

Análisis de la Implementación y Funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo

Informe Final: Reporte final del trabajo de campo

Agosto 2013

I. PRESENTACIÓN.....	3
II. OBJETIVOS.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos	8
III. DOCUMENTO METODOLÓGICO FINAL	10
Fase Cualitativa.....	11
Fase Cuantitativa.....	14
IV. REPORTE DE RESULTADOS.....	24
Respecto a la Base de Datos.....	24
Cuadros estadísticos mostrando el total de VDI realizadas por región y comuna.....	24
Resumen Ejecutivo del Estudio.....	25
Resumen Ejecutivo Publicable en Web.....	36
Informe analítico de principales resultados cuantitativos	42
V. ANEXO I: Informe de la Fase Cualitativa.....	123
VI. ANEXO 2: Consolidación de Informes previos	150

I. PRESENTACIÓN

Múltiples intervenciones psicosociales durante la gestación y la primera infancia han demostrado tener beneficios funcionales y económicos en familias en situación de vulnerabilidad. En Chile, el Subsistema de Protección Integral a la Infancia: "Chile Crece Contigo", ofrece un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales de calidad que apoyan al niño, niña y a su familia a alcanzar un máximo desarrollo de potencialidades.

Este foco de acción del sistema es coherente con aportes científicos que han demostrado que este periodo es significativo para el desarrollo biológico, motor, cognitivo y psicosocial infantil. Los programas basados en visita domiciliaria que tienen evaluaciones de impacto, han demostrado que esta estrategia produce efectos significativos durante la gestación, en el desarrollo infantil, en la relación entre padres e hijos y en el entorno de los niños.

Sin embargo, las características de los programas de visita domiciliarias publicadas en la literatura presentan una amplia variedad en el foco de la intervención, frecuencia y número de visitas, duración del programa, objetivos, personal que realiza la visita, conexión con otros servicios, etc. Esta diversidad observada en los programas internacionales representa un desafío para la adaptación de la evidencia a nuestro país y a las características de nuestro sistema de salud.

En Chile, la visita domiciliaria es una prestación que está incorporada en distintos programas y el quehacer de los profesionales y equipos desde los inicios de la década de los 50. Esta intervención ha tenido objetivos principalmente relacionados con el apoyo, la atención y la recuperación de la salud, así como también en el bienestar social de las personas. Han sido realizadas por profesionales y técnicos, en especial enfermeras, matronas, trabajadores sociales y monitores comunitarios. Hoy, la relevancia del desarrollo infantil temprano ha implicado avanzar desde la visión biomédica clásica del crecimiento y desarrollo hacia un modelo con mayor énfasis en la dimensión social emocional y cognitiva del desarrollo infantil.

En la actualidad, la Visita Domiciliaria Integral (VDI) en el contexto del PADBP (ChCC) es una estrategia de servicios de salud, dirigida a las familias de gestantes y/o de niños/as hasta los 4 años con factores de riesgo para el normal desarrollo, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para favorecer el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria integral (VDI) es una prestación en la que el programa eje de Chile Crece Contigo invierte alrededor de mil ochocientos millones de pesos¹.

Aproximadamente un 22 % del presupuesto anual del programa está dirigido a fortalecer la realización de la visita en APS. Actualmente los datos muestran (DEIS) que la producción de VDI en gestantes y niños en riesgo presenta una tendencia sostenida de variación positiva observada en los últimos 3 años. El segundo semestre del 2010 por primera vez se alcanza un promedio de VDI a gestantes en riesgo por sobre 1. En los últimos 18 meses se ha reducido la intensidad del incremento, estabilizándose en variaciones menores a las registradas los primeros años.

En el año 2012 se registraron un total de 637.552 visitas domiciliarias realizadas a familias beneficiarias del sistema público de salud, el 31,3 % (199.791) de estas visitas se efectuaron a familias en riesgo sicosocial, entre estas las familias con gestantes correspondieron a un total de 85.317 visitas y las familias en estas condiciones y que tienen niños y/o niñas fueron 114.474 visitas, distribuidas en siete categorías correspondientes al "Tipo de Visita", el mayor porcentaje de estas corresponde a niños(as) con déficit en el desarrollo psicomotor, equivalente a un 37,9% del total de visitas realizadas en el 2010. Luego un 62,1% del total corresponde a niños(as) en riesgo psicosocial.

Actualmente la información disponible no permite estimar cobertura, ya que la información corresponde a producción agregada, y no a datos nominados o que permitan establecer que cada beneficiaria de la prestación efectivamente la recibió. Sólo se puede calcular una concentración, o un promedio de VDI por persona candidata. Sumado a lo anterior, no se dispone de datos que permitan establecer la "calidad" de una VDI.

¹ Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia, MINSAL, 2009.

De acuerdo a lo indicado en las orientaciones técnicas, se ha propuesto que las VDI sean realizadas por un profesional y un técnico paramédico, ambos capacitados en este tipo de visitas y las visitas de seguimiento sean realizadas por un profesional o un técnico capacitado en los sectores rurales. Y esta estrategia debería considerar las siguientes premisas:

- Considerar la calidad de la relación humana que establece el profesional con la madre, el padre o cuidador como un factor de cambio importante.
- El reconocimiento de que los padres y madres son figuras primarias y esenciales para el cuidado y el desarrollo de sus hijos.
- Mantener un foco de atención en temas materno, paterno e infantil; como por ejemplo, la crianza, salud mental y física, competencias parentales, desarrollo integral del niño y la niña, estimulación, calidad del ambiente, etc.
- Tener un enfoque preventivo, de detección e intervención precoz de dificultades, problemas y condiciones que se presentan en esta etapa.
- Tener un fuerte sentido práctico para instalar sugerencias o intervenciones contingentes a la temática de la familia y su entorno.
- Tener un enfoque biopsicosocial y comunitario.
- Ser competencia del equipo de salud.
- Debe considerar las etapas de planificación, ejecución y evaluación.

Sin embargo, sabemos que existe una gran heterogeneidad en las formas de ejecución de esta prestación y una falta de sistematización de las principales características de los modos de ejecución utilizados actualmente.

De lo anterior, se vuelve relevante conocer detalladamente los procesos detrás de la formulación y ejecución de las visitas domiciliarias. Con dicha información, resultará más fácil poder generar un modelo de VDI para nuestro país, para luego medir y evaluar el desempeño y la efectividad de esta clase de intervenciones.

Las orientaciones técnicas de las VDI para el desarrollo biopsicosocial de la infancia la definen como:

Una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio, dirigida a familias desde la gestación hasta los seis años del niño o niña, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para favorecer el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria integral se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención, según lo señalado en las orientaciones técnicas de las VDI.

La atención clásica en salud es de tipo receptiva, la familia se dirige a consultar al centro de salud para recibir atención, en cambio, la visita domiciliaria se distingue por una atención de tipo activa ya que el equipo de salud es quién va hacia el hogar y al entorno inmediato de las personas.

Este cambio en la dirección de la atención implica una detallada preparación, así como también, el desarrollo de una actitud del profesional y técnico que realiza la visita caracterizada por habilidades de ayuda que le permitan establecer una relación humana de calidad con la madre, padre o cuidador principal del niño o niña .

Este informe consiste en la presentación del reporte final del trabajo de campo para la muestra de usuarios y gestores/ejecutores, junto con las bases de datos para el trabajo de cuantificación en terreno.

En este informe y sus anexos se incluyen los siguientes contenidos:

De la ejecución del trabajo de campo:

- a) Antecedentes metodológicos: Fechas, etapas de investigación y descripción de cada una de las actividades realizadas.
- a) Resumen ejecutivo de menos de 30 páginas explicando brevemente los aspectos metodológicos, el proceso del estudio, los principales resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio.
- b) Resumen ejecutivo de entre 10 y 15 páginas, en un lenguaje sencillo y claro para ser publicado en el sitio web del Ministerio de Desarrollo Social.
- c) Análisis detallado de resultados, con las gráficas y lecturas de todas las preguntas realizadas a beneficiarias y gestores/ejecutores.
- d) Conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Explorar y describir los principales aspectos de gestión y técnicos en la implementación de las VDI comparados con los lineamientos propuestos en las orientaciones técnicas en el marco del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas (PADB) del sistema de protección integral a la infancia.

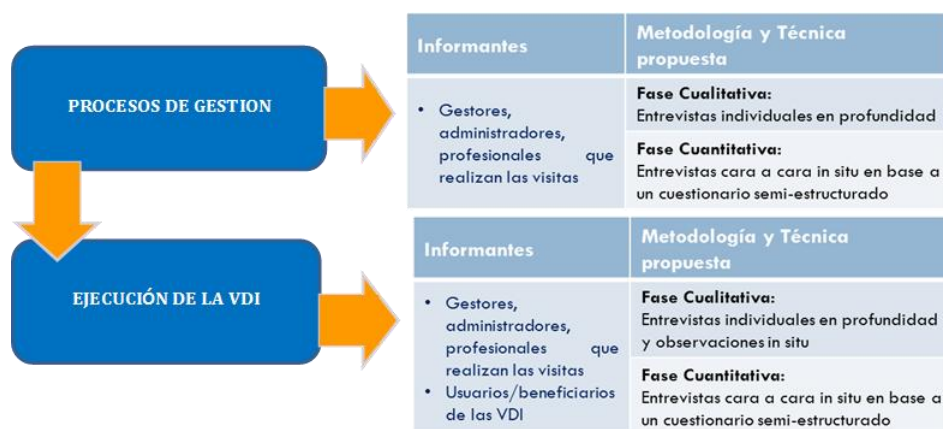
Objetivos Específicos

1. Elaborar un diseño metodológico cualitativo y cuantitativo que considere explorar y describir aspectos de gestión - sistemas de registro- y técnicos que sostienen la implementación de la VDI en diversos Servicios de Salud.
2. Explorar si se utiliza o no el protocolo de las orientaciones técnicas:
 - a. Describir procesos de programación y planificación de la VDI en una muestra de Servicios de Salud comparándolas a los lineamientos señalados en las orientaciones técnicas.
 - b. Explorar todo el proceso de ejecución de VDI en relación a: población objetivo, factores de riesgo asociados, discusión de casos en equipo de cabecera, planificación, frecuencia, seguimiento y monitoreo de logro de objetivos del plan de acción según documentos regulatorios (Orientaciones Técnicas VDI y Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo).
 - c. Describir y comparar estilos y prácticas de realización considerando perfil de competencias, experiencia de los equipos y recursos disponibles para realizar las visitas (condiciones de trabajo). Comparando con los documentos de orientaciones técnicas.

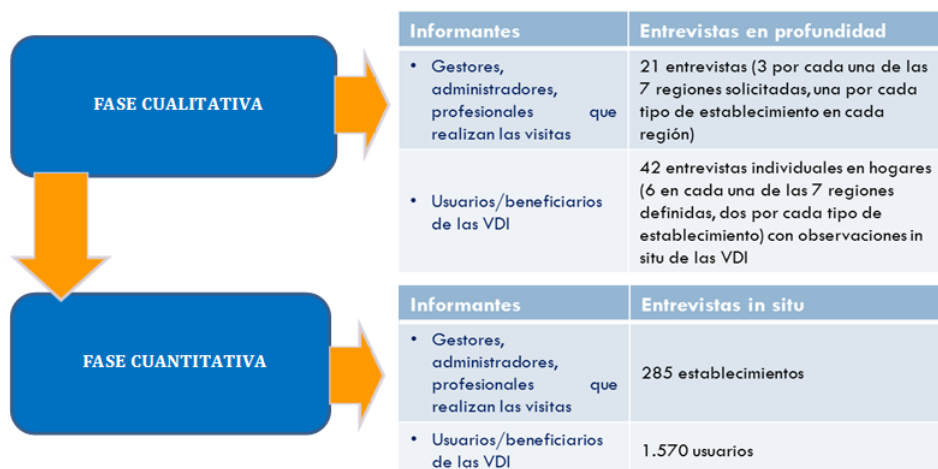
3. Identificar los principales aspectos que facilitan u obstaculizan la implementación, organización y gestión de las VDI.
4. Explorar la percepción de los equipos que realizan VDI de los principales efectos en las dimensiones o problemas abordados en la realidad familiar señalados como objetivos de las VDI en el documento de orientaciones técnicas, por ejemplo:
 - a. Fomento de la calidad del vínculo prenatal.
 - b. Fomento de la inclusión activa del padre en el apoyo a la madre, participación en controles.
 - c. Activación de redes de apoyo.
5. Explorar la percepción de los usuarios (beneficiarios) de las VDI de los principales efectos en las dimensiones o problemas abordados en la realidad familiar señalados como objetivos de las VDI en el documento de orientaciones técnicas, por ejemplo:
 - a. Fomento de la calidad del vínculo prenatal.
 - b. Fomento de la inclusión activa del padre en el apoyo a la madre, participación en controles.
 - c. Activación de Redes de Apoyo.

III. DOCUMENTO METODOLÓGICO FINAL

Se identifican dos áreas de conocimiento a levantar que proceden de distintos informantes y que determinan el uso de metodologías/técnicas diferentes que en el análisis de la información se triangularán potenciando los hallazgos, conclusiones y recomendaciones. Los informantes y las áreas de conocimiento a levantar y las metodologías/técnicas propuestas son:



Para cada una de las técnicas se implementarán las siguientes muestras por tipo de informante:



Fase Cualitativa

La Fase Cualitativa proporcionó información en profundidad para las dos áreas de conocimiento requeridas: Procesos de Gestión y Ejecución de la VDI.

El rol de la fase cualitativa es levantar información en profundidad, comprensiva y holística, que sirvió de input para la elaboración de los instrumentos de medición cuantitativos y aporte comprensión, elementos de análisis, hipótesis y recomendaciones al reporte final.

La Fase Cualitativa complementó dos técnicas:

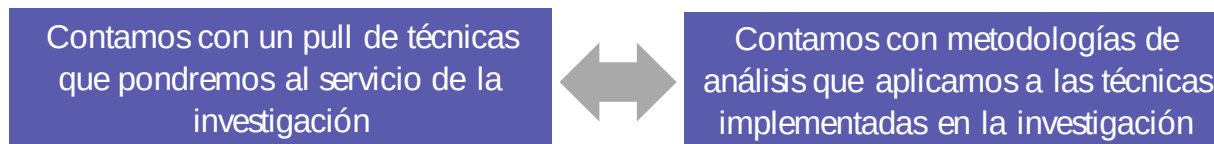
Entrevistas en profundidad y Observaciones in situ, las que fueron ejecutadas en zonas urbanas de las 7 regiones requeridas en las Bases Técnicas (Arica y Parinacota, Atacama, Valparaíso, O'higgins, Los Lagos, Aysén y Región Metropolitana)

- Ambas técnicas fueron implementadas por psicólogos, expertos en la aplicación de la técnica y el manejo de los tipos de informantes, en base a una pauta de moderación desarrollada por ICCOM Cuali y aprobada por la contraparte.
- Las entrevistas en profundidad fueron aplicadas a los Gestores, administradores y profesionales que realizan las visitas (de acuerdo a la disponibilidad de los distintos roles en los establecimientos, definidos éstos como unidades mínimas de análisis).
 - En cada región se abordó a un profesional de cada uno de los tres tipos de establecimientos definidos, buscando el mix óptimo posible entre gestores, administradores y profesionales que ejecutan las visitas.

Entrevistas en profundidad aplicadas a Beneficiarios/usuarios de las VDI, en sus hogares, a fin de conocer la forma en que se lleva a cabo, la percepción de su impacto en la familia y la calidad del vínculo con el hijo/a, aspectos valorados, críticas, sugerencias y expectativas que mejoren el desempeño y performance de la visita domiciliaria.

- La entrevista fue complementada por la **Observación de la ejecución de una visita realizada por un profesional del programa, esto se hizo en el hogar mismo que recibiera la visita del profesional**. La observación permitirá registrar la modalidad de ejecución o aplicación de la visita, sus características, información que se entrega, vínculo que se establece, etc. Esta información complementa, corrobora o corrige el discurso levantado en las entrevistas en profundidad, tanto de la beneficiaria/o como de los gestores, administradores o profesionales que la ejecutan, logrando una visión y diagnóstico en 360°.
- Se realizaron **6 entrevistas en profundidad a usuarios/as en cada una de las 7 regiones definidas**, dos por cada uno de los 3 tipos de establecimientos definidos en conjunto con la contraparte. (TOTAL= 42 entrevistas + Observaciones de visitas a usuarias)
- La fase cualitativa se llevó a cabo en zonas urbanas a fin de controlar la dispersión de la muestra y mantener el control de los costos.
- Se requirió de permisos y cartas de presentación emitidas por la contraparte para acceder a los establecimientos y el segmento objetivo que se entrevistó.

Plan de Análisis



A partir del análisis de contenido, decodificamos el discurso subyacente a las Técnicas Proyectivas, Técnicas Etnográficas (grupos de contexto) y los recursos audiovisuales

El plan de análisis se estructuro por etapas que permitieron la integración progresiva de la información y los resultados:

- Análisis de contenido, a partir de las transcripciones realizadas de cada una de las entrevistas
- Análisis proyectivo para las técnicas que corresponda
- Análisis etnográfico: de las observaciones complementarias realizadas al entorno social y del registro fotográfico que se obtuvo.
- Análisis psicosocial que integra, da significado y pondera la relevancia de los resultados, identificando motivaciones, hábitos, actitudes, creencias y valores a la base de las percepciones y conductas relacionadas con las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo.

El análisis cualitativo fue primordial para la recolección de inputs fundamentales en la elaboración del cuestionario de carácter cuantitativo, principalmente en cuanto al levantamiento de atributos que surgieron a partir de la interacción con las beneficiarias de las VDI.

La utilización de técnicas de triangulación de resultados, son complementarias y permiten, por tanto, mayor fiabilidad en los resultados finales, accediendo con ello, a una mirada más integrada de las VDI.

Fase Cuantitativa

Tipo de estudio

- Survey Cuantitativo in situ.

Técnica

- Encuestas presenciales en los establecimientos de salud de todo el país, en núcleos urbanos y rurales que aseguren la concentración de usuarios y el acceso a los mismos².

Grupos Objetivo

- Beneficiarios/usuarios/as de las VDI, gestantes y madres/padres de niños/niñas, en riesgo, (cuestionario de 20 minutos aproximadamente)
- Gestores y Ejecutores del las VDI (cuestionario de 45 minutos aproximadamente)

² Una vez que la usuaria fue contactada y seleccionada, se contempló la posibilidad de realizar la encuesta en su domicilio, lo que sucedió excepcionalmente.

Universo y Muestras

El Marco Muestral fue la nómina de establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS) (Consultorios, CESFAM, Hospitales de Menor Complejidad que realizan atención primaria y postas de salud rural) de cada una de las regiones, proporcionado por Chile Crece Contigo.

En particular, se cuenta con la información del registro de la cantidad de VDI, información disponible en las bases por Establecimientos de Atención Primaria en Salud y regiones:

REGIÓN	Tipo de establecimiento						TOTAL
	CECOF	CESFAM	CSU	EMENC	PSR	CSR	
XV	157	557	0	0	178	0	892
I	119	640	122	0	191	118	1.190
II	136	440	547	137	139	86	1.485
III	54	1.431	62	228	191	297	2.263
IV	357	1.467	141	529	1.660	661	4.815
V	686	5.259	2.428	867	1.224	89	10.553
VI	283	2.500	0	838	1.374	251	5.246
VII	634	3.723	0	413	1.910	0	6.680
VIII	1.466	8.780	0	2.366	3.909	373	16.894
IX	408	2.466	74	974	2.491	422	6.835
XIV	533	729	255	222	688	520	2.947
X	590	3.432	0	776	2.025	92	6.915
XI	92	0	339	448	491	0	1.370
XII	57	348	195	65	9	0	674
RM	1.994	14.518	4.020	262	1.256	611	22.661
Total	7.566	46.290	8.183	8.125	17.736	3.520	91.420

CECOF : Centro Comunitario de Salud
 CESFAM : Centro de Salud Familiar
 CSU : Centro de Salud Urbano
 EMENC : Establecimiento de Menor Complejidad
 PSR : Posta de Salud Rurales
 CSR : Centro de Salud Rural

Se logró una Muestra de 280 Gestores/ Ejecutores entrevistados:

REGIÓN	CECOF	CESFAM	CSU	EMENC	PSR	CSR	TOTAL
XV	0	3	0	0	1	0	4
I	0	2	0	0	1	1	4
II	1	1	2	1	0	1	6
III	0	4	0	1	2	1	8
IV	2	3	0	2	6	2	15
V	6	12	8	4	4	0	34
VI	2	8	0	4	3	1	18
VII	6	12	0	2	6	0	26
VIII	8	15	0	6	5	1	35
IX	4	9	0	4	5	2	24
XIV	4	5	1	2	2	2	16
X	6	9	0	5	5	0	25
XI	0	0	1	1	3	0	5
XII	1	1	2	0	0	0	4
RM	12	27	13	1	1	2	56
Total	52	111	27	33	44	13	280

La muestra es representativa a nivel país, sin embargo, dados los recursos asignados a la licitación??? Completar!!!.

Se logró una Muestra de 1637 Beneficiarias entrevistadas:

REGIÓN	CECOF	CESFAM	CSU	EMENC	PSR	CSR	TOTAL
XV	0	18	0	0	5	0	23
I	0	12	0	0	6	6	24
II	6	6	12	6	0	6	36
III	0	24	0	6	11	6	47
IV	12	19	0	12	34	12	89
V	31	74	48	24	20	0	197
VI	12	48	0	22	14	5	101
VII	36	74	0	12	36	0	158
VIII	48	87	0	36	25	6	202
IX	29	59	0	22	21	12	143
XIV	23	32	6	12	8	12	93
X	33	60	0	31	28	0	152
XI	0	0	6	6	17	0	29
XII	6	6	10	0	0	0	22
RM	69	150	74	6	10	12	321
Total	305	669	156	195	235	77	1637

Con un error total de 2.4% con un 95% de confiabilidad.

Supervisión

Se supervisó un 17.25% del total de entrevistas realizadas

REGION	N TOTAL		EFECTIVAS SUPERVISADAS		PORCENTAJE	
	BENEFICIARIAS	GESTORES/ EJECUTORES	BENEFICIARIAS	GESTORES/ EJECUTORES	BENEFICIARIAS	GESTORES/ EJECUTORES
XV	23	4	4	2	17,39%	50,00%
I	24	4	5	2	20,83%	50,00%
II	36	6	6	3	16,67%	50,00%
III	47	8	8	4	17,02%	50,00%
IV	89	15	14	4	15,73%	26,67%
V	197	34	35	7	17,77%	20,59%
VI	101	18	20	6	19,80%	33,33%
VII	158	26	30	8	18,99%	30,77%
VIII	202	35	32	10	15,84%	28,57%
IX	143	24	27	10	18,88%	41,67%
XIV	93	16	14	5	15,05%	31,25%
X	152	25	28	9	18,42%	36,00%
XI	29	5	4	2	13,79%	40,00%
XII	22	4	3	2	13,64%	50,00%
RM	321	56	65	10	20,25%	17,86%
Total	1637	280	295	84	18,02%	30,00%

La supervisión se realizó de forma telefónica, esta supervisión consta de realizar una llamada telefónica (al beneficiario, ejecutor y gestor según corresponda) por un miembro de nuestro equipo de supervisión, que opera de manera completamente independiente a los equipos encargados del levantamiento de los datos. En esta llamada se confirma la realización de la encuesta y algunas características propias del entrevistado, esto último se realiza con el fin de detectar posibles falseos en la información.

Instrumentos utilizados

Cuestionario Utilizados

Los cuestionarios aplicados fueron de tipo estructurado estándar. Las variables incluidas en los cuestionarios aplicados operacionalizan las dimensiones contempladas en la medición, redactándose en forma de pregunta, detallando las alternativas de respuesta en caso que corresponda y los apoyos de imagen que sean necesarios. Los cuestionarios respondieron a los objetivos generales y específicos del estudio considerando los siguientes módulos:

Segmento Usuaris / Beneficiarias³

Identificación de el/ la entrevistado/a.

Evaluación Instancia de Planificación de la VDI.

Evaluación de la Instancia de Presentación y Vínculos generados.

Evaluación Instancia Desarrollo de la VDI.

- Fomento de la calidad del vínculo prenatal.
- Fomento de la inclusión activa del padre en el apoyo a la madre, participación en controles.
- Fomento de la alimentación sana
- Fomento de la interacción padre/madre/niños
- Dificultades en la crianza de los niños/niñas.

Evaluación Instancia Exploración.

Evaluación Acciones / intervenciones.

Satisfacción y utilidad de la orientación recibida durante la VDI

- La claridad de las indicaciones y sugerencias
- La facilidad para poder realizar las indicaciones y recomendaciones
- La calidad de la información recibida durante la visita domiciliaria
- La amabilidad y buen trato del personal que realizó la visita

³ Todos los cuestionarios se encuentran en CD, junto con bases de datos y cuadros estadísticos.

Segmento Ejecutores

Identificación de el/ la entrevistado/a

La percepción de los equipos que realizan VDI

- Fomento de la calidad del vínculo prenatal.
- Fomento de la inclusión activa del padre en el apoyo a la madre, participación en controles.
- Activación de redes de apoyo.

Evaluación Chile Crece Contigo y de la VDI

Relación / Vínculo con los beneficiarios

Proceso Programación de las Visitas

Proceso Capacitación.

Proceso Insumos.

Proceso Seguimiento de resultados

Contenidos y Acciones realizadas

Necesidades insatisfechas y expectativas en torno a ellas

Evaluación de Resultados

- Fomento de la calidad del vínculo prenatal.
- Fomento de la inclusión activa del padre en el apoyo a la madre, participación en controles.
- Activación de redes de apoyo.

Aspectos relacionados al trabajo de campo

Fechas de inicio y termino del levantamiento, y de la supervisión

El levantamiento de información se realizó entre los días 03 de Junio y 19 de Julio de 2013.

- La preparación del terreno se realizó entre los días 01 y 03 de Junio de 2013.
- El trabajo de campo se realizó entre los días 03 de Junio y 19 de Julio de 2013.
- La Supervisión se llevó a cabo entre los días 09 de Junio y 26 de Julio de 2013.
- La Supervisión se llevó a cabo entre los días 11 de Junio y 01 de Agosto de 2013.
- El Procesamiento de datos se llevó a cabo entre los días 02 de Agosto y 08 de Agosto de 2013.
- La preparación de informes se realizó entre los días 08 de Agosto y 22 de Agosto de 2013.

Aspectos de la organización del levantamiento de la información

- Se recibió una BBDD de establecimientos para la Fase Cualitativa, que consideró 3 establecimientos para cada una de las 7 regiones. Total 21 establecimientos.
- Se estableció contacto vía mail y telefónico con cada uno de los encargados de las visitas domiciliarias en cada establecimiento para informar de la realización del estudio, coordinar fechas de entrevistas y acordar aspectos logísticos relevantes (traslados, distancia entre los establecimientos de la región, distancia de los hogares de los beneficiarios a visitar en sus hogares).
- Un equipo de 3 psicólogos se desplazó hacia los establecimientos definidos, realizando las entrevistas y visitas a hogares de beneficiarios.
- Equipos regionales realizaron encuestas a gestores/ejecutores/beneficiarias.

Descripción de cada una de las actividades realizadas

Para llegar a la presentación de los siguientes resultados de la investigación, se realizaron una serie de actividades necesarias para llevar a cabo el estudio en cuestión, en primer lugar se diseñó un cuestionario, en la construcción del instrumento contribuyeron tanto profesionales del programa Chile Crece Contigo como profesionales especialistas de Iccom.

Posteriormente se realizó la construcción del diseño muestral, listando los establecimientos de salud que iban a ser visitados para realizar el levantamiento de información, para esto se coordinó con los encargados de los establecimientos la fecha en la que se realizaría la visita.

Luego se preparó el material necesario para la etapa de levantamiento, diagramando el cuestionario, imprimiéndolo y haciendo el envío de los insumos a los lugares en donde se realizarían las encuestas.

También se realizó una capacitación de parte de especialistas de Iccom a los coordinadores regionales, estos están a cargo de recepcionar los materiales y entregarlos a los encuestadores que realizaron las visitas, no sin antes instruirlos a través de una capacitación específica sobre el estudio, además los coordinadores son actores relevantes en la coordinación y planificación logística del trabajo en terreno.

Luego de finalizado el proceso de recolección de datos se procede a digitar y codificar las preguntas abiertas, ambas tareas son realizadas por equipos especializados tras autorización y fiscalización de los responsables del estudio. Una vez hecho esto se hace una limpieza de la base de datos para comprobar y resolver errores que pudiesen derivar de los procesos de levantamiento o digitación.

En el momento en que se cuenta con la seguridad de que la base de datos está limpia y sin errores, se procesa generando los cuadros estadísticos que sirvan posteriormente para que los encargados del estudio realicen los análisis e informes pertinentes.

-

Descripción de los encuestadores de terreno contratados⁴

Las personas que asumen la función de encuestadores tienen las siguientes características:

- Estudiantes Universitarios o de centros de formación Técnica (completa o incompleta).
- Mayores de 18 años
- Con experiencia previa como encuestador
- Buena dicción y presentación personal
- Los encuestadores recibieron una capacitación para la posterior aplicación de las encuestas, manuales de aplicación de cada cuestionario y una supervisión permanente, por parte de la jefatura del estudio y de los supervisores.
- Los encuestadores portan una credencial que los identifica en todo momento.
- Se contó con un supervisor del grupo de encuestadores a quienes le pudieron consultar dudas y reportar acerca de su trabajo.

⁴ En Anexos se presenta el listado completo de encuestadores por región.

IV. REPORTE DE RESULTADOS⁵

Respecto a la Base de Datos

Se entrega CD con base de datos de la muestra de establecimientos para el levantamiento de las entrevista a usuarios beneficiarios, gestores y ejecutores, en formato SPSS.

Cuadros estadísticos mostrando el total de VDI realizadas por región y comuna

La Tabulación de las encuestas se realizó en formato electrónico, en planillas electrónica, digitadas para cada una de las preguntas con la respuesta dada por el usuario, para cada uno de los establecimientos.

Se usó software especializado para ingreso y procesamiento de datos (de la empresa Gandia).

Los datos fueron analizados en función de los objetivos específicos, desarrollándose indicadores de satisfacción de usuarias, comparando resultados zonales, entre otros.

Estos cuadros se encuentran disponibles en el CD, junto con cuestionarios, informes y bases de datos del estudio.

⁵ El siguiente reporte de resultados se refiere a los hallazgos de la fase cuantitativa, integrados en algunos pasajes con lo obtenido en la fase cualitativa. El informe completo de los resultados de la fase cualitativa se presentan en los anexos de este informe.

Resumen Ejecutivo del Estudio

i. Presentación

El presente resumen ejecutivo exhibe los principales aspectos metodológicos y resultados de la realización de un estudio que permitió conocer en profundidad el funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales.

ii. Objetivos

Explorar y describir los principales aspectos de gestión y técnicos en la implementación de las VDI comparados con los lineamientos propuestos en las orientaciones técnicas en el marco del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas (PADB) del sistema de protección integral a la infancia.

iii. Metodología

Tipo de estudio

- Estudio cuali-cuantitativo, en 2 fases: Primero Cualitativa y luego Cuantitativa.

Técnicas

- Fase Cualitativa: Entrevistas en profundidad a ejecutores y gestores de Visitas Domiciliarias y beneficiarias de las mismas, además de Observaciones in situ de Visitas.
- Fase Cuantitativa: Encuestas presenciales tanto a ejecutores como a beneficiarias en los establecimientos de salud de todo el país, en núcleos urbanos y rurales que aseguren la concentración de usuarios y el acceso a los mismos⁶.

⁶ Una vez que la usuaria fue contactada y seleccionada, se contempló la posibilidad de realizar la encuesta en su domicilio, lo que sucedió excepcionalmente.

Grupos Objetivo

- Beneficiarios/usuarios/as de las VDI, gestantes y madres/padres de niños/niñas, en riesgo, (entrevistas y observaciones en fase cualitativa, cuestionario de 20 minutos aproximadamente en fase cuantitativa). Muestras de 280 casos de Gestores/Ejecutores y 1.637 beneficiarias.
- Gestores y Ejecutores del las VDI (cuestionario de 45 minutos aproximadamente)

Principales resultados de fase cualitativa: Ejecutores y Gestores:

RELACIÓN / VÍNCULO CON EL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

En general, tanto los gestores como los ejecutores tienden a tener una buena imagen del sistema. Esto viene de:

- **Enfoque social-comunitario para el empoderamiento (no-asistencialista)** → valoran el sistema como una forma de *entregar herramientas para la vida* a las familias beneficiarias, la mirada preventiva y no sólo paliativa de las problemáticas de riesgo.
- **Enfoque bio-psico-social** → valoran la mirada sistémica-integral, con inclusión de distintas miradas de la salud familiar, porque permite tener una mirada en 360° de las problemáticas de riesgo.

Estos dos elementos son los que, a nivel “teórico”, generan una buena relación de los gestores y ejecutores con el sistema.

Es en la ejecución concreta y real donde surgen algunos elementos negativos que, si bien no logran “empañar” la evaluación general, se perciben como áreas de mejora relevantes en la evolución del sistema.

- **Modalidad de los contratos** → en algunas localidades, la contratación a honorarios debilita el compromiso de los profesionales con el sistema. Esto genera una alta rotación y dificulta una positiva “evolución” del sistema.
- **Sobre-centralismo** → en algunas localidades, las metas (indicadores) no siempre están acorde a las particularidades de la zona. El consultorio de Quemchi (X Región), por ejemplo, atiende una gran cantidad de población rural, que vive en pequeñas islas del archipiélago y a las que –obviamente- sólo se puede llegar por mar. Esto dificulta llegar a las metas establecidas, especialmente en las épocas invernales en que los traslados se vuelven difíciles, y en algunos casos hasta peligrosos. A nivel de insumos también puede verse este sobre-centralismo en algunas localidades. En Chiloé, por ejemplo, el material entregado a los beneficiarios cuenta con temas e incluso una estética propia de la zona. En Aysén, sin embargo, se utiliza material genérico, que no interpreta la realidad local.
- **Baja prioridad del sistema CHCC en los establecimientos** → en no pocos casos, el sistema Chile Crece Contigo (y por ende también las VDI) logra una baja prioridad. Otros sistemas, como Puente (Chile Solidario) o Postrados suelen estar mejor socializados e integrados al plan general del establecimiento. Esto genera problemas concretos al CHCC, por ejemplo, en la utilización de los vehículos para movilizarse a las VDI, recurso fundamental para cumplir los objetivos del sistema.

¿Por qué CHCC no logra la prioridad necesaria? Esto parece deberse a ...

- **Baja eficiencia en la comunicación del sistema frente a los beneficiarios** → si bien en ocasiones el sistema tiene –incluso- apoyo comunicacional en radios locales y/o gráfica en lugares de alta afluencia de público, esto no parece ser suficiente para que se instale claramente en la mente de los beneficiarios. La evaluación que estos hacen del sistema es buena, pero en el contexto de que *no alcanzan a ver la big picture*. No alcanzan a integrar las diferentes intervenciones del sistema como parte de un todo (VDI + talleres embarazo + ajuar + talleres psicoeducativos + estimulación temprana, etc).
1. **El referente principal para el beneficiario actual es “el consultorio” o “el hospital” –a quien suele atribuir los beneficios- y CHCC queda ligado sólo a algunas acciones específicas**, como la entrega del ajuar del Sistema de Apoyo al Recién Nacido o algunos talleres. Pese a que los ejecutores realizan la “inducción” al sistema en el primer contacto con las beneficiarias, debemos tomar en cuenta que trabaja (aunque no exclusivamente) con la parte más vulnerable de la población y que, en ocasiones, esta comprensión de la mirada sistémico-ecológica queda limitada, ya por la baja instrucción escolar, ya por otros factores que influyen en la integración global de las acciones bajo el

Sistema Chile Crece Contigo. Lo anterior en opinión de gestores y ejecutores entrevistados, y si bien no es un resultado concluyente, es una hipótesis para ser analizada por el equipo ChCC.

- **Baja integración del sistema a los establecimientos** → los establecimientos se organizan de diversas maneras, respondiendo cada una a lo que sus contextos facilitan. La mayoría de los establecimientos explorados en este estudio se organizan en torno a jerarquías marcadas y específicas, en que cada profesional aporta a sus respectivas labores. Muchas veces, los establecimientos contratan por 22 o incluso 11 horas a ciertos profesionales para que se dediquen a un sistema en particular. En esta frecuente modalidad, el profesional de un sistema queda “excluido” de participar en otros sistemas porque siente que no pertenece al establecimiento y porque no cuenta con las horas necesarias para hacerlo.
 1. Al respecto, llama la atención uno de los establecimientos explorados que destaca por operar con una modalidad integrativa, donde los profesionales logran un alto compromiso, lo que ha generado estrategias de gestión creativas y beneficiosas para el sistema desde sus gestores y ejecutores. El consultorio trabaja como un todo, sin una distinción operativa entre CHCC, postrados u otros sistemas; por el contrario: todos los profesionales concurren a las reuniones clínicas, sean “en el papel” parte del CHCC o no, y aportan desde sus distintas miradas al bienestar de sus usuarios. Bajo este modelo, lo prioritario lo define el paciente, no el número de horas “contratadas” para un cierto sistema o la relevancia o antigüedad de un sistema sobre otro. “Un caso se define como prioritario independiente del sistema que debiese cubrirlo, porque lo que prima es la persona y su familia”, comenta la gestora.

❖ RELACIÓN / VÍNCULO CON LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR

En general, los beneficiarios establecen una muy buena relación con los ejecutores. Las familias se muestran agradecidas de las oportunidades que reciben del CHCC, puesto que tanto para ejecutores como para los beneficiarios uno de los aspectos más valorados del servicio es el vínculo que se genera entre estos dos actores, esto es visible para los usuarios por el compromiso que ven en los equipos profesionales que realizan las visitas aunque obviamente cada una desde su propia lógica.

Podemos identificar al menos 3 formas de valoración del sistema.

- **Apoyo emocional y actitud proactiva** → en no pocos casos, las beneficiarias puntúan en riesgo porque no cuentan con redes de apoyo significativas activas que las contengan en momentos de adversidad. En estos casos, los ejecutores del CHCC son vistos como “ayuda terapéutica” sólo por el hecho de mostrar un interés genuino en los problemas. Las VDI también funcionan en esta lógica, porque en casos de carencia emocional, la visita de dos o más profesionales que llegan preguntando “¿cómo están?” y que en un par de meses ya conocen sus historias, pueden pasar de ser extraños a ser considerados benefactores integrales de la familia en momentos de crisis. Este grupo tiende a mostrarse más interesado en las distintas actividades del sistema que los demás, porque las ven como una oportunidad de interactuar con pares.
- **Apoyo económico / actitud “interesada” frente al sistema** → aunque no parece ser la tendencia, existen potenciales beneficiarios que evalúan el sistema (y en general este tipo de intervenciones del estado) en función de los beneficios económicos que les pueden reportar, desde una lógica asistencialista. Todo lo demás (el desarrollo de habilidades, la contención y asesoría, etc.) queda relegado a la indiferencia. Bajo esta lógica, el usuario pregunta “¿y qué me van a dar?” y evalúa desde ahí. Si no encuentra beneficios económicos que sustenten el -muchas veces difícil- desplazamiento para llegar al consultorio, instancias como los talleres suelen perder gran parte de su enganche. Esto sucede especialmente con las madres no primerizas que suelen sentirse menos beneficiadas con los contenidos respecto al embarazo o la crianza temprana, a menos que haya algún problema evidente en el desarrollo del niño.
- **Mirada integradora y multiparadigmática** → hay familias que evalúan el sistema en función de lo que este puede aportar al desarrollo “feliz” de sus integrantes. Obviamente, esta actitud es propia de una manera de mirar el mundo que no se interesa sólo por el factor económico o sólo por el factor emocional / vivencial. Este tipo de mirada se observó en la mayoría de los casos, aunque desde estilos muy diversos. En una zona muy rural de la X Región, una familia nos abre las puertas y nos regala una entrevista que revela potentes historias familiares. Las ejecutoras eran muy bienvenidas y estaban muy integradas al núcleo familiar, conocían bien cada historia de cada integrante y aprovechaban de ponerse al día con cada VDI mientras realizaban sus intervenciones y entregaban información. Para esta familia, el apoyo emocional, el espacio terapéutico que generaban las VDI funcionaban como beneficio integral del sistema. Y a su vez, el apoyo “económico” que aportaban el ajuar o las gestiones de la asistente social para acceder a ciertos beneficios del estado, eran factor de gratificación también. Para esta familia, el sistema se evalúa en una integración entre los beneficios racionales y emocionales al bienestar familiar.

Respecto al vínculo de las familias con el sistema surge el tema de la seguridad de los profesionales, especialmente de los asistentes sociales. Estos profesionales son los encargados de denunciar a las autoridades correspondientes los casos que infringen la ley, como VIF, abuso, etc. En ocasiones, los asistentes sociales sienten miedo de las represalias que las familias pueden tomar porque en la denuncia se individualiza al denunciante.

Principales resultados de fase cuantitativa: Ejecutores y Gestores

Según lo observado en estudio cuantitativo entre gestores y ejecutores, existe una evaluación positiva del programa por ambos segmentos, con una mayoría (64% Ejecutores y 70% Gestores) que evalúan con notas 6 o 7 el programa. Sólo en la evaluación del formulario de registro, hay una diferencia significativa en la evaluación de Ejecutores (21% de notas 4 o menos) con Gestores (4% de notas 4 o menos).

Las principales fortalezas indicadas espontáneamente por los gestores y ejecutores encuestados en la fase cuantitativa son:

- El fortalecimiento del vínculo y confianza con las familias (33%)
- Permiten conocer la realidad de las familias (30%)
- Permiten tener una visión completa de las familias y sus necesidades (17%)
- Aumentan el compromiso del equipo de trabajo (16%)

Las principales debilidades indicadas espontáneamente por los gestores y ejecutores encuestados en la fase cuantitativa son:

- La baja disponibilidad de transporte (36%)
- Poco tiempo para realizar las visitas (17%)
- Falta de coordinación con otros profesionales (9%)
- Poca disponibilidad de las mismas beneficiadas (9%)

La autopercepción por parte de gestores y ejecutores respecto de la relación establecida con las familias beneficiadas es muy buena, llegando a 43% de evaluaciones muy positivas y un 46% de evaluaciones positivas.

Cabe señalar que esta evaluación de la relación establecida es compartida por las mismas beneficiarias, que evalúan muy positivamente la ayuda recibida y la relación establecida por ejecutores de las visitas domiciliarias integrales.

Principales resultados de fase cualitativa: Beneficiarias

A través de la observación y entrevistas con los profesionales médicos del programa se pudo constatar que cada establecimiento genera con el tiempo sus propias maneras de operar, con lo que se subsanan todos los elementos de planificación y otros aspectos formales, además los beneficiarios constatan que las prestaciones son eficientes en algunos aspectos formales, entre ellos destaca que; los profesionales utilizan sus uniformes de trabajo, son “puntuales” en la medida de lo posible y según el contexto, son “respetuosos” en el trato con los usuarios, etc. En este sentido no se observan problemas, aunque sí algunos puntos de mejora que se podrían abordar.

Los resultados de la encuesta para todos los implicados muestran que cada intervención es diferente, porque tienen objetivos también distintos. En general, los profesionales logran tener la capacidad de enfocarse en sus objetivos de intervención a la vez que recogen lo espontáneo y abren nuevos espacios de desarrollo para la reflexión familiar. Cada profesional realiza esto desde su particular estilo, pero en general parecen coincidir en generar un acercamiento lo más respetuoso posible del contexto familiar, lo que facilita el trabajo desde una actitud positiva de los usuarios.

Las intervenciones son también distintas según el momento de incorporación de la familia al sistema y de la prioridad de sus casos. Las beneficiarias que están incorporándose al sistema reciben la atención de los matrones, son evaluados en sus factores de riesgo, son visitados por asistentes sociales, etc. Si el caso muestra prioridad según la gravedad del caso (ya sea por condiciones de salud y socioeconómicas según corresponda), es visitado con mayor frecuencia y es monitoreado desde cerca. En esto, los profesionales del CHCC toman en cuenta los distintos factores que intervienen según la información que van recopilando.

Se observan también diferencias en los contenidos que los profesionales aportan a cada familia en sus visitas domiciliarias, respondiendo a la necesidad particular de cada caso.

En general, los contenidos entregados por el CHCC son bien evaluados por los usuarios. El material entregado, los ejercicios que enseñan, las dudas que resuelven son muy atinentes con cada momento que viven. En este sentido, no se observan temáticas no abordadas en las VDI. Sienten que pueden preguntar lo que quieran -y como pudimos constatar, lo hacen- y que los profesionales están siempre con una actitud positiva y de apoyo. Como se observará en el estudiocuantitativo, un 33% de las entrevistadas menciona, de forma espontánea, como uno de los aspectos positivos de las visitas, que son un apoyo no sólo para ella sino para la familia en general.

Principales resultados de fase cuantitativa: Beneficiarias

Las VDI son, en general, bien evaluadas por los usuarios, con niveles de satisfacción máxima (notas 7) de un 58% y un 29% de notas 6. Sólo un 5% evalúa negativamente las VDI (notas 4 o menos).

Planificación de la visita

- 82% indica que se solicitó consentimiento para realizar la visita.
- 65% declara que se le agendó la visita previamente.
- 81% declara que se le informó el objetivo de la visita.
- Un 66% declara que se cumplió fecha y hora acordada.

Cantidad de visitas

- 51% indica que lo visitado una sólo vez.
- 71% lo evalúa como suficiente.
- Un 12% ha sido visitado 3 veces, y un 92% de ellos lo evalúa como suficiente.
- Un 70% de los que han sido visitados más de una vez, declara que lo visitan los mismos profesionales.

Ejecución

- Alimentación saludable, importancia de asistir a controles y relación padre/madre hijo(a), son las temáticas más declaradas, con un 92%, 92% y 91% respectivamente.
- Hábitos de sueño de hijos y libros para leer en la casa son los menos declarados con un 78% y 77% respectivamente.

Calidad de la visita

- Existe una alta percepción de las visitas como Respetuosas y Amables (61% y 56% está totalmente de acuerdo).
- Los aspectos de mejor acuerdo son “Entienden bien los problemas” y “Cumplen los compromisos con la familia” (43% y 42% está totalmente de acuerdo).
- Un 18% declara espontáneamente como aspecto de mejora, “Que las visitas sean más frecuentes”.

Conclusiones y Recomendaciones: para estudio completo (Gestores/Ejecutores y Beneficiarios)

- Las visitas domiciliarias integrales tienen una buena evaluación, tanto de parte de los beneficiarios del sistema, como de los profesionales o técnicos que las gestionan y ejecutan.
- Dentro de esta evaluación general, sin embargo, surgen algunos elementos de insatisfacción desde el lado del equipo profesional, tanto a nivel de gestores / encargados como de ejecutores.
- Estos elementos de insatisfacción se relacionan, fundamentalmente con:
 1. Vehículos de movilización a las VDI → en muchos casos este recurso no es suficiente o no existe como tal.
 2. Tipo de contrato → el modelo a honorarios utilizado para contratar a los profesionales y técnicos del Sistema CHCC genera –en algunos establecimientos– una alta rotación. Especialmente cuando las horas asignadas son pocas (11 ó 22 semanales).
 3. Insumos para la realización de las VDI → en ocasiones no se renueva, se agota o no llega a los establecimientos.
 4. Espacios de autocuidado → no parece haber espacios formales de autocuidado en apoyo al equipo.

- La relación que se establece entre el equipo y los beneficiarios en las VDI parece ser en general buena. A medida que avanzan las VDI las familias y el equipo van conociéndose y entablando un vínculo que en ciertos casos es bastante afectuoso, siempre en un tono de respeto y espontaneidad mutuos. En muy pocas ocasiones, y guiados por algún problema específico, hay familias que evitan el vínculo o directamente rechazan las VDI. Habitualmente el rechazo se debe a situaciones en que los asistentes sociales deben denunciar a alguien de la familia beneficiaria por algo observado en las intervenciones.
- **DESDE LA GESTIÓN**
 1. La programación de las VDI suele realizarse de acuerdo a la demanda que cada establecimiento recibe, a la disponibilidad de movilización y de los profesionales / técnicos del equipo, si bien existe una planificación esta puede ser adecuada según condiciones materiales de posibilidad de la visita, o demandas específicas que requieren una atención prioritaria.
 2. Los equipos suelen reunirse aproximadamente una vez al mes para realizar un seguimiento de los casos en proceso y para la asignación de los nuevos casos que entran al sistema.
 3. En general, los establecimientos generan espacios de capacitación del equipo en temas relacionados con el CHCC en general o con las VDI en particular. Las orientaciones técnicas son conocidas y se utilizan como inspiración para ejecutar las VDI lo más “al pie de la letra” posible. Sin embargo, en ocasiones los casos o las circunstancias locales en que se intervienen demandan generar soluciones ad-hoc al momento en que se presentan. Por lo general, el “espíritu” de las orientaciones técnicas, y las pautas entregadas por el Modelo de Salud Familiar en el que se sustentan las VDI, sirven de inspiración para guiar estas contingencias.
 4. La capacidad de conseguir insumos para las VDI parece depender directamente de las habilidades de gestión de los encargados. Los establecimientos en que esta gestión no se realiza suelen verse perjudicados en la capacidad de material con el que cuentan, tanto para las VDI como para otras acciones del CHCC. Por el contrario: los establecimientos con una buena gestión suelen ganar proyectos MIDEPLAN o de otras organizaciones, con lo que renuevan su material / insumos.

- **DESDE LA EJECUCIÓN**

1. La relación que se establece entre el equipo y los beneficiarios en las VDI parece ser en general buena. A medida que avanzan las VDI, las familias y el equipo van conociéndose y entablando un vínculo que en ciertos casos es bastante afectuoso, siempre en un tono de respeto y espontaneidad mutuos. En muy pocas ocasiones, y guiados por algún problema específico, hay familias que evitan el vínculo o directamente rechazan las VDI. Habitualmente este rechazo se debe a situaciones en que los asistentes sociales o técnicos y otros profesionales deben denunciar a alguien de la familia beneficiaria por algo observado en las intervenciones.
2. Los beneficiarios hacen una buena evaluación de las VDI, en todos sus niveles / elementos.
 - Los profesionales son bien evaluados. Suelen ser claros, amables y mostrarse activos en la solución situaciones de su competencia. Generan acciones de trabajo en equipo con otros profesionales u otros sistemas (judicial, p.e.) como forma básica de intervención. Es posible, sin embargo, encontrar equipos más “afiatados” que otros, lo que suele responder a modelos de gestión más o menos carismáticos y comprometidos.
 - Los contenidos son bien evaluados. Por lo general, tanto los beneficiarios como los gestores y ejecutores consideran que los contenidos que entregan las VDI son adecuados y permiten realizar intervenciones también adecuadas. Son atingentes con los momentos y necesidades de los beneficiarios. Quienes más parecen aprovechar los contenidos de las VDI parecen ser las madres primerizas, que por lo general se sienten más llenas de dudas y preguntas respecto a la maternidad y la crianza en los primeros años de vida.
 - Los aspectos “formales” de las VDI son bien evaluados también (coordinación, puntualidad, cumplimiento de compromisos, etc.) Para los equipos, sin embargo, no parece fácil cumplir con los compromisos realizados, fundamentalmente en aquellos establecimientos donde no cuentan con buena disponibilidad de movilización, o en los que el recurso humano está altamente demandado.

Resumen Ejecutivo Publicable en Web

i. Presentación

El presente resumen ejecutivo exhibe los principales aspectos metodológicos y resultados de la realización de un estudio que permitió conocer en profundidad el funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales.

ii. Objetivos

Explorar y describir los principales aspectos de gestión y técnicos en la implementación de las VDI comparados con los lineamientos propuestos en las orientaciones técnicas en el marco del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas (PADB) del sistema de protección integral a la infancia.

iii. Metodología

Tipo de estudio

- Estudio cuali-cuantitativo, en 2 fases: Primero Cualitativa y luego Cuantitativa.

Técnicas

- Fase Cualitativa: Entrevistas en profundidad a ejecutores y gestores de Visitas Domiciliarias y beneficiarias de las mismas, además de Observaciones in situ de Visitas.
- Fase Cuantitativa: Encuestas presenciales tanto a ejecutores como a beneficiarias en los establecimientos de salud de todo el país, en núcleos urbanos y rurales que aseguren la concentración de usuarios y el acceso a los mismos⁷.

⁷ Una vez que la usuaria fue contactada y seleccionada, se contempló la posibilidad de realizar la encuesta en su domicilio, lo que sucedió excepcionalmente.

Grupos Objetivo

- Beneficiarios/usuarios/as de las VDI, gestantes y madres/padres de niños/niñas, en riesgo, (entrevistas y observaciones en fase cualitativa, cuestionario de 20 minutos aproximadamente en fase cuantitativa). Muestras de 280 casos de Gestores/Ejecutores y 1.637 beneficiarias.
- Gestores y Ejecutores del las VDI (cuestionario de 45 minutos aproximadamente)

Principales resultados de fase cualitativa: Ejecutores y Gestores:

RELACIÓN / VÍNCULO CON EL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

En general, tanto los gestores como los ejecutores tienden a tener una buena imagen del sistema. Esto viene de:

- **Enfoque social-comunitario para el empoderamiento (no-asistencialista)** → valoran el sistema como una forma de *entregar herramientas para la vida* a las familias beneficiarias, la mirada preventiva y no sólo paliativa de las problemáticas de riesgo.
- **Enfoque bio-psico-social** → valoran la mirada sistémica-integral, con inclusión de distintas miradas de la salud familiar, porque permite tener una mirada en 360° de las problemáticas de riesgo.

Estos dos elementos son los que, a nivel “teórico”, generan una buena relación de los gestores y ejecutores con el sistema.

Es en la ejecución concreta y real donde surgen algunos elementos negativos que, si bien no logran “empañar” la evaluación general, se perciben como áreas de mejora relevantes en la evolución del sistema.

- **Modalidad de los contratos a honorarios.**
- **Sobre-centralismo en algunas localidades.**
- **Baja prioridad del sistema CHCC en los establecimientos.**
- **Baja eficiencia en la comunicación del sistema frente a los beneficiarios**
- **Baja integración del sistema a los establecimientos.**

RELACIÓN / VÍNCULO CON LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR

En general, los beneficiarios establecen una muy buena relación con los ejecutores. Las familias se muestran agradecidas de las oportunidades que reciben del CHCC, puesto que tanto para ejecutores como para los beneficiarios uno de los aspectos más valorados del servicio es el vínculo que se genera entre estos dos actores, esto es visible para los usuarios por el compromiso que ven en los equipos profesionales que realizan las visitas aunque obviamente cada una desde su propia lógica.

Podemos identificar al menos 3 formas de valoración del sistema.

- **Apoyo emocional y actitud proactiva.**
- **Apoyo económico / actitud “interesada” frente al sistema.**
- **Mirada integradora y multiparadigmática.**

Respecto al vínculo de las familias con el sistema surge el tema de la seguridad de los profesionales, especialmente de los asistentes sociales. Estos profesionales son los encargados de denunciar a las autoridades correspondientes los casos que infringen la ley, como VIF, abuso, etc. En ocasiones, los asistentes sociales sienten miedo de las represalias que las familias pueden tomar porque en la denuncia se individualiza al denunciante.

Principales resultados de fase cuantitativa: Ejecutores y Gestores

Según lo observado en estudio cuantitativo entre gestores y ejecutores, existe una evaluación positiva del programa por ambos segmentos, con una mayoría (64% Ejecutores y 70% Gestores) que evalúan con notas 6 o 7 el programa. Sólo en la evaluación del formulario de registro, hay una diferencia significativa en la evaluación de Ejecutores (21% de notas 4 o menos) con Gestores (4% de notas 4 o menos).

Las principales fortalezas indicadas espontáneamente por los gestores y ejecutores encuestados en la fase cuantitativa son:

- El fortalecimiento del vínculo y confianza con las familias (33%)
- Permiten conocer la realidad de las familias (30%)
- Permiten tener una visión completa de las familias y sus necesidades (17%)
- Aumentan el compromiso del equipo de trabajo (16%)

Las principales debilidades indicadas espontáneamente por los gestores y ejecutores encuestados en la fase cuantitativa son:

- La baja disponibilidad de transporte (36%)
- Poco tiempo para realizar las visitas (17%)
- Falta de coordinación con otros profesionales (9%)
- Poca disponibilidad de las mismas beneficiadas (9%)

La autopercepción por parte de gestores y ejecutores respecto de la relación establecida con las familias beneficiadas es muy buena, llegando a 43% de evaluaciones muy positivas y un 46% de evaluaciones positivas.

Cabe señalar que esta evaluación de la relación establecida es compartida por las mismas beneficiarias, que evalúan muy positivamente la ayuda recibida y la relación establecida por ejecutores de las visitas domiciliarias integrales.

Principales resultados de fase cualitativa: Beneficiarias

A través de la observación y entrevistas con los profesionales médicos del programa se pudo constatar que cada establecimiento genera con el tiempo sus propias maneras de operar, con lo que se subsanan todos los elementos de planificación y otros aspectos formales, además los beneficiarios constatan que las prestaciones son eficientes en algunos aspectos formales, entre ellos destaca que; los profesionales utilizan sus uniformes de trabajo, son “puntuales” en la medida de lo posible y según el contexto, son “respetuosos” en el trato con los usuarios, et. En este sentido no se observan problemas, aunque sí algunos puntos de mejora que se podrían abordar.

Los resultados de la encuesta para todos los implicados muestran que cada intervención es diferente, porque tienen objetivos también distintos. En general, los profesionales logran tener la capacidad de enfocarse en sus objetivos de intervención a la vez que recogen lo espontáneo y abren nuevos espacios de desarrollo para la reflexión familiar. Cada profesional realiza esto desde su particular estilo, pero en general parecen coincidir en generar un acercamiento lo más respetuoso posible del contexto familiar, lo que facilita el trabajo desde una actitud positiva de los usuarios.

Las intervenciones son también distintas según el momento de incorporación de la familia al sistema y de la prioridad de sus casos. Las beneficiarias que están incorporándose al sistema reciben la atención de los matrones, son evaluados en sus factores de riesgo, son visitados por asistentes sociales, etc. Si el caso muestra prioridad según la gravedad del caso (ya sea por condiciones de salud y socioeconómicas según corresponda), es visitado con mayor frecuencia y es monitoreado desde cerca. En esto, los profesionales del CHCC toman en cuenta los distintos factores que intervienen según la información que van recopilando.

Se observan también diferencias en los contenidos que los profesionales aportan a cada familia en sus visitas domiciliarias, respondiendo a la necesidad particular de cada caso.

En general, los contenidos entregados por el CHCC son bien evaluados por los usuarios. El material entregado, los ejercicios que enseñan, las dudas que resuelven son muy atinentes con cada momento que viven. En este sentido, no se observan temáticas no abordadas en las VDI. Sienten que pueden preguntar lo que quieran -y como pudimos constatar, lo hacen- y que los profesionales están siempre con una actitud positiva y de apoyo. Como se observará en el estudiocuantitativo, un 33% de las entrevistadas menciona, de forma espontánea, como uno de los aspectos positivos de las visitas, que son un apoyo no sólo para ella sino para la familia en general.

Principales resultados de fase cuantitativa: Beneficiarias

Las VDI son, en general, bien evaluadas por los usuarios, con niveles de satisfacción máxima (notas 7) de un 58% y un 29% de notas 6. Sólo un 5% evalúa negativamente las VDI (notas 4 o menos).

Planificación de la visita

- 82% indica que se solicitó consentimiento para realizar la visita.
- 65% declara que se le agendó la visita previamente.
- 81% declara que se le informó el objetivo de la visita.
- Un 66% declara que se cumplió fecha y hora acordada.

Cantidad de visitas

- 51% indica que lo visitado una sólo vez.
- 71% lo evalúa como suficiente.
- Un 12% ha sido visitado 3 veces, y un 92% de ellos lo evalúa como suficiente.
- Un 70% de los que han sido visitados más de una vez, declara que lo visitan los mismos profesionales.

Ejecución

- Alimentación saludable, importancia de asistir a controles y relación padre/madre hijo(a), son las temáticas más declaradas, con un 92%, 92% y 91% respectivamente.
- Hábitos de sueño de hijos y libros para leer en la casa son los menos declarados con un 78% y 77% respectivamente.

Calidad de la visita

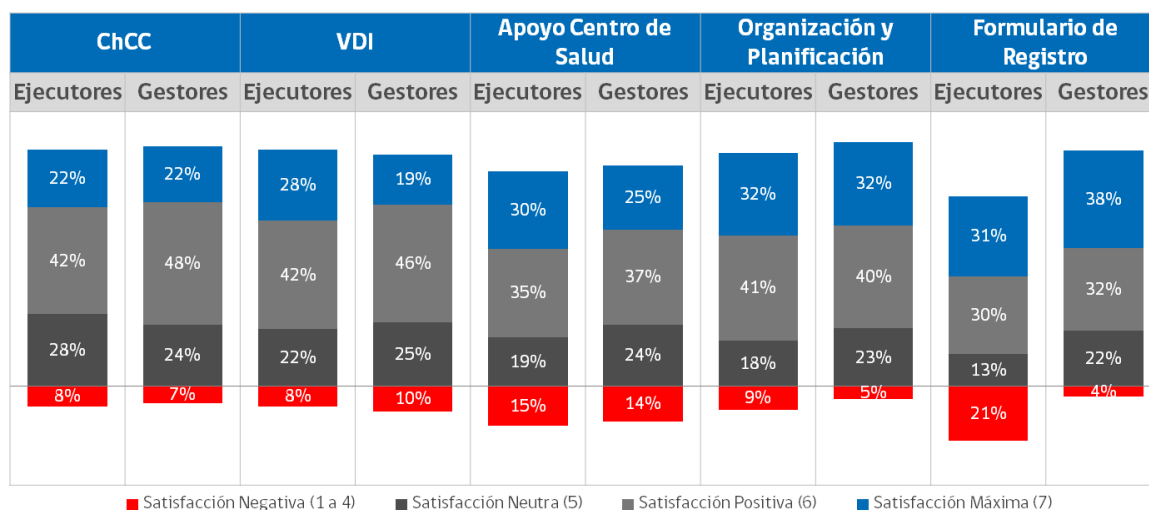
- Existe una alta percepción de las visitas como Respetuosas y Amables (61% y 56% está totalmente de acuerdo).
- Los aspectos de mejor acuerdo son “Entienden bien los problemas” y “Cumplen los compromisos con la familia” (43% y 42% está totalmente de acuerdo).
- Un 18% declara espontáneamente como aspecto de mejora, “Que las visitas sean más frecuentes”.

Informe analítico de principales resultados cuantitativos

Segmento Ejecutores/Gestores

Satisfacción General

Gráfica 1: Indicadores de satisfacción comparado entre ejecutores y gestores

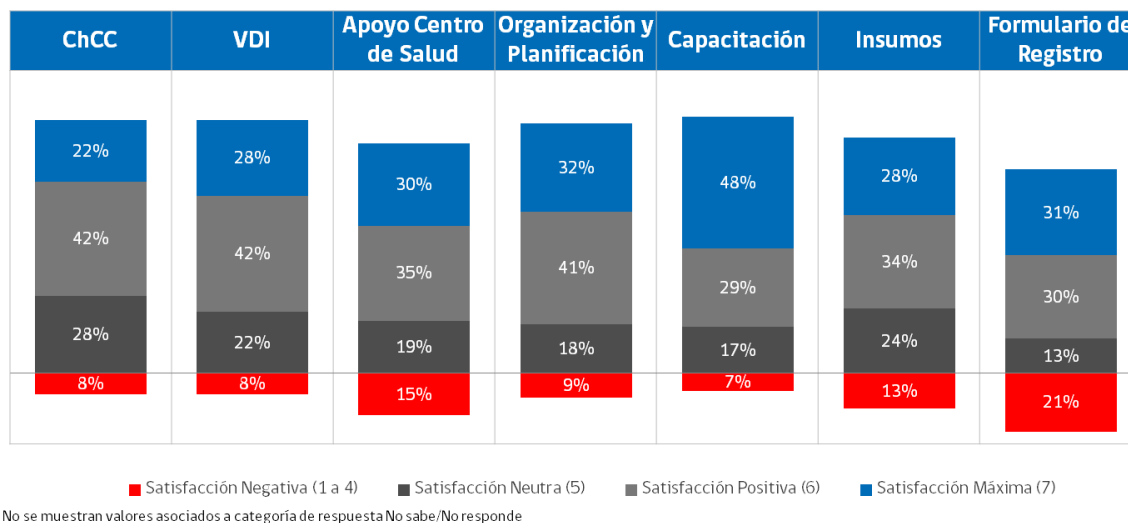


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Las principales diferencias en la satisfacción de ejecutores y gestores se da en el formulario de registro, el cual obtiene una evaluación muy inferior entre los ejecutores. Los demás aspectos son muy bien evaluados y no presentan diferencias significativas entre gestores y ejecutores.

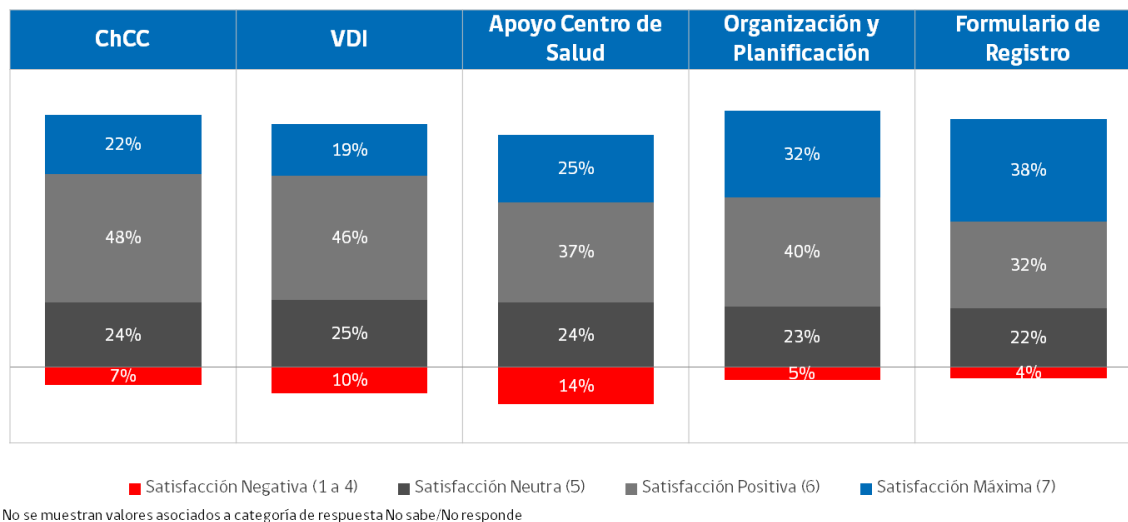
Satisfacción General Ejecutores y Gestores

Gráfica 2: Indicadores de satisfacción ejecutores



En términos generales hay niveles de satisfacción positivos entre los ejecutores, sin embargo existen algunas evaluaciones que son más críticas, entre ellas destaca la evaluación que obtiene el formulario de registro en donde un 21% de los ejecutores evalúa con notas entre el 1 y 4, como se observa en la gráfica 2.

Gráfica 3: Indicadores de satisfacción gestores



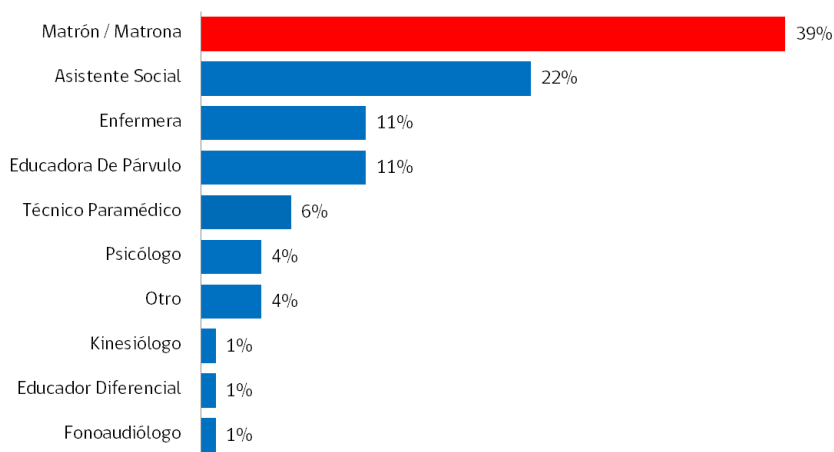
Los gestores evalúan positivamente todos los indicadores, sin embargo cabe destacar que se presentan más críticos frente al apoyo que reciben de parte del centro de salud.

Resultados en Segmento Ejecutores

Identificación del Ejecutor

Gráfica 4: Formación Profesional.

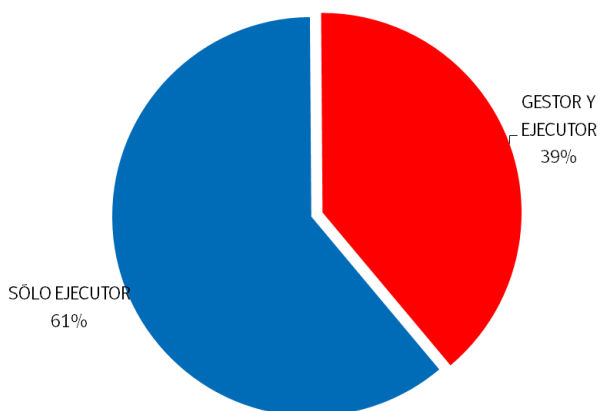
¿Cuál es su profesión?



Los Ejecutores son en su mayoría matronas , seguidos de asistentes sociales con un 22%. Los profesionales menos encontrados en el equipo de ejecutores entrevistados fueron: Kinesiólogos, Educadores Diferenciales y Fonoaudiólogos con un 1%.

Gráfica 5: Cargo del ejecutor

En este establecimiento ¿usted es ...?



En el 61% de los casos los ejecutores se desarrollan solo cumpliendo funciones específicas a su cargo, en un 39% además asumen responsabilidades en gestión

Tiempo de Visitas

¿Y aproximadamente cuánto tiempo permanece en el hogar cada vez que realiza las visitas domiciliarias Integrales? (PROMEDIO MINUTOS)

Gráfica 6: Tiempo de Visitas

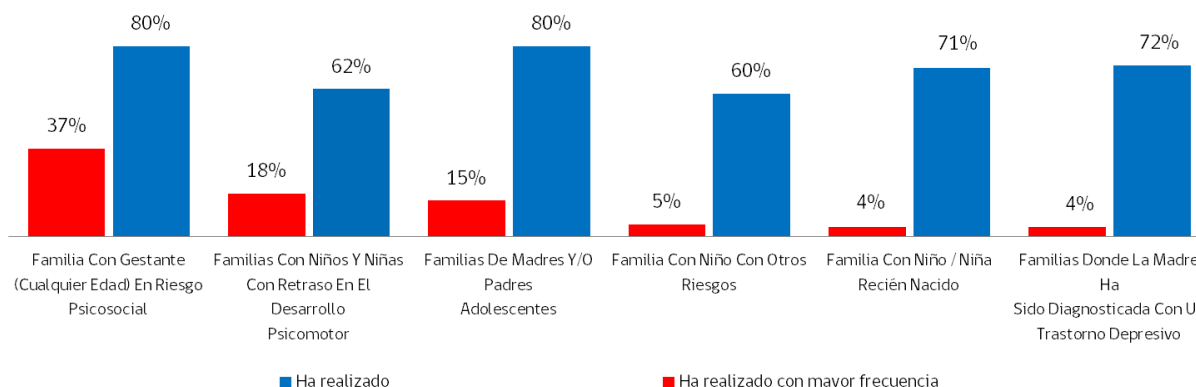
% Menciones	TOTAL	TIPO DE ESTABLECIMIENTO						ZONA			TIPO ZONA	
		CECOF (n=26)	CESFAM (n=59)	CSU (n=15)	EMENC (n=18)	PSR (n=30)	CSR (n=8)	Norte (n=37)	Sur (n=92)	RM (n=27)	Urbano (n=118)	Rural (n=38)
¿Y aproximadamente cuánto tiempo permanece en el hogar cada vez que realiza las visitas domiciliarias Integrales? PROMEDIO MINUTOS	46,4	46,5	48,7	41,3	46,1	46,8	37,5	49,9	46,4	41,7	46,9	44,9

Las VDI toman en promedio 46 minutos, y no presentan diferencias significativas por tipo de establecimiento y zona. Cabe mencionar que este resultado es consistente con lo declarado por beneficiarias, segmento en el cual no se presentan diferencia significativa en la duración de la visita por tipo de familia (con niños versus gestantes).

Situaciones más Frecuentes

Le voy a pedir que por favor me diga ¿EnCuál o cuáles de estas situaciones de familia Ud. ha realizado VDI?, ¿Y cuál diría Ud. que es la situación en que realiza el mayor número de VDI?

Gráfica 7: Situaciones más Frecuentes



(*) Menciones sobre el 4% en situación más frecuente

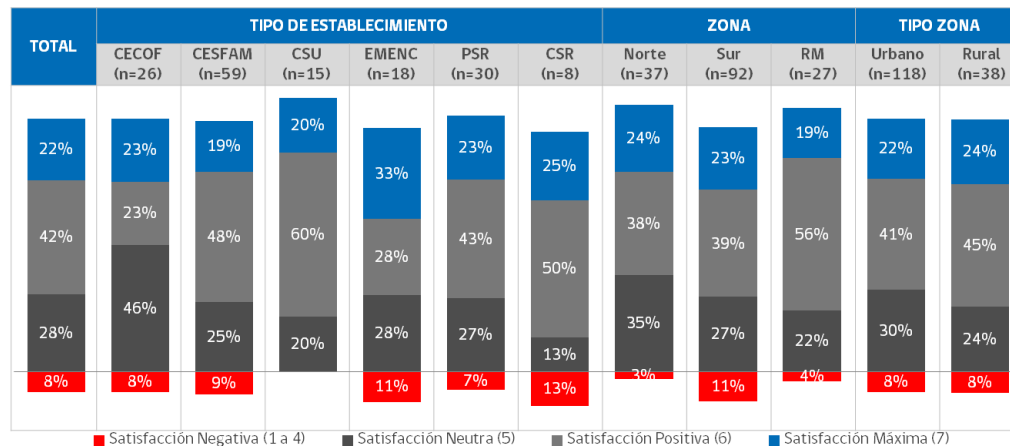
El caso más frecuente de VDI es el de familias con gestante en riesgo psicosocial y familias con padre y/o madre adolescente, alcanzan ambas el 80%

Evaluación General del Sistema

Satisfacción General con ChCC

¿Con qué nota evalúa su satisfacción en general con la forma en que se ejecuta el Sistema Chile Crece Contigo en este establecimiento de salud?

Gráfica 8: Satisfacción General con ChCC



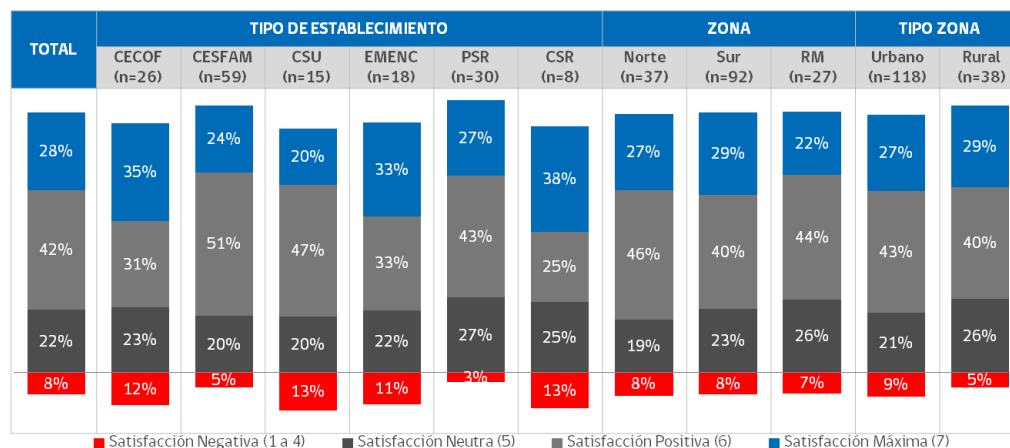
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

El nivel de satisfacción general con el programa ChCC es positivo con un 64% de evaluaciones con nota 6 o 7, sin embargo cabe destacar que en las evaluaciones de la zona sur existe un 11% de ejecutores insatisfechos, siendo además la zona de mayor tamaño.

Satisfacción General con VDI

¿Con qué nota evalúa su satisfacción en general con la forma en que se ejecutan las Visitas Domiciliarias Integrales en este establecimiento de salud?

Gráfica 9: Satisfacción General con VDI



No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En términos generales, la ejecución de las VDI cuentan con evaluaciones favorables alcanzando un 28% de máximas evaluaciones para el total de la muestra.

Motivos de Satisfacción General con VDI

¿Por qué razón evalúa con esa nota su satisfacción con las VDI en este establecimiento?

Gráfica 10: Motivos de Satisfacción General con VDI (COMENTARIO: No entendi la variable falta de transporte en las evaluaciones postivas)



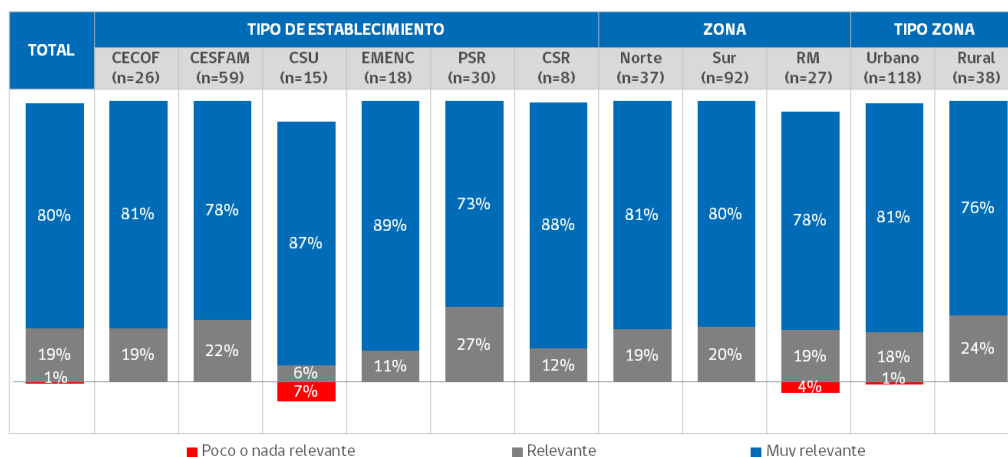
(*) Principales menciones espontáneas

La falta transporte para llevar a cabo las VDI se levanta como el principal atributo deficitario, y que beneficiaría en mayor medida a los ejecutores en la realización de las visitas.

Percepción de relevancia de las VDI

¿Qué tan relevante considera que son las VDI dentro del plan de intervención diseñado por el equipo de cabecera?

Gráfica 10: Percepción de relevancia de las VDI dentro del plan de intervención diseñado por el equipo de cabecera



Alta relevancia se le asigna a las VDI dentro del plan de intervención, en la región metropolitana esta relevancia resulta levemente menos significativa que en las otras zonas.

Como se observa en la gráfica 11, la VDI es percibida como más relevante para las siguientes temáticas: Dar apoyo a madres y familias vulnerables, resguardar los derechos del niño, detectar problemas de violencia intrafamiliar, potenciar la aceptación del embarazo por parte de la madre y su entorno, detectar consumo de alcohol, activar la red de apoyo y fomentar la calidad del vínculo pre-natal.

¿Cuán relevante considera la Visita Domiciliaria Integral para...?

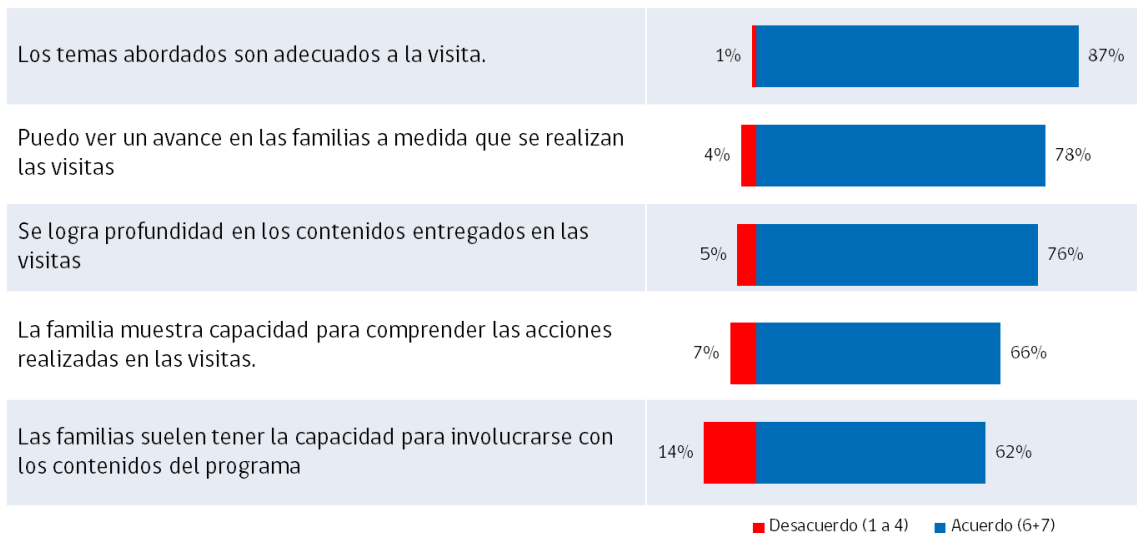
Gráfica 11: Percepción de relevancia de las VDI



Opinión respecto de las temáticas de la VDI

¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con ...?

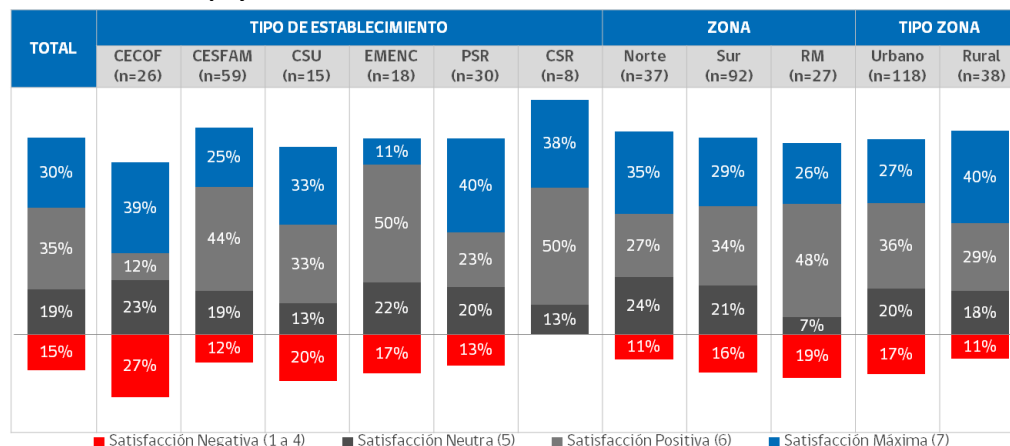
Gráfica 12: Opinión respecto de las temáticas de la VDI



Satisfacción con el Apoyo Recibido

¿Con qué nota evalúa su satisfacción en general respecto al apoyo que recibe del centro de salud para realizar su labor en las Visitas Domiciliarias Integrales?

Gráfica 13: Satisfacción con el Apoyo Recibido



No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Existen niveles de satisfacción positivos frente al apoyo entregado por los centros de salud al quehacer de los ejecutores, sin embargo los niveles de insatisfacción también son altos, particularmente en las zonas urbanas.

Aspectos a Mejorar respecto del Apoyo Recibido

¿Cuáles son los aspectos que debiesen mejorar respecto al apoyo que recibe del Sistema Chile Crece Contigo para que usted evalúe con mejor nota?

Gráfica 14: Aspectos a Mejorar respecto de el Apoyo Recibido

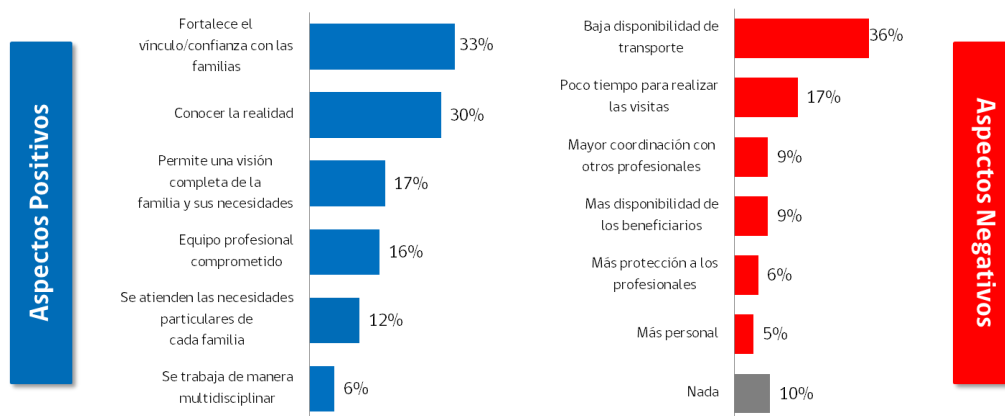


(*) Principales menciones espontáneas.

Una vez más la falta de transporte aparece como una de las carencias más importantes para los ejecutores, en menor medida surgen temas como acompañamiento, coordinación con el centro de salud y carencia de recursos (capacitaciones, humanos y materiales).

¿Qué aspectos destacaría como POSITIVOS/NEGATIVOS en la realización de las visitas domiciliarias integrales en este establecimiento?

Gráfica 15: Fortalezas y Debilidades de las VDI



(*) Principales menciones espontáneas

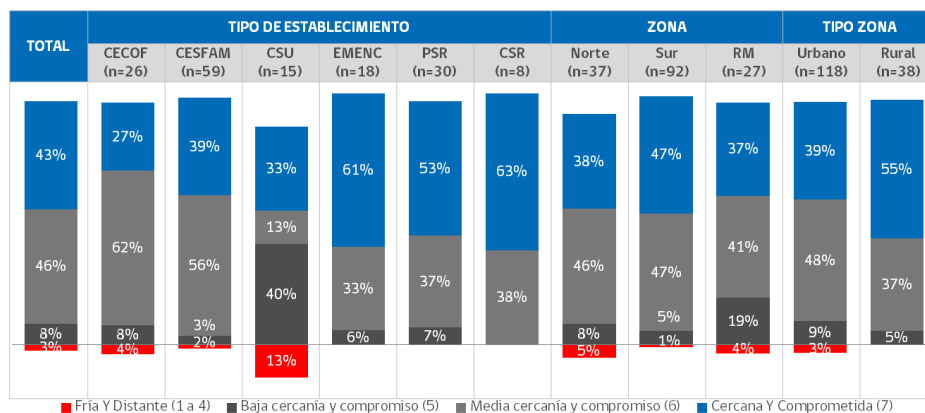
Entre los aspectos positivos el fortalecimiento del vínculo ejecutor/beneficiario es uno de los aspectos más destacados en el quehacer profesional de los ejecutores, asimismo, el hecho de conocer la realidad en las que se sitúan estas familias (beneficiarias) les permite contar con una visión mucho más completa sobre las necesidades con las que cuentan en el día a día.

Relación/Vínculo con los Beneficiarios

Evaluación de relación establecida con beneficiaria

¿Con qué nota describiría en general la relación establecida entre usted y los beneficiarios de las visitas domiciliarias integrales?

Gráfica 16: Evaluación de relación establecida con beneficiaria



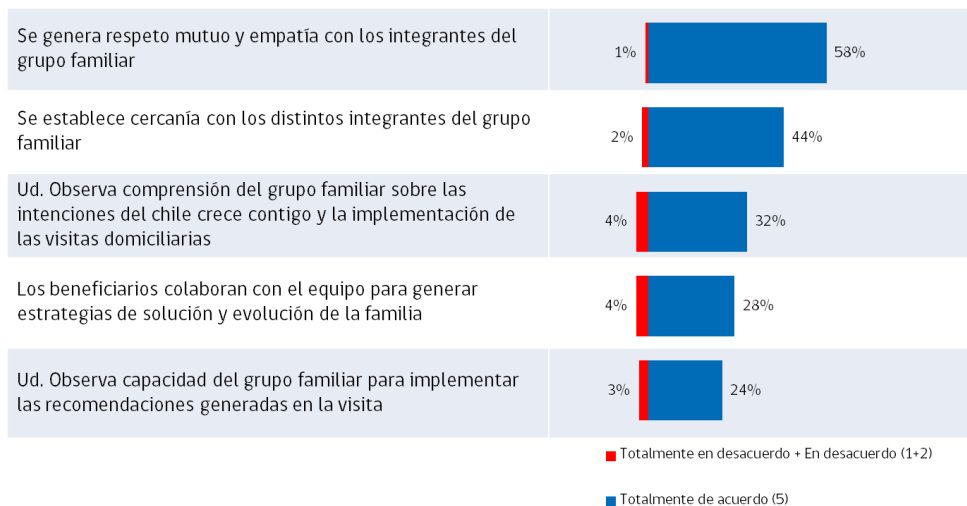
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En general, surge una relación de cercanía y compromiso entre el ejecutor y los beneficiarios, en especial en los casos de zonas rurales, en la zona urbana la relación es mas distante lo que queda reflejado con particular claridad en los centros de salud urbano (CSU).

Evaluación de relación establecida con beneficiaria

¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con ...?

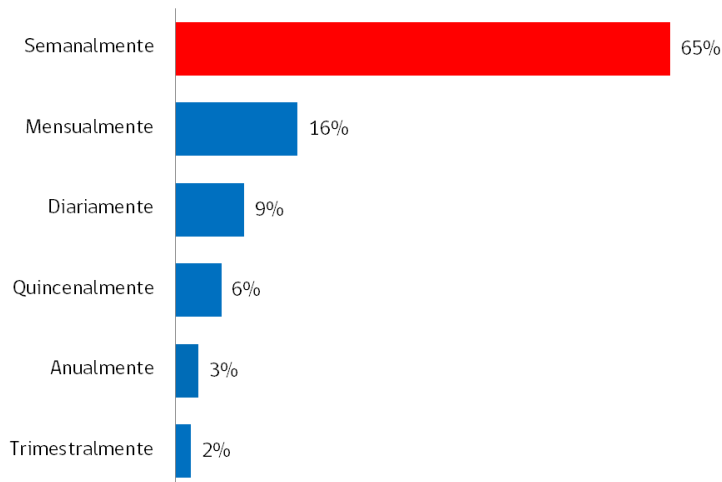
Gráfica 17: Evaluación de relación establecida con beneficiaria – De acuerdo



Programación de las Visitas

¿Con qué frecuencia realiza la programación de las visitas domiciliarias integrales?

Gráfica 18: Frecuencia programación de las Visitas.

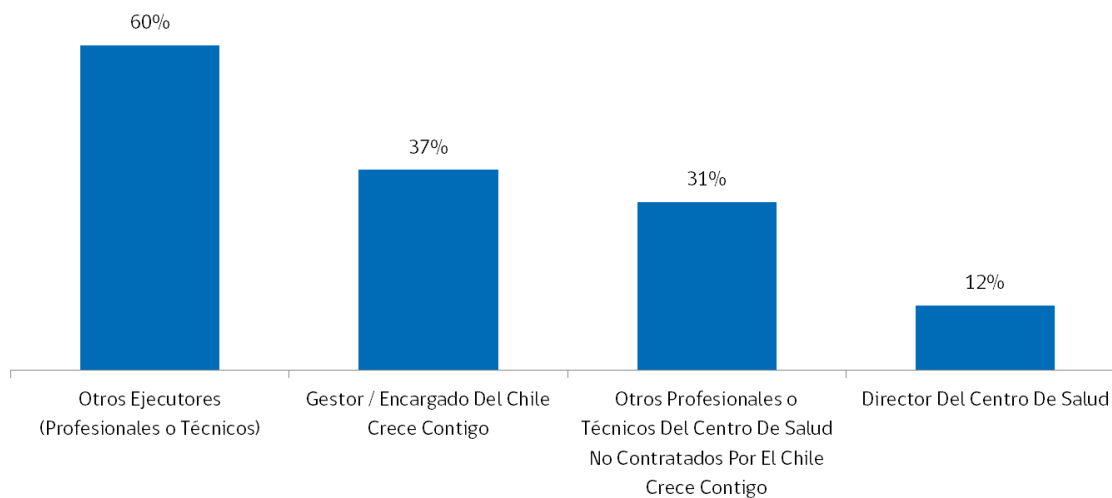


La programación de visitas se realiza en la mayoría de los casos semanalmente.

Participantes en las Visitas

¿Quiénes participan/intervienen en la programación de las visitas domiciliarias integrales que realiza?

Gráfica 19: Participantes en las Visitas



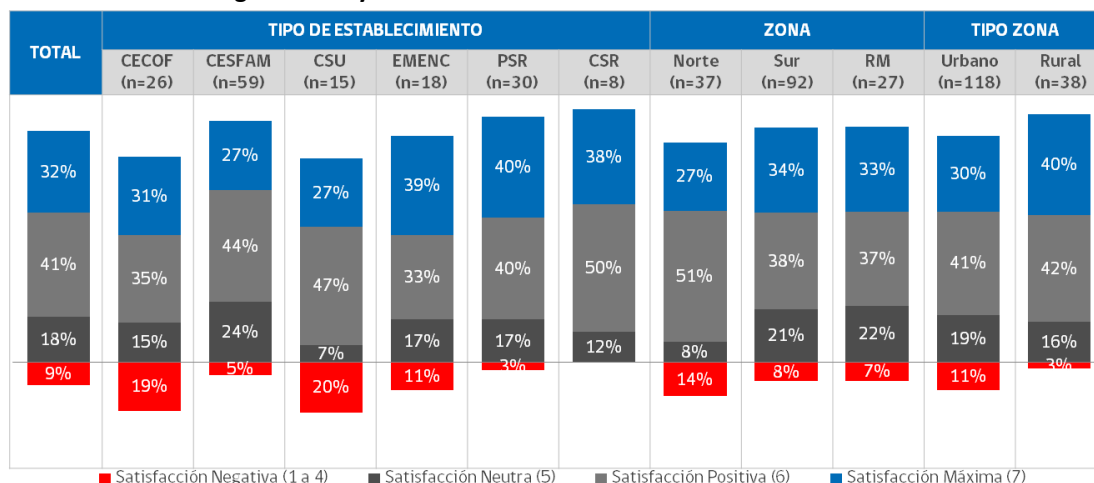
(*) Respuestas múltiples.

En la programación de las VDI intervienen principalmente ejecutores y gestores, en menor medida profesionales de los centros de salud. La participación de los directores de los centros de salud es muy baja.

Evaluación de la Organización y Planificación de VDI

¿Con qué nota evalúa, de acuerdo a su experiencia, la manera en que se organizan y planifican las visitas?

Gráfica 20: Evaluación de la Organización y Planificación de VDI

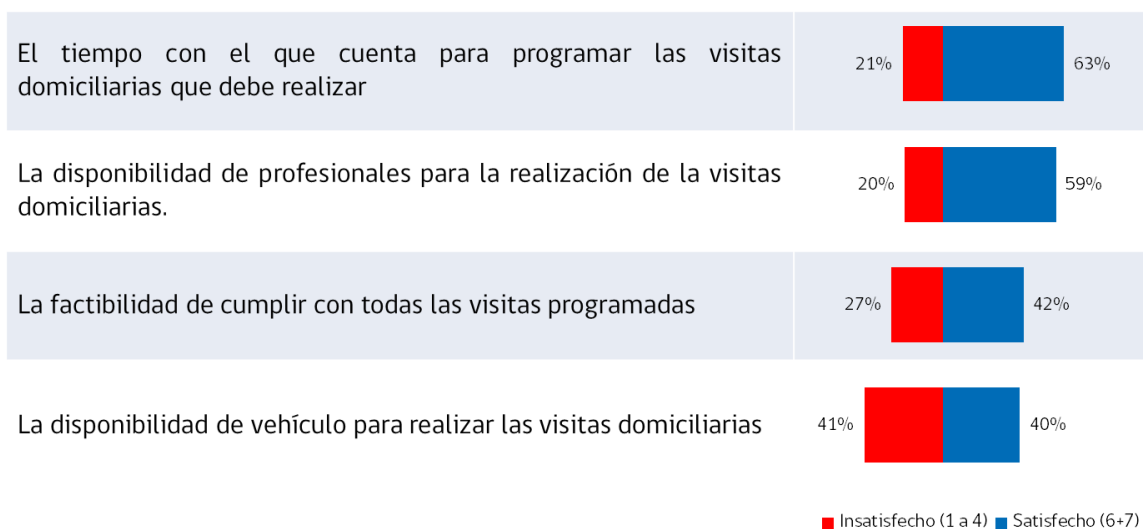


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Existe satisfacción en lo referido a la organización y planificación de las VDI, con un 73% de las evaluaciones 6 o 7 para el total de los ejecutores, en la zona norte es en donde se producen los mayores niveles de insatisfacción.

¿Cuán satisfecho/a está Ud. con...?

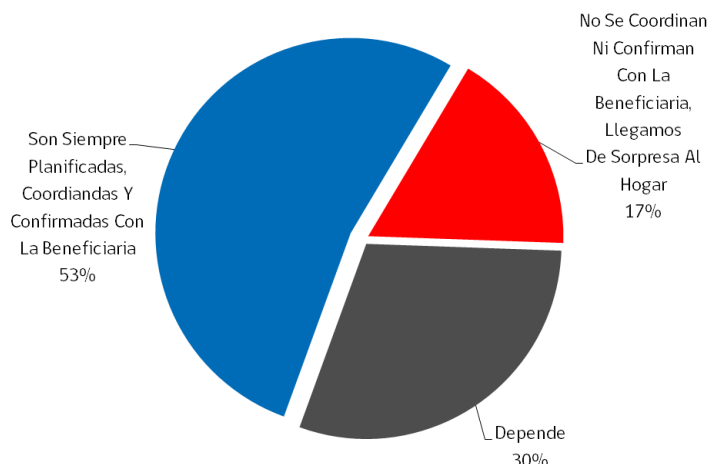
Gráfica 21: Satisfacción con la Organización y Planificación de VDI.



Coordinación de las VDI con las beneficiarias

En general, ¿las visitas domiciliarias son avisadas y coordinadas previamente con la beneficiaria?

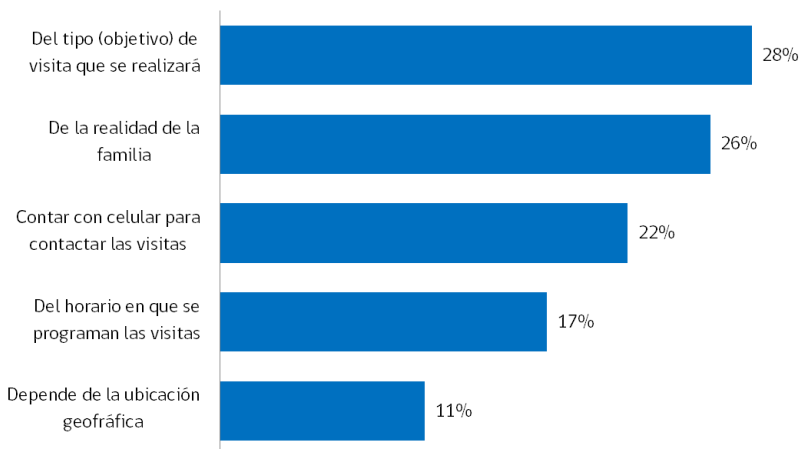
Gráfica 22: Coordinación de las VDI con las beneficiarias.



En la mayoría de los casos las VDI son coordinadas con los beneficiarios, siendo estos parte importante de la planificación de las visitas.

¿De qué depende?

Gráfica 23: Coordinación de las VDI con las beneficiarias – Razones Dependiente



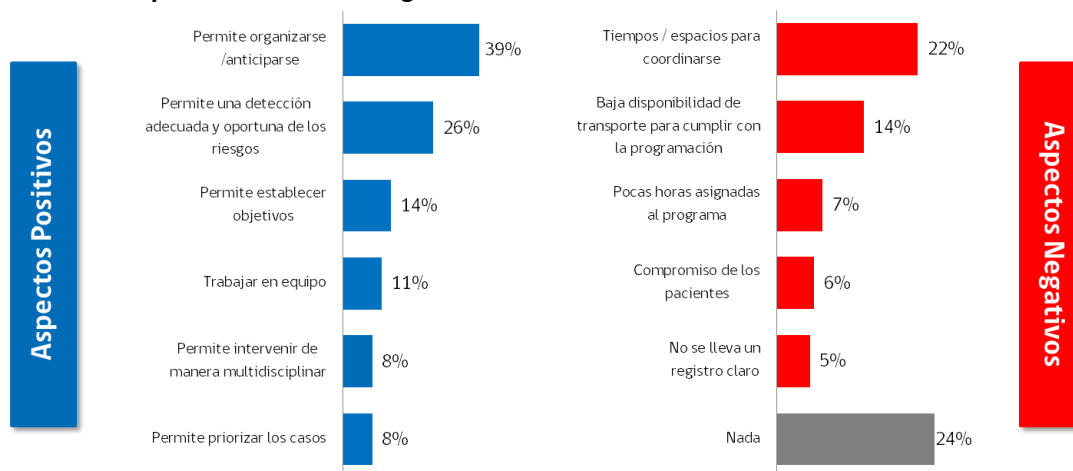
(*) Principales menciones espontáneas.

La coordinación de visitas con los beneficiarios depende en muchos casos de el tipo de atención que se entrega, otro factor que incide en la posibilidad de coordinar la visita con el beneficiario es el contexto de la familia a atender o la disposición de insumos para realizar la coordinación (celular).

Fortalezas y Debilidades de la Programación

¿Qué aspectos destacarías como POSITIVOS/NEGATIVOS de la fase de programación de las visitas domiciliarias?

Gráfica 24: Fortalezas y Debilidades de la Programación



(*) Principales menciones espontáneas.

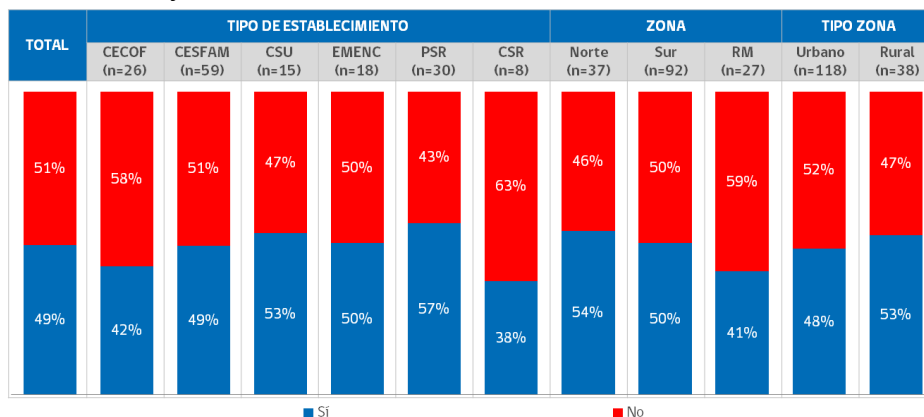
La programación permite realizar un trabajo ordenado, anticiparse a los deberes y riesgos que estos implican, pero se critica el poco tiempo con el que se dispone para esta coordinación.

Capacitación

Capacitación de los ejecutores

¿Ud. ha recibido capacitación para la realización de las Visitas Domiciliarias Integrales en su centro de salud de trabajo actual?

Gráfica 25: Capacitación de los ejecutores



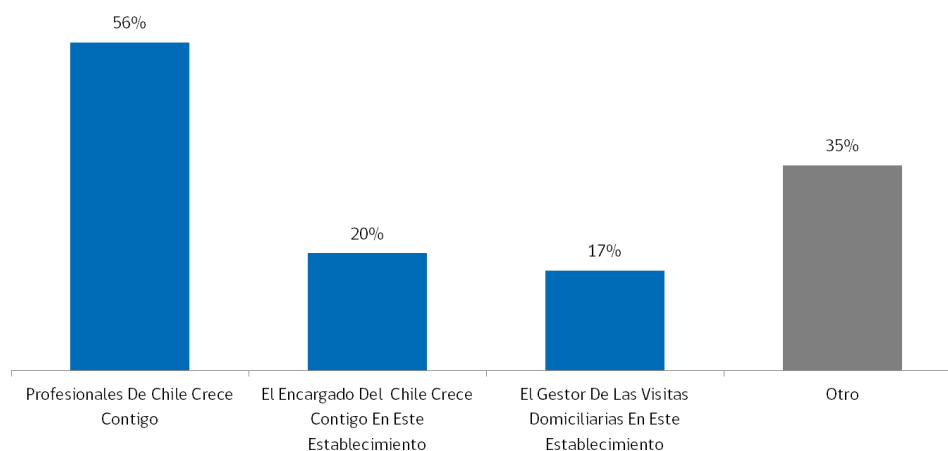
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

La mitad de los ejecutores de VDI ha recibido algún tipo de capacitación, entre ellos, los que menos han contado con instancias de capacitación en el centro de salud donde trabajan son aquellos ejecutores que se emplean en la región metropolitana, con un 41% de sujetos capacitados.

Capacitadores

¿Y quién le ha realizado la Capacitación?

Gráfica 26: Capacitadores

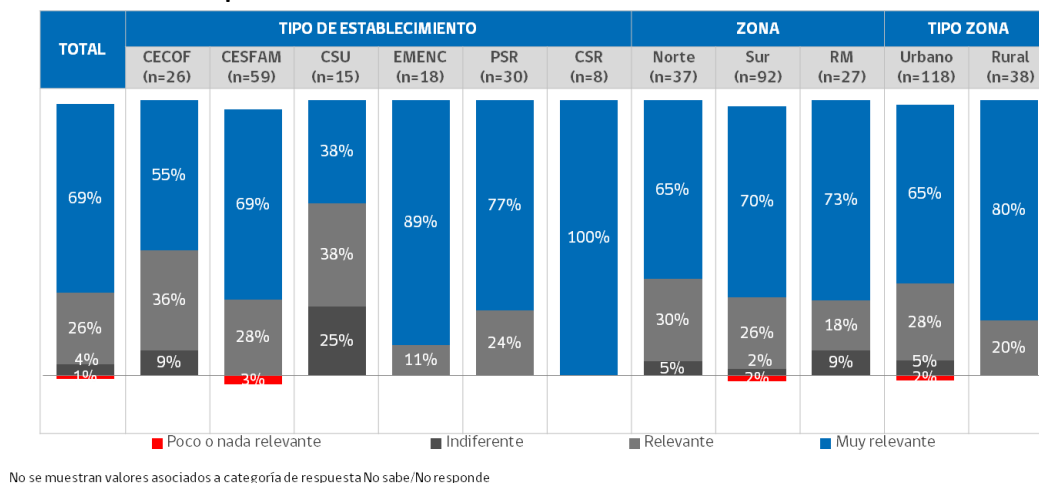


Las capacitaciones son llevadas a cabo principalmente por profesionales del ChCC.

Relevancia de la Capacitación

¿Cuán relevante ha sido para Ud. la capacitación que ha recibido para realizar adecuadamente las visitas domiciliarias?

Gráfica 27: Relevancia de la Capacitación

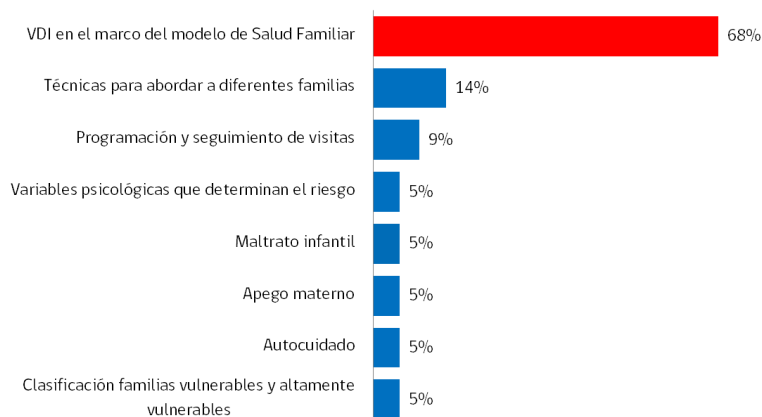


Los ejecutores que han recibido capacitación consideran de suma relevancia esta experiencia para el buen ejercicio de las VDI.

Temáticas de capacitación

¿En qué temas recibió capacitación?

Gráfica 28: Temáticas de capacitación.



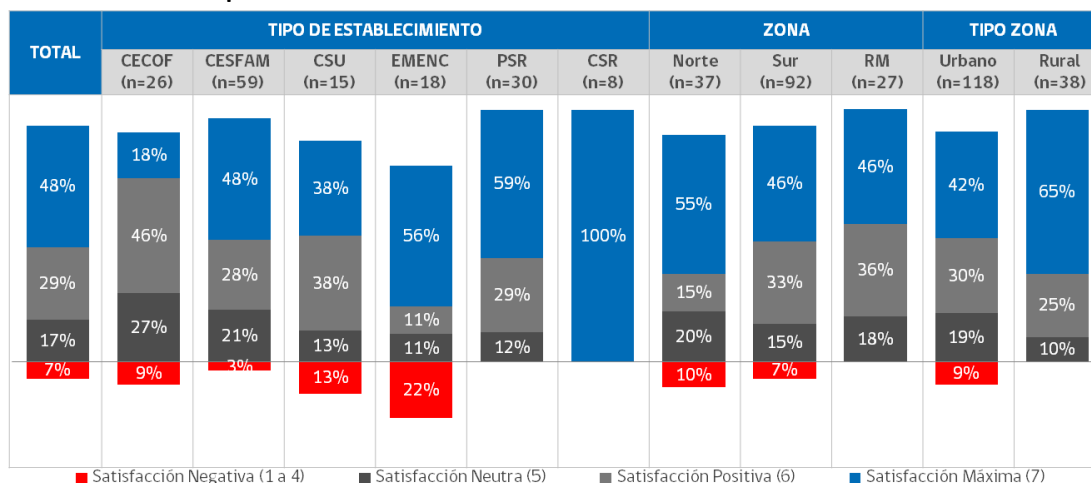
(*) Principales menciones espontáneas.

Las capacitaciones que se han cursado a los ejecutores son principalmente sobre como se enmarcan las VDI en el modelo de salud familiar.

Satisfacción con Capacitación

¿Con qué nota evalúa su satisfacción en general con la capacitación para la realización de las VDI?

Gráfica 29: Satisfacción con Capacitación

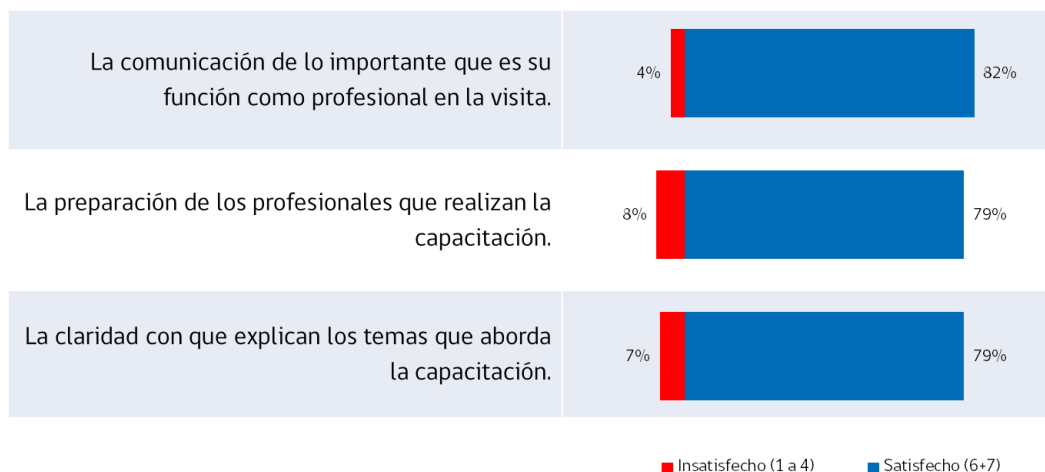


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En términos generales hay satisfacción entre los ejecutores con las capacitaciones recibidas, sin embargo se muestran diferencias significativas entre los valores de máxima satisfacción y satisfacción negativa para la zona urbana y rural, en donde la zona rural cuenta con mejores evaluaciones que la zona urbana.

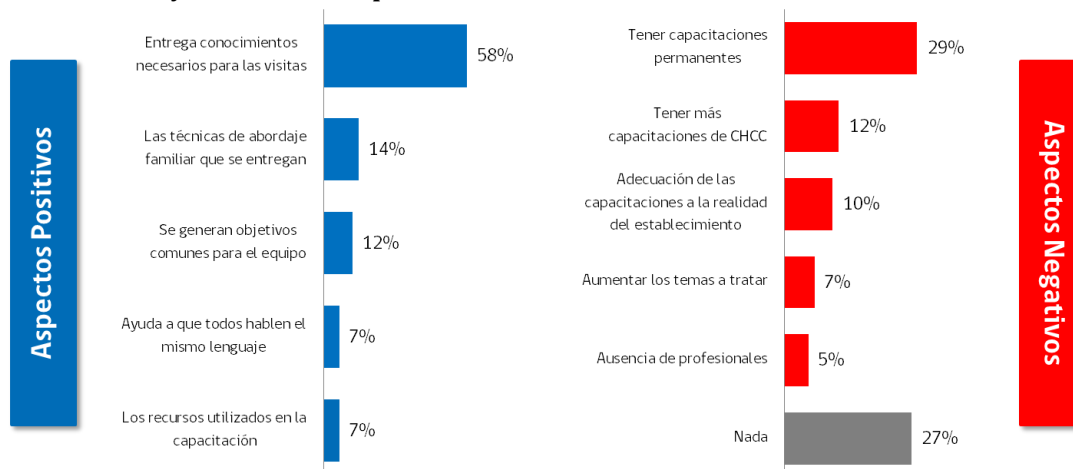
¿Cuán satisfecho/a está Ud. con...?

Gráfica 30: Satisfacción características de la Capacitación



¿Qué aspectos destacaría como POSITIVOS/NEGATIVOS de la fase de capacitación de las visitas domiciliarias?

Gráfica 31: Fortalezas y Debilidades Capacitación



(*) Principales menciones espontáneas.

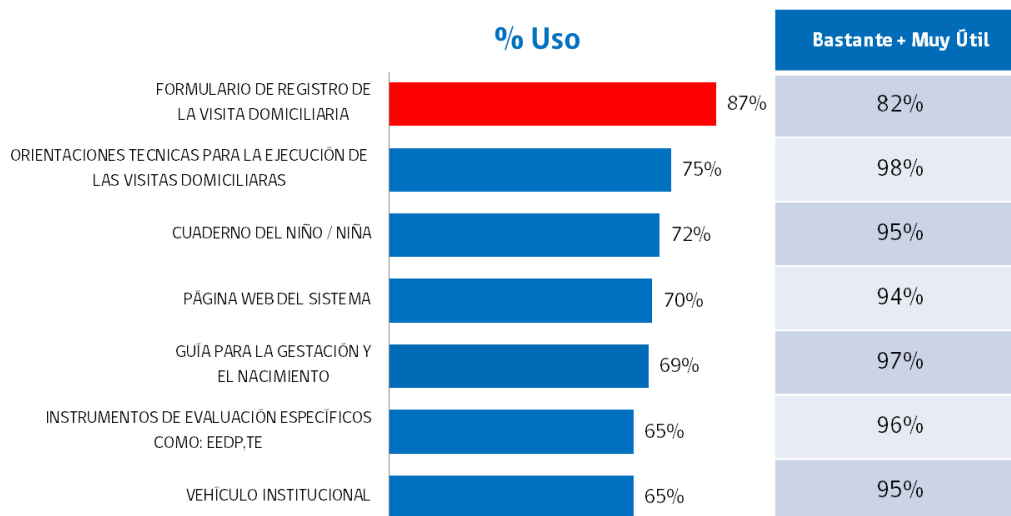
Se valora la existencia de instancias de capacitación, sin embargo se considera entre los ejecutores que estas instancias debiesen ser constantes y que estas se deben adecuar a las realidades de los establecimientos en donde se trabaja.

Insumos

Uso y Utilidad de Insumos

Para la realización de las VDI Ud. cuenta con una serie de insumos que le entrega el ChCC, por favor dígame ¿cuáles de ellos ha utilizado Ud.?

Gráfica 32: Uso y Utilidad de Insumos



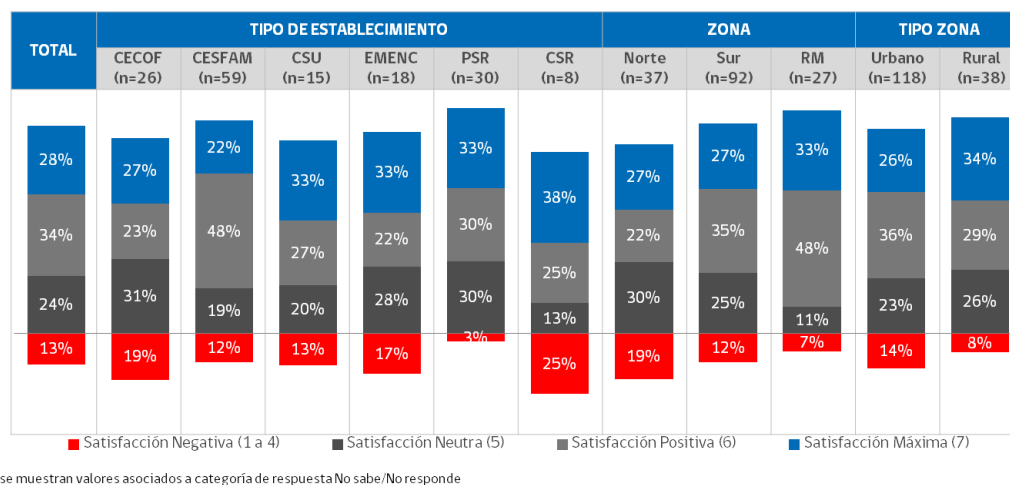
(*) Menciones sobre el 65% de declaración de uso.

El formulario de registro de visitas es el insumo con el que los ejecutores cuentan con mayor frecuencia, pero es que les resulta menos útil, los manuales de orientación de VDI junto con los manuales de gestación y nacimiento son los insumos más útiles para los ejecutores.

Satisfacción con Insumos

¿Con qué nota evalúa su satisfacción con los insumos recibidos para realizar las visitas domiciliarias?

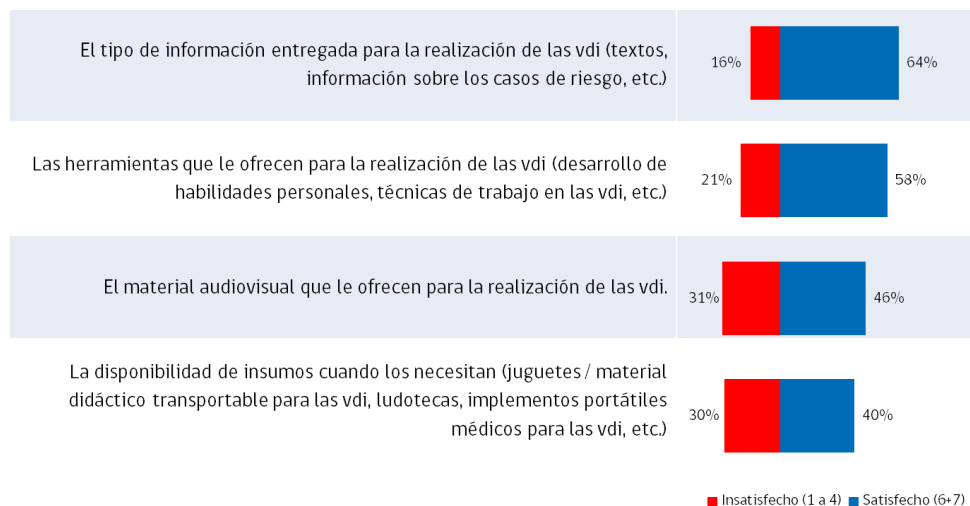
Gráfica 33: Satisfacción con Insumos



Hay evaluaciones positivas para los insumos suministrados para ejecutar las VDI, los segmentos con mejores evaluaciones son la región metropolitana con un 33% de notas 7, mientras que los más críticos son la zona norte con un 19% de evaluaciones 1 a 4.

¿Cuán satisfecho/a está Ud. con...?

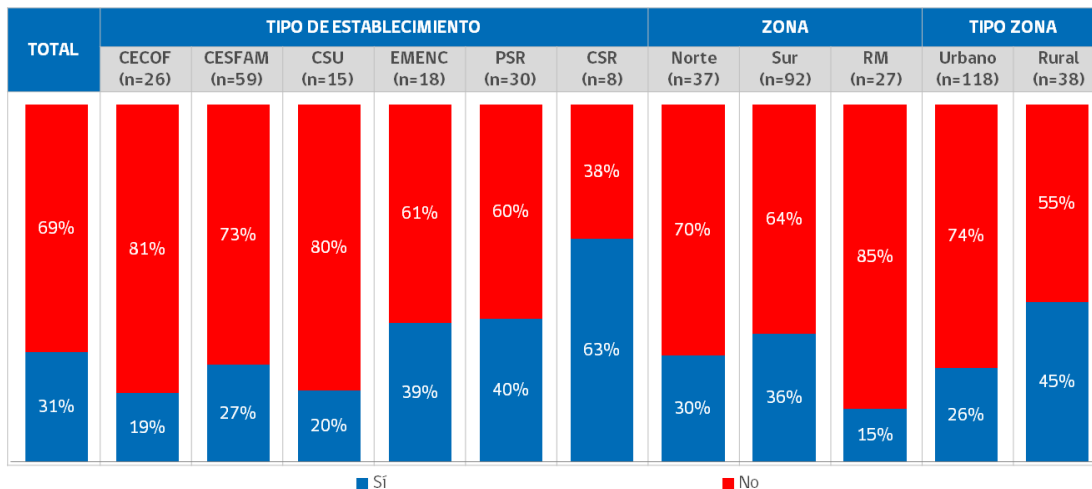
Gráfica 34: Evaluación de los insumos recibidos



Entrega de material audiovisual para las VDI

¿Le entregan aún material audiovisual para las VDI?

Gráfica 35: Entrega de material audiovisual para las VDI

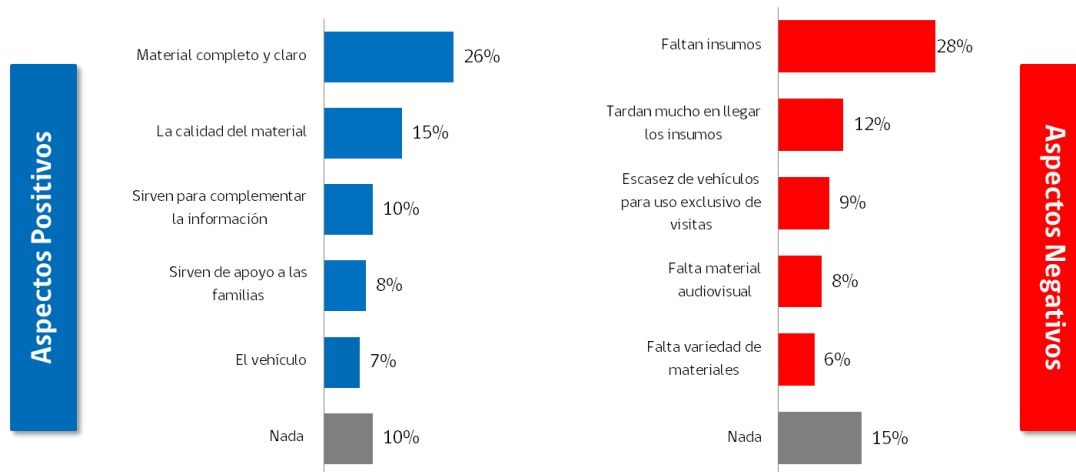


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Sólo el 31% de la muestra ha recibido este insumo, la Región Metropolitana es la que tiene menor cobertura de entrega de este tipo de materiales con un 15%.

¿Qué aspectos destacaría como POSITIVOS/NEGATIVOS de los insumos que le ofrecen para la realización de las visitas domiciliarias?

Gráfica 36: Fortalezas y debilidades percibidas en los insumos



(*) Principales menciones espontáneas.

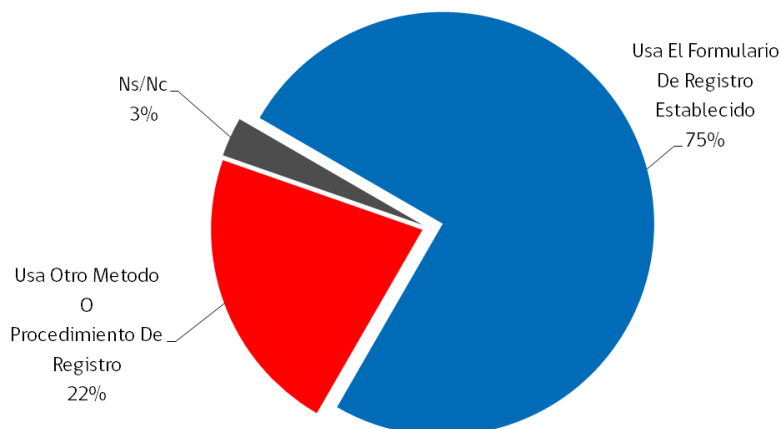
La cobertura de entrega de los insumos no ha sido bien lograda ya que no todos los ejecutores han contado con estos los materiales que debiesen haber estado disponibles para la realización de las VDI.

Seguimiento de Resultados

Uso del formulario para el seguimiento de resultados

¿Ud. ha realizado seguimiento a través del formulario de registro de la VDI para el desarrollo biopsicosocial de la infancia o utiliza otro método de registro?

Gráfica 37: Uso del formulario para el seguimiento de resultados



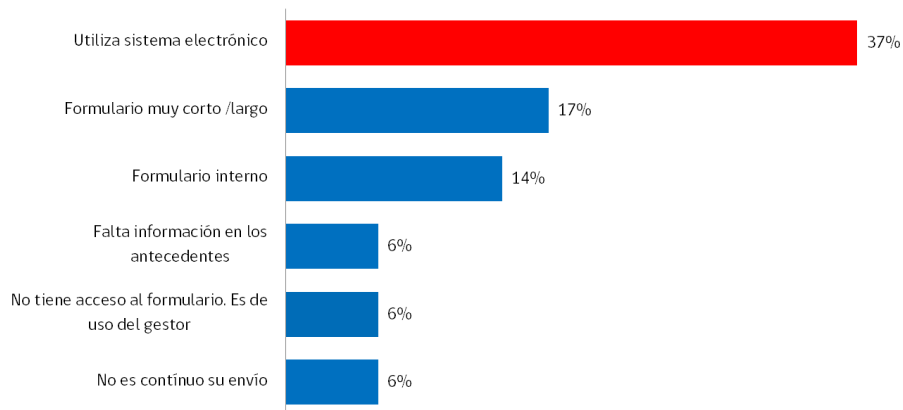
(*) La visita domiciliaria debe contar con un sistema de registro de lo observado, una evolución del proceso, detectar avances y compromisos.

La mayoría de los ejecutores utiliza el formulario de registro para llevar el seguimiento de los VDI realizado.

Motivos de NO Uso del Formulario de Registro

¿Porqué motivos no utiliza el formulario de registro establecido?

Gráfica 38: Motivos de NO Uso del Formulario de Registro.



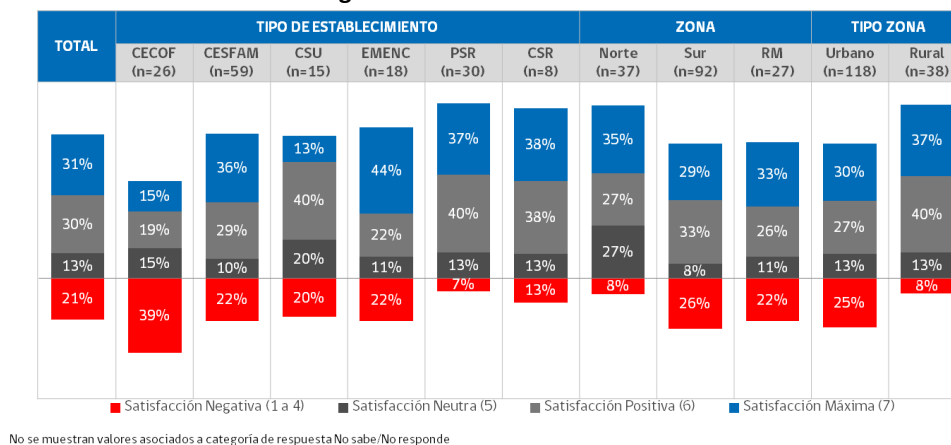
(*) Principales menciones espontáneas.

Entre quienes no utilizan el formulario de registro de VDI siguen un sistema electrónico para llevar a cabo el seguimiento de las visitas.

Satisfacción con Formulario de Registro

¿Con qué nota evalúa su satisfacción con la forma en que debe registrar la VDI, específicamente con el Formulario de Registro?

Gráfica 39: Satisfacción con Formulario de Registro



El formulario de registro se posiciona como uno de los indicadores de evaluación mas deficitarios en términos de evaluación, con un 21% de la muestra que se encuesta insatisfecho con este (notas 1 a 4), los CECOF son los que peor evalúan al formulario con un 39% de insatisfacción.

Satisfacción con características del Formulario

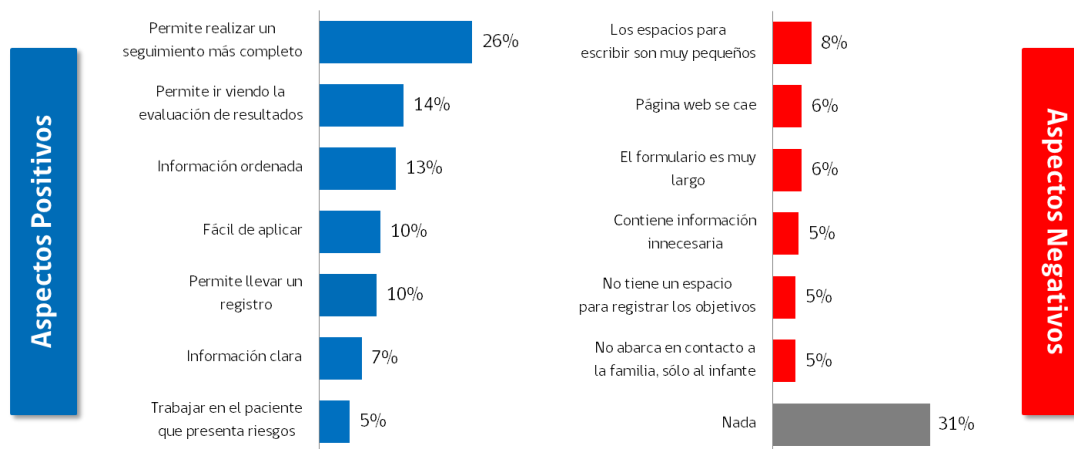
¿Cuán satisfecho/a está Ud. con...?

Gráfica 40: Satisfacción con características del Formulario



¿Qué aspectos destacaría como POSITIVOS/NEGATIVOS del sistema de seguimiento de las VDI a través del formulario de registro de la visita?

Gráfica 41: Fortalezas y Debilidades del formulario



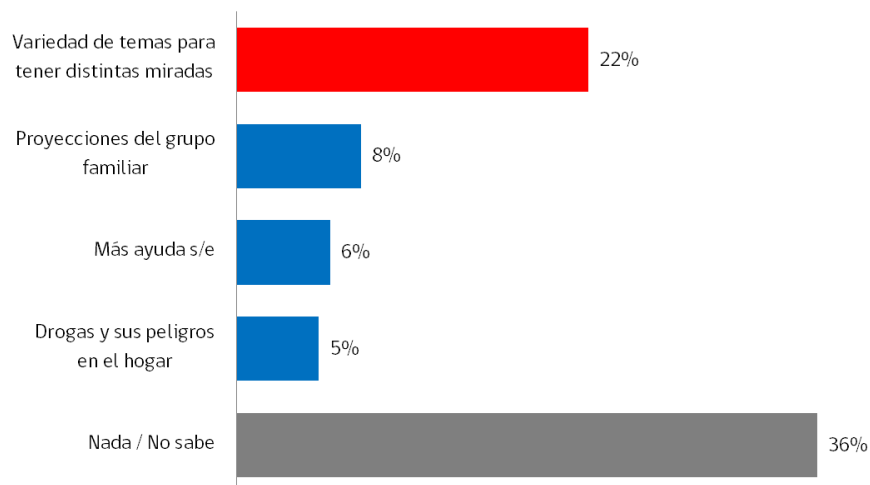
(*) Principales respuestas espontáneas.

Entre las principales críticas al formulario se encuentra el poco espacio asignado a algunos registros, así como la estabilidad de la plataforma y la extensión del formulario.

Temáticas necesarias y expectativas respecto de las VDI

¿Qué temas / acciones no se abordaron y usted siente que sería importante introducir en las VDI?

Gráfica 42: Temáticas necesarias para incluir en VDI

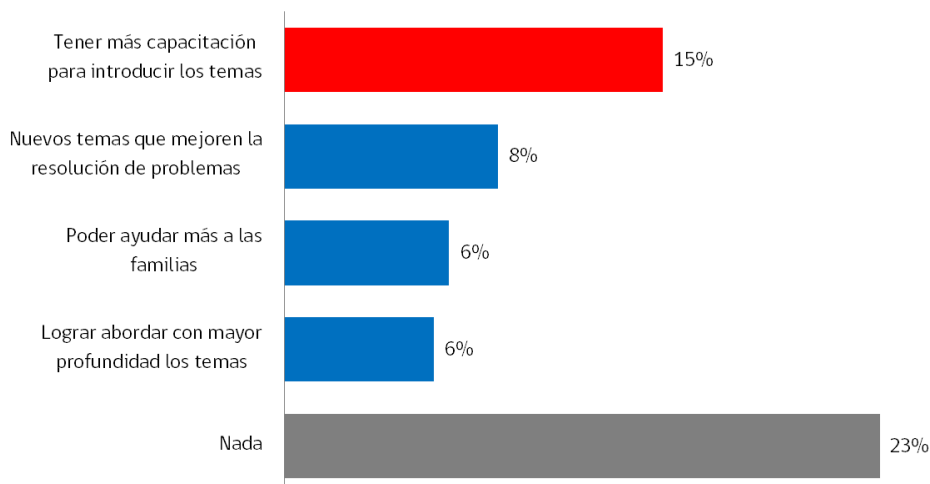


(*) Principales menciones espontáneas.

La diversidad de temáticas es una de las necesidades del programa, este requerimiento también surgió en el modulo de capacitación como un elemento a considerar.

¿Cuáles son sus expectativas en torno a la introducción de nuevos temas / acciones en las VDI?

Gráfica 43: Expectativas respecto de nuevas temáticas en VDI



(*) Principales menciones espontáneas.

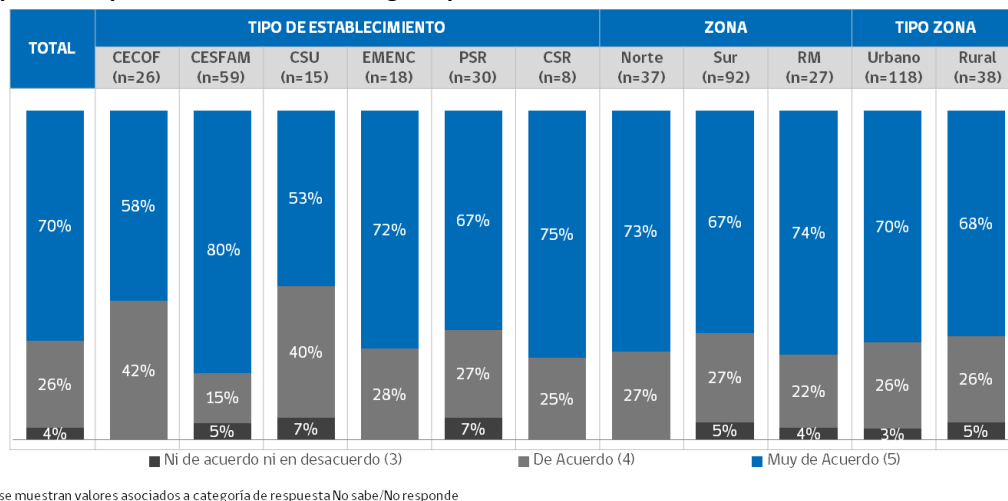
Reafirmando lo anterior, la necesidad de capacitaciones y diversificación de temas asociados a ellas es una de las principales demandas de los ejecutores.

Evaluación de Resultado

Opinión respecto del beneficio entregado por VDI

¿Qué tan de acuerdo está Ud. con que la información entregada en las visitas benefician al grupo familiar de manera concreta?

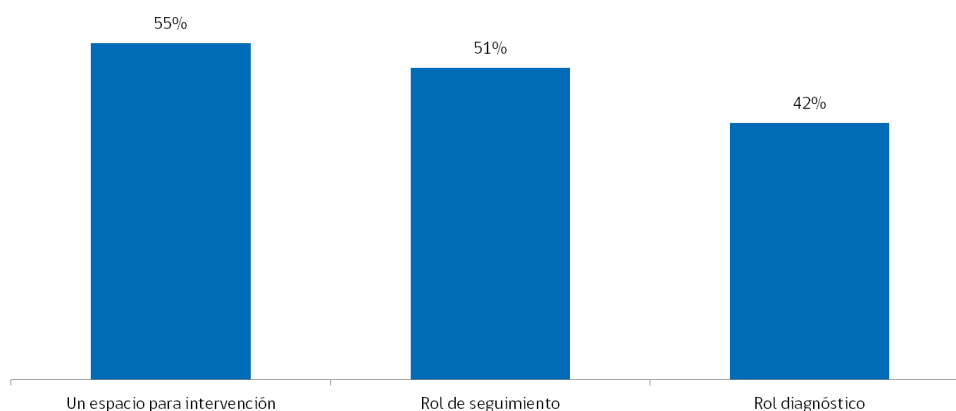
Gráfica 44: Opinión respecto del beneficio entregado por VDI



Hay consenso en que la información entregada en las visitas es de gran utilidad para las familias (no se consignan declaraciones en desacuerdo o muy en desacuerdo).

¿Usted diría que las VDI tiene un rol principalmente de diagnóstico, de seguimiento o de intervención?

Gráfica 45: Opinión respecto del beneficio entregado por VDI – Seguimiento, diagnóstico o intervención.



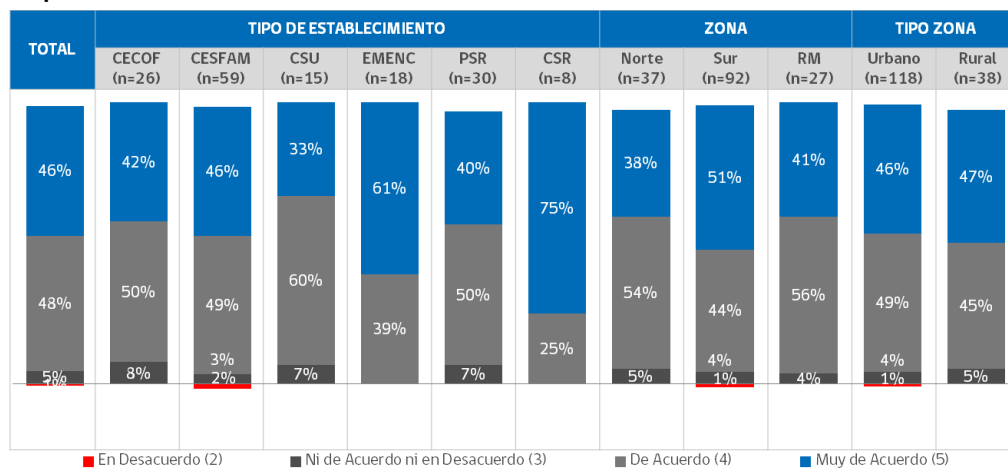
(*) Respuesta múltiple.

Los ejecutores ven a las VDI como una instancia de múltiples objetivos: Diagnóstico, Intervención y Seguimiento.

Percepción del de Valor Práctico de las VDI

¿Qué tan de acuerdo está Ud. con que la información y acciones realizadas fueron valoradas por el grupo familiar beneficiado por las VDI?

Gráfica 46: Percepción del de Valor Práctico de las VDI.

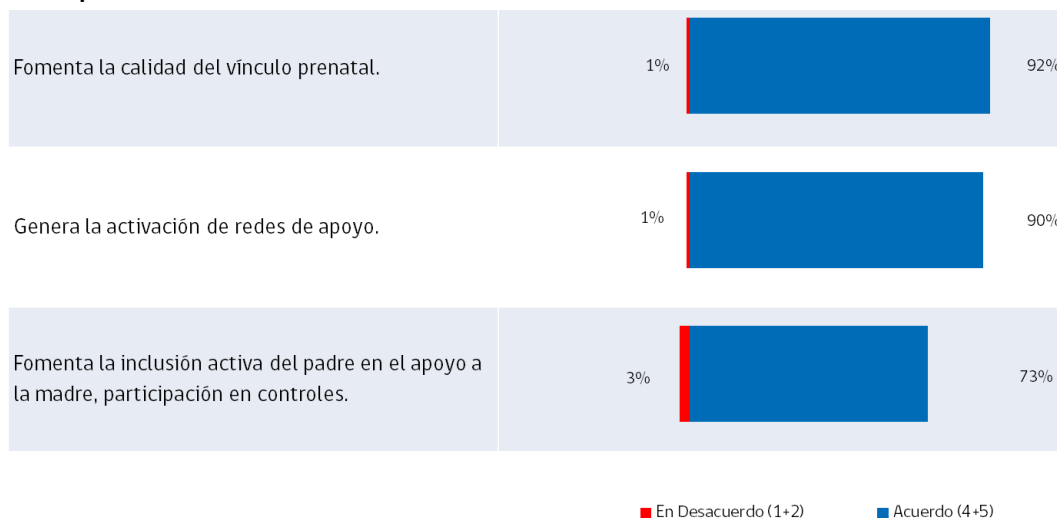


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Existe acuerdo en que la información y las acciones de las VDI son valoradas por las familias, siendo un 46% de los ejecutores están muy de acuerdo.

¿Que tan de acuerdo o en desacuerdo está con que la Visita Domiciliaria Integral...?

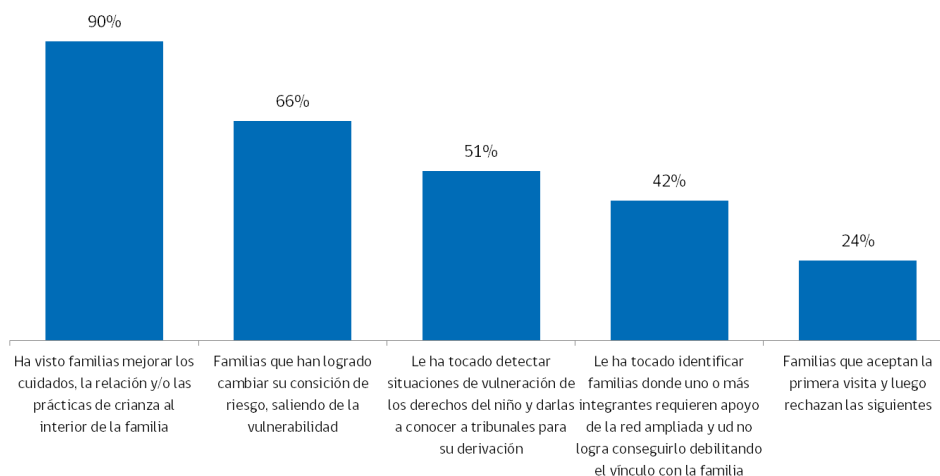
Gráfica 47: Percepción del de Valor Práctico de las VDI – De acuerdo.



Experiencia como Ejecutor

De las siguientes situaciones, ¿Cuál(es) de ellas ha vivido u observado como ejecutor?

Gráfica 48: Experiencia como Ejecutor



(*) Respuesta múltiple.

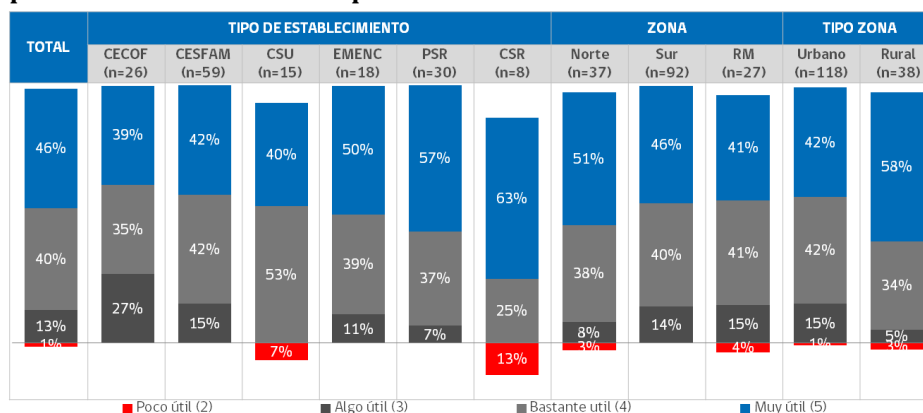
Entre los ejecutores, en un 90% de los casos se declara que a parir de las VDI se han mejorado las prácticas de crianza entre los beneficiarios, y en un 66% que las familias han logrado salir de situaciones de vulnerabilidad.

Satisfacción de la Familia con las Visitas

Percepción de Utilidad de las VDI para beneficiarios

¿Cuán útil siente usted que es para las familias haber recibido el beneficio de la VDI?

Gráfica 49: Percepción de Utilidad de las VDI para beneficiarios.



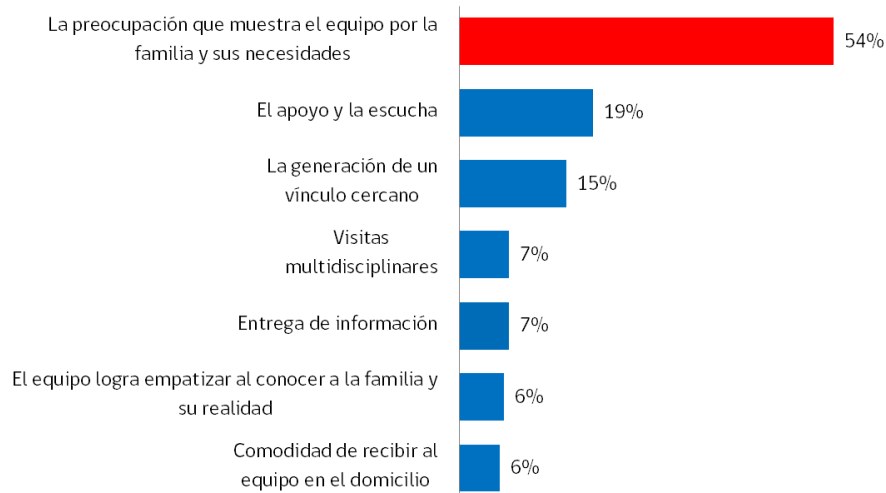
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Entre los ejecutores hay consenso sobre la utilidad que tienen las VDI para los beneficiarios.

Elementos de las VDI más valorados por las familias.

¿Qué elementos de la visita, en general, son más valorados por las familias?

Gráfica 50: Elementos de las VDI más valorados por las familias.



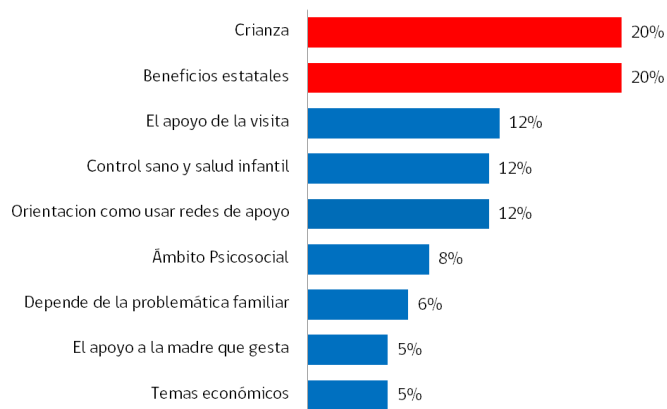
(*) Principales menciones espontáneas.

La preocupación de los profesionales para con la familia y sus necesidades es el elemento más valorado por los beneficiarios, la escucha otorgada a las familias por parte de los ejecutores y el vínculo que se genera también son elementos importantes para las familias.

Elementos de las VDI más relevantes por las familias

¿Cuáles considera Ud. que son los temas más relevantes para las familias?

Gráfica 51: Elementos de las VDI más relevantes por las familias



(*) Principales menciones espontáneas.

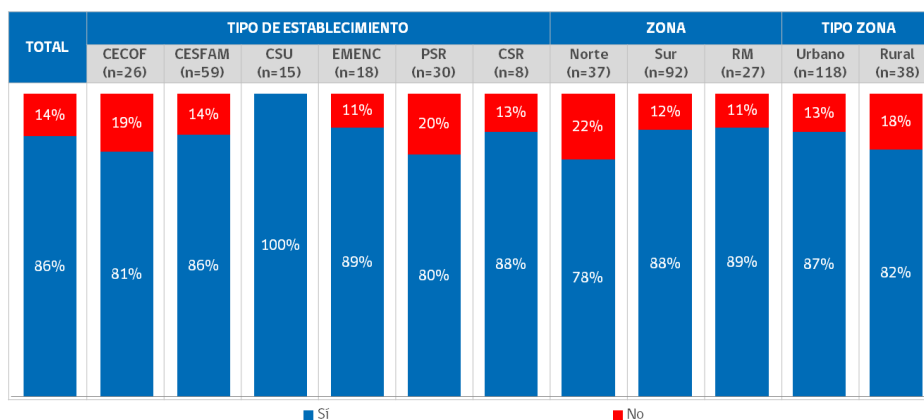
Los temas de mayor relevancia para las familias son las que refieren a prácticas de crianzas y los beneficios que concede el estado.

Cumplimiento de Metas y Autocuidado

Conocimiento de la existencia de metas

¿Existe algún sistema de metas asociado a la ejecución de las Visitas domiciliarias integrales en este establecimiento?

Gráfica 52: Conocimiento de la existencia de metas



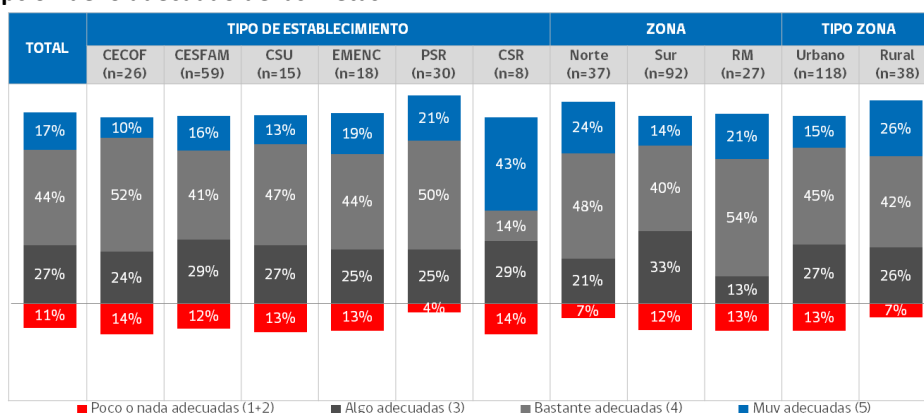
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En la mayoría de los establecimiento de salud se declara que existen metas asociadas a la ejecución de las VDI, la zona norte es la que cuentan con menor cantidad de establecimientos con sistema de metas, con un 78% de los entrevistados que declara que existen metas.

Percepción de lo adecuado de las metas

¿Cuán adecuadas diría Ud. que son las metas a la realidad y características del público que atiende este establecimiento?

Gráfica 53: Percepción de lo adecuado de las metas



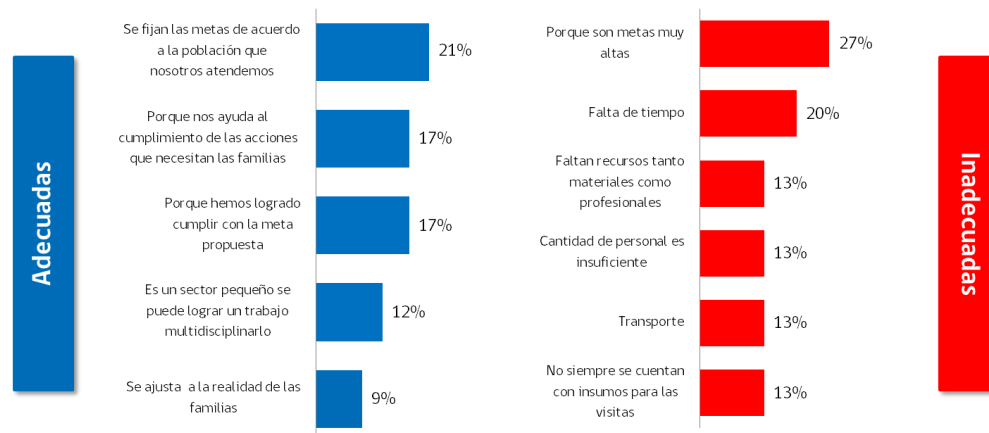
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En general las metas asociadas a las ejecución de VDI se consideran adecuadas, un 61% del total de la muestra considera que estas son adecuadas o muy adecuadas.

Motivos para percibir metas adecuadas/inadecuadas

¿Por qué ud. cree que las metas son...?

Gráfica 54: Motivos para percibir metas adecuadas/inadecuadas



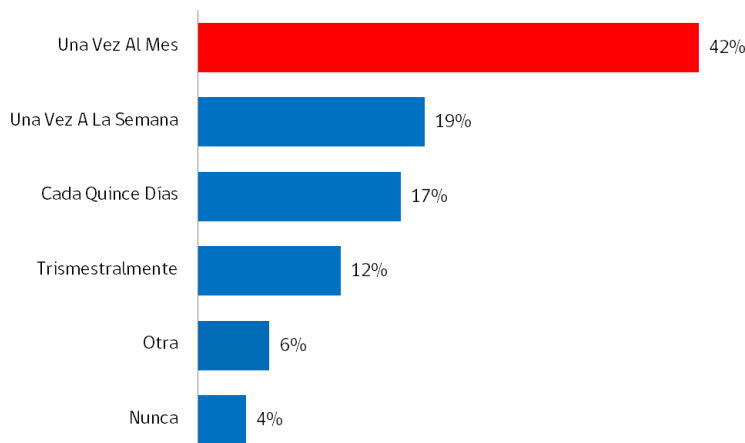
(*) Principales menciones espontáneas.

En general se estima que las metas asociadas a la ejecución son acordes a la población que se atiende, además se valora que estas metas ayuden al cumplimiento de las acciones necesarias para apoyar a los beneficiarios.

Frecuencia de monitoreo de los casos visitados y participantes de las reuniones de monitoreo

¿Con qué frecuencia se realiza monitoreo a los casos que visitan los profesionales y técnicos del ChCC en este establecimiento?

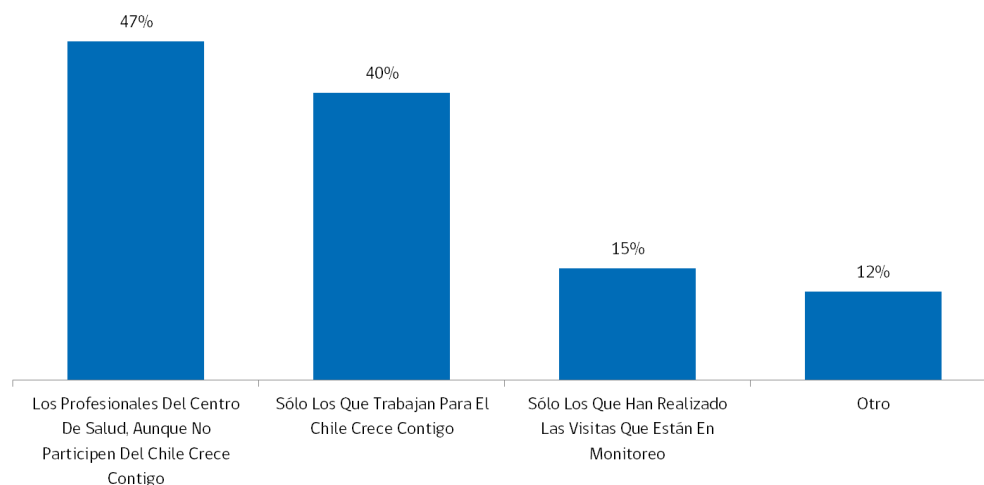
Gráfica 55: Frecuencia de monitoreo de los casos visitados



Una vez al mes es el plazo que más se repite entre las frecuencias con las que se realizan los monitoreos de VDI.

¿Quiénes suelen participar de las reuniones de monitoreo?

Gráfica 56: Participantes de las reuniones de Monitoreo

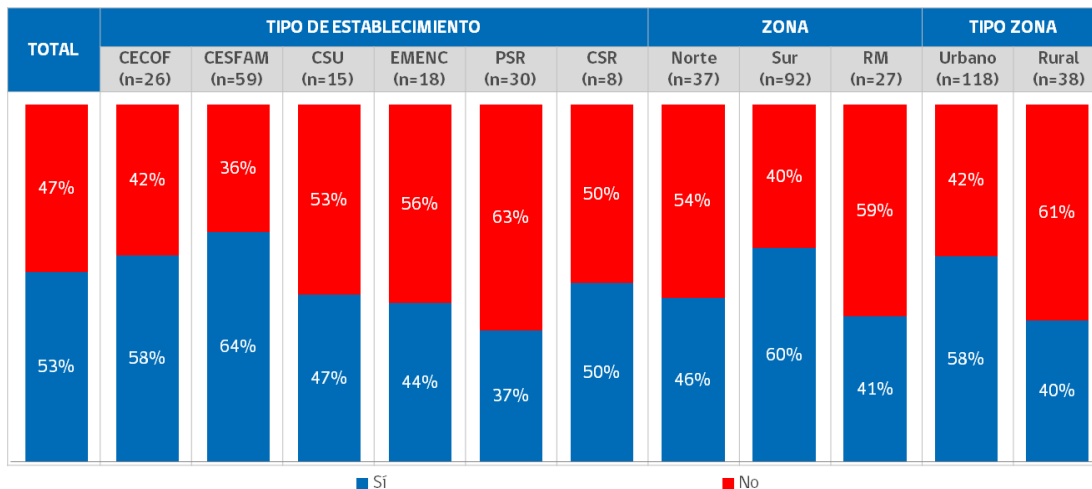


En las reuniones de monitoreo participan principalmente trabajadores del ChCC.

Existencia de estrategia de autocuidado

Ud y su equipo ¿tienen alguna estrategia de autocuidado?

Gráfica 57: Existencia de estrategia de autocuidado



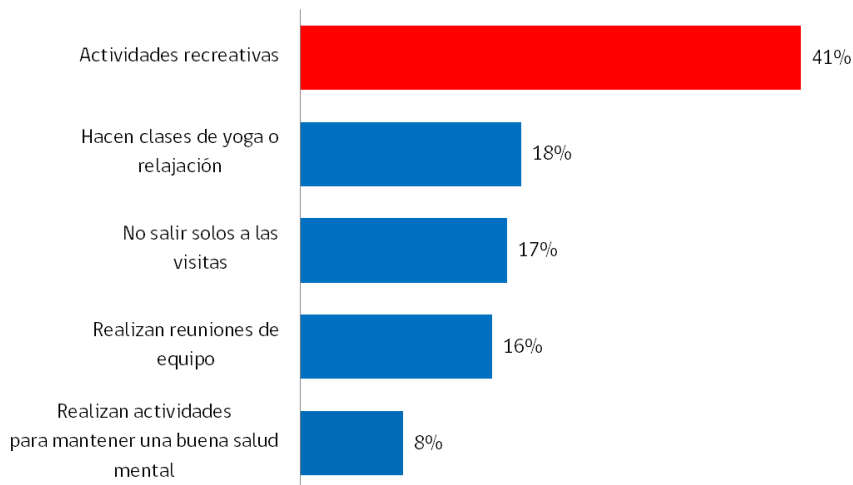
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Solo en el 53% de los casos se realizan practicas de autocuidado en el equipo de trabajo.

Actividades de autocuidado realizadas

¿Qué hacen como autocuidado?

Gráfica 58: Actividades de autocuidado realizadas



(*) Principales menciones espontáneas.

Las prácticas de autocuidado más comunes son las actividades recreativas, clases de yoga o relajación y el acompañamiento en las VDI.

Resultados de Segmento Gestores

El segmento gestores se definió de acuerdo a la propia evaluación del entrevistado a la pregunta *En este establecimiento, ¿Usted es ...:*

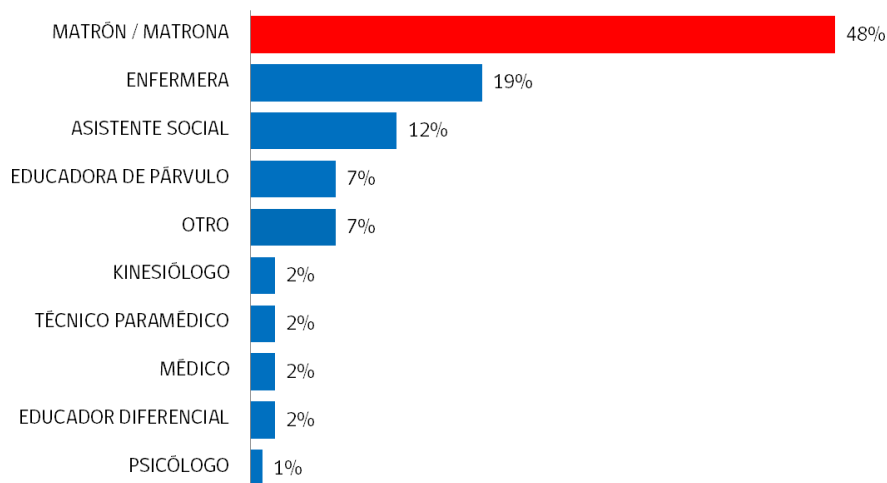
- Sólo gestor / encargado del chile crece contigo, no ejecutor de visitas domiciliarias integrales
- Sólo ejecutor / profesional o técnico que realiza visitas, pero no está a cargo del sistema chile crece contigo en este centro de salud
- Gestor y ejecutor de visitas domiciliarias del sistema chile crece contigo. Está a cargo y además ejecuta visitas domiciliarias

Entendiendo por gestor, a la primera de estas 3 opciones.

Formación Profesional y Cargo

¿Cuál es su profesión?

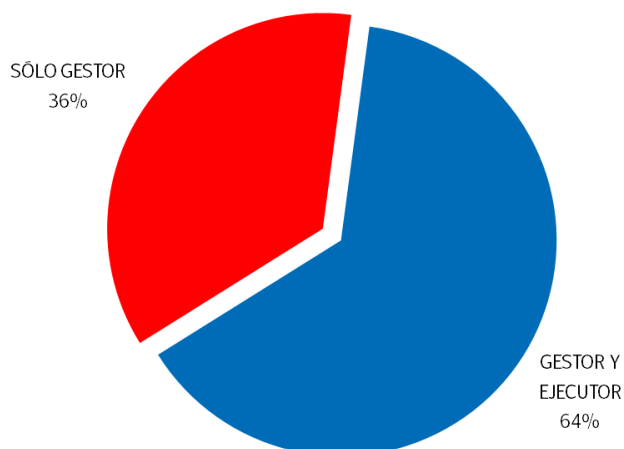
Gráfica 59: Formación Profesional



Los Gestores son en su mayoría matrones ..

En este establecimiento usted es ...

Gráfica 60: Cargo del gestor

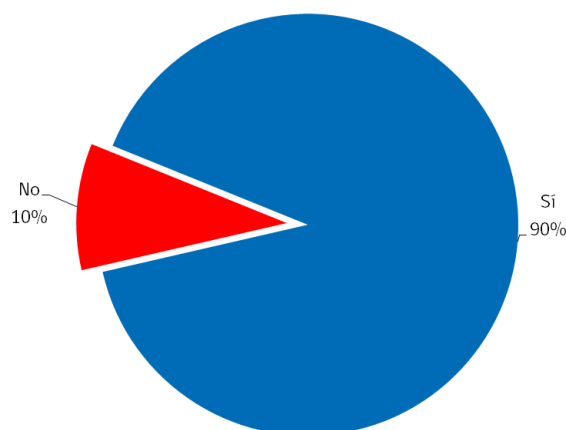


En el 64% de los casos los gestores se desarrollan solo cumpliendo funciones específicas a su cargo, en un 36% además asumen responsabilidades en ejecución de VDI.

Formación en el Modelo de Salud Familiar (MSF)

¿Ud. ha recibido capacitación o formación en el modelo de salud familiar?

Gráfica 61: Formación en el Modelo de Salud Familiar (MSF)

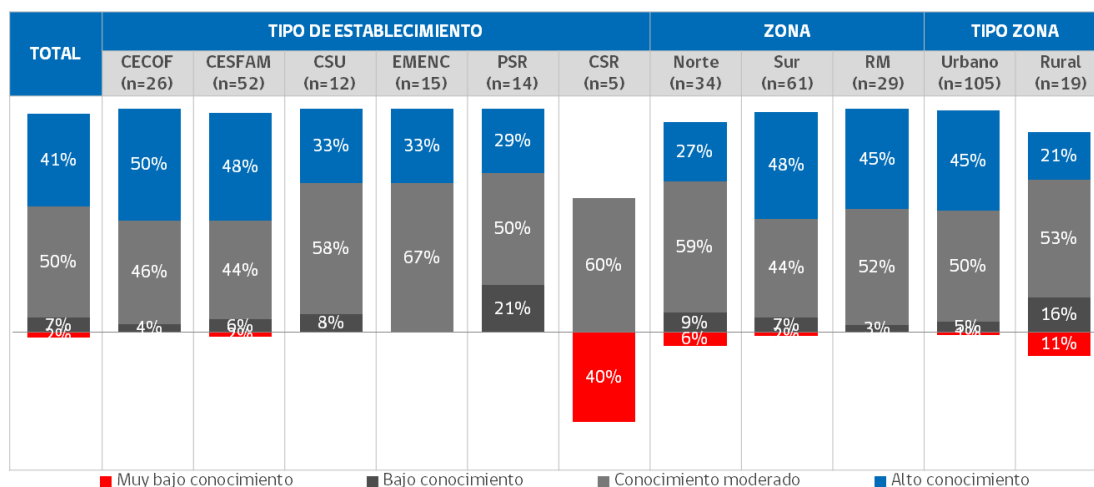


La mayoría de los gestores han sido capacitados para ejercer su cargo.

Percepción de su nivel de conocimiento en MSF

¿Cuál diría Ud. que es su nivel de conocimiento del modelo de salud familiar aplicado en Chile?

Gráfica 62: Percepción de su nivel de conocimiento en MSF



No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

El 41% de los gestores indica tener un alto conocimiento sobre el modelo de salud familiar aplicado en Chile, esto se da con mayor intensidad en las zonas urbanas.

Cantidad de Visitas realizadas en últimos 2 meses

Gráfica 63: Cantidad de Visitas realizadas en últimos 2 meses

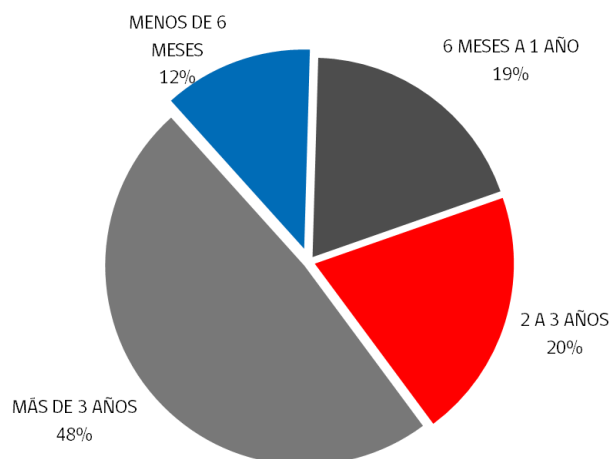
% Menciones	TOTAL	TIPO DE ESTABLECIMIENTO						ZONA			TIPO ZONA	
		CECOF (n=26)	CESFAM (n=52)	CSU (n=12)	EMENC (n=15)	PSR (n=14)	CSR (n=5)	Norte (n=34)	Sur (n=61)	RM (n=29)	Urbano (n=105)	Rural (n=19)
En los últimos 2 meses ¿Cuántas visitas domiciliarias integrales en promedio, han realizado en este centro de salud?	33	18	47	42	19	22	21	28	28	55	35	22

Los gestores declaran que en los últimos 2 meses, en promedio, se realizan 33 VDI, los centros de salud que realizan más visitas son los Centros de Salud Familiar, en los que menos visitas se realizan es en los Centros Comunitarios.

Antigüedad en el Cargo

¿Y hace cuánto tiempo Ud. está a cargo de la implementación de las Visitas Domiciliarias en este centro de salud?

Gráfica 64: Antigüedad en el Cargo

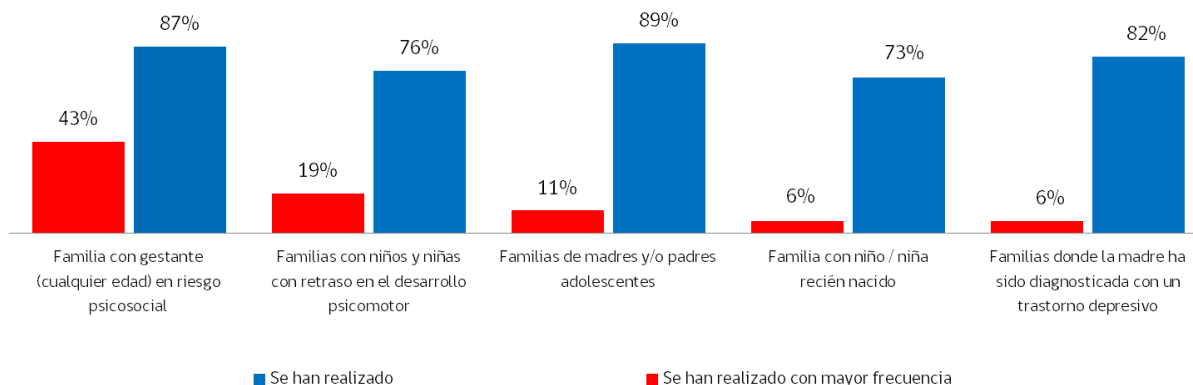


Casi la mitad de los gestores lleva más de 3 años ejerciendo funciones en su cargo, esto es bueno o esto es malo, porque.....

Situaciones más Frecuentes

¿En cuál o cuáles de estas situaciones de familia Ud. han realizado VDI en este centro de salud?
¿Y cuál diría Ud, que es la situación en que realiza el mayor número de VDI en este centro de salud?

Gráfica 65: Situaciones más Frecuentes



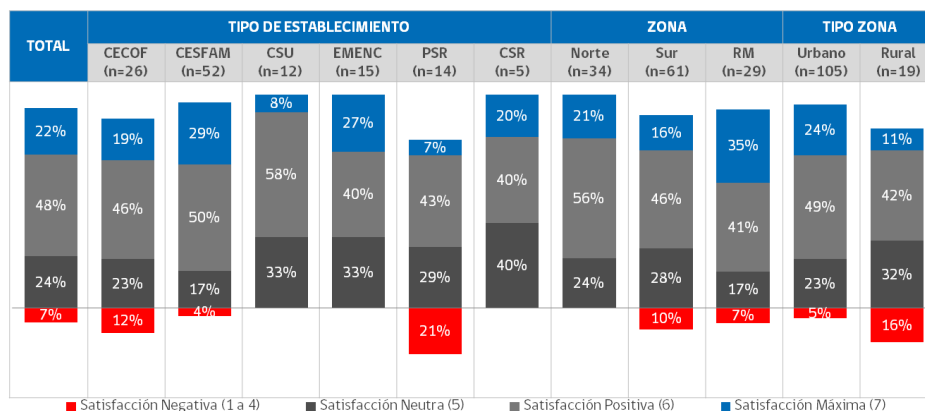
(*) Menciones sobre el 5% en situación más frecuente.

El caso más frecuente de atención es el de familias con gestante en riesgo psicosocial, entre los casos más comunes se encuentra la atención de familias de madres y/o padres adolescentes y familias con gestantes en riesgo psicosocial.

Satisfacción General con ChCC

Con qué nota evalúa su satisfacción en general con la forma en que se ejecuta el Sistema Chile Crece Contigo en este establecimiento de salud?

Gráfica 66: Satisfacción General con ChCC



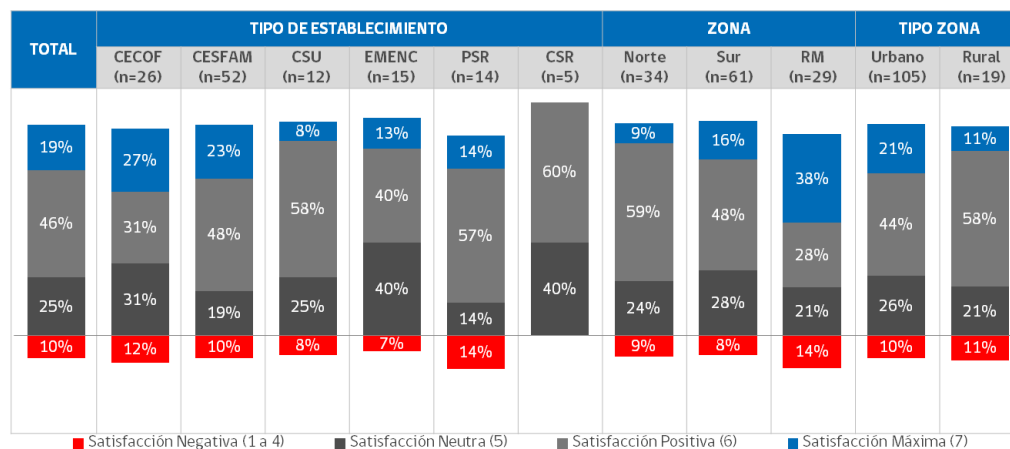
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

El nivel de satisfacción general con el programa es positivo, sin embargo cabe considerar las evaluaciones de la zona rural en donde la insatisfacción alcanza un 16% de las menciones.

Satisfacción General con VDI

¿Con qué nota evalúa su satisfacción en general con la forma en que se ejecutan las Visitas Domiciliarias Integrales del CHCC en este establecimiento de salud?

Gráfica 67: Satisfacción General con VDI



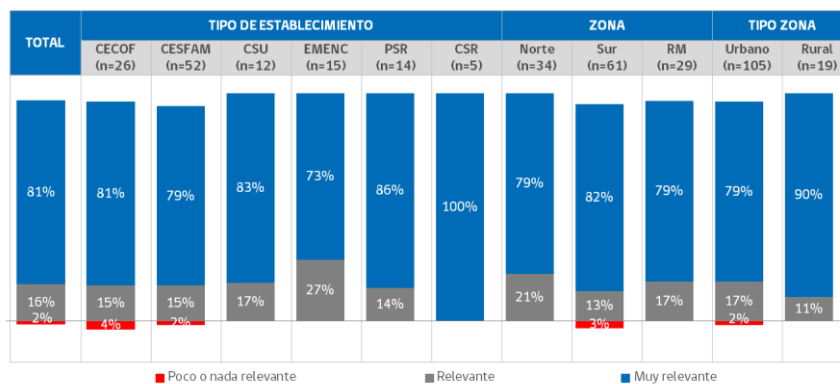
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En términos de ejecución, las VDI también cuentan con evaluaciones favorables alcanzando un 19% de máxima evaluación para el total de la muestra, en la región metropolitana se encuentra la zona más crítica con un 14% de evaluaciones entre 1 a 4.

Percepción de relevancia de las VDI

¿Qué tan relevante considera que son las VDI dentro del plan de intervención diseñado por el equipo de cabecera?

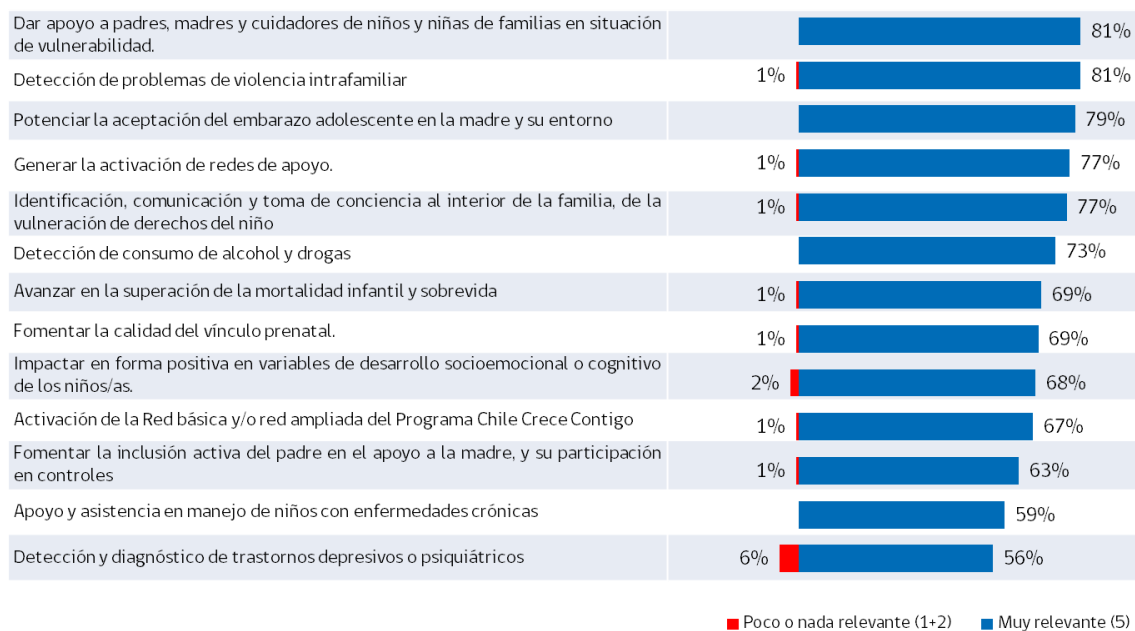
Gráfica 68: Percepción de relevancia de las VDI



Se le asigna una alta relevancia a las VDI dentro del plan de intervención diseñado por el equipo de cabecera.

¿Cuán relevante considera la Visita Domiciliaria Integral para...?

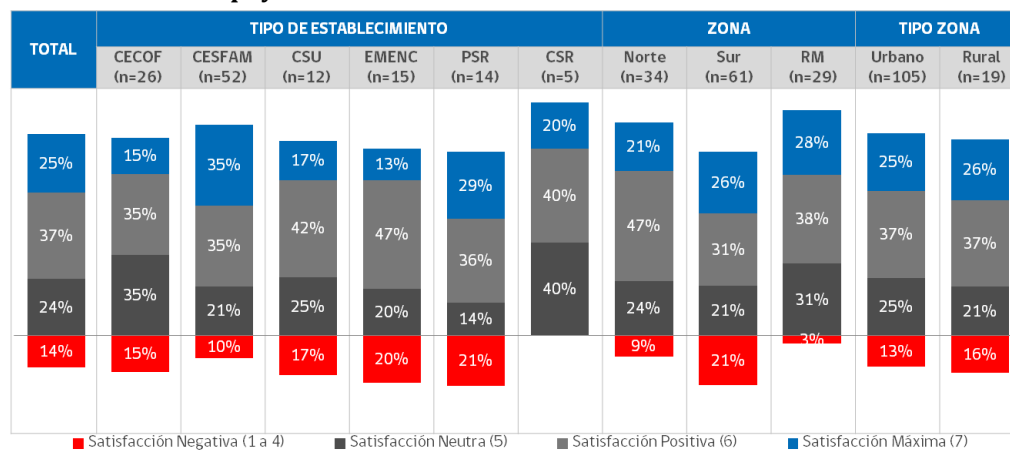
Gráfica 69: Percepción de relevancia de las VDI – Para situaciones



Satisfacción con el Apoyo Recibido

¿Con qué nota evalúa su satisfacción en general respecto al apoyo que recibe para realizar su labor de gestión en las Visitas Domiciliarias Integrales?

Gráfica 70: Satisfacción con el Apoyo Recibido

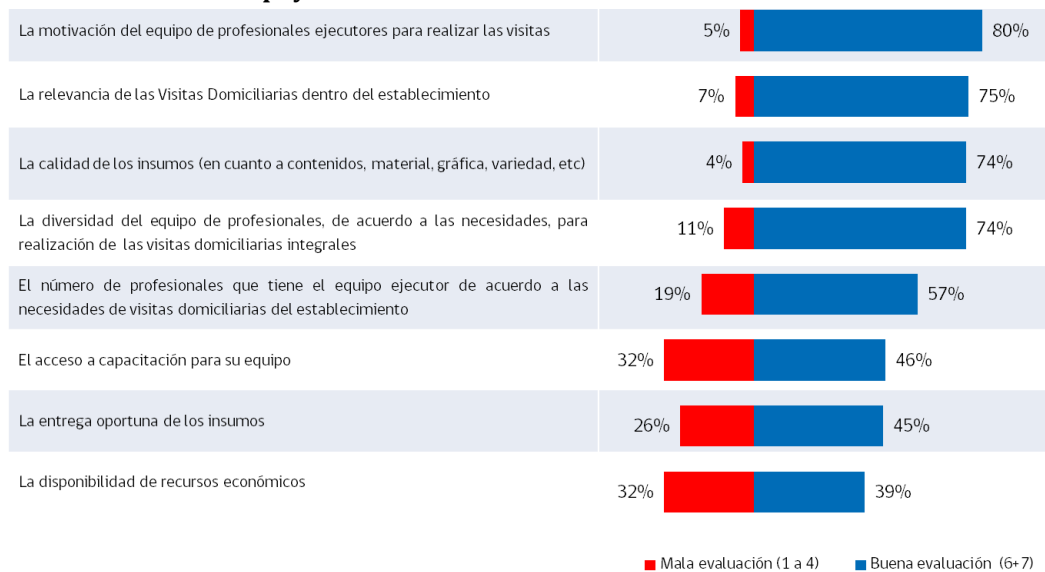


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Existen niveles de satisfacción positivos frente al apoyo entregado por los centros de salud al quehacer de los gestores, sin embargo los niveles de insatisfacción deben ser considerados, por ejemplo en la zona sur este indicador alcanza un 21% de los casos con insatisfacción.

¿Con qué nota evalúa...?

Gráfica 71: Satisfacción con el Apoyo Recibido – Evaluación citas.

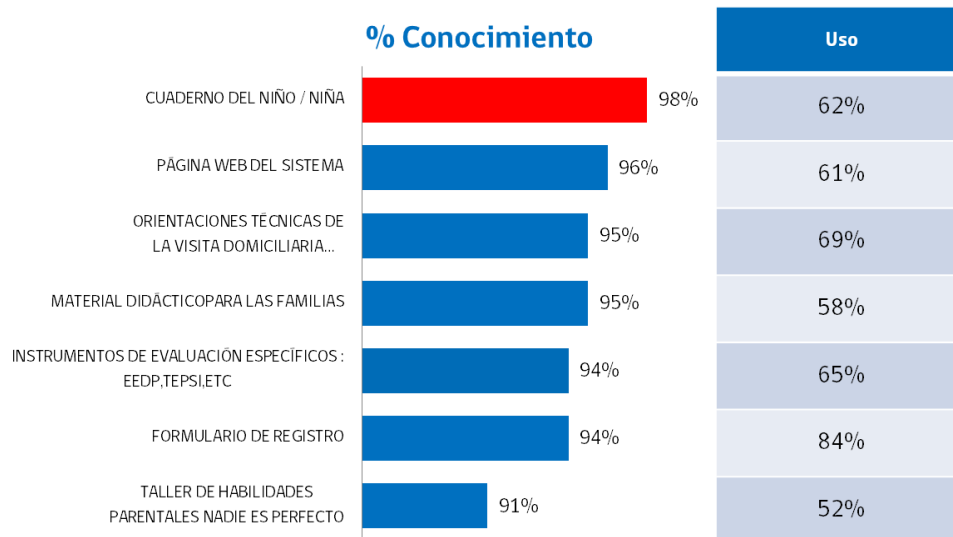


Conocimiento, Disponibilidad y Uso de Material

Conocimiento y Uso de Insumos

Para la realización de las VDI Ud. cuenta con una serie de insumos que le entrega el ChCC, por favor dígame ¿cuáles de ellos conoce?

Gráfica 72: Conocimiento y Uso de Insumos



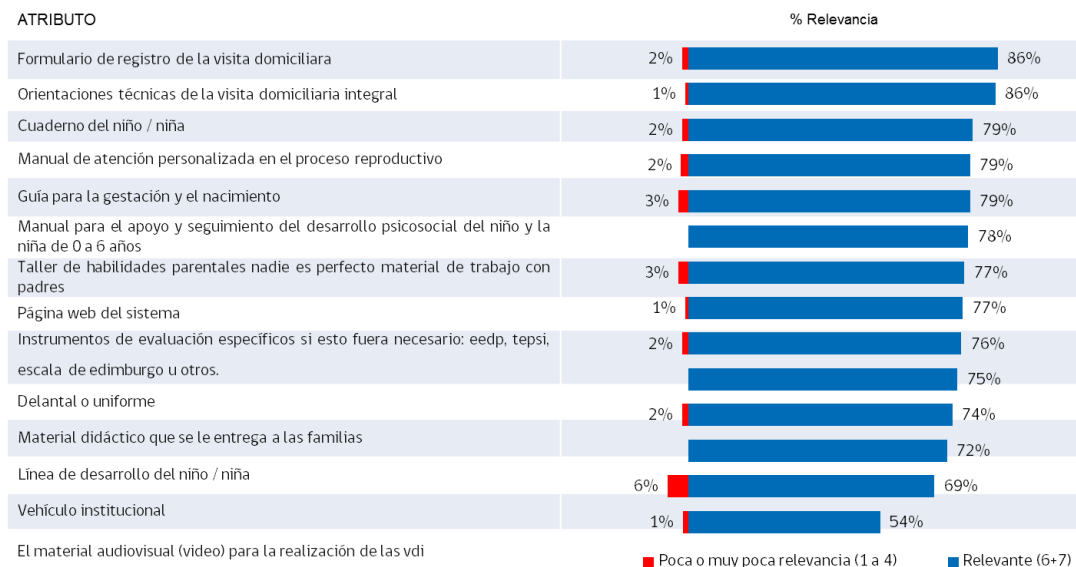
(*) Menciones sobre el 90% de declaración de conocimiento.

El cuaderno del niño/niña es el insumo con mayor nivel de conocimiento entre los gestores, mientras que el insumo más utilizado por estos es el formulario de registro de visitas.

Relevancia de Insumos para VDI

Y en una escala de 1 a 7, dónde 1 es nada relevante y 7 muy relevante, ¿Cuán relevante es para las visitas domiciliarias que realizan en este establecimiento?

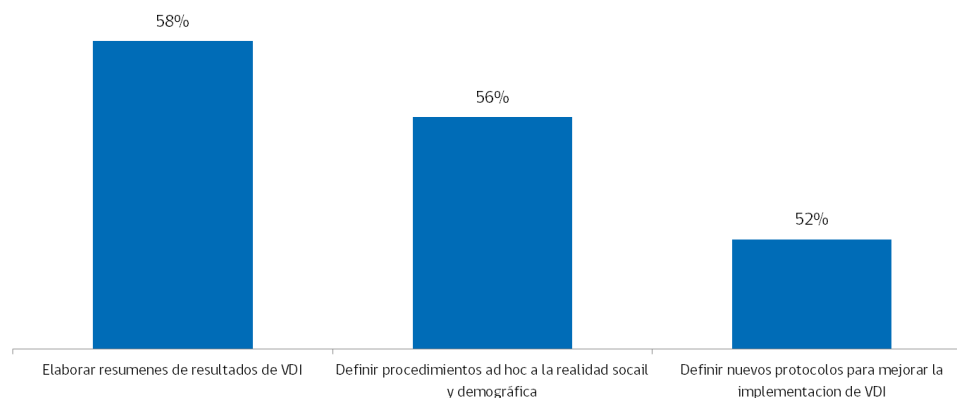
Gráfica 73: Relevancia de Insumos para VDI



Acciones Implementadas Para Mejorar VDI

En esta tarjeta aparecen algunas acciones que Ud. podría o no realizar, por favor dígame si Ud y su equipo de ejecutores, en el último año (% sí)

Gráfica 74: Acciones Implementadas Para Mejorar VDI

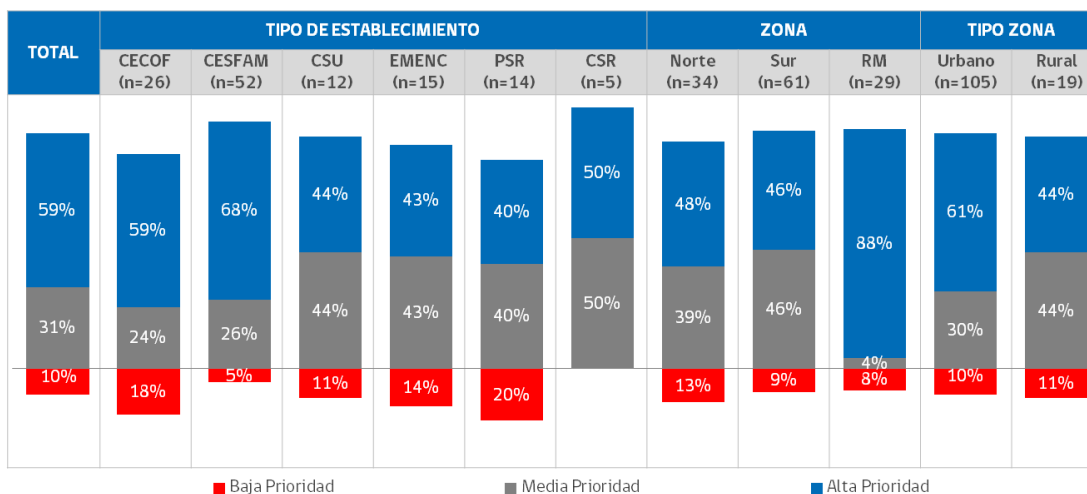


La acción más común implementada por los gestores frente a las visitas es la elaboración de resúmenes de resultados de VDI.

Prioridad de las VDI en el uso de vehículo

¿Y ud diría que la realización de las visitas domiciliarias integrales tienen alta, media o baja prioridad en la definición del uso del vehículo, en relación a las otras áreas que lo utilizan?

Gráfica 75: Prioridad de las VDI en el uso de vehículo

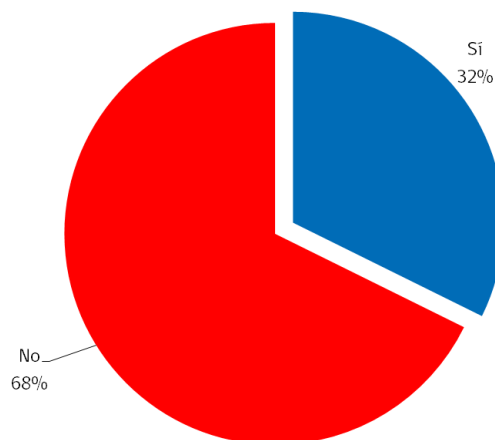


En términos generales, de parte de los gestores se le da una alta prioridad frente al uso del vehículo institucional versus las otras áreas que hacen uso de este.

Asignación de presupuesto para movilización y no existencia de vehículo como obstáculo para VDI

¿Y Ud. asigna un presupuesto de movilización para que los profesionales y técnicos puedan realizar la visita domiciliaria?

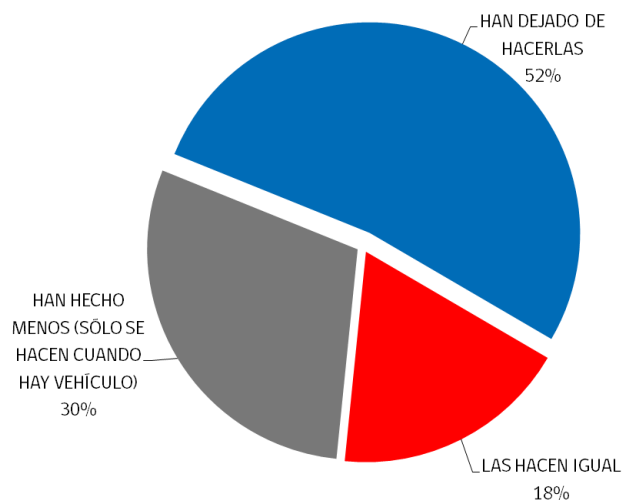
Gráfica 76: Asignación de presupuesto para movilización



Solo un 32% de los gestores asigna un presupuesto de movilización para los profesionales ejecutores del programa.

¿Y ha dejado de realizar visitas domiciliarias por no tener vehículo, las han hecho igual o menos?

Gráfica 77: No existencia de vehículo como obstáculo para VDI

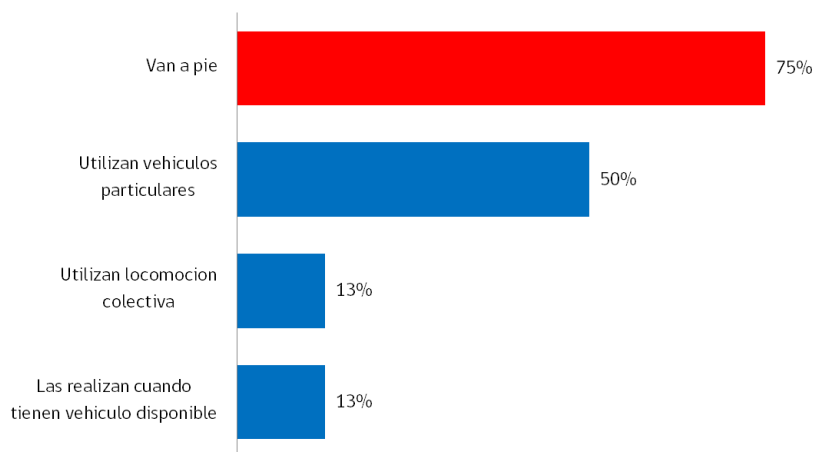


Se constata que la falta de un vehículo, en un 52% de las oportunidades, ha conllevado a no realizar una VDI.

Medios alternativos de movilización

Y si no tienen vehículo, ¿cómo hacen para movilizar a los profesionales y técnicos que realizan las visitas domiciliarias?

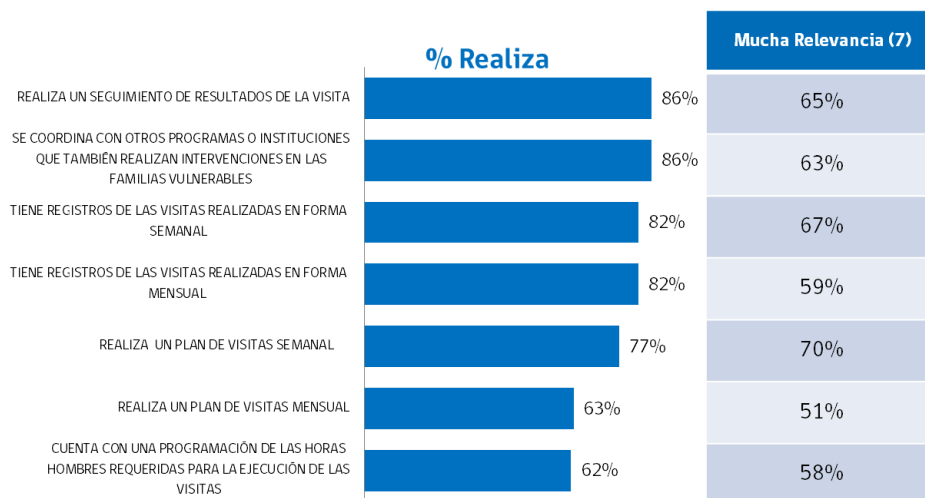
Gráfica 78: Medios alternativos de movilización.



Implementación de la Visita

En esta tarjeta aparecen distintas acciones que Ud. puede realizar o no, para la implementación de las Visitas domiciliarias que realiza...

Gráfica 79: Implementación de la Visita



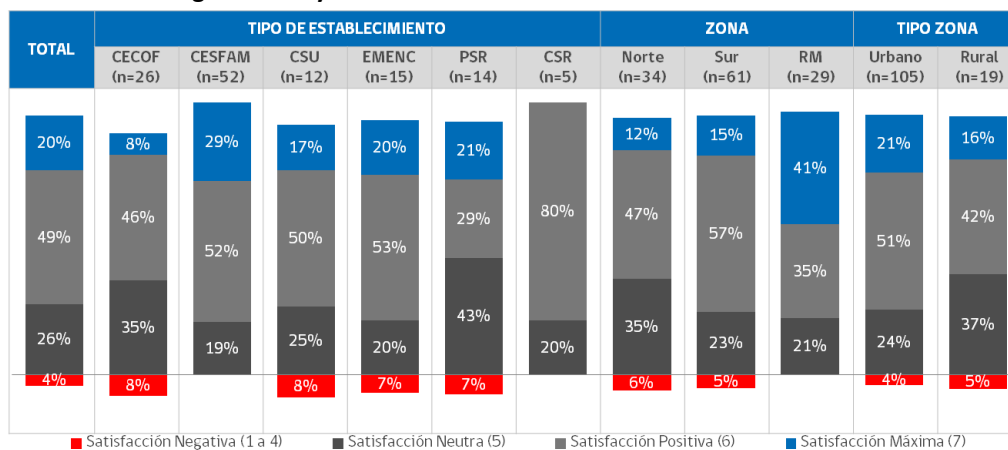
(*) Menciones sobre el 60% de declaración de realización

La mayoría de los gestores realiza seguimiento de resultados de las visitas, acción que declaran resultar de gran relevancia. Así mismo, frecuentemente hay coordinación con otros programas o instituciones que realizan intervención en familias en condición de vulnerabilidad.

Satisfacción con Organización y Planificación de VDI

¿Con qué nota evalúa la manera en que se organizan y planifican las visitas en este Centro de salud?

Gráfica 80: Satisfacción con Organización y Planificación de VDI

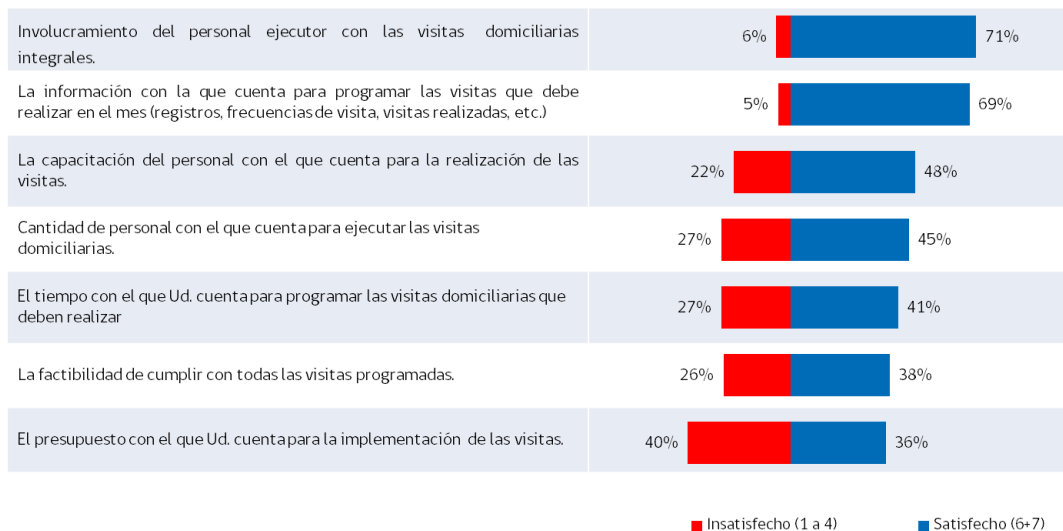


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

El nivel de satisfacción general con la organización y planificación en el centro de salud es positivo, solo en la zona rural la satisfacción tiene una leve entre los que evalúan con nota 7.

¿Cuán satisfecho/a está Ud. con...?

Gráfica 81: Satisfacción con Organización y Planificación de VDI

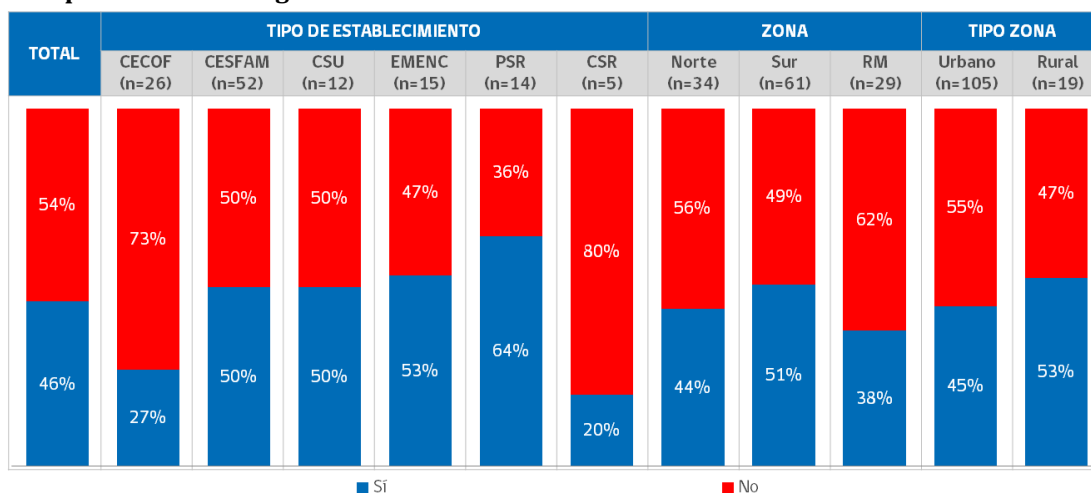


Preparación y Capacitación

Capacitación de los gestores

¿Ud. fue capacitado para ser Gestor de las visitas domiciliarias integrales?

Gráfica 82: Capacitación de los gestores

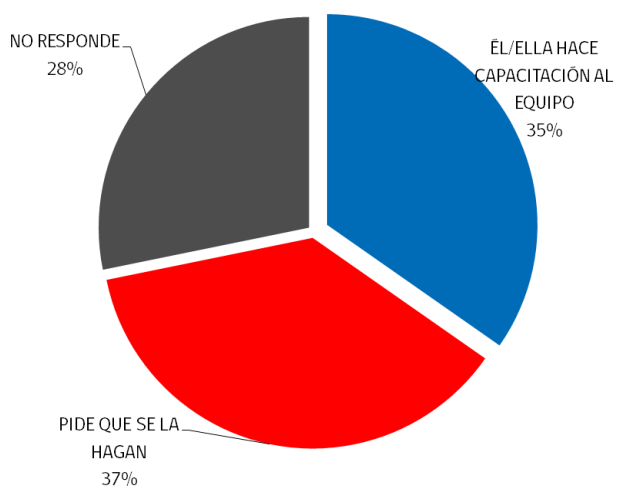


Solo el 46% de los gestores ha recibido capacitación específica para el ejercicio de su labor en el programa.

Participación como capacitador y Percepción de relevancia de la Capacitación

¿Ud. realiza personalmente capacitación para la realización de las visitas domiciliarias a su equipo o pide que se la realicen?

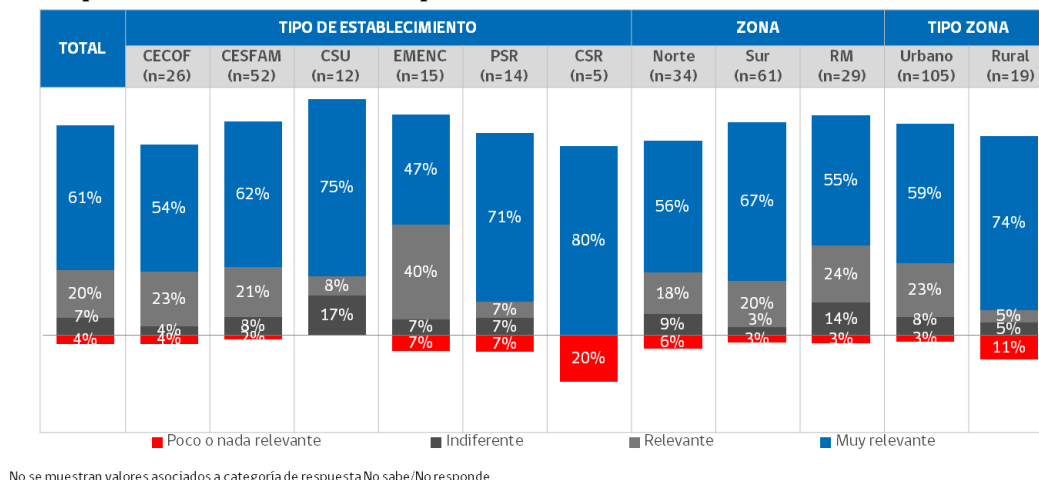
Gráfica 83: Participación como capacitador



Solo una parte de los gestores realiza personalmente las capacitaciones a su equipo.

¿Cuán relevante considera la capacitación para la implementación de las visitas domiciliarias en este establecimiento?

Gráfica 84: Percepción de relevancia de la Capacitación

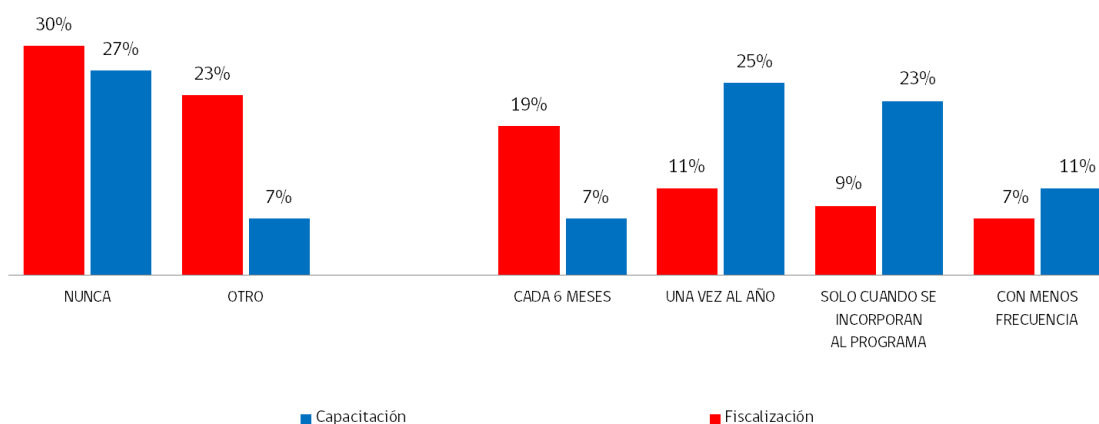


Los gestores que han recibido capacitación consideran de suma relevancia esta experiencia para la implementación de las VDI.

Frecuencia de realización de capacitaciones

¿Con qué frecuencia realiza capacitación a los profesionales y técnicos que ejecutan las visitas?, y ¿Con qué frecuencia realiza supervisión a los profesionales y técnicos que ejecutan las visitas?

Gráfica 85: Frecuencia de realización de capacitaciones



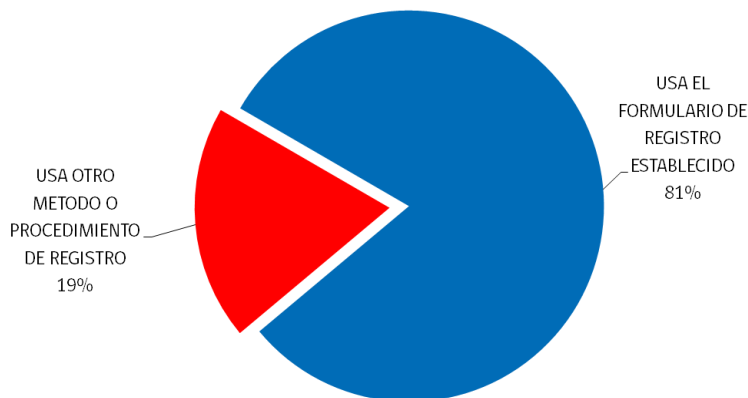
Casi un tercio de los gestores nunca ha realizado una capacitación a su equipo de profesionales y técnicos. Además, un 30% de los gestores nunca ha hecho fiscalización de la ejecución de visitas.

Seguimiento de Resultados

Uso del formulario para el seguimiento de resultados

¿Ud. ha realizado seguimiento a través del formulario de registro de la VDI para el desarrollo biopsicosocial de la infancia o utiliza otro método de registro?

Gráfica 86: Satisfacción con Banda Ancha Móvil – Si ha tenido problemas.

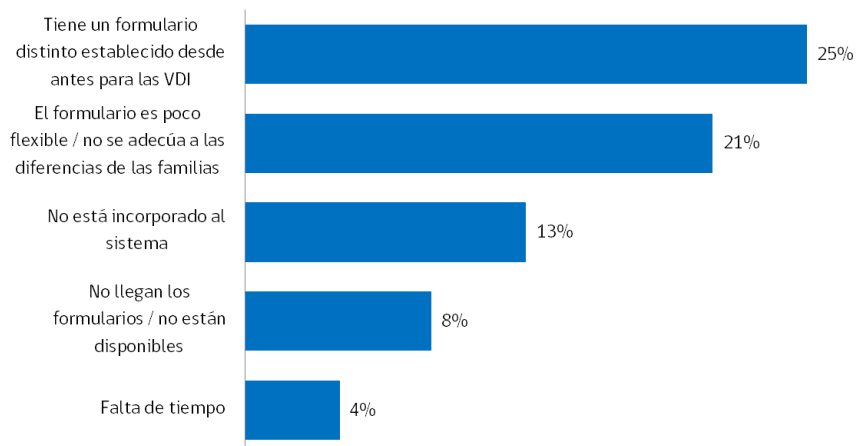


La mayoría de los gestores utiliza el formulario de registro para llevar el seguimiento de los VDI realizados.

Motivos de NO Uso del Formulario de Registro

¿Porqué motivos no utiliza el formulario de registro establecido?

Gráfica 87: Motivos de NO Uso del Formulario de Registro.



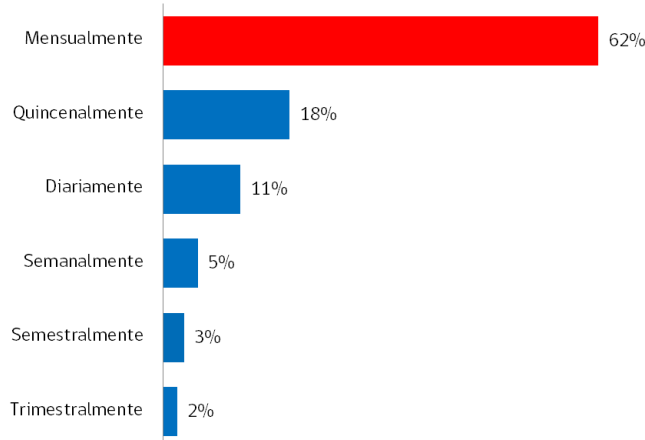
(*) Principales menciones espontáneas

Entre quienes no utilizan el formulario de registro de VDI es porque cuentan con una versión antigua del formulario para llevar a cabo el seguimiento.

Programación de las Visitas

¿Con qué frecuencia realiza la programación de las visitas domiciliarias integrales?

Gráfica 88: Programación de las Visitas

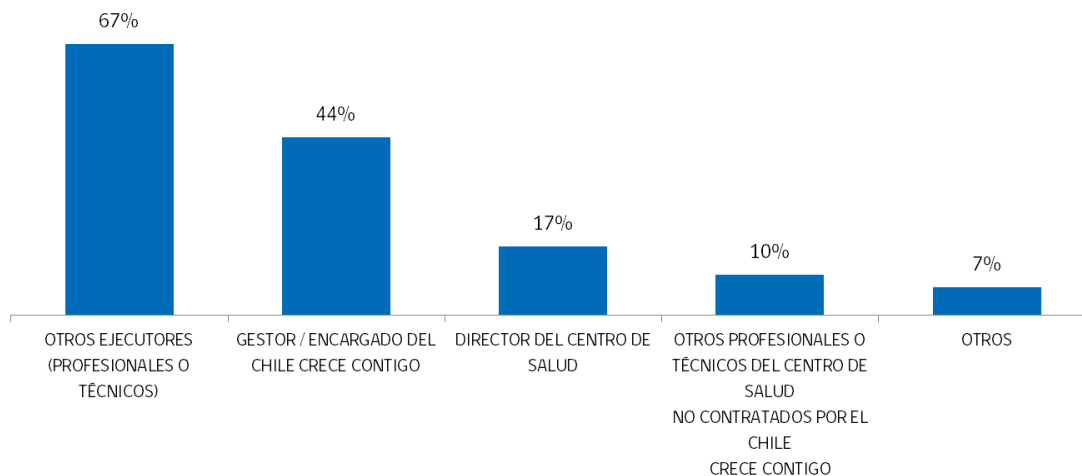


La programación de visitas se realiza mensualmente por parte de los gestores.

Participantes de las Visitas

¿Quiénes participan/intervienen en la programación de las visitas domiciliarias integrales que realiza?

Gráfica 89: Participantes de las Visitas



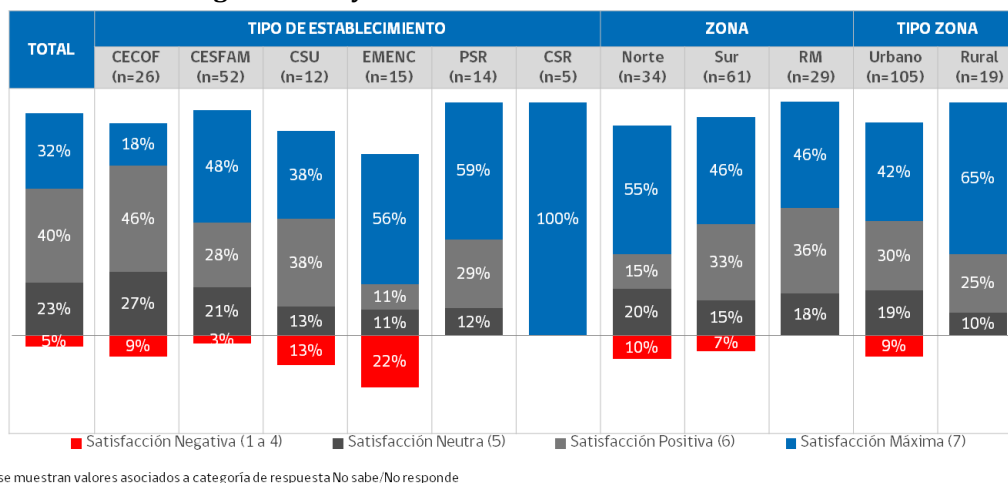
(*) Respuesta múltiple.

En la programación de las VDI intervienen principalmente ejecutores y gestores, en menor medida profesionales de los centros de salud. La participación de los directores de los centros de salud es escasa.

Satisfacción con Organización y Planificación de VDI

¿Con qué nota evalúa, de acuerdo a su experiencia, la manera en que se organizan y planifican las visitas?

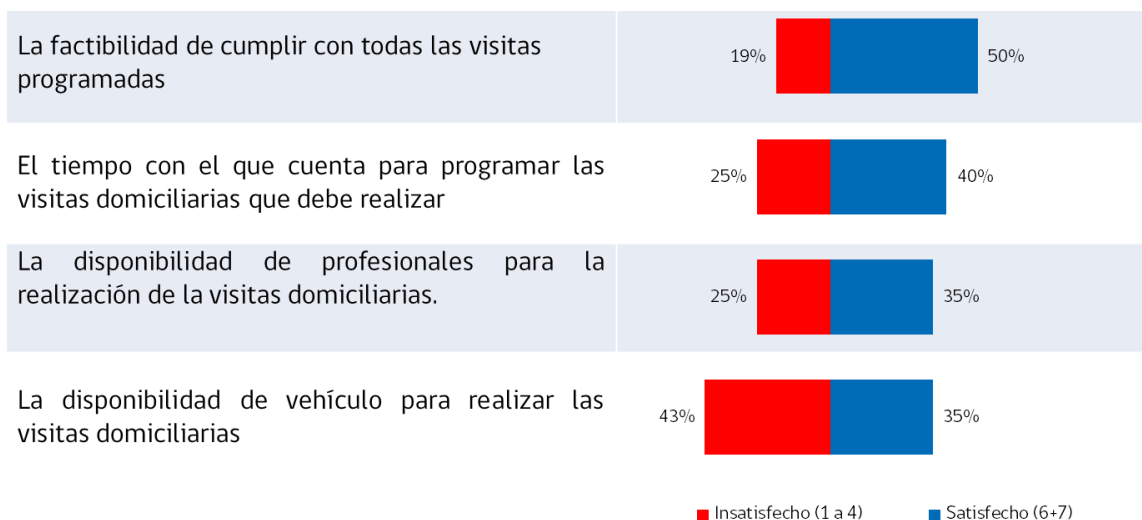
Gráfica 90: Satisfacción con Organización y Planificación de VDI



Existe satisfacción en lo referido a la organización y planificación de las VDI, con un 72% de las evaluaciones 6 o 7, en la zona norte y zonas urbanas es en donde se producen los mayores niveles de insatisfacción.

¿Cuán satisfecho/a está Ud. con...?

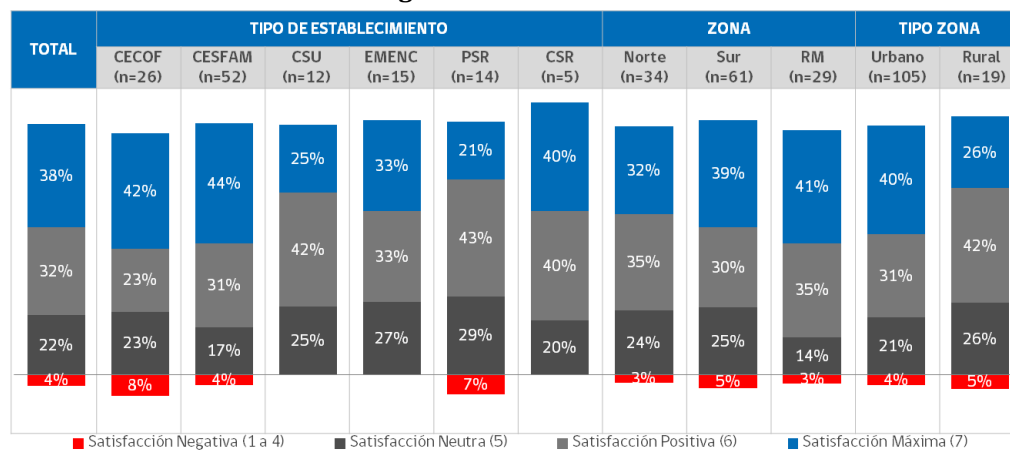
Gráfica 1: Satisfacción con características de Planificación VDI



Satisfacción con Formulario de Registro de VDI

¿Con qué nota evalúa su satisfacción con la forma en que debe registrar la Visita Domiciliaria Integral, específicamente con el Formulario de Registro?

Gráfica 91: Satisfacción con Formulario de Registro de VDI



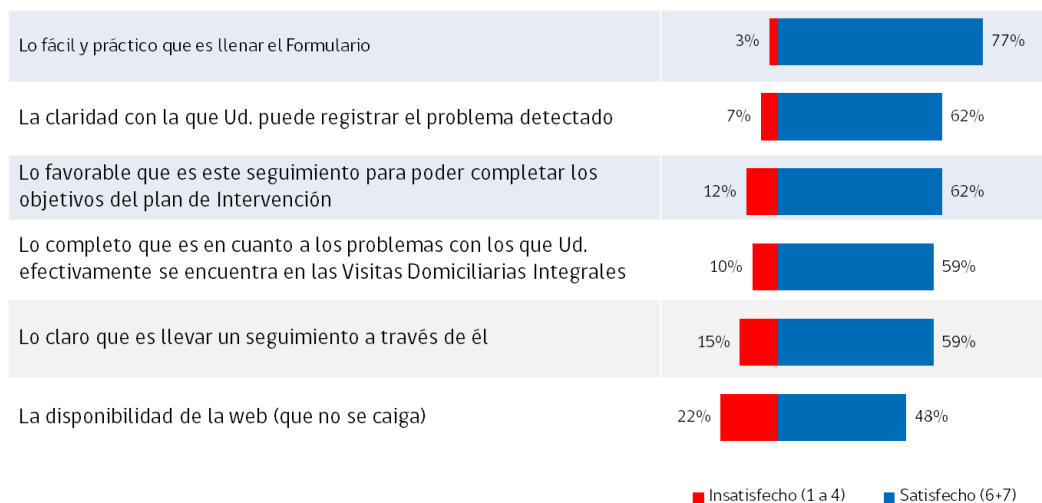
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Existe satisfacción en lo referido al formulario de las VDI, con un 70% de las evaluaciones 6 o 7, un 4% de los gestores esta insatisfecho.

Satisfacción con características del Formulario

¿Cuán satisfecho/a está Ud. con el formulario de registro en cuanto a ...?

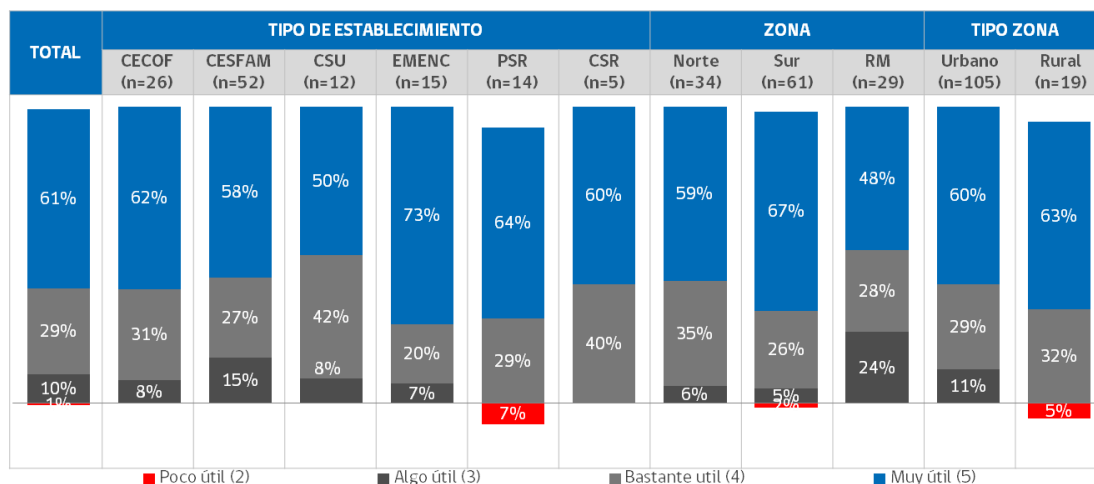
Gráfica 92: Satisfacción con características del Formulario



Percepción de Utilidad de las VDI para beneficiarios

¿Cuán útil siente usted que es para las familias haber recibido el beneficio de la VDI?

Gráfica 93: Percepción de Utilidad de las VDI para beneficiarios.



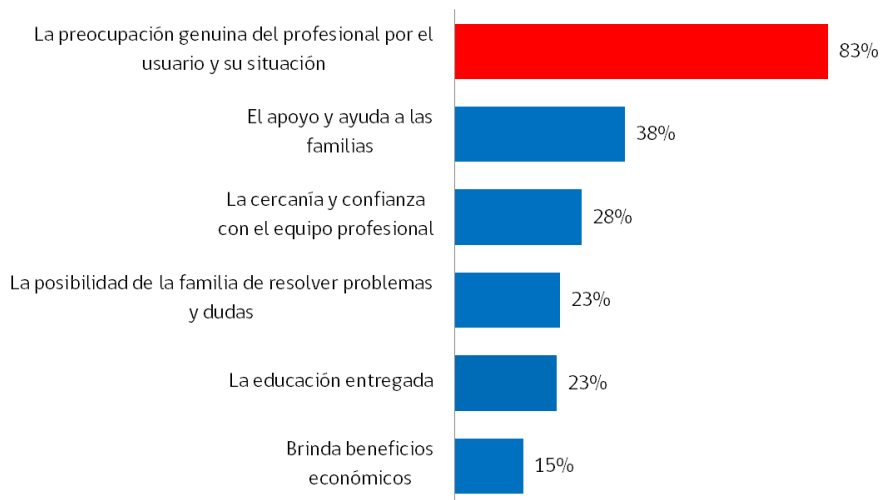
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Entre los ejecutores hay consenso sobre la utilidad que tienen las VDI para los beneficiarios.

Elementos de las VDI más valorados por las familias

¿Qué elementos de la visita, en general, son más valorados por las familias?

Gráfica 94: Elementos de las VDI más valorados por las familias



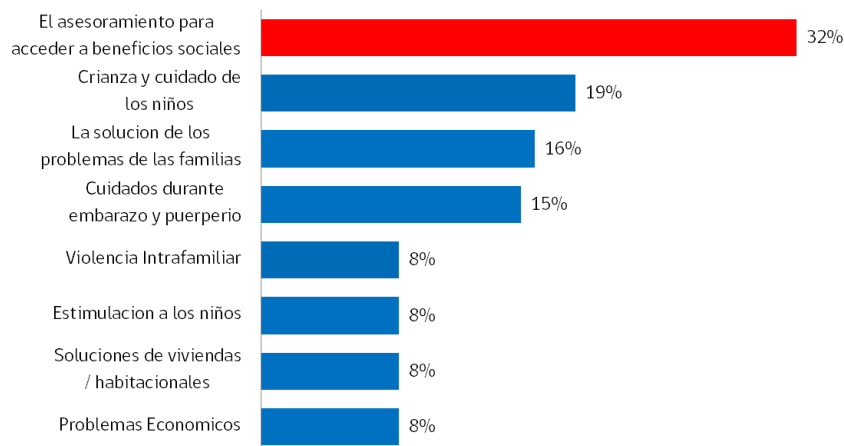
(*) Principales menciones espontáneas

La preocupación genuina por parte de los profesionales respecto a los beneficiarios y su situación es el elemento más valorado por parte de los gestores.

Elementos de las VDI más relevantes por las familias

¿Cuáles considera Ud. que son los temas más relevantes para las familias?

Gráfica 95: Elementos de las VDI más relevantes por las familias



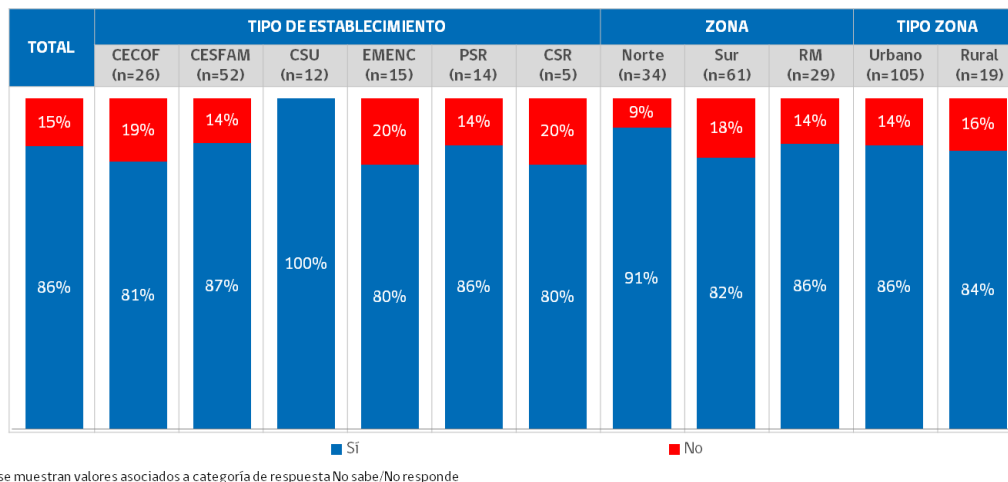
(*) Principales menciones espontáneas

Los temas de mayor relevancia para las familias es el asesoramiento sobre las formas de acceder a beneficios sociales.

Conocimiento de la existencia de metas

¿Ud tiene algún sistema de metas asociado a la ejecución de las Visitas domiciliarias integrales en este establecimiento?

Gráfica 96: Conocimiento de la existencia de metas.

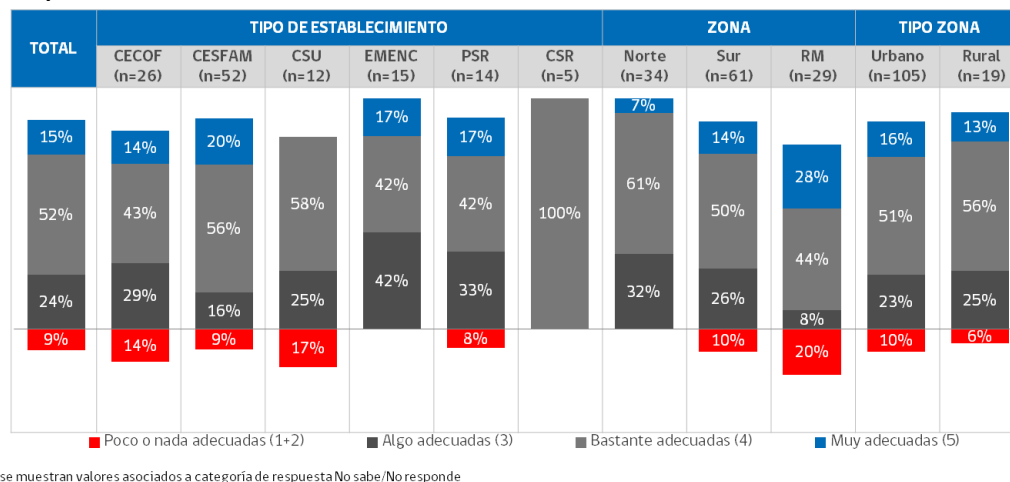


En la mayoría de los establecimiento de salud existen metas asociadas a la ejecución de las VDI.

Percepción de lo adecuado de las metas

¿Cuán adecuadas diría Ud. que son las metas a la realidad y características del público que atiende este establecimiento?

Gráfica 97: Percepción de lo adecuado de las metas

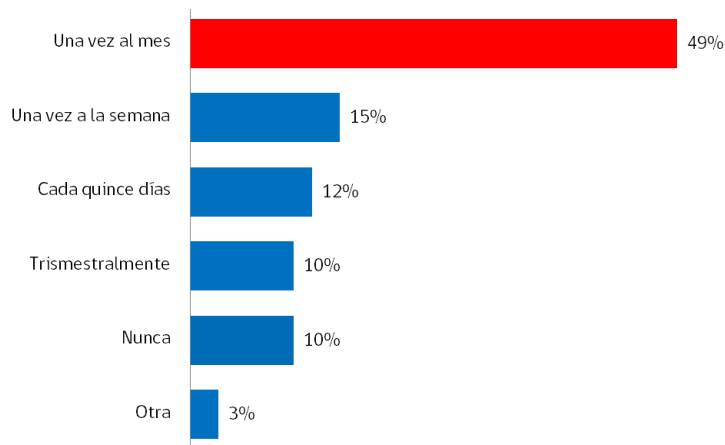


En general las metas asociadas a las ejecución de VDI se consideran adecuadas, un 67% del total considera con adecuadas o muy adecuadas.

Frecuencia de visitas de los casos visitados

¿Con qué frecuencia realiza monitoreo a los casos que visitan los profesionales y técnicos del Chile Crece Contigo?

Gráfica 98: Frecuencia de monitoreo de los casos visitados

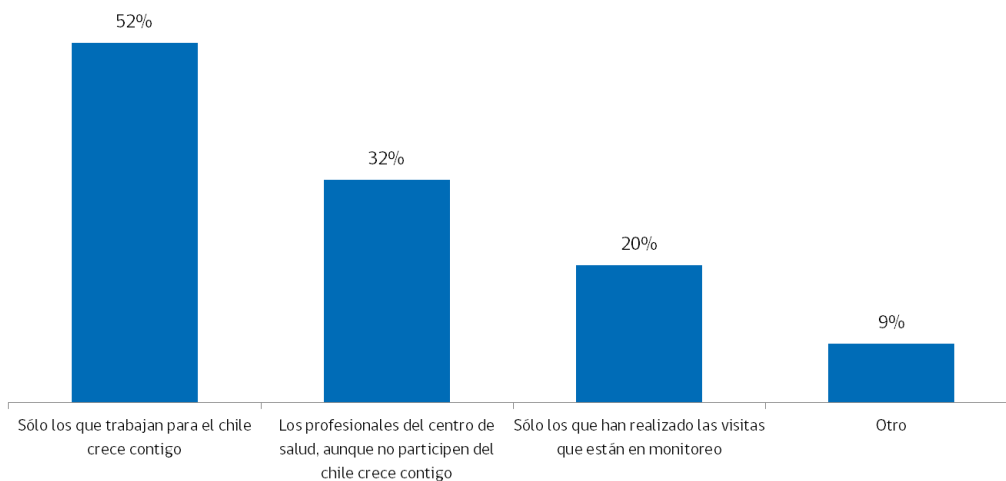


Una vez al mes es el plazo que más se repite entre las frecuencias con las que se realizan las visitas de las VDI.

Participantes de reuniones de monitoreo

¿Quiénes suelen participar de las reuniones de monitoreo?

Gráfica 99: Participantes de reuniones de monitoreo



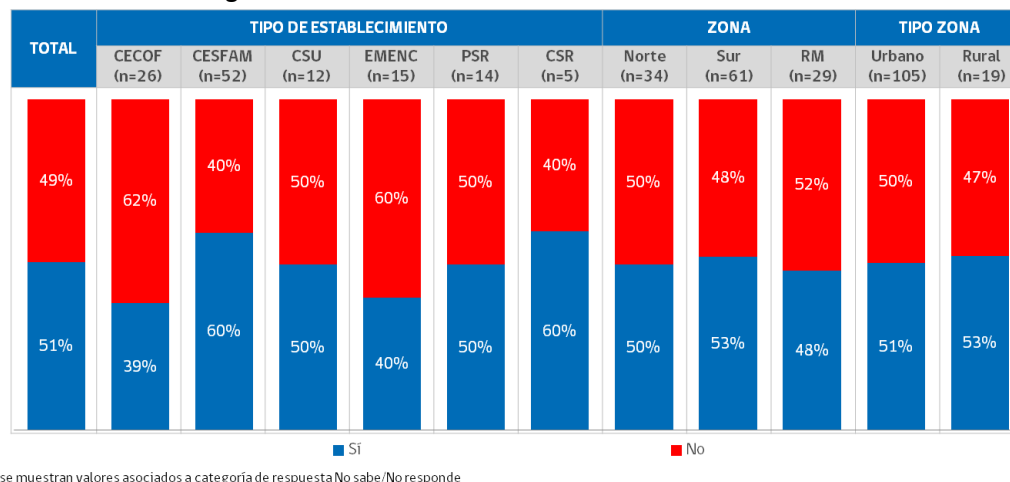
(*) Respuesta Múltiple

En las reuniones de monitoreo, en la mayoría de los casos los participantes son exclusivamente para quienes trabajan en el programa ChCC.

Existencia de estrategia de autocuidado

Ud y su equipo ¿tienen alguna estrategia de autocuidado?

Gráfica 100: Existencia de estrategia de autocuidado

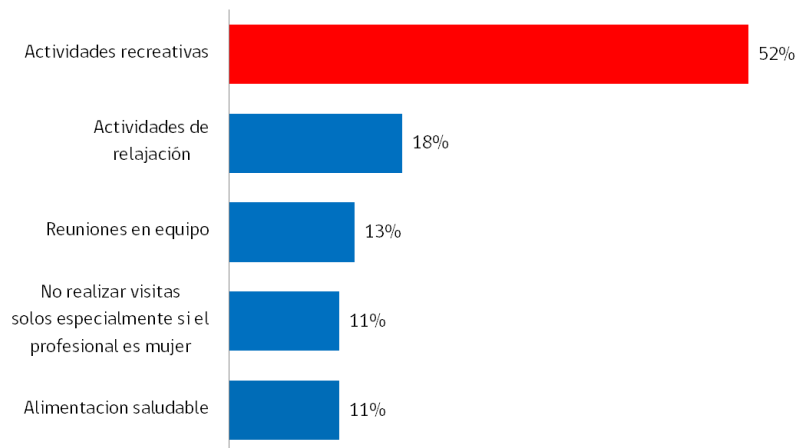


Solo el 51% de los ejecutores realiza practicas de autocuidado con su equipo de trabajo.

Actividades de autocuidado realizadas

¿Qué hacen como autocuidado?

Gráfica 101: Actividades de autocuidado realizadas



(*) Principales menciones espontáneas.

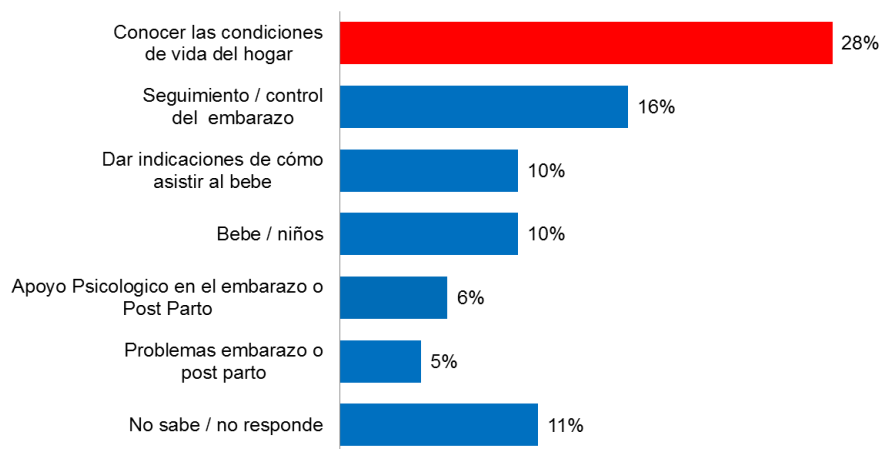
Las prácticas de autocuidado más comunes son las actividades recreativas y clases de yoga o relajación.

Resultados en Segmento Beneficiarias

Introducción

“¿Ud. sabe por qué razón la fueron a visitar del CHCC? (Menciones sobre el 5%)”

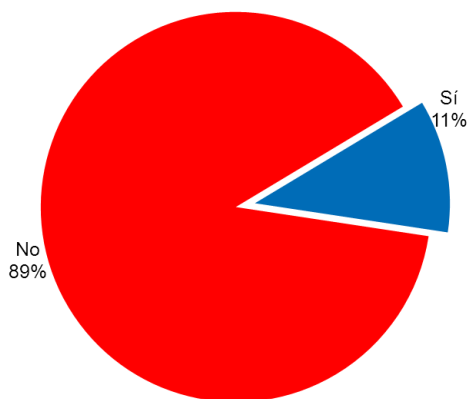
Gráfica 102: Visita ChCC COMENTARIO: Variable bebe/niños no se entiende



Para las beneficiarias, el principal motivo de la visita de los profesionales del ChCC consistía en conocer las condiciones de vida de la familia, realizar seguimiento al niño o gestante también es una de las motivaciones principales de la visita.

¿La han visitado de algún otro programa, como Chile Solidario (Puente), Postrados, etc.?

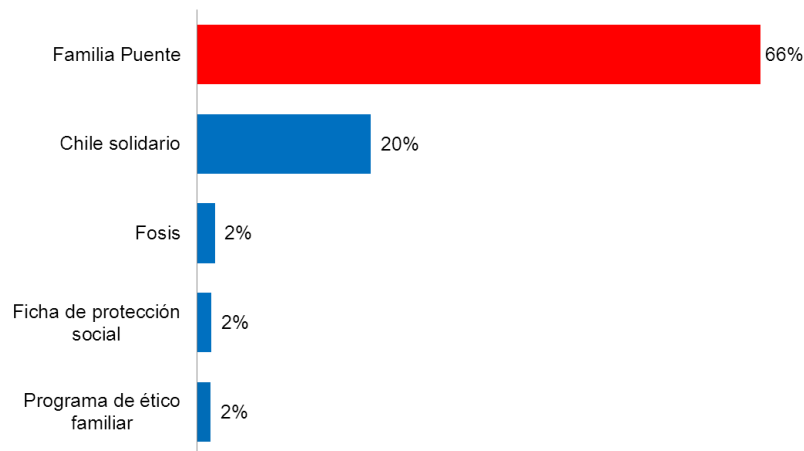
Gráfica 103: Recepción de visitas de otros programas.



En general las beneficiarias del ChCC solo reciben visitas asistenciales por parte de este programa, solo el 11% ha recibido visitas de otro programa.

¿De qué otros programa lo han visitado? (Menciones espontáneas)

Gráfica 104: Programas que la han visitado

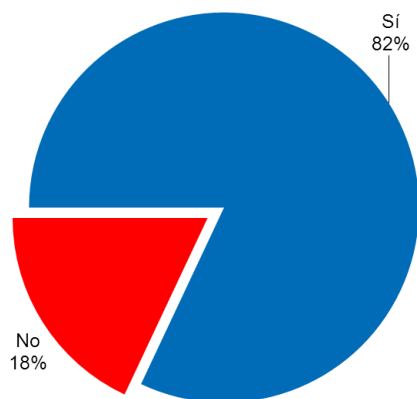


Entre quienes han recibido visitas de otro programa gubernamental, lo más frecuente son visitas del programa puente con un 66% de las menciones.

Planificación

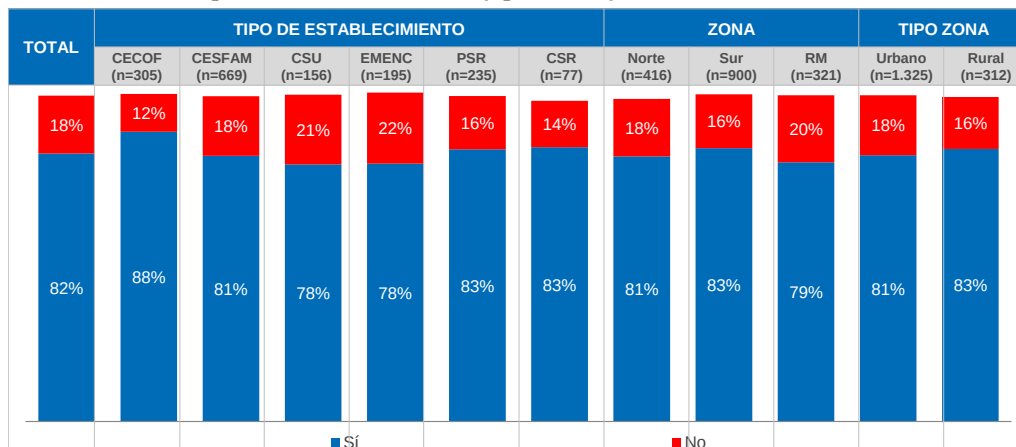
¿Le pidieron permiso o su consentimiento para ir a visitarla?

Gráfica 105: Consentimiento para realizar la visita



En la mayoría de las visitas hay una petición de consentimiento de parte de los beneficiarios para permitir la visita de los profesionales

Gráfica 106: Consentimiento para realizar la visita (aperturas)

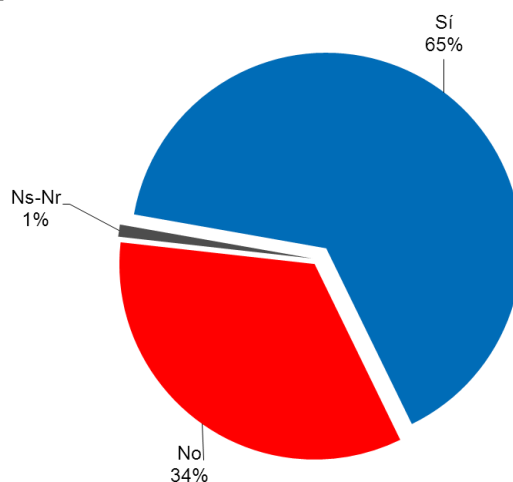


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

El 82% de los entrevistados declara que se le solicitó un consentimiento para la realización de la visita, sin mostrar diferencias significativas por tipo de establecimiento o zona, sólo se observa una tendencia (no estadísticamente significativa) en CSU y EMENC, a observar menores niveles de consentimiento.

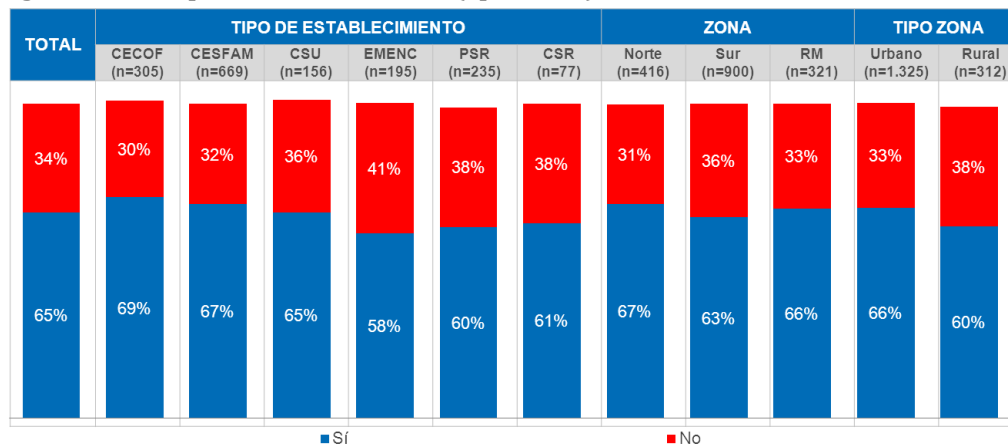
¿Lo contactaron telefónicamente o por otra vía para acordar la fecha y hora en que se realizaría la visita?

Gráfica 107: Agendamiento para realizar la visita



En el 65% de los casos hubo un contacto telefónico o por otra vía para acordar la fecha y hora en que se realizaría la visita.

Gráfica 108: Agendamiento para realizar la visita (aperturas)

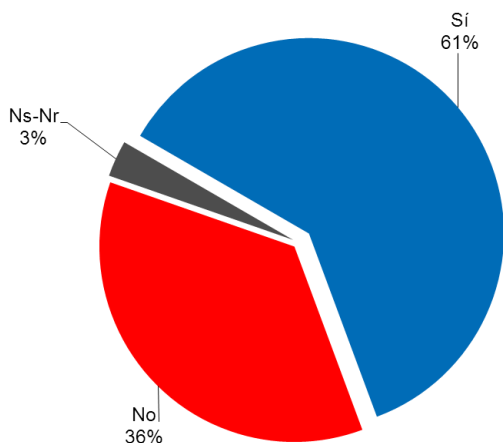


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En la zona rural hay menos coordinación entre los profesionales del ChCC y los beneficiarios para acordar hora y fecha de la visita, también se puede notar que en las visitas realizadas por profesionales de establecimientos EMENC hay un menor número de contactos realizados telefónicamente o por otra vía que en el resto de los establecimientos.

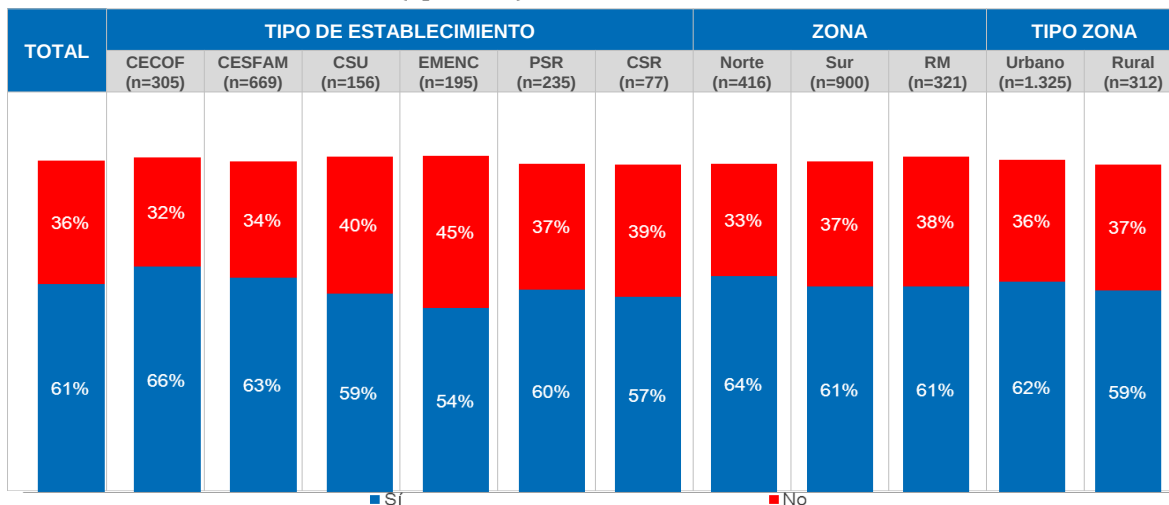
Luego de concertar la visita, ¿realizaron un contacto para confirmar la visita?

Gráfica 109: Confirmación de la visita



En el 61% de los casos, posterior a la realización del contacto, hay una confirmación de la visita por parte de los profesionales

Gráfica 110: Confirmación de la visita (apertura)

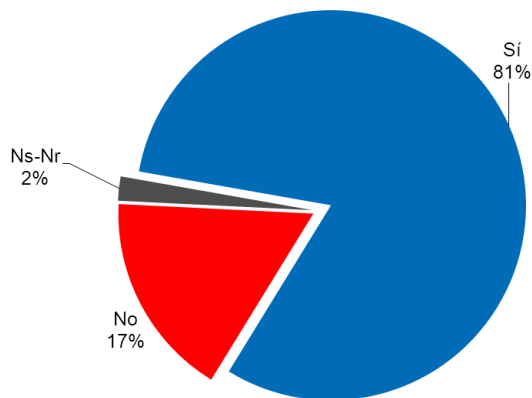


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En los establecimientos de tipo EMENC es en los que se presenta un menor nivel de confirmaciones de visitas. Visto esto podemos destacar que es el tipo de establecimiento que tiene mayores falencias en la planificación de la visita, al menos en los que respecta coordinar con el beneficiario

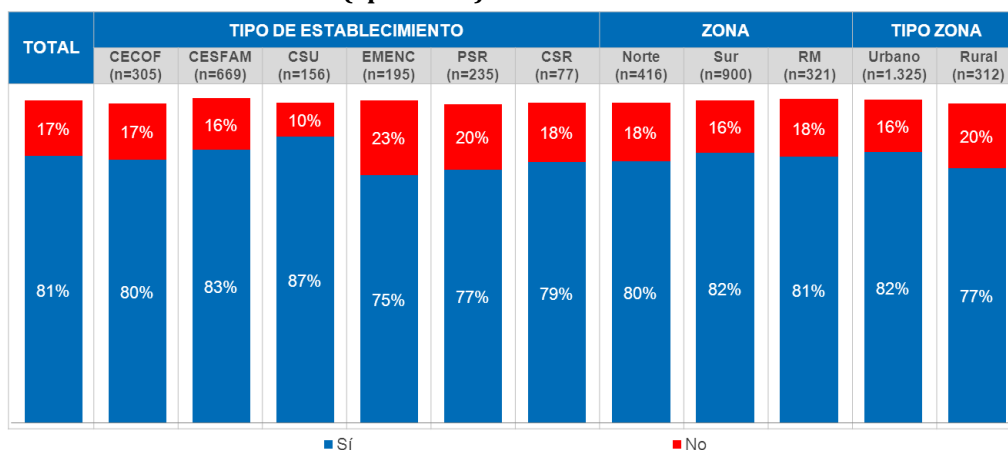
¿Le informaron cuál es el objetivo de la visita domiciliaria?

Gráfica 111: Información sobre la visita



En el 81% de los casos se les informa a los beneficiarios el motivo de la visita

Gráfica 112: Información sobre la visita (aperturas)

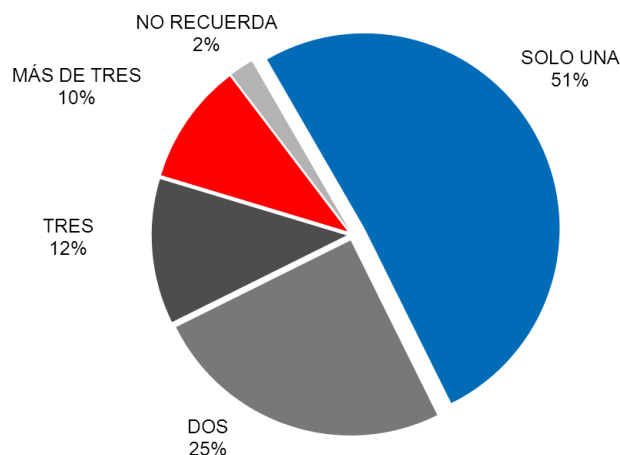


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

La información sobre el objetivo de la visita es deficiente en las zonas rurales, en particular en los EMENC que comparativamente cuenta con falencias en la información entregada respecto a los otros tipos de establecimiento.

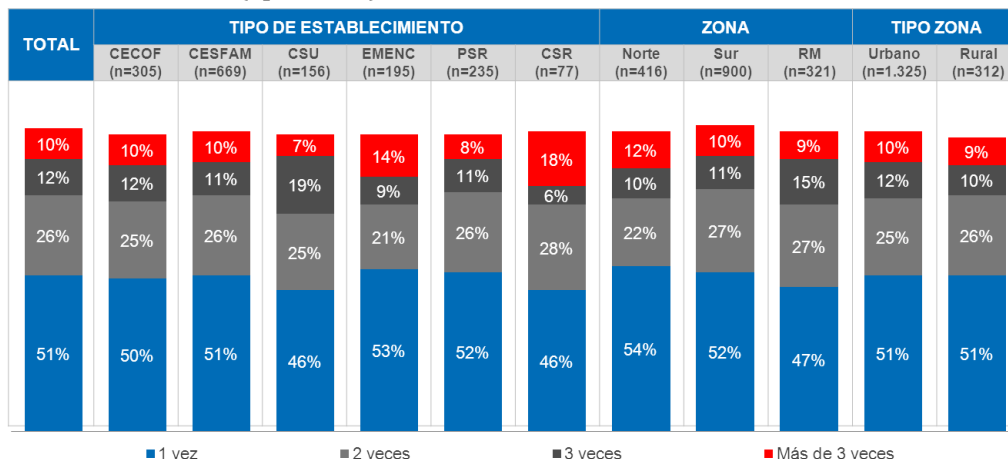
¿Cuántas visitas domiciliarias de profesionales o técnicos de Chile Crece Contigo ha recibido su familia?

Gráfica 113: Número de Visitas



El 51% de la muestra solo ha recibido una visita de los profesionales, siendo la cantidad de visitas más frecuente de la muestra.

Gráfica 114: Número de Visitas (aperturas)

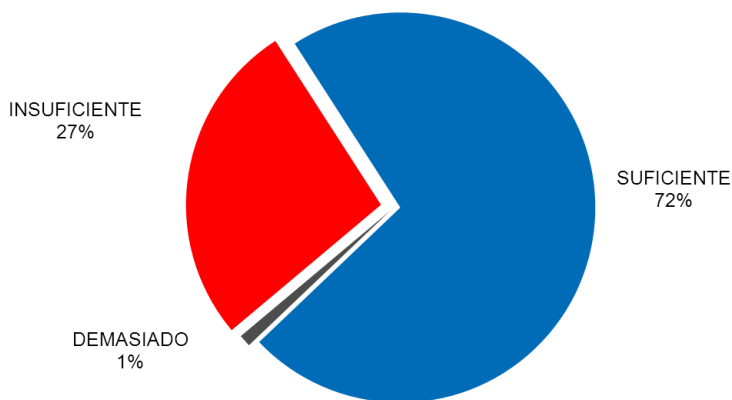


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No recuerda

En la región metropolitana hay un menor número de visitas que en la zona norte y sur. Entre los establecimientos con menos número de visitas destacan los CSU y los CSR

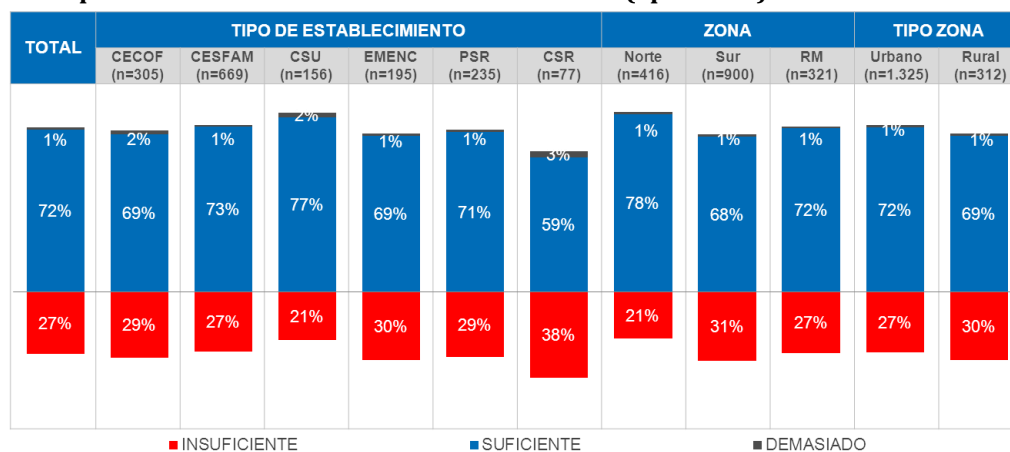
¿Esta frecuencia le parece que es Insuficiente, Suficiente o Demasiado?

Gráfica 115: Percepción de suficiencia de la cantidad de visitas



El 72% de los beneficiarios declara que la frecuencia de las visitas que ha recibido le parece suficiente, solo el 1% cree que ha recibido visitas demasiado frecuentes. Cabe señalar que el número mejor evaluado de visitas es 3, ya que un 92% de los usuarios que han sido visitados entre número de veces, lo evalúa como suficiente.

Gráfica 116: Percepción de suficiencia de la cantidad de visitas (aperturas)

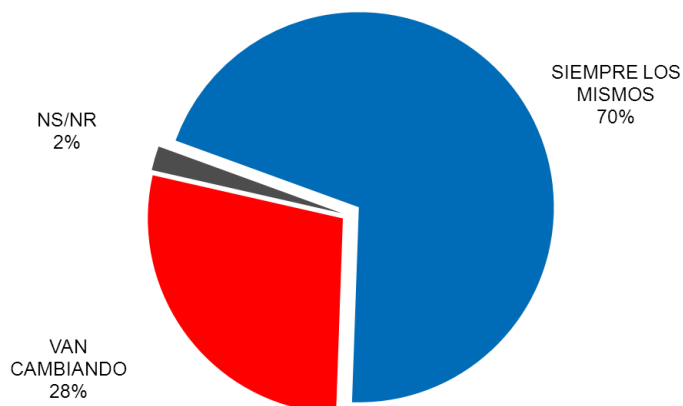


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Las visitas realizadas por profesionales de los CSR, según los beneficiarios de dichos establecimientos, son en un 38% insuficientes, posicionándose como el tipo de establecimiento más crítico en cuanto a frecuencia de visitas, los CSU son los mejor evaluados en este sentido

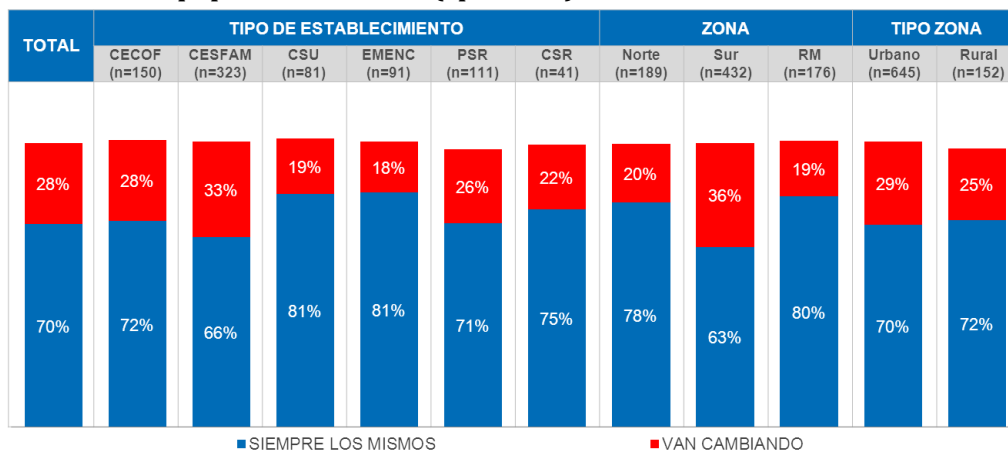
¿Los profesionales que lo visitan son siempre los mismos o van cambiando? (Solo quienes han recibido más de una visita, N=797)

Gráfica 117: Cambios en Equipos Profesionales



Por lo general los profesionales que realizan las visitas son permanentes, el 70% de los beneficiarios declara que siempre los visitan los mismos profesionales, mientras que en un 28% de los casos se declara que los profesionales van cambiando

Gráfica 118: Cambios en Equipos Profesionales (aperturas)

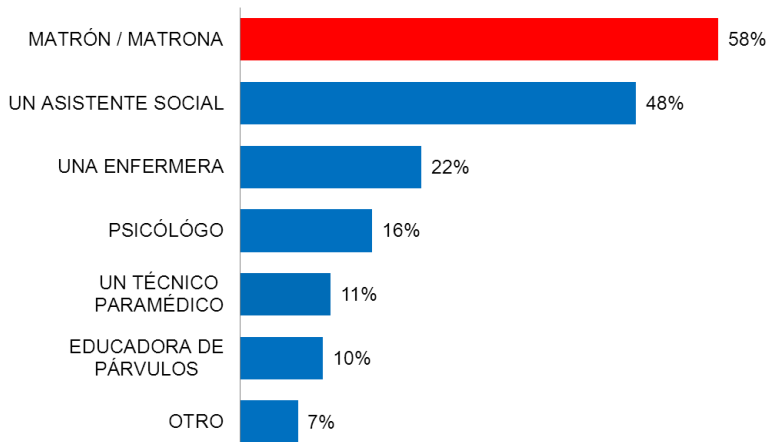


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En la zona sur es en donde se da mayor rotación de profesionales que realizan las visitas, puesto que un 36% de los beneficiarios declara que los profesionales que la visitan van cambiando.

Habitualmente, ¿Qué profesionales han ido a su hogar a realizar la visita? (Respuesta Múltiple, menciones sobre el 5%)

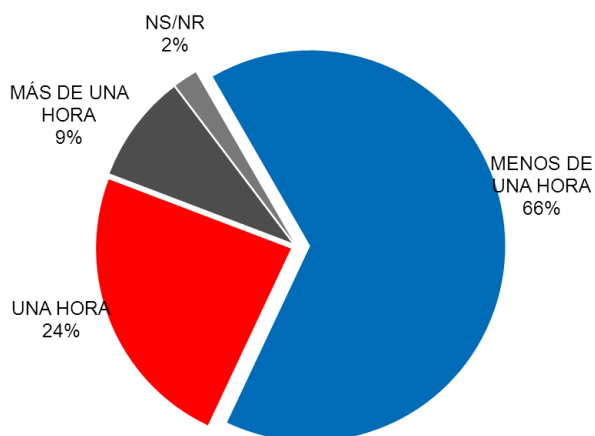
Gráfica 119: Profesional habitual



En la mayoría de los casos los beneficiarios declaran que el profesional que la ha visitado es un medico obstetra, también la visita de asistentes sociales resulta frecuente.

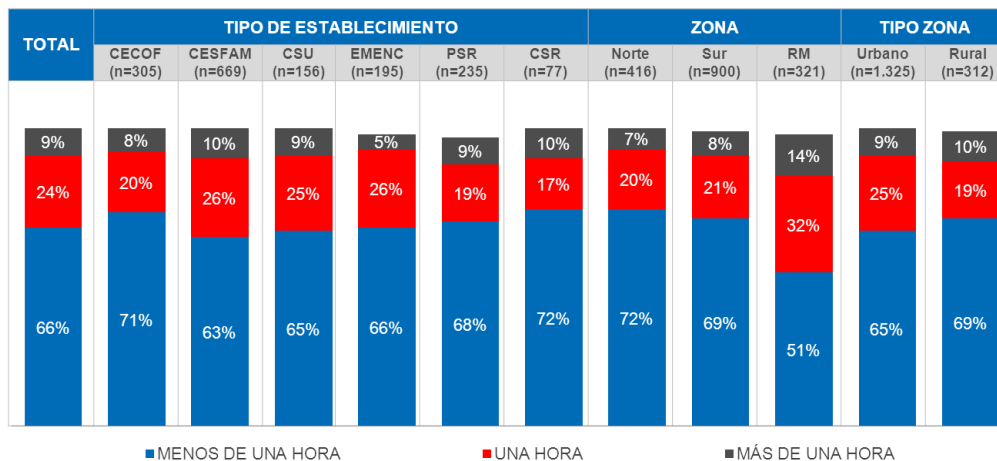
En la última visita ¿recuerda aproximadamente cuánto tiempo permanecieron en su hogar?

Gráfica 120: Duración de las visitas



La mayoría de las visitas tiene una duración menor a una hora, solo el 9% de estas dura más de una hora según lo que declaran los beneficiarios.

Gráfica 121: Duración de las visitas

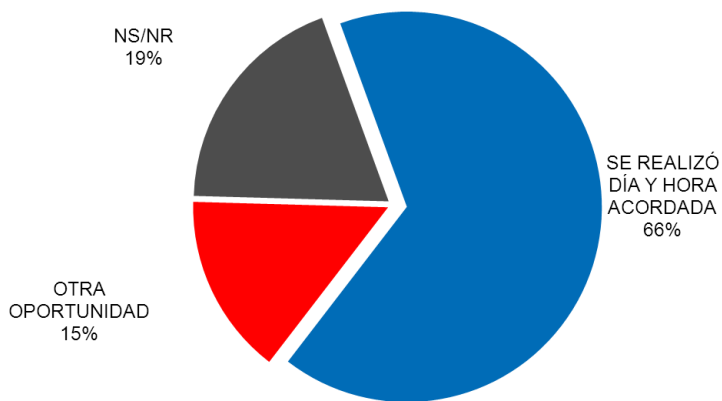


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

En la región metropolitana se da mayor cantidad de casos con visitas más largas, en la zona norte las visitas tienden a ser de una corta duración.

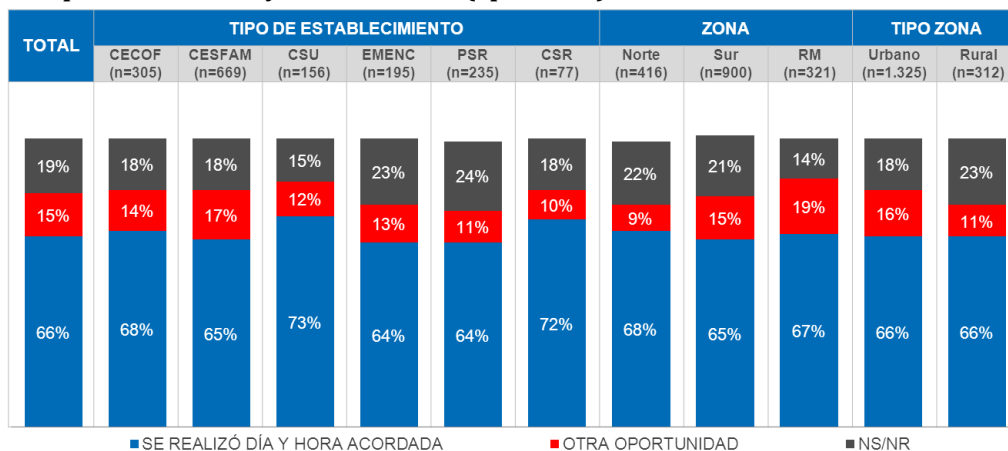
¿Y la última visita se realizó el día y la hora que acordaron o se realizó en otra oportunidad?

Gráfica 122: Cumplimiento Fecha y Hora de Visita



Por lo general hay cumplimiento de hora y fecha acordada para la visita con el beneficiario, solo en un 15% de los casos la visita se efectuó en otra fecha a la acordada.

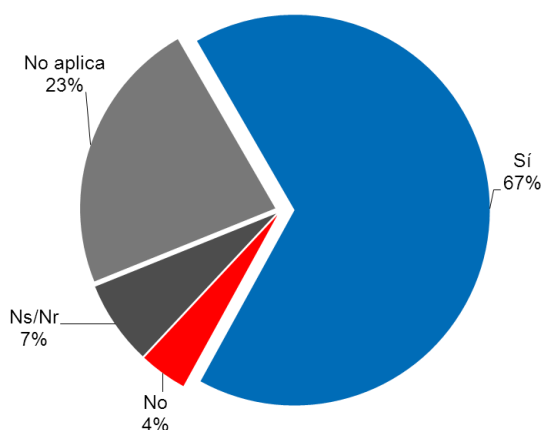
Gráfica 123: Cumplimiento Fecha y Hora de Visita (aperturas)



Los incumplimientos de hora y fecha para la visita se dan con mayor frecuencia en los CSU y en los CSR.

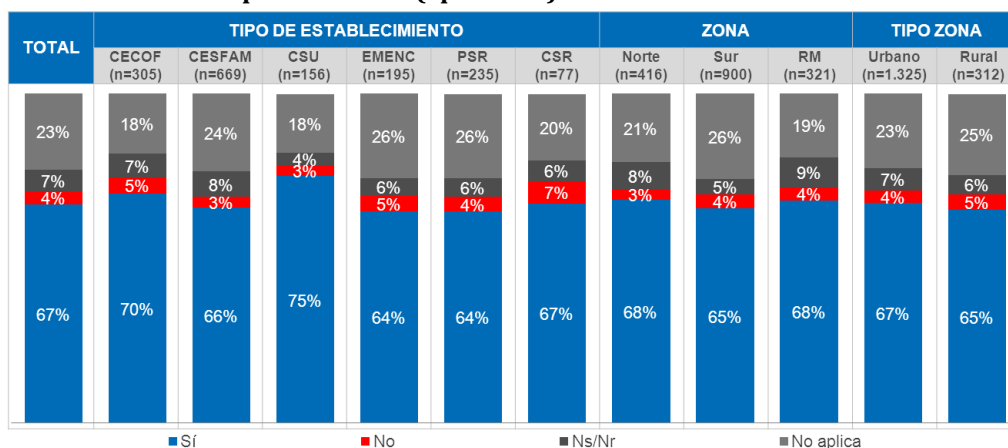
¿Y los profesionales fueron puntuales en llegar a la hora acordada?

Gráfica 124: Puntualidad de los profesionales



En el 67% de las visitas los profesionales del ChCC fueron puntuales, solo en un 4% de los casos los profesionales no llegaron a la hora acordada.

Gráfica 125: Puntualidad de los profesionales (aperturas)

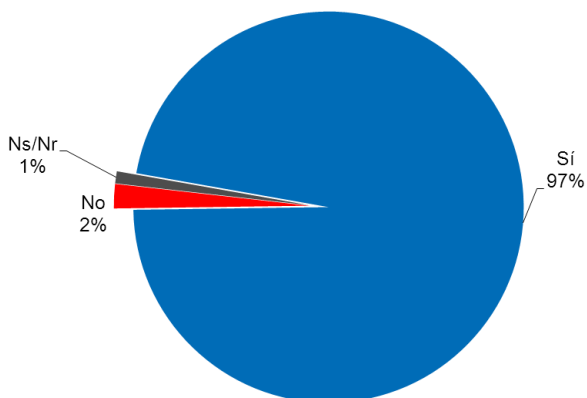


No existen segmentos en los que se pueda observar claramente que los profesionales sean significativamente más puntuales.

Presentación y Vínculos Generados

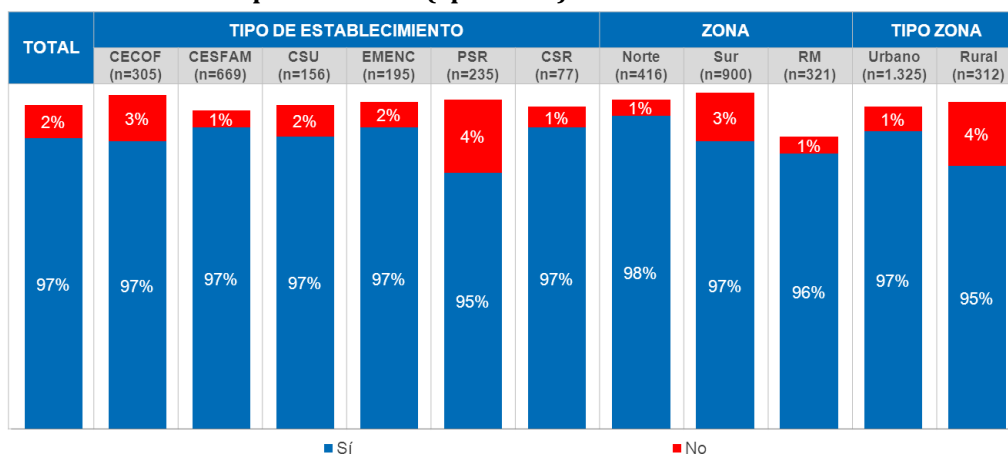
Cuando los profesionales que realizaron la visita llegaron a su hogar ¿se presentaron por su nombre?

Gráfica 126: Presentación de los profesionales



La gran mayoría de los profesionales del ChCC se han presentado por su nombre en las VDI que han realizado.

Gráfica 127: Presentación de los profesionales (aperturas)

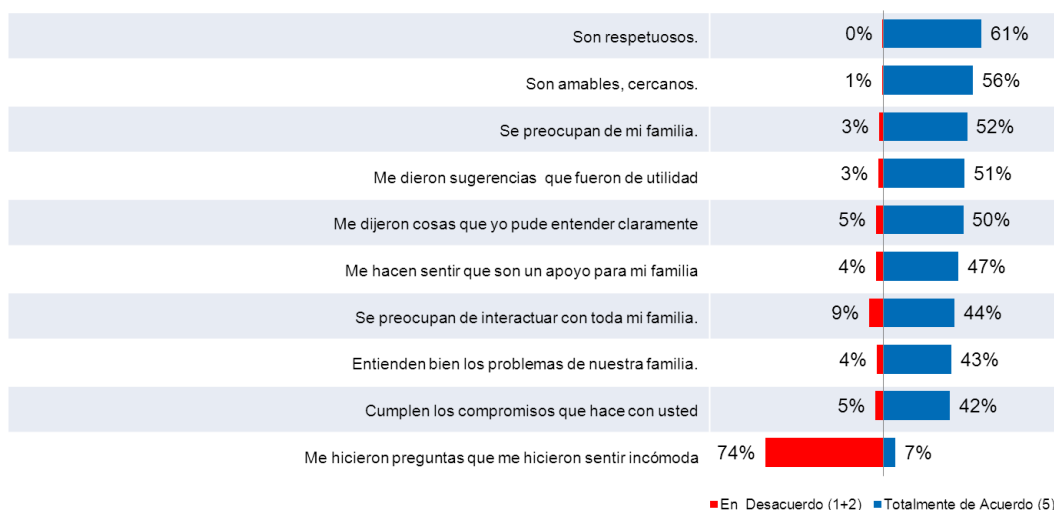


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

No se observan diferencias significativas en la presentación de los profesionales.

¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con...

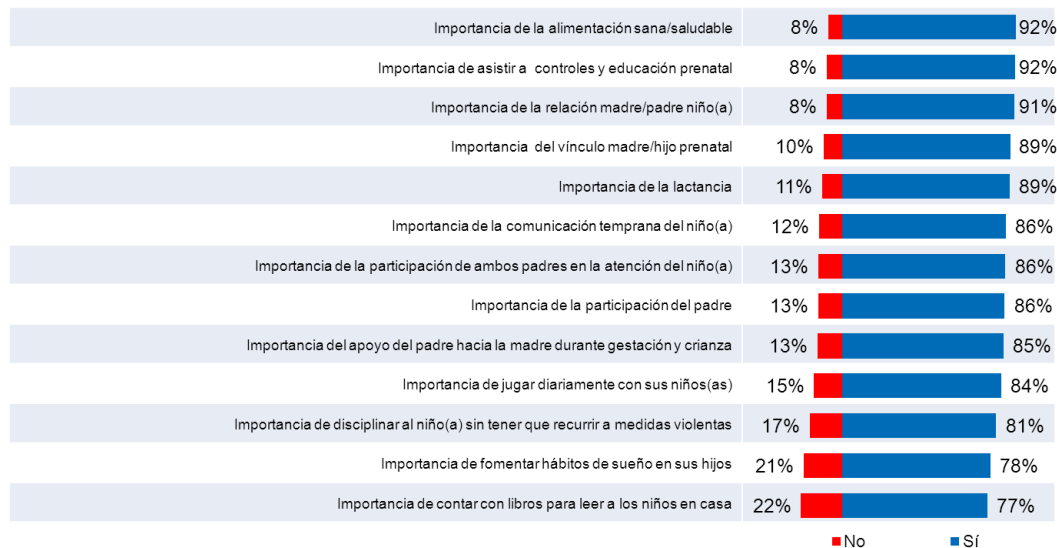
Gráfica 128: Características de los profesionales



Desarrollo

Por favor, con la ayuda de esta tarjeta dígame si hablaron de los siguientes aspectos

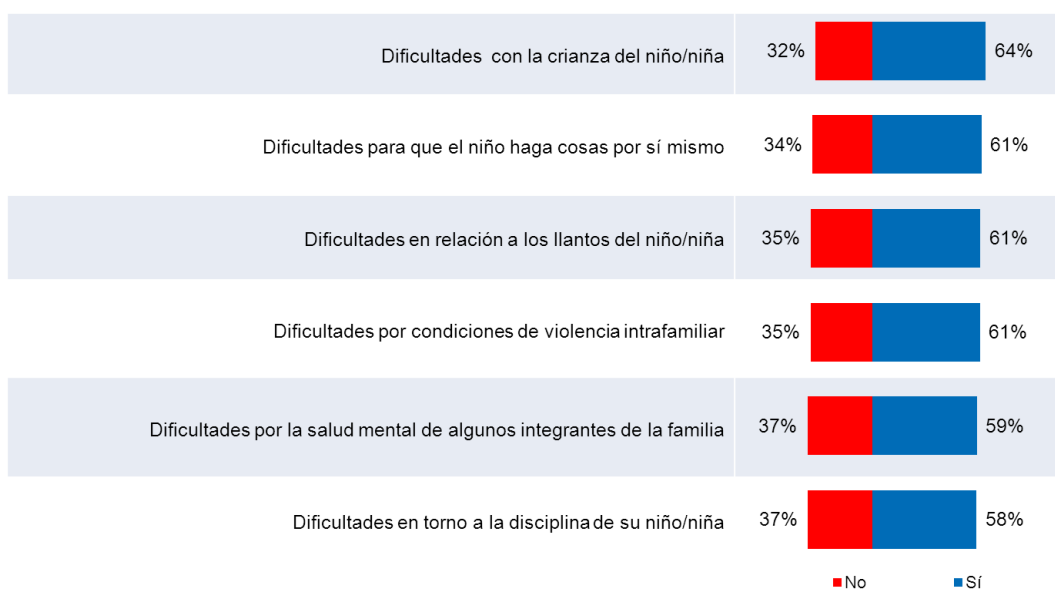
Gráfica 129: Temáticas tratadas



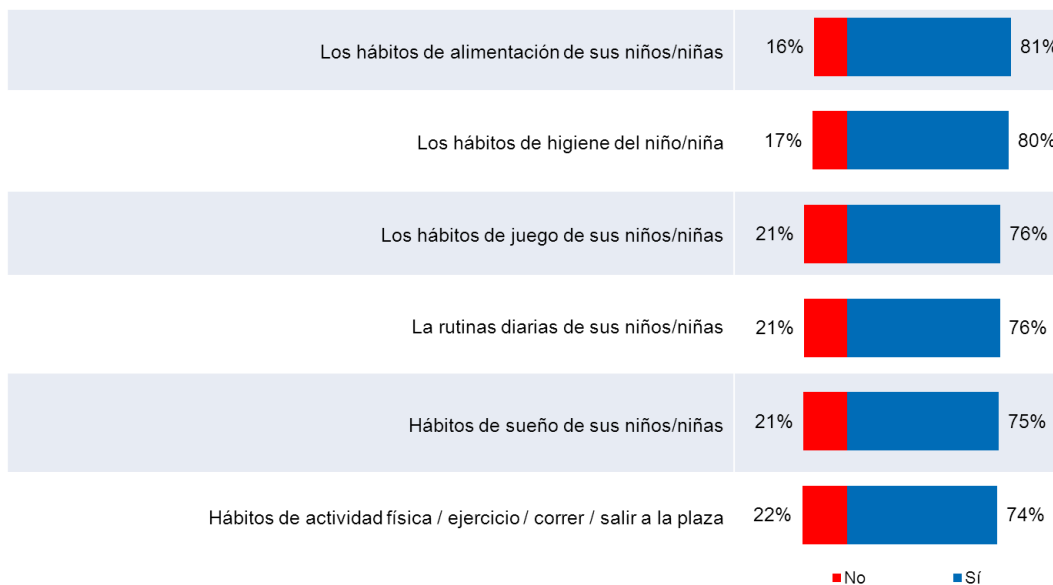
No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

¿Le preguntó si Ud. tiene o ha tenido ...? (Solo familias de niños, N=1.165)

Gráfica 130: Consultas realizadas por el profesional (parte 1)



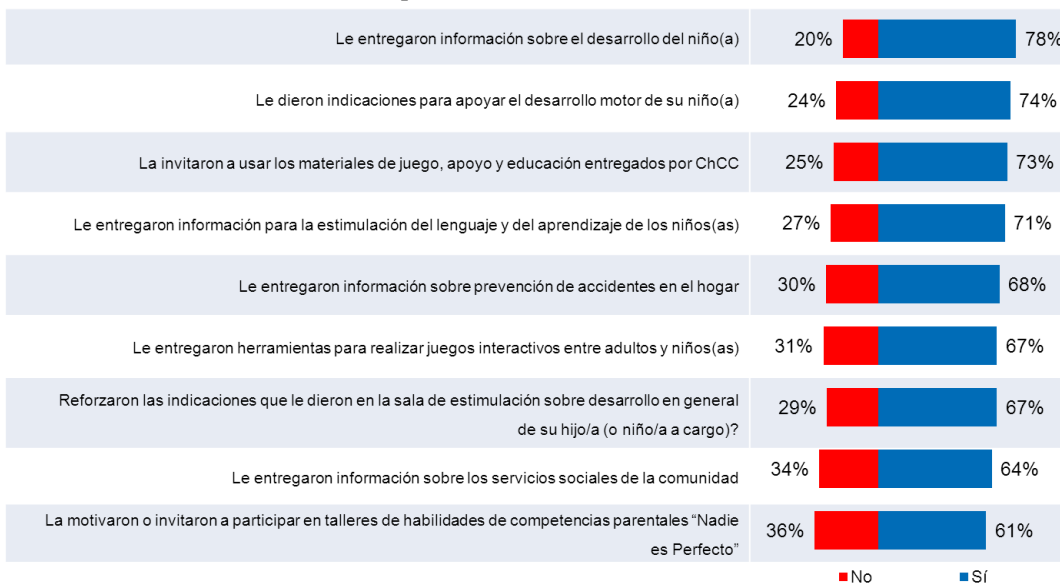
Gráfica 131: Consultas realizadas por el profesional (parte 2)



No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Por favor, con la ayuda de esta tarjeta dígame si hablaron de los siguientes aspectos

Gráfica 132: Acciones o intervenciones del profesional

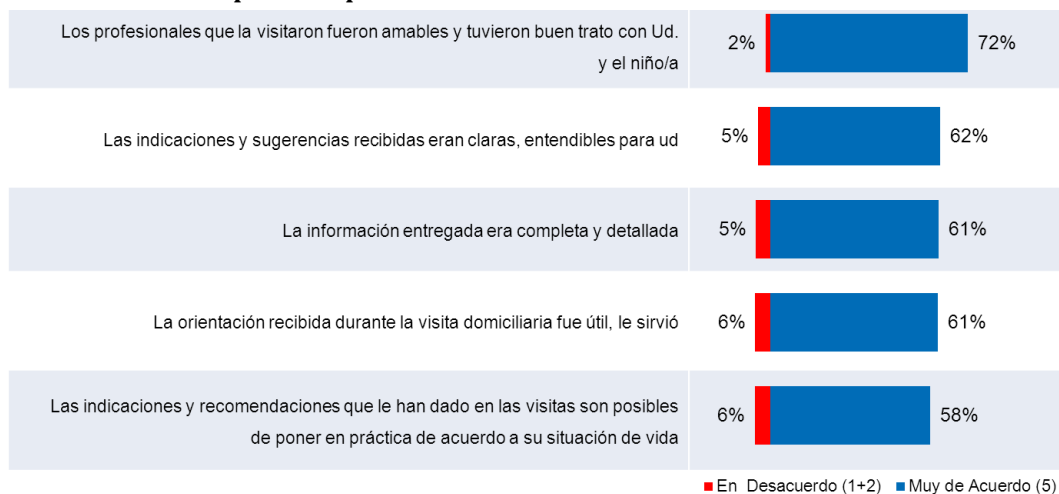


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Evaluación de Aspectos Específicos y Global

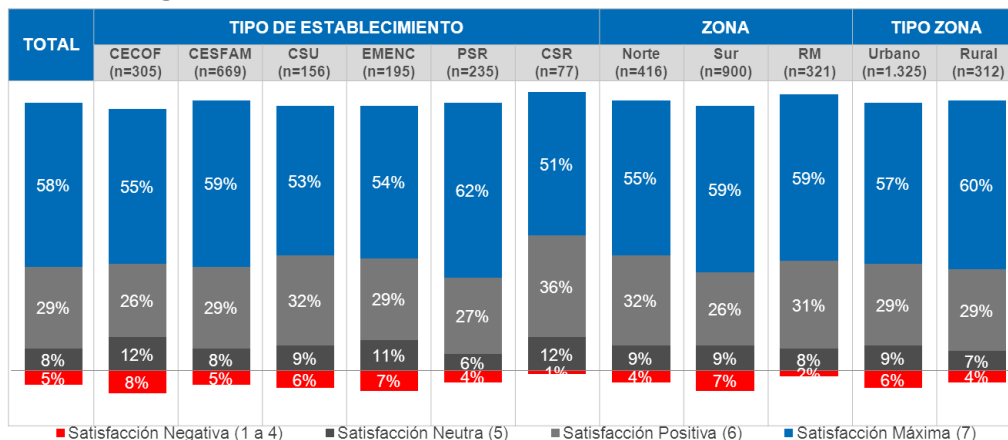
¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con...

Gráfica 133: Evaluación de aspectos específicos



Y ¿qué tan satisfecho está en general con la (las) visita domiciliaria que ha recibido en su hogar?

Gráfica 134: Satisfacción global con las VDI

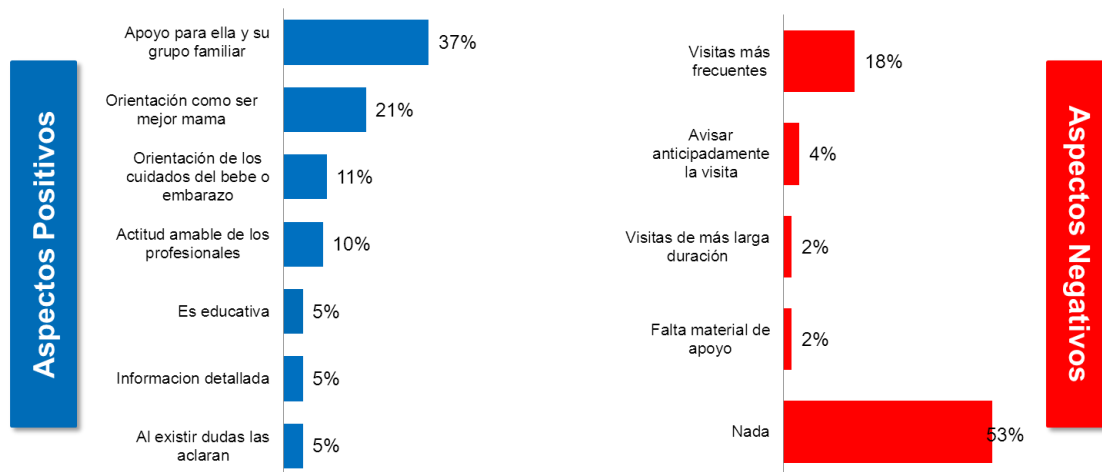


No se muestran valores asociados a categoría de respuesta No sabe/No responde

Hay un nivel de satisfacción alta para las VDI por parte de los beneficiarios con un 58% de evaluaciones máximas (7). Por otra parte los CECOF cuentan con un nivel de insatisfacción levemente más alto que los otros establecimientos.

¿Qué diría ud que es lo mejor/peor de las visitas domiciliarias del CHCC que ha recibido?

Gráfica 135: Fortalezas y debilidades de las VDI



Se valora el apoyo entregado al grupo familiar y la orientación para una buena crianza. Entre los aspectos negativos se solicitan visitan más frecuentes.

V. ANEXO I: Informe de la Fase Cualitativa

El Sistema Chile Crece Contigo (CHCC) logra una muy buena evaluación. Como sistema, y basado en un Modelo de Salud Familiar, el CHCC es altamente valorado transversalmente, tanto por los gestores y ejecutores como por los usuarios que se benefician de sus prestaciones.

La valoración de este sistema, sin embargo, y su relación con el Modelo de Salud Familiar (ampliamente conocido por los equipos del CHCC) no es homogénea.

En algunos casos la valoración del CHCC se relaciona con su enfoque preventivo, y desde esta lógica el sistema se encargaría de:

“... hacer tempranamente con los niños el trabajo de desarrollo, porque ya de grandes cuesta más, tanto para el niño y los esfuerzos que tiene que hacer para insertarse en el mundo, como para el Estado en términos de lo que económicamente significa”. (Gestora, IV Región)

Otro énfasis particular que es posible observar en la evaluación del CHCC lo introducen los asistentes sociales. Desde su mirada orientada a los efectos psicosociales del entorno en el desarrollo del niño, estos profesionales suelen valorar el sistema dando énfasis a la detección de posibles vulneraciones de derechos en el entorno familiar y en los demás sistemas en que se desarrolla el niño.

Más comúnmente, el CHCC se evalúa positivamente por permitir una mirada multidisciplinaria de un proceso que se asume como complejo; es decir, en el que intervienen múltiples factores interconectadamente. Este elemento es fundamental en la percepción positiva que los gestores y ejecutores tienen hoy del sistema. El CHCC permitiría y promovería la generación de un contexto de protección para el bebé desde su concepción, discriminando positivamente los casos de mayor riesgo para intervenir de forma diferenciada.

En este contexto, las VDI cobran valor como una de las herramientas del CHCC que permiten generar intervenciones realmente “integrales”, desde una lógica de la Salud Familiar, sea esta concebida como protección, multidisciplinariedad, prevención, o –en el mejor de los casos- una versión integradora y sistémica de todo ello.

Como vemos, las ideas de integralidad (como mirada y acción multidisciplinar) y protección (del niño, sus derechos y del sistema familiar total) son clave en la buena evaluación que los gestores hacen del CHCC, y un buen grupo de entrevistados centra su definición del Modelo de Salud Familiar en estos factores protectores de la infancia y el desarrollo temprano de nuestros niños.

Podemos decir, a modo de conclusión, que el CHCC –más allá de las diferencias de énfasis que cada profesional pone en su propia percepción- es percibido como un “ente protector”, como una medida (con la fuerza de una ley) que permite al Estado asegurar las condiciones de protección básicas al niño y la madre desde que es fecundado y hasta los primeros años de su vida.

El rol social del CHCC es fundamental, así como la valoración de su particular posición paradigmática.

Evaluación de las Visitas Domiciliarias Integrales (VDI)

En este contexto de alta valoración del sistema CHCC, las Visitas Domiciliarias Integrales (VDI) gozan también de una buena posición. Al estar bajo el alero del Modelo de Salud Familiar como paradigma global, las VDI son percibidas como una herramienta importante para el funcionamiento del sistema CHCC.

Esta prestación parece concentrar su relevancia en dos aspectos complementarios: uno emocional / vincular y otro más racional / técnico.

Desde lo emocional, las VDI tienen una muy buena evaluación en el target de manera transversal. Las VDI tienen hoy un rol importante en el establecimiento de un vínculo genuino y de colaboración entre el equipo profesional-técnico y los usuarios. Es responsable de gran parte de la calidad del vínculo que se establece con las familias. Las VDI, como toda visita, abren una puerta entre el sistema CHCC y los beneficiarios, y permite a los ejecutores generar un espacio en el que se “descubren” muchos elementos nuevos e interesantes que aportan al análisis del caso y su posible resolución.

Es ahí, en ese rol revelador de una posible vulneración de derechos, donde las VDI cobran un sentido racional / funcional para el equipo del CHCC. Es una herramienta para mirar aquello que, en el contexto del establecimiento, del box, no se puede mirar.

Ya logramos comenzar a ver aquí la alta relevancia que cobran las VDI como herramienta para generar un buen diagnóstico psicosocial en el equipo del CHCC. Sin embargo, hasta aquí su rol es relevante pero aún muy acotado. Su valor como herramienta para *mirar lo que no se declara en el box* es indiscutible, pero no parece ir muy mucho más allá de eso. En estado en que se realizan hoy hay razones potentes y relevantes para utilizarla como técnica en las primeras visitas para conocer el lugar físico y el contexto emocional en que se desarrolla el niño; pero a partir de la segunda visita no parece fácil encontrar un racional diferencial para su uso.

Los gestores no logran levantar más razones para utilizar las VDI que la mantención de un vínculo emotivo con la familia beneficiaria y la posibilidad de observar el contexto (y sus interacciones) *in situ*. La pregunta que para los gestores y ejecutores no parece fácil responder hoy es ¿qué podemos hacer con las VDI que no podamos hacer en el box a cuando ya se ha establecido un vínculo y se ha observado *in situ* la realidad de la familia beneficiaria? En otras palabras, ¿qué justifica movilizar recursos fuera del establecimiento, con los costos que esto implica, si lo que se ejecuta podría ejecutarse también en el box?

Desde la segunda VDI realizada en adelante, el sentido de la técnica tiende a diluirse y junto con ella el valor real de su utilización. Su real valor alcanza a verse –como dijimos- en los casos en que la movilidad está limitada (madres con embarazos *complicados* o que viven en sectores de difícil acceso) o cuando la familia tiene una baja adherencia o preocupación con los controles del niño. En los demás casos, lo realizado en las VDI son acciones que eventualmente podrían realizarse en el *box* o en las salas de estimulación del establecimiento. **Las VDI se utilizan como una especie de recordatorio / invitación a la participación en otras instancias del sistema Chile Crece Contigo, una manera de estimular a la participación a las familias a no dejar el contacto con el consultorio y sus prestaciones.**

Desde el lugar de los beneficiarios, sin embargo, la valoración de las VDI tiene obviamente un sentido distinto. El principal beneficiario de las VDI suele ser la madre *primeriza* (no sólo de las VDI, también de las demás prestaciones del Sistema) porque se aproxima a la gestación y crianza temprana desde un lugar de relativa ignorancia respecto a madres que ya han criado a otros hijos/as. En las VDI las madres primerizas aprenden una serie de *tips* muy valiosos para la el niño y la familia, los que son abiertamente agradecidos.

Por su parte, las madres no-primerizas suelen valorar también las VDI, especialmente cuando han pasado ya algunos años desde su último embarazo, a la manera de una “*actualización*” respecto a qué hacer o no en la gestación / crianza del niño. Pero en concreto, los contenidos entregados en las VDI les son obviamente menos necesarios que a las primerizas. Lo mismo sucede con las madres con amplias redes de apoyo versus las que enfrentan su embarazo solas o con redes de apoyo débiles. Las primeras tienen otros significativos que ayudan a resolver las dudas y obstáculos que surgen en el día a día; mientras las segundas no.

Las VDI, por tanto, cobran un valor diferente en uno u otro momento del desarrollo de las intervenciones del sistema CHCC. El foco de su relevancia está puesto en la primera visita como herramienta vinculante y como técnica para comprender mejor el entorno del niño. A partir de la segunda visita se utiliza para reforzar el vínculo con la familia y para generar una mayor adherencia con las demás actividades del Sistema.

La implementación in situ de las VDI

Diferencial entre lo que se hace y lo que las orientaciones técnicas recomiendan hacer

A continuación realizaremos un ejercicio de comparación / *matching* entre lo que las orientaciones técnicas recomiendan y lo que efectivamente se realiza en las VDI, según lo observado en el trabajo de campo de la Fase Cualitativa de este estudio.

Para esto, iremos recorriendo las principales indicaciones del documento oficial a la manera de preguntas y respuestas, deteniéndonos en los elementos que, desde el análisis cualitativo, pueden revestir algún interés para los objetivos del estudio.

Plan De Acción

¿Se genera un plan de acción de Intervención Familiar definido por el equipo de salud de cabecera?

Sí. Por lo general, el equipo de profesionales genera un plan de acción que permite tener una visión estratégica de los recursos necesarios para la realización de las VDI, definiendo objetivos, actividades, resultados esperados, personas responsables y tiempos para la implementación de las distintas prestaciones, como lo sugieren las orientaciones técnicas.

Sin embargo, los establecimientos tienen distintas realidades que generan particularidades en la planificación y, por tanto, en la generación de sus planes de acción. Las habilidades de gestión y visión estratégica de los gestores del CHCC son cruciales aquí. Aquellos que logran una buena gestión de los recursos y generan una red comprometida de profesionales interventores en el establecimiento, logran también –y debido a ello- mejores planes de acción, tanto para la comunidad como para el mismo equipo. Por el contrario, los gestores menos proactivos y con menos habilidades para generar cohesión y compromiso en el equipo, tienden a ser también quienes “sufren” más con la consecución de los indicadores, con la planificación y sienten que están “sobrepasados”. En algunos establecimientos efectivamente parece haber una “sobrecarga” comparativa respecto a otros centros de salud, al menos a nivel aparente (consultorios llenos v/s consultorios relativamente desocupados). En estos casos, el encargado del CHCC junto a los demás gestores *necesitan* trabajar en equipo y buscar las condiciones que permitan una mejor planificación de los distintos recursos, tanto humanos como materiales, para la implementación de un plan lo más eficiente posible con los recursos conseguidos.

Actitud Proactiva Y Sensible

¿Realizan los profesionales y para-profesionales las VDI con una “actitud proactiva y sensible” hacia los niños/as, la familia y la comunidad?

Sí. No se observan “problemas” en este aspecto. Por lo general, el vínculo entre el equipo profesional y las familias es cuidado y mutuamente positivo. Los ejecutores consideran que las VDI son un espacio muy relevante en este sentido, y por lo tanto suelen estar atentos de no sobre-intervenir / intimidar o realizar acciones que puedan limitar o dañar el vínculo.

Medidas Especiales Para Las Vdi

Dado que “cuando la familia es visitada en su hogar ve expuesta su intimidad.” ¿Se ejecutan medidas especiales en la planificación y ejecución de las VDI para asegurar su efectividad?

Se suele utilizar el Consentimiento Informado (que se adjunta a la carpeta del caso), se acuerda y confirma la fecha y hora de visita y se explica a los beneficiarios los objetivos de la forma más clara posible.

Expresar los objetivos con claridad puede en ocasiones ser un desafío importante para los ejecutores. Cuando el nivel de escolaridad es muy bajo, por ejemplo. O cuando existe un síndrome o condición muy “técnica” / que cuesta traducir al lenguaje coloquial.

También aplican cierta flexibilidad en la planificación *de mutuo acuerdo* de las VDI, especialmente cuando se sospecha de posibles vulneraciones de derechos o condiciones precarias de habitabilidad “escondidas” / no declaradas (para ver en qué condiciones habita el niño/a). En estos casos suelen realizar visitas no avisadas, para intentar ver un poco más allá de lo que la familia quiere mostrar.

Observar Directamente A La Familia

¿Utilizan los ejecutores a las VDI como herramientas para “conocer a la familia en sus reales condiciones de vida y observar la interacción familiar directamente”?

Sí. Los profesionales que realizan las VDI suelen aprovecharlas para conocer a los distintos integrantes de la familia, uno a uno, incluyendo lo más posible a aquellos que, ya por personalidad o interés, suelen retraerse. Aprovechan esto como una manera de mostrar la relevancia de trabajar como unidad al interior de la familia en pos del desarrollo de todos y cada uno de sus integrantes. En ocasiones integran a la familia extendida o amigos significativos, especialmente cuando la convivencia es naturalmente aglutinada.

Tiempo De Duración De Las VDI

¿Duran las VDI los 60 minutos como mínimo en el hogar que –según las orientaciones técnicas- debiesen durar?

Ocasionalmente. Cuando se realiza la primera visita esta suele durar alrededor de 60 minutos, pero a partir de la segunda comienzan a hacerse menos extensas. En ocasiones pueden llegar a durar 10 – 15 minutos, especialmente si se encuentran pocos integrantes de la familia en casa en el momento de la VDI.

Esto puede estar indicando que, si bien se levantan objetivos para la realización de cada VDI, en estas no siempre se estima el tiempo necesario para llevarlas a cabo. O como vimos en el capítulo anterior: no es tan fácil para los profesionales mentar objetivos que les permitan desplegar una mayor cantidad de intervenciones in situ a medida que estas van avanzando en el tiempo.

Períodos De Utilización De Las VDI Como Prestación:

¿Se realizan las VDI durante la gestación, en el postparto y durante el período de crianza hasta los 6 años?

Sí. Las VDI se realizan en estos períodos. Sin embargo, algunos ejecutores piensan que el corte de edad es entre los 4 y 5 años.

Tiempos Y Frecuencia

¿Cómo se determina el número de VDI que se realizan, su frecuencia y duración?

Por lo general, se determinan en función de dos factores:

- Gravedad / urgencia del caso → este es el factor prioritario sobre el que se evalúan los demás aspectos. Las orientaciones suelen ser una guía inicial, pero en general la gravedad o prioridad de los casos se evalúa más desde la experiencia que apelando a los manuales o recomendaciones del CHCC (aunque frente a dudas o ignorancia sí se consultan), ya porque conocen o manejan muy bien las indicaciones que da el CHCC en cada caso, ya porque consideran que con el tiempo han adquirido la experticia necesaria para asignar adecuadamente las prioridades. Parece necesario revisar la manera en que se están asignando estas prioridades hoy, para adecuar lo que sea necesario a los lineamientos técnicos recomendados por el Sistema.
- Disponibilidad de los recursos → del vehículo para movilizarse y de los profesionales del equipo

Ejecutores

¿Son las VDI realizadas por dos personas: un profesional y un técnico paramédico?

No siempre. En este punto es donde se observa una mayor distancia entre lo que recomiendan las orientaciones técnicas y lo que efectivamente hacen los ejecutores en las VDI. En ocasiones asisten hasta 3 ó 4 profesionales a una misma ejecución. Esto, debido a una muy poco feliz interpretación del Modelo de Salud Familiar: intentan cubrir la integralidad (la mirada multidisciplinar) asistiendo en grupo a las VDI. La idea de que el modelo intenta una mirada desde distintos espacios de reflexión (la medicina, la educación, los aspectos psicosociales, etc.) se opera desde lo concreto, como una traducción literal.

Pese a esto, es interesante ver cómo en ocasiones la participación de más de un profesional en las VDI cobra mucho valor. En una ocasión, la VDI fue realizada por el matró del consultorio y por la educadora a cargo del CHCC. La familia visitada tenía dos hijos en riesgo simultáneamente: uno recién nacido y uno de alrededor de 3 años. El matró se hizo cargo de realizar unos ejercicios y masajes con el más pequeño, mientras le explicaba algunas cosas a la madre, y aprovechaba de preguntarle también sobre los principales aspectos del día a día del neonato. Simultáneamente, la educadora realizaba ejercicios de psicomotricidad con el niño de 3 años, acompañado del padre en la habitación de junto. La participación de ambos profesionales en la misma VDI, en este caso, tuvo un desenlace muy productivo, tanto desde la mirada de los propios ejecutores, como desde la meta-observación que el investigador realizaba.

Pero no en todos los casos es así. En otra VDI realizada fueron 3 los profesionales que la ejecutaron y en este caso sí se notó la importancia de no “invadir” a la familia beneficiaria. Si bien la usuaria no se mostró intimidada ni realizó ninguna observación negativa respecto de la gran cantidad de ejecutores que llegaron simultáneamente, el hacinamiento que se produjo fue evidente y debido al poco espacio en la casa fue muy poco lo que cada profesional pudo realizar durante la VDI.

Registro E Interconexión

¿Se registran los distintos momentos de las VDI para lograr interconexión con las otras atenciones universales de salud del centro?

Sí. Por lo general, el equipo profesional utiliza distintos medios de registro, formales e informales, incluyendo la utilización del *software* “Rayén”, sistema informático de monitoreo y seguimiento del Sistema CHCC.

Respecto a este sistema informático surgen algunos puntos que es importante resaltar:

- Hay una queja amplia y generalizada en los profesionales respecto a la baja amigabilidad de Rayén, pero especialmente respecto a su inestabilidad (“se cae el sistema”). La mayoría considera que es un programa muy mejorable en este aspecto, y que su mala performance termina por obstaculizar y retrasar las tareas administrativas que deben realizar día a día, en vez de potenciar su eficiencia y facilidad.
- Surgen algunas quejas respecto a la baja confidencialidad que actualmente tiene Rayén con los datos de los beneficiarios. Esto, porque las claves de acceso suelen ser compartidas, no privadas y exclusivas para cada profesional. Para algunos gestores, esta situación estaría reñida con los lineamientos éticos de privacidad y garantía de confidencialidad y estaría a un paso de atentar contra la confianza y credibilidad del Sistema.

Por lo general, las VDI son realizadas por distintos profesionales, no siempre por el mismo como recomiendan las orientaciones técnicas. Esto, porque se suelen asignar según el objetivo de la VDI, objetivo que varía entre una y otra prestación. Así, las prestaciones para madres gestantes suele hacerlas el/la matró/a porque tiene una mayor experticia en el tema. La educadora realiza VDI con madres que ya han tenido a su hijo, por la experticia que estos profesionales tienen en el desarrollo temprano, etc.

Integralidad De La Atención

¿Se entrega una atención integral al grupo familiar, incluyendo a todos los integrantes del ambiente relacional?

Sí. Los profesionales suelen incluir a los distintos integrantes del hogar en las VDI. Están atentos a la interacción entre ellos y aprovechan las distintas oportunidades para introducir herramientas de psico-educación u otros elementos de apoyo al núcleo familiar.

Material Utilizado

¿Utilizan los profesionales el material dispuesto para las VDI en las distintas instancias del sistema CHCC?

Sí. Los profesionales utilizan los distintos materiales que el CHCC proporciona como apoyo a las distintas intervenciones que deben realizar, y en las VDI especialmente cuando están comenzando a realizar estas prestaciones (profesionales nuevos)

El cuaderno del niño/a es un material que consideran fundamental para el desarrollo de las VDI, porque permite a los profesionales ver el registro de las distintas prestaciones que se han desarrollado para ese núcleo familiar.

El material didáctico que se entrega a las familias también es altamente valorado por los profesionales, porque se recibe como un aporte “racional” (sirve, es útil, ayuda al desarrollo del niño/a) y a la vez “emocional” (se siente como un regalo / presente que ayuda a la vinculación)

Los instrumentos de evaluación también son fundamentales para las VDI, porque permiten generar un diagnóstico inicial lo más fino posible. El EEDP es ampliamente utilizado como instrumento de valoración del estado del desarrollo psicomotor de los niños/as. La Escala de Edimburgo también es ampliamente utilizada por los ejecutores como herramienta de ayuda al psicodiagnóstico de depresión postparto. El TEPSI parece ser más opcional, según el tipo de riesgo que se haya detectado.

Planificación y seguimiento de las VDI

Estos son los temas menos obstaculizados / más expeditos en todo el proceso de implementación. En general, la planificación es un básico en las VDI, del mismo modo en que es un básico en cualquier otro sistema o programa de intervención. Es una herramienta fundamental para la administración adecuada de los recursos del CHCC, lo que se traduce en una adecuada asignación de los recursos a la demanda de los usuarios. De ahí su alta valoración y preocupación de los equipos por su buen manejo.

En general, la planificación es un proceso *complejo* pero *simple*. Es *complejo* en la medida que incluye una serie de variables interactuando e influyéndose mutuamente en todo momento. La planificación depende de la demanda de los usuarios, de la cantidad y disponibilidad del recurso humano, del clima, de los indicadores que se deben alcanzar, etc. Es *simple*, porque es tan necesario para la realización de las tareas diarias que se transforma en parte del paisaje, se constituye en un telón de fondo que se ejecuta casi como una orden. En todos los establecimientos, la planificación se realiza en un momento determinado del mes o de la semana, según lo establecen los gestores en función de los horarios de su equipo. La mayoría parece realizar reuniones mensuales, por lo general ampliadas, en las que participan distintos profesionales del establecimiento, no sólo del CHCC. En algunos establecimientos se realizan también reuniones semanales de coordinación del equipo del CHCC (no ampliadas) para organizar las distintas prestaciones del Sistema, entre ellas las VDI.

Estas reuniones parecen tener un doble sentido. Uno más explícito, que atiende el objetivo central: planificar, predecir el movimiento del Sistema. Y otro más implícito, que se relaciona con la fuerza vincular del equipo. Ambos sentidos de estas reuniones de planificación logran generar los espacios necesarios para que los gestores puedan ir administrando el trabajo, tanto en el consultorio mismo como en las intervenciones externas, como las VDI.

Para las VDI en particular la planificación es esencial, especialmente en los establecimientos con baja disponibilidad de movilización. Cada establecimiento planifica sus VDI principalmente en función de esto, lo que genera espacios semanales de terreno para cada equipo. Dependiendo de la disponibilidad, los equipos tienen una, dos, tres o más mañanas o tardes asignadas para la realización de sus VDI, y deben generar una planificación que permita atender los casos adecuadamente con los recursos presentes. La planificación del gestor del CHCC es fundamental para generar una agenda lo más eficiente posible.

El seguimiento es parte de las reuniones de equipo que venimos comentando. En estas reuniones, los equipos no sólo planifican, sino que realizan una supervisión ampliada de los casos y la manera en que se continuarán las intervenciones según las pautas que dictan las orientaciones técnicas. Al respecto, las normas parecen claras: se utilizan los instrumentos proporcionados por el Sistema para la evaluación de los casos y su asignación de puntaje de riesgo. Según estos estándares, se establecen las indicaciones de intervención necesarias y se activan los mecanismos de derivación pertinentes al caso. Este modelo de atención del CHCC es ampliamente conocido por los gestores y por sus ejecutores, y el seguimiento de los casos se resuelve en una combinación entre la información que estos instrumentos entregan y la recogida por otros medios que pueden aportar a la comprensión global de la problemática de la familia beneficiaria, como las conversaciones informales o el trabajo en terreno realizado a través de las VDI.

La gestión como motor de una buena ejecución de las VDI

Una de las principales labores de los gestores de las VDI en el Sistema CHCC es, valga la redundancia, la gestión y administración de los distintos recursos necesarios para su realización.

Esta labor incluye distintos elementos, desde la gestión del recurso humano a la gestión de insumos. La manera en que cada encargado del CHCC gestiona los recursos en su establecimiento es clave para el funcionamiento, no sólo de las VDI, sino de todo el Sistema Chile Crece Contigo.

La gran diferencia en el funcionamiento de las VDI entre los distintos establecimientos pasa por la *gestión*. **Es claramente visible en el estudio que los establecimientos con una gestión más potente (eficiente, proactiva) y que cuentan con un liderazgo más inspirador (carismático, enérgico) son los que terminan por configurar una forma de realización de las VDI también más productivas.**

Aquellos establecimientos que levantan menos “problemas” para la planificación y ejecución de las VDI suelen ser los que cuentan con liderazgos más activos y propositivos. Un ejemplo claro de esto es el Consultorio Víctor Domingo Silva (CVDS) en Coyhaique, XI Región, que tiene un funcionamiento muy particular e interesante como modelo de gestión.

La principal cualidad del CVDS es la potencia de su trabajo en red. En este establecimiento “todos hacen de todo”. No hay profesionales o técnicos exclusivos del CHCC. Todos colaboran en el Sistema, todos participan de la planificación y ayudan a resolver las contingencias que se presentan en los distintos casos que llegan al establecimiento.

En el CDVS -y al igual que en los demás establecimientos estudiados- el personal de trabajo está organizado por sectores. Sin embargo, en este consultorio la mayoría de los profesionales trabaja de forma cruzada y coordinada con los demás sectores y programas del consultorio. La diferenciación “paciente CHCC” / “paciente no CHCC” no existe. Si bien los contratos asocian a ciertos profesionales con ciertos sistemas / programas, todos colaboran y llevan los casos como un equipo multidisciplinar, para poder atender de la mejor forma posible la demanda de la población que, en el sector en cuestión, vive en condiciones de alta vulnerabilidad.

A propósito de la organización y planificación, la encargada del CVDS comenta:

“El trabajo se hace bastante distendido porque ya nos conocemos, entonces tenemos esto de ‘no sé qué hacer con este caso’ y todos apoyamos. Además, los casos no son como ‘este es mío, lo veo yo y solamente yo’. Cuando es presentado en las reuniones semanales el caso nos pertenece a todos, todos tenemos que ver cómo vamos a intervenir. Eso alivia muchísimo la carga, porque no te echas toda la mochila encima.” (Encargada CHCC, Consultorio Víctor Domingo Silva, Coyhaique, XI Región)

Respecto a la forma de organizar y priorizar los casos, comenta:

“Yo creo que es un tema de gestión... de empoderar a la gente y que entienda que no es responsable sólo la gente del CHCC. Cuando estaba diferenciado, los 4, 5 ó 6 que eran del CHCC asumían y los demás no. Me incluyo. Todos decían ‘no es mi pega’, ‘ustedes hagan algo con ese niño’. Pero cuando empoderas al equipo y a los técnicos funciona todo mejor. Los técnicos saben ‘no, si este niño vino esta semana con el hermanito, yo lo vi’ y esa es información importante para el equipo, te agrega información extra que muchas veces ayuda en el caso. Aquí no hay funcionarios CHCC. Acá todos son responsables de que todo el consultorio funcione bien. Nos importan los casos. Cada caso tiene su prioridad no por el programa en el que se inserta, sino por lo que esa familia o niño necesita. Si la familia necesita urgente una VDI se hace, independiente del sector, programa o profesional que haya estado siguiendo el caso, y siempre los recursos, el vehículo, los materiales, todo se pone al servicio de lo que la urgencia te demanda”. (Encargada CHCC, Consultorio Víctor Domingo Silva, Coyhaique, XI Región)

La estructura integral y de alto compromiso del equipo técnico-profesional es – evidentemente- un producto del tipo de liderazgo que la encargada imprime al trabajo en el consultorio, algo que se pudo observar claramente en las etnografías realizadas. El trato cordial pero firme que utiliza con el equipo es respondido con compromiso y dedicación por parte de los profesionales y técnicos. Son un *verdadero* equipo, más allá de lo que dice el papel o, en este caso, el organigrama. Los profesionales valoran la flexibilidad y carisma de la encargada, y esta les responde con refuerzos positivos / espaldarazos y con una atenta y organizada coordinación que en cada acción intenta cuidar emocional y concretamente al equipo en su totalidad. Los profesionales se sienten parte de un todo mayor y conocen el valor de su trabajo. Ven en el día a día el valor de sus intervenciones y alimentan su compromiso a través de la autorrealización y la sensación –impresa desde el liderazgo carismático de su encargada- de ser parte esencial de un sistema que, desde su base, se siente como una ayuda social potente y necesaria para las familias vulnerables de nuestro país. El equipo, desde su encargada a sus técnicos, parece sentirse satisfecho y realizado.

Esta activa gestión de la encargada del CHCC del CVDS ha generado una evolución muy positiva del CHCC en el establecimiento –y también de las VDI- a lo largo de los años. Los insumos necesarios se han ido consiguiendo concursando en proyectos de MIDEPLAN o PRODEMU, instancias que no todos los gestores utilizan para conseguir recursos. Lo que se necesita, se gestiona. Y para esto, buscar argumentos claros y lógicos es la clave.

Frente a instancias superiores, especialmente la Dirección del establecimiento, la encargada del CVDS nos revela su forma de operar, interesante como gestión si la comparamos con otros consultorios:

“La Directora es de los que le llevas el problema pero también la solución. Si le llevas sólo el problema sonaste, porque te vas a quedar con el problema. En cambio, si le llevas alternativas de solución, no hay problema. Por ejemplo, llegó una capacitación de labio leporino y nosotros tenemos tres chiquititos así. Y la capacitación la dio la kinesióloga y a nosotros no sé por qué nadie nos había avisado, y la kinesióloga nos dijo ‘sería importante para el programa que fueran’ y yo voy y le pido cupos a la Directora y ella me dice ‘no, porque ese tema es más hospitalario, no de atención primaria’ y yo le digo que no, porque en el programa hay chiquititos con eso, y le explico, y ella al final me dice ‘Ya, tienes razón, ¿quienes necesitas que vayan? Entonces, la cosa es dar argumentos, acá todo se puede conversar.” (Encargada CHCC, Consultorio Víctor Domingo Silva, Coyhaique, XI Región).

La gestión del recurso humano

Una de las principales labores de los encargados del CHCC es gestionar el equipo de trabajo. Para esto, deben generar estrategias que les permitan cumplir con dos objetivos que corren en paralelo: atender la demanda de los usuarios del Sistema (objetivo “central”) y cumplir con los indicadores que se asignan al establecimiento (objetivo “formal”).

Esto no es fácil para los gestores. Si bien la totalidad de los establecimientos que participaron en este estudio contaban con los recursos humanos básicos para operar, deben enfrentarse a distintas realidades y contingencias que no siempre son simples de abordar.

El principal problema con el que se encuentran en este ámbito es lograr generar compromiso en los profesionales con el Sistema. Si bien es cierto el valor social propio del Sistema es un motor de compromiso importante para los profesionales que buscan trabajo en el área social comunitaria de por sí, en muchas ocasiones las condiciones laborales no siempre logran retener a los profesionales en sus puestos de trabajo.

Existe una serie de elementos que influyen en que los profesionales, aun queriendo hacerlo, no logren generar el compromiso necesario para permanecer en sus cargos. Estos son:

- **CONTRATOS A PLAZO FIJO:** dado esto, muchos profesionales “empiezan” su carrera en el área trabajando en el CHCC, pero suelen migrar –a veces rápidamente- a trabajos que ofrecen contrato indefinido en busca de una mayor estabilidad en los ingresos.
- **SENSACIÓN DE INESTABILIDAD DE LOS CONTRATOS DEBIDO A FACTORES POLITICOS:** los profesionales trabajan sabiendo que un cambio en el gobierno central o local puede generar cambios y dejarlos desempleados. Esto, junto a la inestabilidad que genera el contrato a plazo fijo termina por instalar una base de inseguridad que debilita el compromiso a permanecer en el Sistema.
- **CONDICIONES DE TRABAJO PSICOLÓGICAMENTE DESAFIANTES:** el trabajo con familias en condiciones de riesgo es siempre una tarea ardua, especialmente cuando se trabaja en zonas geográficas de difícil acceso / semi-aisladas. Pero aunque las condiciones geográficas sean benignas, siempre hay un desafío emocional potente en este tipo de trabajo. A nivel físico, no se observan quejas: la mayoría de los profesionales entrevistados en el estudio son relativamente jóvenes y están en las condiciones físicas adecuadas para este tipo de trabajo. Pero en términos emocionales, hay que tener siempre en mente que este es un trabajo que tiene como objeto de intervención la *realidad social más vulnerable*. Estos profesionales trabajan justamente con aquella realidad que los medios de difusión no muestran. El “otro Chile”, como algunos de ellos lo llaman. Conviven e intentan hacer algo en un *Chile* donde muchas veces no hay agua potable, alcantarillado, donde las casas de material ligero se vuelan con el viento, donde los caminos no permiten la entrada a vehículos de emergencia (con las nefastas consecuencias que eso tiene). Sin querer hacer una apología del trabajo en terreno, no podemos dejar de lado en el análisis que el trabajo de los profesionales del CHCC no es cualquier empleo. Es un trabajo que opera justo ahí donde muchos no quieren / no se atreven a mirar o donde incluso los medios de comunicación sólo observan de reojo o, ya frontalmente y sin descaro, se hacen los indiferentes. Es la realidad de la niña embarazada de 14 años que, junto a su madre, confía en que el padre, de 32 años, va a dejar de emborracharse y se va a hacer cargo del niño al nacer.

O de la nena que aprende a caminar en el patio de su casa, en los cerros de Valparaíso, sin barandas o rejas que la protejan de caer por la quebrada. Donde el alcantarillado es un tubo auto-gestionado por los vecinos para hacer que las heces caigan hacia el vertedero de junto. *El otro Chile.*

Estos elementos hacen de la gestión del recurso humano un gran desafío para los encargados del CHCC, porque no es fácil lograr el compromiso necesario para que los profesionales permanezcan en el Sistema. Si bien la mayoría de los profesionales al ser entrevistados no levantan estos temas espontáneamente como queja -porque lo sienten como algo “natural” en este tipo de trabajo-, muchos de ellos acaban por moverse hacia trabajos menos extenuantes y más estables en términos de condiciones laborales que las que el CHCC les ofrece hoy. Y esto tiene, obviamente, implicancias a todo nivel en el establecimiento y en particular en las VDI que pierden su continuidad cuando la rotación de los integrantes del equipo es muy alta. Un equipo de VDI con alta rotación pierde la posibilidad de generar “historia” con sus pacientes, algo que en el estado actual de las cosas parece altamente relevante para la adecuada realización de ellas.

Se deja entrever aquí nuevamente el poder del liderazgo en los encargados: dadas las condiciones laborales actuales, los gestores deben poder lograr un estilo de dirección que genere cohesión / aglutinamiento en el grupo, para gestionar beneficios, generar buenos vínculos y ayudar así a la permanencia en el CHCC

La gestión de los insumos

El tema de los insumos pasa por un elemento clave que ha sido el eje central del análisis que hemos venido realizando en torno a los gestores del CHCC y su influencia en la implementación de las VDI: la gestión de los encargados.

Para analizar el temas de los insumos es necesario separar los que llamaremos “materiales”, es decir, todo aquello que el ejecutor necesita trasladar a las VDI para ejecutarlas; y los de “movilización”, que es fundamentalmente el vehículo para trasladarse a ellas.

Los insumos Materiales

- En general, los ejecutores cuentan con los insumos materiales necesarios para la realización de las VDI. Estos insumos dependen del tipo de profesional que realiza las intervenciones, pero en términos generales los gestores se encargan de una u otra manera de conseguir lo necesario para que las VDI se realicen. No se reportan situaciones en las que no se hayan realizado por falta de insumos de este tipo.
- Por lo general, los problemas en este ámbito se relacionan con baja atingencia del material (mucho material de estimulación del lenguaje en zonas donde los riesgos son más psicomotores, por ejemplo) o con el retraso en su llegada.
- En ocasiones, el retraso o la no llegada del material genera problemas en la credibilidad del equipo profesional frente a los usuarios, porque los primeros se comprometen con los beneficiarios y luego no pueden cumplir adecuadamente. Esto es serio si consideramos que la labor del equipo de las VDI hoy está enfocado en servir como agentes de activación de redes.

Los equipos que dicen contar hoy con una cantidad suficiente de insumos materiales y adecuados a las necesidades de la población que atienden, tienden a ser también los mejor “gestionados”. Los encargados más proactivos suelen utilizar herramientas “externas” al Sistema para gestionar los materiales, presentando proyectos a concursos en el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), por ejemplo, o pidiendo ayuda a instancias superiores, como la Dirección del Establecimiento o los Encargados comunales o regionales del CHCC.

Los insumos de Movilización: el vehículo para trasladarse a las VDI

Este es el tema central en la gestión de los insumos desde el punto de vista de los gestores. En la mayoría de los establecimientos estudiados las VDI se ven obstaculizadas, en mayor o menor grado, por la baja disponibilidad de los vehículos para el traslado de los profesionales.

Al respecto, encontramos tres realidades muy distintas.

- Establecimientos con una baja disponibilidad de movilización. En estos casos, que suelen ser un número menor de entrevistados, la disponibilidad de traslado es tan baja que la planificación de las VDI debe estar al servicio de la movilización y no al revés. Esto se debe a la baja cantidad de vehículos por zona de atención. Por lo general, estos son establecimientos que atienden a extensas zonas con una muy alta densidad de población, o aquellos en que el vehículo es compartido por muchos establecimientos de la región. En algunos casos el vehículo para las VDI es la ambulancia del consultorio, y su utilización para las VDI es –obviamente– muy poco prioritaria porque las emergencias acaparan toda la prioridad.
- Establecimientos con una adecuada (pero mejorable) disponibilidad de movilización. La gran mayoría de los establecimientos entrevistados están en esta situación: si bien cuentan con uno o más vehículos para movilizarse y pueden generar una planificación adecuada, la prioridad se afina según las contingencias. En estos casos, la movilización es un tema que debe discutirse día a día, pero que se suele manejar de modo que la realización de las VDI se vea lo menos afectada posible.
- Establecimientos con una buena disponibilidad de movilización. Excepcionalmente, se encontraron establecimientos con vehículo exclusivo (o prioritario) para las VDI.

Pese a ser un insumo básico y fundamental para la realización de las VDI, los encargados no parecen ver oportunidades de gestión en este ámbito. Esto, debido a que consideran que es un insumo de alto precio y que la consecución de un vehículo para las VDI está “fuera del presupuesto que pueden manejar”. La visión general de los gestores es que las VDI deben ser realizadas bajo las condiciones estructurales en que se encuentra el Sistema hoy, esto es, con la infraestructura y disposición de dineros que el gobierno (central / regional) disponga, incluidos los recursos de movilización.

Si bien todos quisieran tener mejores espacios, salas más grandes, más material estacionario y móvil, la mayoría concuerda también en que esos son temas “mayores” y que no dependen de la gestión de ellos como encargados del CHCC. Esto tiene sentido si consideramos que recursos como la infraestructura o los vehículos son compartidos dentro de los establecimientos e incluso con otros de la zona. Son recursos que, como tal, depende de instancias superiores, quedando fuera de los límites de operación de los gestores del CHCC.

La capacitación y el proceso de inducción a la intervención con VDI

Las capacitaciones iniciales

Para los ejecutores de las VDI, la capacitación y el proceso de inducción a las VDI es parte esencial cuando entran a formar parte del CHCC.

Para algunos de ellos -incluso para quienes no es su primer trabajo, y especialmente para quienes no se formaron específicamente en atención primaria o en ciencias sociales- las primeras capacitaciones y el proceso de inducción son muy importantes. La teoría en la sala de clases de pregrado es distinta a la *realidad* en las intervenciones y eso se hace notar en las primeras semanas de trabajo de los ejecutores que entrar a trabajar al Sistema. Las VDI, como técnica, no son fáciles de ejecutar porque implican no sólo un conocimiento técnico específico (orientaciones técnicas) sino también el desarrollo de habilidades “blandas”, sociales, de conversación, de “terreno”. La inducción, por tanto, es para los ejecutores una combinación entre aprender los “pasos del baile” (reglas) y “bailar con un estilo propio” (habilidades sociales), lo que se va construyendo a medida que se realizan las VDI y se incorporan en el repertorio de técnicas del nuevo profesional. En esto, el apoyo y trabajo en equipo de todos -profesionales y técnicos- es un apoyo valioso que parece entregarse espontáneamente, como parte de la “cultura” actual del Sistema CHCC.

En este escenario, existe la opinión extendida entre los ejecutores de que la capacitación inicial / la inducción es necesaria y relevante. En general, este tipo de capacitación se realiza en la medida que se hace necesario, aunque en algunos establecimientos se levanta una carencia en

este sentido. Si embargo, cuando la carga de trabajo es muy alta y no hay espacios de inducción formales, siempre hay un aprendizaje informal, en el cotidiano, que va supliendo esa carencia hasta que se logran realizar las instancias formales.

En los establecimientos también se suelen realizar otro tipo de capacitaciones, en temas específicos, de especialidad, de atención primaria, o amplios. Estas capacitaciones, sin embargo, suelen ser gestionadas por el consultorio, y el que los ejecutores puedan acceder a ellas depende –una vez más– de la gestión y proactividad del encargado del CHCC. Por lo general, los ejecutores se muestran abiertos y dispuestos a ser parte de estas capacitaciones, especialmente cuando son sobre temas de su interés principal y les aportan en el desarrollo de sus labores diarias, pero también como parte del proceso de aprendizaje que esperan encontrar trabajando en un Sistema tan importante como el CHCC.

Conclusiones de la Fase Cualitativa

- Las visitas domiciliarias integrales tienen una buena evaluación, tanto de parte de los beneficiarios del sistema, como de los profesionales o técnicos que las gestionan y ejecutan.
- Dentro de esta evaluación general, sin embargo, surgen algunos elementos de insatisfacción desde el lado del equipo profesional, tanto a nivel de gestores / encargados como de ejecutores.
- Estos elementos de insatisfacción se relacionan, fundamentalmente con:
 1. Vehículos de movilización a las VDI → en muchos casos este recurso no es suficiente o no existe como tal.
 2. Tipo de contrato → el modelo a honorarios utilizado para contratar a los profesionales y técnicos del Sistema CHCC genera –en algunos establecimientos– una alta rotación. Especialmente cuando las horas asignadas son pocas (11 ó 22 semanales).
 3. Insumos para la realización de las VDI → en ocasiones no se renueva, se agota o no llega a los establecimientos.
 4. Espacios de autocuidado → no parece haber espacios formales de autocuidado en apoyo al equipo.
- **DESDE LA GESTIÓN**
 1. La programación de las VDI suele realizarse de acuerdo a la demanda que cada establecimiento recibe, a la disponibilidad de movilización y de los profesionales / técnicos del equipo
 2. Los equipos suelen reunirse aproximadamente una vez al mes para realizar un seguimiento de los casos en proceso y para la asignación de los nuevos casos que entran al sistema.
 3. En general, los establecimientos generan espacios de capacitación del equipo en temas relacionados con el CHCC en general o con las VDI en particular. Las orientaciones técnicas son conocidas y se utilizan como inspiración para ejecutar las VDI lo más “al pie de la letra” posible. Sin embargo, en ocasiones los casos o las circunstancias locales en que se intervienen demandan generar soluciones ad-hoc al momento en que se presentan. Por lo general, el “espíritu” de las orientaciones técnicas, y las pautas entregadas por el Modelo de Salud Familiar en el que se sustentan las VDI, sirven de inspiración para guiar estas contingencias.

4. La capacidad de conseguir insumos para las VDI parece depender directamente de las habilidades de gestión de los encargados. Los establecimientos en que esta gestión no se realiza suelen verse perjudicados en la capacidad de material con el que cuentan, tanto para las VDI como para otras acciones del CHCC. Por el contrario: los establecimiento con una buena gestión suelen ganar proyectos MIDEPLAN o de otras organizaciones, con lo que renuevan su material / insumos.

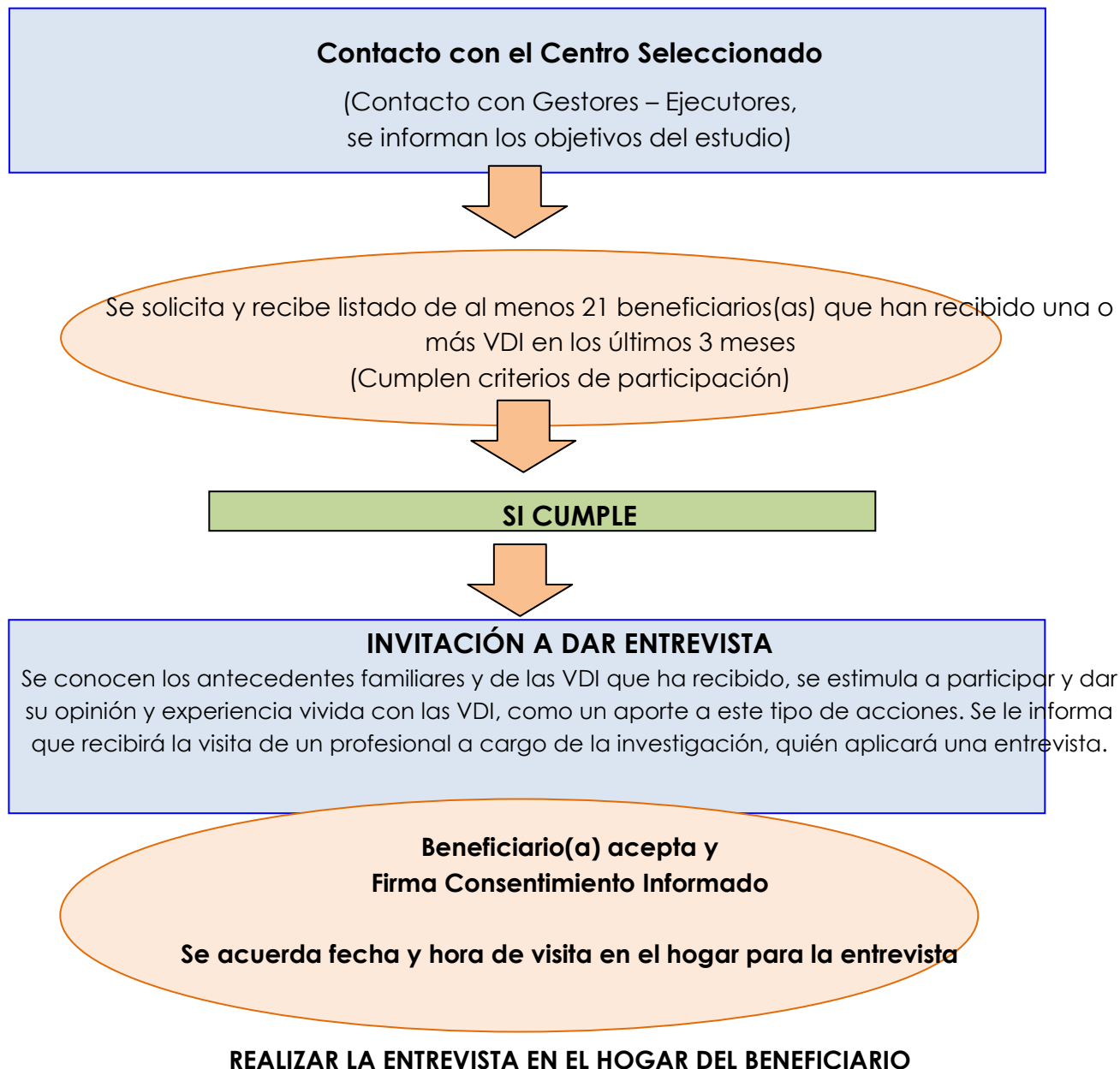
- **DESDE LA EJECUCIÓN**

1. La relación que se establece entre el equipo y los beneficiarios en las VDI parece ser en general buena. A medida que avanzan las VDI las familias y el equipo van conociéndose y entablando un vínculo que en ciertos casos es bastante afectuoso, siempre en un tono de respeto y espontaneidad mutuos. En muy pocas ocasiones, y guiados por algún problema específico, hay familias que evitan el vínculo o directamente rechazan las VDI. Habitualmente el rechazo se debe a situaciones en que los asistentes sociales deben denunciar a alguien de la familia beneficiaria por algo observado en las intervenciones.
2. Los beneficiarios hacen una buena evaluación de las VDI, en todos sus niveles / elementos.
 - Los profesionales son bien evaluados. Suelen ser claros, amables y mostrarse activos en la solución situaciones de su competencia. Generan acciones de trabajo en equipo con otros profesionales u otros sistemas (judicial, p.e.) como forma básica de intervención. Es posible, sin embargo, encontrar equipos más “afiatados” que otros, lo que suele responder a modelos de gestión más o menos carismáticos y comprometidos.
 - Los contenidos son bien evaluados. Por lo general, tanto los beneficiarios como los gestores y ejecutores consideran que los contenidos que entregan las VDI son adecuados y permiten realizar intervenciones también adecuadas. Son atingentes con los momentos y necesidades de los beneficiarios. Quienes más parecen aprovechar los contenidos de las VDI parecen ser las madres primerizas, que por lo general se sienten más llenas de dudas y preguntas respecto a la maternidad y la crianza en los primeros años de vida.

- Los aspectos “formales” de las VDI son bien evaluados también (coordinación, puntualidad, cumplimiento de compromisos, etc.) Para los equipos, sin embargo, no parece fácil cumplir con los compromisos realizados, fundamentalmente en aquellos establecimientos donde no cuentan con buena disponibilidad de movilización, o en los que el recurso humano está altamente demandado.

VI. ANEXO 2: Consolidación de Informes previos

Flujograma de Reclutamiento: Fase Cualitativa



Flujograma de Reclutamiento

Fase Cuantitativa

