no sabía donde ir, no te daban las horas y toda esa cuestión. Ahora ya hay una ayuda más.' (Usuaría, Posta de Salud Rural San Pedro, Región Metropolitana)

3.4. EXPECTATIVAS FUTURAS.

Las expectativas futuras se ordenan en tres ámbitos:

- Protección Social;
- Certidumbre; y
- Bienestar integral

3.4.1. Protección Social Continua.

La protección social continua es demandada por las usuarias del Programa. Esta se refiere a la capacidad de ser protegidos en un lapso superior a los años contemplados por el Sistema de Protección Social Chile Crece Contigo. En términos prácticos, las usuarias consideran que la protección tiene que ser ofrecida a las generaciones posteriores, o cuando se requiera contar con ayuda para la crianza de los hijos.

‘Que ella misma pueda usar el sistema, así como a mi me sirvió, que ella a futuro igual le pueda servir’. (Usuaría, Consultorio Curimón, San Felipe, Región de Valparaíso)

‘Me gustaría que hubiera otros, no igual pero que hubiera otro programa, me gustaría. No tan solo para la guagua, sino, para los papás. Me gustaría que no fuera hasta los 4 años, me gustaría que durara hasta que mi hija saliera del colegio, a los 18 años, no sé un apoyo. Alguien que la orientara, que la guiaran por ejemplo cuando ella elija carrera, sería importante que una persona representara el Chile Crece Contigo y que no se olvidara mi hija que perteneció a esto que fue tan bonito.’ (Usuaría, Posta de Salud Rural Buchupureo, Cobquecura, Región del Bío Bío)

Las usuarias tienen como expectativas, que las prestaciones puedan ser utilizadas por niños de todas las edades. Las usuarias manifiestan la necesidad de satisfacer sus necesidades de Protección en todo momento, por lo que exigen la atención oportuna por parte de la institucionalidad.

‘La atención oportuna, y también el apoyo del municipio por no siempre uno puede estar bien, como lo que me pasó con mi hija. O sea uno no siempre puede estar bien con su hijo y darle todo económicamente. Por eso es importante que se preocupen de esos pequeños grandes detalles, o sea no por que a uno le den un kilo de leche uno va a tener para comer, muchas veces uno no tiene en realidad. Igual es importante que ellos se preocupen del futuro.’ (Usuaría, Consultorio Fernando Maffioletti, La Florida, Región Metropolitana)

‘Aparte de seguir trabajando aquí, ponerle más que nada y que me sigan apoyando y seguir tranquila en cuanto a la atención y eso.’ (Usuaría Posta de Salud Rural Cunaco, Nancagua, Región del Libertador Bernardo O’Higgins)

La cuenta de ahorro que ofrece los sistemas de protección social, involucran las certezas eventuales ante la probabilidad del daño. Las certezas exactas, entregan la certidumbre para desenvolverse con mejores competencias en el mundo social. Por lo tanto, es de esperar que muchas usuarias necesiten protección eventual ante problemas probables. Los verbos condicionales utilizados, destacan el imperativo del provecho o la necesidad; así el ‘él lo necesitara’ o ‘utilizara lo más posible’ se convierten en un patrimonio ligado al conocimiento y a la competencia adquirida a través

de la participación en el Programa. Se podría reflejar la transmisión del conocimiento, como herencia para futuras generaciones.

'[...] que nos entreguen algún tipo de ayuda si el tuviera un problema físico, alguna enfermedad ni Dios lo quiera no se po, eso, si hubiera algún apoyo adicional en ese sentido, cuando él lo necesitara.' (Usuaría, Hospital San Juan de Dios, Los Andes, Región de Valparaíso)

'(¿Qué esperarías del ChCC para tu hijo) Que después utilizara lo más posible el beneficio.' (Usuaría, Hospital San Juan de Dios, Los Andes, Región de Valparaíso)

Continuidad de las Prestaciones:

La evaluación de las prestaciones tiene relación con la satisfacción otorgada. Prestaciones psicológicas, asistencia económica, educación, prestaciones para adolescentes, entre otras, se repiten como expectativas de asistencia luego del egreso del Programa.

'Ojala siguieran con este proyecto, incluso para niños mas grandecitos. Para el crecimiento del niño, qué es lo que tendría que estar haciendo el niño, cómo tendría que estar interactuando con compañeros, en el colegio, en todo, en el trato con los papás, todo'. (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'[...] que hubiera un programa de vacunación de los niños más chiquititos, como de 13, 14 años para que no se que los vuelvan a repetir las enfermedades que eran cuando son cuando son chiquititos. (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'A que lo sigan, o sea que, ojala que el programa no sea hasta los niños de cuatro años' (Usuaría, Consultorio Fernando Maffioletti, La Florida, Región Metropolitana)

La continuidad de las prestaciones se diferencia entre las que requieren los niños y las que necesitan los adultos. Para los últimos se encuentran las prestaciones psicológicas permanentes o bajo demanda.

'Seguir con mis controles con la sicóloga (a usted le gustaría que la siguiera controlando la psicóloga) Sí, sí porque ella me dijo que tenía que seguir (¿entonces eso está establecido?) Sí.' (Usuaría, Consultorio El Palqui, Montepatria, Región de Coquimbo)

'Si po que no haya tanto problema a futuro con la atención y que por ejemplo si el tiene algún problema a futuro y requiere de atención psicológica que también se la den a tiempo.' (Usuaría,

Consultorio Fernando Maffioletti, La Florida, Región Metropolitana)

Del mismo modo, se cree necesario afianzar las prestaciones económicas y profesionales para todo el sistema familiar, sin límite de tiempo o de edad. Los adultos identifican la ayuda profesional permanente (sistema de consejerías) como un elemento clave para la estabilidad de la familia. Las expectativas sobre la continuidad de las prestaciones se asocian a la protección periódica y permanente.

'Sí, claro que me ayuden, económicamente y bueno ayuda profesional, ellos son los que saben.'
(Usuaría, Consultorio El Palqui, Montepatria, Región de Coquimbo)

Finalmente se considera importante contar con información y prestaciones permanentes para entender la evolución de los niños en las etapas sucesivas de desarrollo, especialmente cuando los niños enfrentan la etapa de la adolescencia. Las usuarias manifiestan la necesidad de contar con un apoyo permanente para entender y aplicar los mejores modelos de crianza.

'[...] no tengo ninguna otra sugerencia más que el plazo ese de los cuatro años, la posibilidad de que hubiera otro tipo de programa porque ellos también son personas.' *(Usuaría, Consultorio Trinidad, La Florida, Región Metropolitana)*

'[...] que tenga un desarrollo de la estimulación bueno, para que así después cuando ingrese al colegio, no le tenga miedo a los médicos, porque hay guaguas que ven a los médicos y lloran, esas cosas y para que a mi me enseñen también porque ahí en el libro también explicaban algo de, dice que cuando uno no enseña bien a la guagua desde el momento en que nace, después cuesta que, se crea una guagua más como, como podríamos decir fundida.' *(Usuaría, Posta de Salud Rural Puntilla, Pirque, Región Metropolitana)*

3.4.2. Certidumbre .

La certidumbre está asociada a la expectativa de no contar con problemas que alteren el normal funcionamiento del sistema familiar. Las usuarias consultadas aspiran a una vida sin perturbaciones, como los problemas que genera el nacimiento de un nuevo hijo y/o la presencia de enfermedades.

Estar un poquito mas tranquila pué, yo veo las cosas tan difíciles, como las cosas están tan caras, que no se si seré capaz de criar otro bebe y no se, me da como fuerzas la guagüita, digo yo, bueno DIOS sabrá, vendrá con una marraqueta bajo el brazo. *(Usuaría, Hospital el Salvador de Peumo, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)*

Espero que reciba todo eso, después cuando tenga una pensión más adelante el niño pueda estar bien y me digan sabe que el esta bien no tiene este problema y yo diga el programa le

hizo bien a mi hijo entonces. (Usuaría Consultorio Alejandro del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

Las usuarias logran sistematizar la certidumbre a través de las competencias parentales. Este nuevo elemento es muy interesante, ya que visualizan la necesidad de contar con mejores herramientas para educar y criar a sus hijos. Las usuarias reconocen que los conocimientos adquiridos luego de la participación en el PADB, serán utilizados en el futuro.

'Bueno yo creo que todo el apoyo se lo voy a dar yo que soy su madre no. En cuanto a lo que me han enseñado, eso lo tengo que hacer yo, o sea aplicarlo. Yo creo que toda esa parte le toca a la madre a la mamá.' (Usuaría, Hospital de Santa Cruz, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'Claro yo creo que sí porque, va en toda la información porque si uno no se preocupa de que el niño aprenda y todo quizás no va a evolucionar bien, o de buena manera, entonces yo creo que en programa le van a aportar información que le va a servir ya cuando este más grande.' (Usuaría Hospital Sotero del Río, Puente Alto, Región Metropolitana)

Las usuarias construyen un relato de trascendencia. La herencia de los conocimientos, que aparentemente se convierten en un activo que puede ser compartido con los hijos, nuevamente es significado como un bien que merece ser explicado y transmitido a las generaciones posteriores. Las prestaciones del Programa, tienen una consecuencia en las valoraciones que construyen las familias en torno a las prestaciones recibidas. Las usuarias esperan transmitir los conocimientos adquiridos gracia al Programa.

'Enseñarle todas las cosas que a mí me enseñaron y de mostrarle que igual yo iba al tanto a medida que él iba creciendo, yo sabía lo que él hacía dentro de mi guata, por que igual como yo me controlaba constantemente, entonces a medida que pasaba una semana yo veía el libro y ahí sale en la semana tanto vas y tiene tal y tal cosa desarrollada y todo.' (Usuaría Hospital de Pichidegua, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

'Qué espero, eh hacer todo lo que ellas me enseñaron.' (Usuaría Posta de Salud Rural Coya, Machalí, Región Libertador Bernardo O'Higgins)

'Ah ya una comparación, es que yo pienso que yo lo voy a criar mejor que (risas), yo pienso, es que como uno es mamá primeriza y sobre todo estas charlas eran pa esas mamás primerizas que no tenían idea como tratar un bebé y otra persona que no ha ido a Chile Crece Contigo, no se po, no va a tener idea de las cosas que el bebé necesita, porque sino yo hubiera sido ignorante en el momento, porque yo no sé si lloraba no hubiese sabido por qué lloraba, a lo mejor me hubiese costado aprender, a lo mejor recién hubiese estado aprendiendo.' (Usuaría Posta de Salud Rural Coya, Machalí, Región Libertador Bernardo O'Higgins)

'Por que ahora se las cosas que van pasando y si va a nacer voy a estar más preparada, por que en libro sale todo lo que uno tiene que hacer. Entonces igual a uno le ayuda esto a prepararse a futuro, a salir adelante.' (Usuaría Posta Rural San José del Carmen, Palmilla, Región del Libertador Bernardo O'Higgins)

3.4.3. Desarrollo integral de los niños.

El desarrollo integral esperado se relaciona con la educación y la salud. La educación se relaciona con la aspiración de bienestar de superación personal y con la ruptura de la transgeneracionalidad de la vulnerabilidad; mientras que la salud la relacionan con la ausencia de enfermedades que limitan el bienestar. Tanto la educación como la salud, son activos sociales que las usuarias reconocen como claves para el desarrollo de sus hijos. Desde la lógica de la Protección Social, los activos de capital humano son fundamentales para prevenir la vulnerabilidad, y para superar las condiciones de pobreza y marginalidad.

'Bueno que mi niño vaya al colegio, no sé me gustaría que mi niño fuera un niño bueno, no se po, que estudie, si estamos los dos solos no me gustaría que él esté mal, que tire pa arriba, que sea alguien en la vida, eso me gustaría, yo voy a hacer todo lo posible por eso porque igual yo sin estudiar tengo que darle a mi hijo, no quiero que se quede con un cuarto medio y con nada más.' (Usuaría, Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región Metropolitana)

'[...] ahora me siento más tranquila y eso me tiene contenta, porque se que mi hijo o hija a lo mejor no va ha tener problemas que tiene él /en relación a su hermano enfermo/'. (Usuaría, Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, Puente Alto, Región Metropolitana)

'(¿Qué expectativas tienes tú para tu hijo después de que, que egrese de este programa? Porque este programa dura hasta los cuatro años ¿Qué esperas después de eso?) Que estudie.' (Usuaría Hospital de Peñaflor, Región Metropolitana)

Las usuarias perciben que el desarrollo integral de los niños depende de la información. Pero no únicamente de la transmisión, sino de la incorporación de los elementos que les permitan entender su desarrollo. Para lo cual, las usuarias identifican como un elemento clave, el rol formativo de los padres y la información recibida de las redes de Protección Social.

'[...] si siguieran estos programas sería super bueno, porque le enseñarían a los niños que los cambios que están sufriendo en su cuerpo, todo, el cambio emocional, también todo eso, son normales y una ayuda para los padres porque sería super un apoyo totalmente grande para los papás, que a veces los papás no saben qué hacer que el hijo se le puso rebelde, entonces ahí y

tenemos personas, tenemos personal, psicólogos asistente social que nos puedan enseñar cómo seguir la actitud de los niños'. (Usuaría Centro Comunitario de Salud Familiar Manuel Bustos Huerta, San Antonio, Región de Valparaíso)

CAPÍTULO IV: ELEMENTOS COMPARATIVOS

En este capítulo se presentan los principales elementos comparativos que han emergido a partir del análisis de las entrevistas. Para una mejor comprensión de estos se ha dividido el texto en dos niveles: prestadores(as) y usuarias.

1. A NIVEL DE PRESTADORES.

1.1. EJE IMPLEMENTACIÓN

1.1.1. Tipos de Centros de Salud.

En términos generales en todos los centros de salud, independiente de sus particularidades, los procesos de capacitación e inducción fueron deficientes, y se reconoce que el proceso de implementación se caracterizó por un conocimiento general del Sistema de Protección Chile Solidario y un desconocimiento del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.

A pesar de lo anterior en todos los centros de manifestó un fuerte compromiso adhesión hacia los propósitos y enfoques que propone el sistema y el programa. En relación a ello, en los CECOF y CESFAM se evidencia en mayor intensidad la integración del enfoque biopsicosocial en las prácticas cotidianas, en tanto que en los hospitales (1 + 2 + 3) se manifiesta una tensión con el enfoque biomédica que va desde la desvinculación de los médicos con el programa hasta la contradicción de las prácticas del programa con las metas de estos establecimientos. Ello se ve reflejado por ejemplo en la asignación de tiempo para que la madre esté con su hijo(a) luego del parto.

En la línea de la integración del programa a las redes locales presentes, se destaca un mayor nivel de articulación en los CESFAM y CECOF que en el resto de los centros. Ello se debe principalmente a que en estos centros ya habían redes funcionando, asimismo se destaca el rol jugado por los encargados comunales en las gestiones iniciales. En el resto de los centros en tanto se reconoce un desconocimiento de las redes y una muy baja conectividad con y entre ellas. Cabe destacar especialmente que muchos hospitales manifiestan bajos niveles de conexión con los centros de atención primaria, lo que resulta preocupante en cuanto a que hay se producen importantes procesos de derivación.

1.1.2. Tiempo de Implementación.

En todos los centros, independientemente del período en el cual se instalaron, se reconoce que el PADB se inició con equipos que conocían poco de este programa y solamente contaban con un marco de referencia construido a partir de la difusión del Sistema de Protección Chile Crece Contigo. En los centros en que el programa se inició entre febrero y mayo de 2008 se evidencia un nivel más bajo de integración del enfoque biopsicosocial que en el resto.

Ligado a lo anterior, en todos los centros los equipos manifiestan niveles de adhesión y compromiso importantes, enfocados principalmente a los objetivos y características del programa y del sistema, a pesar – según sus relatos- de contar con muchas condiciones adversas. En esta línea los programas iniciados antes de febrero de 2008 muestran mayores niveles de adaptación e integración de los contenidos programáticos, en tanto que para los posteriores a esta fecha, esta adaptación e integración se ha hecho efectiva en los centros que ya realizaban prácticas similares.

Todos los centros, en los distintos períodos, reconocen dificultades en la conformación o antes bien articulación de la red local en función del programa. Se atribuye una importancia central al rol de la encargada comunal, que no siempre es cumplido satisfactoriamente. Los casos que se reportan de forma positiva son aquellos en los cuales ya existían redes anteriores a la llegada del programa.

1.2. EJE FUNCIONAMIENTO.

1.2.1. Tipos de Centros de Salud.

En términos generales todos los centros de salud han realizado un proceso de aprendizaje y apropiación de los contenidos programáticos del sistema y del programa. En este sentido destacan los CECOF y los CESFAM como los que han internalizado de mejor manera el enfoque biopsicosocial y los lineamientos para la atención de usuarios. En el resto de los centros esto se da en menor nivel, caracterizándose principalmente por implementar los lineamientos pero sin una mayor reflexión. Los hospitales destacan por presentar menores niveles de apropiación a nivel de centro y un trabajo menos conectado con otros profesionales.

La adhesión también evidencia un proceso creciente durante el funcionamiento del PADB. La motivación se produce en el desarrollo del trabajo mismo, y en la observación de resultados concretos en las usuarias. En esta línea los centros de salud urbanos y rurales resienten en mayor medida las dificultades en el proceso de implementación y atribuyen el funcionamiento al compromiso de los profesionales.

En general hay consenso en la definición de los aspectos críticos del funcionamiento del programa y las brechas existentes entre la situación actual y el óptimo esperado. Dentro de estos aspectos destacan en todos los centros los déficit en los recursos necesarios para implementar las prestaciones del programa; déficit en el proceso de comunicación e inducción de los equipos; y déficit en la dotación de recurso humano para abordar las exigencias de las prestaciones. En el caso de los hospitales y postas se resalta la falta de infraestructura para realizar prestaciones, en especial las salas para los talleres y de parto.

Al observar la percepción respecto del proceso completo que ha desarrollado el programa en la mayoría de los centros se destacan procesos de cambios a partir de la llegada del programa. En los CECOF y CESFAM se destaca la inserción de nuevas prácticas y enfoques, ligados principalmente a lo psicosocial y la mirada sobre la familia. En el caso de los centros de salud rural se habla incluso de cambios culturales en la organización. En los centros urbanos y hospitales en tanto, es donde se observan procesos más dificultosos de inserción, donde se destaca principalmente el ordenamiento de las tareas que ha venido a realizar el PADB pero sin destacar mayormente la integración de los nuevos enfoques. En las postas rurales finalmente se menciona que los principios orientadores han venido a reorientar las prácticas que se venían realizando.

La coordinación con la red local finalmente los CECOF y CESFAM han logrado mantener ciertos niveles de conectividad útiles para el programa y han sostenido vinculaciones a nivel institucional. En el resto de los centros las coordinaciones no han logrado establecerse de manera consolidada y funcional al programa aún cuando se destacan esfuerzos y avances en esta línea. No obstante lo anterior, todos son coincidentes en valorar el trabajo en red como un elemento fundamental para el desarrollo del programa, lo cual hace que se mantenga como un objetivo permanente a lograr.

1.2.2. Tiempo de Implementación.

El período de funcionamiento del PADB ha estado marcado en todos los centros por un proceso de aprendizaje creciente de los contenidos programáticos de éste que se traduce principalmente en conocimiento procedimental de lo que se debe hacer y que manifiesta diferentes niveles de integración a la práctica del enfoque biopsicosocial. En este sentido, son los programas iniciados desde febrero de 2008 quienes menos niveles de integración manifiestan y donde puede observarse que el enfoque aún se encuentra en lo teórico.

Independiente de las diferencias en los niveles de integración de los contenidos del PADB en todos los centros hay una adhesión, en el discurso, a los objetivos y propósitos del programa. En este

sentido, se establece que los equipos mantienen fuertes niveles de compromiso, que aunque no aseguran estabilidad de los equipos, sí son una fortaleza del sistema.

Por otra parte, hay coincidencia en señalar que los principales aspectos críticos del programa dicen relación con la lentitud en la entrega de los recursos, baja dotación del recurso humano y deficitario proceso de capacitación e inducción. Ello implica que son procesos que se han mantenido iguales en todos los períodos de instalación del programa.

Al mirar el proceso completo de desarrollo del PADB los centros del período junio-agosto 2007 señalan con mayor satisfacción que se han superado las dificultades y se ha instalado el programa. El período septiembre 2007 a enero 2008 muestra centros que evalúan positivamente el proceso recorrido pero aún resienten la necesidad de fortalecer el trabajo multidisciplinario. Los centros iniciados después de febrero de 2008, finalmente, también perciben un buen proceso de incorporación de las prestaciones a los centros de salud, pero enfatizando que la mirada biopsicosocial no se encuentra aún integrada.

Finalmente las redes de coordinación no se encuentran fuertemente desarrolladas en ningún período, y tanto las dificultades como avances obtenidos se presentan de manera similar.

1.3. EJE PROYECCIÓN.

1.3.1. Tipos de Centros de Salud.

Las expectativas que desarrollan los profesionales de los equipos de los distintos centros de salud son coincidentes en el discurso. En todos se observan tres niveles; el primero asociado a contribuir a la construcción de una sociedad más justa y equitativa; el segundo ligado al fortalecimiento de las familias en su rol parental, principalmente a través de la formación de las gestantes y madres y fomento de la participación de familiares, especialmente los maridos o padres; el último nivel a punta al desarrollo integral de los niños y niñas. Cabe señalar que cada una de estas expectativas varía en intensidad conforme a las prestaciones que se realizan en cada centro de salud.

Al momento de proyectar el desarrollo del PADB se elaboraran propuestas para el mejoramiento del programa en el futuro. En ellas hay coincidencias en solicitar mayor dotación de recurso humano y asegurar la entrega oportuna de recursos financieros y materiales. Desde los centros rurales hay se establece – sumado a lo anterior- una demanda por mayor nivel de información y vinculación con los niveles regionales y central de MIDEPLAN. También destaca en los centros de salud urbana la

sugerencia por mejores condiciones laborales lo que apunta a una problemática presente en todos los tipos de centro que es la alta rotación del recurso humano.

1.3.2. Tiempo de Implementación.

En los centros instalados entre junio y agosto de 2007, las expectativas se centran principalmente al logro de resultados positivos en los niños, niñas, sus madres y familias. Se evidencia un proceso de concretización mayor de los logros del programa sin dejar por esto de mirar el nivel macro del impacto a nivel social. Junto con lo anterior, en los centros iniciados entre septiembre de 2007 y enero de 2008 se suma el deseo de consolidar la implementación del PADB a través del desarrollo completo de las prestaciones. En los centros del último período en tanto, también se hace referencia a los logros a niveles de las usuarias y de la integración de la familia en el proceso.

Todos los centros son coincidentes en elaborar sugerencias para el mejoramiento del PADB orientadas a fortalecer los equipos de trabajo; la efectividad de la comunicación vertical, horizontal, externa e interna respecto a los contenidos programáticos del Sistema de Protección Chile Crece Contigo y del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial; y el mejoramiento de los procesos de transferencia de recursos para el inicio de los programas en los centros de salud.

2. A NIVEL DE USUARIAS.

2.1. EJE IMPLEMENTACIÓN.

2.1.1. Tipos de Centros de Salud.

La vinculación inicial de las usuarias a los PADB es buena en todos los tipos de centro de salud. En todos se destacan los rasgos del trato de los prestadores(as), la calidad de estos, los materiales entregados entre otras cosas.

A pesar de lo anterior, hay dos elementos que se presentan de manera diferente en algunos centros. En primer término destaca que es en los hospitales y en los centros de salud urbano donde más se resiente la escasa información recibida en la primera atención lo cual puede dificultar la manutención y/o adherencia de la usuaria al programa. En segundo lugar, se resalta en los centros rurales las dificultades de acceso que tienen muchas usuarias producto de las condiciones geográficas y de

conectividad que tienen con el centro. Este es un elemento fundamental a considerar en el diseño de las prestaciones en estos establecimientos.

2.1.2. Tiempo de Implementación.

Independientemente del período de inicio del PADB, en todos los centros de salud emergen valoraciones positivas del proceso de vinculación inicial con el programa. En ellas se destaca la atención y trato de los profesionales, los materiales entregados y en general todas las actividades que se ofrecen.

Sin presentar mayores diferencias, las principales críticas se observan en los centros del último período, donde las usuarias manifiestan disconformidad por la escases de horas médicas y poca disponibilidad.

2.2. EJE FUNCIONAMIENTO.

2.2.1. Tipos de Centros de Salud.

En términos generales no se observan grandes diferencias en los niveles de satisfacción de las usuarias con las prestaciones en los diferentes centros de salud. En todos ellos se destaca el trato personalizado con los profesionales, la cordialidad con que las atienden, así como la calidad de los materiales y talleres. Algunos niveles de insatisfacción dicen relación con el tiempo que transcurre entre sesiones, la escases de horas, y la baja información que reciben. Ello se ha evidenciado en mayor medida en los CESFA y CECOF respecto a lo espaciado de las atenciones, y en los centros de salud urbanos en cuanto a la mala entrega de información.

Ligado a lo anterior, todos reconocen el uso de los materiales entregados como algo positivo para la comprensión de los procesos de gestación y parto, así como para la incorporación de otros miembros de la familia a estos procesos. Este reconocimiento no presenta diferencias sustanciales entre los distintos tipos de centro de salud.

A su vez, los talleres se valoran como espacios importantes de aprendizaje en los cuales se adquieren herramientas para enfrentar mejor las etapas del embarazo, parto y primeros años de vida de los (as) hijo(as). En ello no se observan diferencias por tipos de centros de salud, solamente se distinguen por el tipo de prestación y en la etapa en la que se vinculan con las usuarias.

2.2.2. Tiempo de Implementación.

No se observan diferencias en los niveles de satisfacción de las usuarias según el período de inicio del PADB. Por el contrario, en todos se observa un alto nivel ligado principalmente a la valoración del trato, la preocupación por ellas como usuarias y la integralidad de las prestaciones, reconociendo que es más que un control médico. Cabe señalar que estas valoraciones se realizan en comparación con las experiencias de atención previas al PADB que por lo general eran más negativas.

En todos los períodos de instalación del PADB la entrega de materiales se valora positivamente y han sido útiles para las usuarias por cuanto se perciben como de fácil comprensión, han permitido conocer y aprender del proceso de gestación y parto, así como han posibilitado la integración de la familia.

Ligado a lo anterior, los talleres se visualizan como espacios importantes de aprendizaje en los cuales se adquieren herramientas para enfrentar mejor las etapas del embarazo, parto y primeros años de vida de los (as) hijo(as). En ello no se observan diferencias por los períodos de inicio de los PADB.

2.3. EJE PROYECCIÓN.

2.3.1. Tipos de Centros de Salud.

Las expectativas que desarrollan las usuarias respecto a los hijos(as) se ligan principalmente a asegurar un desarrollo óptimo que les generen condiciones para desenvolverse favorablemente en su entorno. Ello implica desde los cuidados del embarazo hasta los de los primeros años de vida.

Asociado a ello, salvo en los centros de salud urbanos y rurales, también se desarrolla una expectativa más amplia, ligada al reconocimiento de posibilidades de desarrollo que van más allá de los primeros años de vida. En este sentido, se destaca el que ingresen y egresen del sistema educacional secundario y superior, y que, en términos generales, tengan las capacidades y herramientas para aprovechar las oportunidades del entorno.

2.3.2. Tiempo de Implementación.

Independientemente del tiempo de implementación de los centros de salud, las usuarias que asisten a ellos no presentan mayores diferencias en cuanto a las expectativas que desarrollan. Estas se pueden agrupar en dos niveles. Las primeras, de corto plazo, dan cuenta del deseo de que los niños y niñas estén bien, estimulados y se desarrollen de forma sana utilizando las prestaciones del programa. Por tanto, ello va desde la gestación hasta los cuidados en los primeros años de vida. Un segundo nivel amplía la mirada al futuro, destacando el anhelo de que los hijos pueden ingresar y desarrollarse positivamente en sistema educacional y puedan progresar durante su vida.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.

A partir de los hallazgos obtenidos en el estudio ha sido posible elaborar conclusiones respecto a la percepción que tanto prestadores(as) como usuarias tienen de la evolución, estado actual y proyección del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Del mismo modo, se han establecido elementos de análisis que permiten identificar aspectos críticos determinantes para el éxito del Programa.

De esta forma las conclusiones se han ordenado en cuatro puntos: **a.** Macro resultados, que dan cuenta de los hallazgos generales del estudio en relación con la percepción que prestadores(as) y usuarias tienen del estado actual y devenir del Programa; **b.** Percepción de la implementación del PADB, que resalta las conclusiones obtenidas de la percepción que se tiene del proceso de instalación del Programa, el vínculo inicial entre usuarias y prestadores(as) y las tensiones propias de esta etapa; **c.** Percepción del proceso de funcionamiento, donde se destacan los elementos que han dado resultados, los nudos críticos a resolver y el estado de consolidación del PADB; y **d.** Proyección del PADB que da cuenta de las expectativas tanto de usuarias como prestadores(as) que genera el Programa.

1. MACRO RESULTADOS DEL ESTUDIO.

a. Un primer resultado que se obtiene del análisis de las percepciones de prestadores(as) y usuarias es que **existe una alta valoración del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en particular.** Esta percepción presenta dos rasgos comunes en estos actores: el primero dice relación con la identificación concreta de los beneficios que se obtienen a partir del desarrollo de este Programa, tanto en las madres y sus hijos(as), como en las familias de éstas; el segundo hace referencia, a que ni prestadores(as) ni usuarias tienen un conocimiento amplio de la dimensión institucional del Sistema o del Programa, traduciéndose su conocimiento, sólo a nivel operativo, específicamente a las prestaciones existentes y sus objetivos, pudiendo o no asociarse al Programa o al Sistema. Cabe destacar que tanto para usuarias como prestadores(as), las prestaciones que se observan con mayor claridad son las ligadas al período de gestación, parto y puerperio, quedando la atención durante los primeros dos años de vida como algo más confuso.

b. Ligado a lo anterior, ha sido posible identificar una **brecha entre la percepción general del Programa por parte de los prestadores(as) y las usuarias**, donde se mezcla la valoración de los propósitos con el funcionamiento actual. En base a lo anterior, los(as) prestadores(as) tienden a ser más negativos que las usuarias. Ello se explica a partir de los resultados, ya que el punto de

comparación es distinto; mientras los(as) prestadores(as) comparan el funcionamiento actual con un óptimo, en cuanto a diseño de prestaciones y recursos, las usuarias lo hacen con un estado anterior al PADB, en que las atenciones eran evaluadas como peores a la forma actual que propone el PADB, destacándose el trato y los tiempos de los profesionales. Asimismo, los(as) prestadores(as) manejan mayor cantidad de información respecto al programa que inciden en la evaluación que hacen.

c. En tercer lugar, se destaca que el **PADB- independiente de su fecha de instalación- no se encuentra consolidado en los centros de salud**, sino que por el contrario, los(as) prestadores(as) tienen una percepción de que aún se está en una fase de instalación y que deben superar muchas deficiencias para su consolidación. Uno de los principales factores que se asocia a ello, son los déficit de recursos materiales, infraestructura y baja dotación de recurso humano en relación a las necesidades que implica el implementar las distintas prestaciones.

d. Una cuarta conclusión es que el proceso de implementación ha sido difícil en la mayoría de los centros de salud. Algunos de los elementos que más determinan esta situación, han sido la falta de capacitación e inducción de los equipos para llevar adelante la instalación del Programa; deficiencias en el traspaso efectivo de los recursos (principalmente materiales); y las tensiones que se originan entre la puesta en práctica del enfoque biopsicosocial y las prácticas de la cultura organizacional de los centros de salud. A pesar de ello, en la mayoría de los centros destacan que se ha superado de buena forma esta situación inicial.

e. Asociado a lo anterior, **la integración efectiva de la mirada biopsicosocial no ha sido transversal a los centros de salud, tanto en las prácticas relatadas como en el discurso**. En relación a las prácticas, las brechas se producen entre quienes logran instalar un trabajo integral en coherencia con el quehacer del centro y quienes aún están desarrollando un trabajo de sensibilización. Respecto al discurso, ha sido posible observar centros en los cuales, lo biopsicosocial se asume en todo el proceso de las prestaciones desde la vinculación inicial con las usuarias, mientras que en otros centros el enfoque se reduce al establecimiento de procesos de derivación.

f. Igualmente, **no se ha instalado un trabajo permanente con la red local**. En la mayoría de los relatos, se señala que al inicio del PADB se establecieron canales de comunicación y coordinación con diferentes niveles de logro, sin embargo, durante el período de funcionamiento no se han mantenido estables o bien se han reducido considerablemente a acciones o procedimientos de derivación puntuales. Cabe señalar también, que las principales coordinaciones se establecen específicamente con la red de salud y en menor medida con la red de educación.

g. Finalmente, se concluye que **las usuarias adhieren positivamente al PADB**. Ello se debe en gran medida al proceso de vinculación inicial que se establece, donde los(as) prestadores(as) impactan favorablemente en las expectativas de las usuarias, la que se acompaña de un alto grado de satisfacción con el trato recibido por las prestadoras. Cabe destacar que igualmente se evidencian obstaculizadores, pero que se ligan principalmente a factores externos, como el acceso a las prestaciones de usuarias en sectores rurales.

2. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PADB.

El proceso de implementación del PADB para los(as) prestadores(as) ha sido complejo, tanto por las dificultades de la instalación en centros de salud, como por el aprendizaje de sus contenidos programáticos. En este sentido, desde el discurso de los prestadores(as), esta etapa se observa como un proceso de acomodación y adaptación del PADB a los centros de salud, en el cuál también se busca lograr la aceptación y valoración de éste por parte de la organización. Así también es un proceso de acomodación interna de los equipos, los cuales deben apropiarse de nuevos roles y funciones.

A partir de lo anterior, un primer elemento que se destaca, es la carencia de capacitaciones y procesos de inducción efectivos, que permitan conformar equipos empoderados desde el inicio para implementar el PADB en un centro de salud. Dentro de las limitaciones que ello genera, la principal es el lento proceso de apropiación de sus roles y funciones, dificultando las coordinaciones con la red local, con otros servicios del centro, la toma de decisiones, entre otras. Asociado a ello, se ha manifestado una lentitud en el proceso de instalación de los recursos asociados a las prestaciones, como la entrega de materiales y habilitación de espacios. En suma, la falta de preparación del recurso humano y el retraso de otro tipo de recursos han obstaculizado la partida del Programa en muchos centros.

En segundo término, se observa que los(as) prestadores(as) han desarrollado un fuerte proceso de adhesión a los enfoques y propósitos del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y por consiguiente del PADB. Ello ha generado un fuerte compromiso con el proceso de implementación de estas prestaciones. La convicción por el logro de los objetivos ha ayudado a superar gran parte de las condiciones adversas señaladas anteriormente. De esta forma, ha sido posible observar que la adherencia al Programa esta condicionada al nivel de apropiación de los objetivos del mismo, es decir, a la sensación subjetiva que los(as) prestadores(as) tienen acerca de su contribución a nivel local (en el desarrollo de los niños como adultos sanos y lograr familias funcionales) y nacional (en una mayor equidad al lograr un acceso igualitario a las prestaciones).

Otro elemento destacado en el proceso de implementación es la rotación del personal. Ello se considera como un factor obstaculizador ya que no permite dar continuidad al trabajo con las usuarias. La alta rotación se explica principalmente por las condiciones laborales inadecuadas (espacios físicos adecuados, definición claras de roles y funciones, condiciones contractuales, estabilidad laboral, entre otros), percepciones que generan baja adhesión y eficacia laboral.

En el relato de las usuarias se observa un desconocimiento respecto del PADB y una cierta familiaridad con el Sistema de Protección Chile Crece Contigo. Aunque no existe claridad en cuanto a los objetivos del Programa, si se conoce de sus prestaciones (a pesar de no asociarlas) y de los beneficios que pueden obtener. En este sentido, no es claro que la información que se entrega inicialmente sea suficiente y efectiva, ya que a pesar de que se produce una adhesión importante, las usuarias no señalan haber obtenido información importante, sino que más bien ésta es entregada en los talleres y a través de los materiales con posterioridad a la vinculación inicial.

Por otra parte, cabe destacar que un componente esencial que se logra transmitir a las usuarias y que reconocen como un beneficio, es el fortalecimiento de las competencias parentales por medio de la formación, vinculación con el hijo (apego) y participación de su familia.

Finalmente, es posible evidenciar que el proceso de implementación conlleva una resignificación de los modelos de funcionamiento. Esto es; se produce una transición desde el modelo biomédico hacia el Biopsicosocial, lo que ha implicado internalizar y operativizar la idea atención personalizada, “humanizada” e integral; el involucramiento de la familia, la salida a terreno en las visitas domiciliarias, la detección precoz y preventiva de riesgos y un fuerte trabajo en red, entre otros. Todo ello, en mayor o menor medida, se considera instalado por los(as) prestadores(as). Al hacer el contraste con los relatos de las usuarias, se observa que este proceso de resignificación ha sido transmitido a ellas y sus familias. En este sentido, el discurso de las usuarias apunta hacia el cambio en el tipo de atención y al acceso a nuevas prestaciones, por lo tanto, contemplan y destacan el abordaje integral y la inclusión de la familia, y releven el acompañamiento como elemento clave.

3. FUNCIONAMIENTO DEL PADB.

El análisis del funcionamiento del PADB se enfocan principalmente a las brechas evidenciadas entre su estado actual y un óptimo descrito por los(as) prestadores(as). Por ello se asocian generalmente a las dificultades surgidas a nivel organizacional. Aquellas, tienen relación con la adecuación de las prácticas laborales, a partir de nuevos estándares exigidos por la operación de la Protección social a la primera infancia.

Inicialmente, los profesionales o funcionarios de los centros de salud, a cargo de ejecutar las líneas programáticas del Sistema Chile Crece Contigo, consideran que los recursos materiales y económicos son insuficientes para cumplir con los estándares impuestos. Las brechas son más extensas, cuando se visualizan las necesidades particulares de las comunas, así, la carencia de materiales físicos para la movilización, resulta más crítica en municipios rurales, que en los urbanos.

La materialidad, en términos de abundancia o suficiencia de recursos, es relevante para la constitución de percepciones de impacto. El impacto, en este caso, se percibe a partir de los aspectos materiales que los centros cuentan o en la medida que se disminuye el déficit estructural de los servicios. Cabe señalar que el riesgo de percibir el impacto a partir de la materialidad, radica en la transferencia de las valoraciones, adjudicándole más importancia a los recursos físicos que a las prestaciones bien desarrolladas.

Otro riesgo presente en las valoraciones de las prestadoras de servicios, está en la inestabilidad y rotación de los profesionales. Esta situación, que se ha evidenciado desde la fase de implementación, se asume a partir de las sobrecargas de funciones o tareas, las bajas remuneraciones y el estrés producto de las malas relaciones laborales, cuya consecuencia visible, es la baja adhesión profesional sobre los contenidos trazados en los talleres o la ausencia de compromisos frente a los contenidos que se están abordando con las gestantes. En segundo lugar, la sobrecarga de funciones o tareas, provoca negligencia laboral, al desestimar la importancia de preparar, desarrollar y evaluar los encuentros con las usuarias. Si bien estos elementos no se declaran como hechos recurrentes, sí son un riesgo latente que se debiera considerar en el proceso de gestión del PADB.

Otro elemento que se destaca como una necesidad para asegurar el fortalecimiento y consolidación del PADB, es establecer procesos de capacitación y formación continua. Desde el punto de vista de la necesidad, los(as) prestadores(as) de servicios reconocen las carencias y las brechas de información entre sus prácticas cotidianas y los lineamientos centrales ministeriales. En base a lo anterior, requieren y solicitan mayores esfuerzos para ser formados en las estrategias que fundamentan el Sistema de Protección a la primera infancia, como parte del enriquecimiento del discurso a transmitir a las usuarias en el proceso de concientización. En relación a ello, los aspectos críticos en el funcionamiento, no sólo dicen relación con la carencia de espacios de formación, sino con la debilidad de las redes comunales y de los equipos profesionales para asumir la tarea de formación.

Otro punto que genera consenso a partir del proceso de funcionamiento, es que el acceso y la adhesión de las usuarias al PADB es un elemento crítico para el éxito. Se ha reconocido que la adhesión de las usuarias depende de los contenidos de la comunicación de los(as) prestadores(as) (discurso de seducción), de los materiales que disponen, del trato ofrecido y de las promesas de una

atención con resultados concretos. Todos estos elementos son considerados relevantes a la hora de motivar la adhesión de las usuarias y deben contar con una gestión eficiente desde los distintos niveles del Programa.

La cultura organizacional que promueve el buen trato, tiene mayores posibilidades de promover la adherencia a los servicios. Según el relato de las usuarias y los(as) prestadores(as), el buen trato no es un proceso, ya que está definido a partir del primer contacto. La adherencia, según los buenos tratos, está definida en el primer contacto, la primera visita o al momento de establecer la vinculación inicial. Este elemento es aún más crítico, cuando en la biografía de la usuaria estuvo presente la violencia, el abuso o los malos tratos en general.

El conflicto de re-ensamblaje de las organizaciones se visualiza al momento de incorporar prácticas mejoradas de atención a las gestantes (o que consideran prácticas para el mejoramiento de la atención), traducidas en la entrega de materiales, información y prestaciones concretas. En este proceso se puede visualizar una gran debilidad; la percepción de la perpetuidad de los procesos de cambio, la instalación permanente del Programa o en otras palabras, la visión de pilotaje que representa el PADB para muchos. La perpetuación de dichas percepciones puede provocar la baja adecuación de las prestaciones o el aumento de la indiferencia por mejorar los servicios. Sea cual fuere las consecuencia más acertada, es un hecho que la valoración negativa sobre los procesos de instalación del Programa, puede deteriorar la calidad de la intervención o asociar exclusivamente la disponibilidad de recursos financieros y físicos a la operación regular del Sistema de Protección Social. En este sentido, es recomendable establecer estándares que permitan definir la consolidación de los Programas, distinguiendo fases que permitan a los equipos reconocer su evolución y las exigencias que conllevan.

En contraste, la motivación de los(as) prestadores(as) es una fortaleza para el funcionamiento del Programa. Ella permite la buena operación de los servicios. El compromiso, en este sentido, está en la trascendencia de las acciones, en los valores que se le adjudican al oficio y al impacto sobre el bienestar futuro de los niños atendidos. No obstante, una dificultad mencionada es la diferenciación de las motivaciones y de las importancias adjudicadas a las tareas; según palabras de los(as) prestadores(as), distinta es la importancia que un doctor le entrega al Programa, del compromiso ofrecido por una matrona, enfermera o psicóloga de Chile Crece Contigo. Esta motivación también está incidida por el nivel de bienestar de los profesionales, en tanto se reconoce que es un trabajo desgastante emocionalmente la falta de prácticas de autocuidado y cuidado de equipos se constituyen en un riesgo a considerar.

Por último, las redes son consideradas como un aspecto fundamental para el trabajo. Permiten socializar el Programa, solucionar problemas en el funcionamiento, mejorar las prestaciones y coordinar la intervención intersectorial. Dadas las complejidades que surgen en la instalación de los

Programas en la estructura de los servicios públicos, el trabajo en red presenta algunas dificultades, como la alta rotación de profesionales, la centralidad de las prácticas de redes en las personalidades de los encargados, la deficiencia en la comunicación o la ausencia de canales de comunicación, sobre todo los verticales descendentes. En este sentido, un elemento clave para el funcionamiento de las redes es la suficiencia en la comunicación, desde el conocimiento en detalle del Programa, hasta la abundancia de material gráfico para comunicar a los socios las bondades de las prestaciones.

Para el caso de las usuarias de los servicios, el Programa (matizado por los conocimientos acerca de Chile Crece Contigo) es relatado con mayor simpleza. La efectividad de prestaciones depende del buen trato recibido, especialmente en gestantes con experiencias de malos tratos o violencia en su biografía. Asimismo, la buena percepción del Programa se define a partir de la información recibida, especialmente a través de los materiales gráficos. El uso de guías u otros materiales asociados, permite que las usuarias comprendan en detalle las prestaciones asociadas a su gestación o los derechos vigentes para sus niños; lo anterior, es más preponderante cuando se está en presencia de mujeres con bajo nivel de comprensión; es clara la relación entre la comunicación visual y el entendimiento de lo comunicado.

La tríada, buen trato, comunicación oportuna y práctica de lo aprendido es la base del aprendizaje de las gestantes. La sencillez en la comprensión de las prestaciones hace visible las necesidades reales de las mujeres, quienes adjudican mucha importancia a la formación en competencias parentales. Al parecer, existe una necesidad posible de satisfacer los conocimientos sobre prácticas parentales, es decir, sobre los contenidos que permitan conocer y comprender las conductas de sus hijos y sus familias.

4. PROYECCIONES DEL PADB.

Un primer elemento que se devela en los discursos es el alcance de las expectativas que desarrollan prestadores(as) y usuarias. Mientras los primeros transitan desde una visión de la sociedad hasta la satisfacción de una usuaria determinada, las segundas se enfocan a los beneficios presentes y futuros de sus vidas familiares desde su rol parental.

A nivel macro los prestadores(as) anhelan construir una sociedad con mayor igual y equidad social. El aporte a este propósito vendría dado por la preparación de personas más capacitadas para desenvolverse en sus entornos, familias fortalecidas y la reducción de riesgos sociales. Lo relevante de esta expectativa es la conexión directa (y concreta) a los objetivos del PADB como Programa particular. A diferencia de otros Programas éste es capaz de generar cambios en la sociedad a través del fortalecimiento de la familia y la generación de condiciones para el desarrollo futuro de los (as) niños(as). Esta visión de largo plazo tiene un punto de partida; el primer control de las gestantes.

A nivel del desarrollo específico del Programa, las expectativas se vuelcan a logros concretos en torno a las gestantes y madres, como por ejemplo, ampliar sus expectativas y que se sientan capaces de ser agentes de transformación de sus vidas. Desde este punto de vista, las prestadoras consideran que una de las labores más importantes dentro de su quehacer en los distintos centros de salud es el poder educar a las usuarias, depositándoles la confianza en ellas mismas y fomentándoles la capacidad empoderadora que se necesita para poder hacerle frente - de la mejor manera posible - a problemáticas como la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la drogadicción, entre otras.

Otra de las expectativas presentes en el discurso de los(as) prestadores(as) es la incorporación de otros miembros de la familia al proceso gestación y la permanencia en el tiempo como una práctica familiar regular. Ello implica proyectar esta participación a todo el desarrollo de los niños y niñas.

Por su parte, las expectativas de las usuarias respecto al Programa se enfocan al aumento de la calidad de vida, tanto de sus hijos como de sus familias. En este sentido, valoran la adquisición de herramientas para desarrollar procesos de mejoramiento de las competencias parentales. A su vez, generan la proyección de que a partir de estos recursos, contarán con niños(as) sanos y adaptados psicológicamente. Esto, puesto que el Programa (en cuanto estimula el apego temprano, la lactancia materna entre otras prácticas) facilita la obtención de destrezas para establecer vínculos sanos entre el niño(a) y quienes le rodean.

Respecto a las prestaciones recibidas, esperan que inicialmente éstas mantengan y desarrollen aun más, el hecho de establecer relaciones cercanas con los prestadores(as), de ser informadas de manera clara y de ser atendidas de manera preferencial. El valor que le atribuyen las madres a los prestadores(as) del Programa es sumamente alto e inédito dentro de lo que se había realizado tradicionalmente, razón por la cual, las expectativas en este ámbito son aun mayores.

Sumado a ello, esperan que este tipo de atención prioritaria dentro del centro de salud, se logre materializar en el acceso a los distintos servicios ofrecidos. Si bien el funcionamiento del Programa se expresa para las usuarias en un contexto la salud, esperan que este Sistema de Protección apoye integralmente a las familias, en las distintas dificultades que puedan presentarse. Desde esta perspectiva, lo consideran como un derecho posible de ser exigido, proteger la primera infancia y su entorno más cercano en las distintas dimensiones que componen al ser humano.

En síntesis, las proyecciones de las personas que participan de la dada atención y uso de los servicios, consideran desafíos de Protección Social: mejorar la calidad de las atenciones para procurar protección a las personas que lo requieran. La lógica universal de la protección es un aliciente a la profesionalización de la oferta pública, ya que la protección requiere de una

organización fuerte e involucrada en la tarea y de usuarios comprometidos con los propósitos de los servicios. La fortaleza mencionada, permite establecer un terreno fértil para la protección social; deseos de mejorar la atención y deseos de ser protegidos.