



**Evaluación y Monitoreo
Sistema Integral de Protección a la Infancia
Chile Crece Contigo**

Ministerio de Planificación

Mayo 2011

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	OBJETIVOS	3
III.	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN Y MONITOREO.....	3
1.	Evaluación Implementación y Funcionamiento del Sistema Chile Crece Contigo	4
2.	Evaluación de Impacto de Corto Plazo Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	77
3.	Monitoreo del Desarrollo Infantil y sus Determinantes.....	89

I. INTRODUCCIÓN

El uso de los recursos públicos tiene asociado un importante costo alternativo, el cual puede ir desde el desarrollo de iniciativas con iguales objetivos, a otras muy disímiles, incluso a la opción de no realizar nada. Dado esto, es primordial conocer cuál ha sido el funcionamiento de las iniciativas emprendidas, así como también los resultados obtenidos por quienes han participado en ellas. Es por esto que, en política pública, existe un creciente interés por determinar los efectos que tienen las diversas políticas y programas que son implementados por los gobiernos.

La evaluación y el monitoreo proveen herramientas para poder aprender de las experiencias pasadas, mejorar la entrega de servicios, planificar y asignar recursos de mejor manera, y evidenciar resultados como parte de la rendición de cuentas (*accountability*)¹.

En este contexto, la implementación de una política como el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, requiere contar con un proceso continuo de evaluación que refuerce la decisión de haberla adoptado; o si, por el contrario, los resultados son negativos o muy distintos a los esperados, para que el Gobierno adquiera información que le permita, ya sea, reformular algún componente de la política, detectar si los problemas son atribuibles a ésta o a deficiencias en su ejecución y/o implementación, evaluar si otras modalidades podrían mejorarla, o decidir terminarla y usar los recursos en otras intervenciones más efectivas.

II. OBJETIVOS

La estrategia de evaluación y monitoreo del Sistema Chile Crece Contigo tiene los siguientes objetivos:

- Proveer información de corto, mediano y largo plazo que sea de utilidad para la gestión pública.
- Generar antecedentes relevantes y pertinentes para el seguimiento de los avances y resultados de la implementación del Sistema Chile Crece Contigo.
- Analizar la implementación y el funcionamiento del Sistema de manera integral.
- Establecer que los efectos observados son resultado de la implementación del Sistema Chile Crece Contigo.

III. ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

Existen una serie de métodos, herramientas y aproximaciones para evaluar y monitorear programas y políticas. La elección de cuál es la más apropiada dependerá de un amplio rango de consideraciones, definidas en el contexto de la evaluación. Esto

¹ The World Bank, "Monitoring & Evaluation: Some Tools, Methods & Approaches".

incluye el destino de la información que generen la evaluación y el monitoreo, los demandantes de los resultados, los plazos en los que se requiere la información, y el costo², entre otros.

Para entender el diseño de evaluación, es necesario tener presente que Chile Crece Contigo presenta algunas características particulares, en relación a su diseño e implementación, entre las que destacan:

- Es universal para gestantes, niños y niñas que se atienden en el sector público de salud. Adicionalmente, tiene prestaciones diferenciadas, de acuerdo a las características particulares de cada niño y niña.
- Funciona intersectorialmente, lo que implica que requiere un funcionamiento en red.
- Múltiples intervenciones sobre una misma gestante, niño, niña y/o familia.
- Implementación a nivel local, lo que implica heterogeneidad en el funcionamiento a nivel nacional.

Como consecuencia de lo anterior, se requiere utilizar una amplia gama de métodos de evaluación y monitoreo, que garanticen que Chile Crece Contigo se ejecute de manera eficaz y eficiente. Por lo tanto, la estrategia incluye métodos diferentes entre sí, pero que al considerarlos de manera conjunta entregarán información del Sistema que por sí solos no son capaces de capturar.

Así, la estrategia implementada por MIDEPLAN³ considera los siguientes componentes:

1. Evaluación Implementación y Funcionamiento del Sistema Chile Crece Contigo
2. Evaluación de Impacto de Corto Plazo del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
3. Monitoreo del Desarrollo Infantil y sus Determinantes

1. Evaluación Implementación y Funcionamiento del Sistema Chile Crece Contigo

Para que una política social de la envergadura de Chile Crece Contigo pueda obtener los resultados e impactos esperados, es necesario e imprescindible que su instalación, implementación y funcionamiento, se realicen según el diseño original, de manera que el Sistema pueda desplegarse en todos los ámbitos en los que está contemplado su accionar, dando respuesta a las necesidades de apoyo para el proceso de desarrollo de los niños/as.

La evaluación de la implementación pone atención en la dinámica y los factores que explican el desarrollo y el impacto final de la intervención. También se le llama

² The World Bank, op.cit.

³ Esto en cumplimiento de la Ley N° 20.379, que establece que “El Ministerio de Planificación tendrá a su cargo la administración, coordinación, supervisión y evaluación del Sistema” Intersectorial de Protección Social.

evaluación formativa, porque permite la constante programación o corrección de aspectos del programa durante su transcurso⁴.

El objetivo de esta estrategia es evaluar si Chile Crece Contigo se ha implementando de acuerdo a lo planificado, permitiendo una retroalimentación constante sobre el estado en que se encuentra la implementación y el funcionamiento del Sistema, identificando los nudos críticos a medida que surgen y sus fortalezas. Esta evaluación deberá abarcar, de manera progresiva, cada uno de los componentes y/o programas considerados en el Sistema. Asimismo, se espera que esta información sea clave para corregir, reasignar, fortalecer y difundir los resultados; así como conocer las buenas y malas prácticas. También permitirá profundizar el análisis que surja a partir de los resultados de las evaluaciones de impacto realizadas a los distintos componentes del Sistema Chile Crece Contigo.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biosicosocial es el programa eje del Sistema, a través del cuál se despliega el acompañamiento a la trayectoria del desarrollo. Este acompañamiento se complementa con las acciones que a nivel local realizan las Redes Comunes Chile Crece Contigo, para articular la entrega del conjunto de servicios y beneficios contemplados por el Sistema, de manera oportuna y pertinente. Por lo tanto, parte importante de la efectividad de la política depende de la correcta implementación de estos dos componentes. En este contexto, se consideran **tres líneas de evaluación**:

- i. **La primera tendrá su foco en el área de salud, específicamente en la implementación y funcionamiento del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.** Esta evaluación pretende constatar si la implementación del componente de salud del Sistema Chile Crece Contigo, se ha realizado de acuerdo a lo planificado y si las condiciones actuales de funcionamiento permiten la correcta entrega de las prestaciones comprometidas por el Programa. Asimismo, se espera conocer las percepciones de las/los usuarias/os y de las/los prestadoras/es respecto a este Programa en particular y al Sistema en general.

A. ANÁLISIS CUALITATIVO PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL

NOMBRE ESTUDIO	Análisis Cualitativo Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
FECHA EJECUCIÓN	Noviembre 2008 - Abril 2009
EJECUTOR	Fundación GESTA – Corporación MOVILIZA
OBJETIVO GENERAL	Evaluación cualitativa del funcionamiento del PADB en los establecimientos de salud, considerando percepciones y opiniones de los actores relevantes en la implementación y funcionamiento del Sistema Chile Crece Contigo; así como la percepción de las usuarias/os, respecto a la oportunidad, pertinencia y calidad de las prestaciones ofrecidas y recibidas.

⁴ Cohen, E. y R. Franco (1992), "Evaluación de proyectos sociales", Editorial Siglo XXI.

METODOLOGÍA	Entrevistas y talleres
MUESTRA	
Tamaño	96 prestadores ⁵ y 80 usuarias ⁶
Localización	80 establecimientos de salud ⁷ , de 6 regiones
Representatividad	No tiene
INSTRUMENTOS	Pauta de entrevista a usuarias Pauta de entrevista a prestadores
PRODUCTOS	Informe Final y transcripción de las entrevistas

I. Introducción y Objetivos del Estudio

El objetivo de este estudio es evaluar cualitativamente el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en los establecimientos de salud, en el marco de la implementación del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (CHCC), a partir de las percepciones de los actores relevantes del Programa. En este resumen se presentan los principales resultados obtenidos a partir del proceso de recolección de datos, los cuales dan cuenta de los principales hallazgos obtenidos desde la percepción de los prestadores(as) y usuarias del programa. Éstos también se han usado para establecer elementos comparativos según tipo de centro de salud y tiempo de ejecución del PADB.

De lo anterior se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento, importancia y compromiso que tiene para los prestadores de establecimientos de salud: (i) el Sistema CHCC en general y (ii) el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en particular, dando cuenta de los aspectos positivos y negativos en la implementación y funcionamiento de éste, especificando para cada etapa (gestación, parto y primer año de vida) la evaluación de ámbitos tales como: procedimientos, recursos humanos e infraestructura, entre otras.
- Conocer las expectativas de impacto del sistema CHCC de parte de los prestadores respecto al desarrollo de los niños/as.
- Realizar un análisis de brechas entre los aspectos críticos que ofrece el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y la percepción sobre estos, planteado por los prestadores.
- Conocer y sistematizar cinco experiencias de gestión en distintos establecimientos de salud en relación a la situación anterior y posterior a la implementación del sistema CHCC, poniendo énfasis en los cambios efectivamente realizados.

⁵ Para la selección se tomó en cuenta la antigüedad de las prestadoras en el Programa (6 meses o un año mínimo), dependiendo del tiempo de funcionamiento de éste en la comuna. Las entrevistas fueron realizadas principalmente a prestadoras/es directos del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial: enfermeras y matronas/ón,

⁶ Las usuarias fueron divididas en tres grupos, de acuerdo al período en el cuál la entrevista sería centrada: gestantes, parto, primeros dos años de vida del niño/a.

⁷ Considerando: Centros Comunitarios de Salud Familiar; Centros de Salud Familiar; Consultorios Urbanos y Rurales, Postas de Salud Rural y Hospitales.

- Conocer y sistematizar distintas experiencias de los establecimientos de salud, según corresponda, respecto a la atención personalizada en el parto, identificando los principales cambios efectuados en gestión, recursos humanos e infraestructura, entre otros, luego de implementar el sistema CHCC.
- Sistematizar y analizar la percepción de los prestadores respecto al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, desde su implementación hasta su funcionamiento actual, identificando virtudes, deficiencias y otros aspectos que se consideren relevantes.
- Sintetizar los hallazgos más relevantes extraídos en el análisis según tipo de establecimiento de salud y tiempo de éste dentro del sistema CHCC.
- Constatar y sistematizar las sugerencias respecto a la implementación y funcionamiento del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, considerando tanto los problemas percibidos por los prestadores como iniciativas de mejoras ejecutadas.
- Conocer la percepción general que tienen los/as usuarios/as del: (i) el Sistema CHCC en general y (ii) el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en particular.
- Conocer el grado de satisfacción de los/as usuarios/as del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, considerando la oportunidad, pertinencia y calidad de las prestaciones recibidas en el contexto del Sistema CHCC; así como de las expectativas que tienen sobre el desarrollo futuro de sus hijas o hijos una vez dentro del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.
- Constatar si los/as usuarios/as reciben, entienden y utilizan cada uno de los materiales educativos entregados, así como también saber si asisten, aprenden y aplican los contenidos y recomendaciones impartidas en los talleres que ofrece el sistema CHCC.
- Sintetizar los hallazgos más relevantes extraídos en el análisis, según tipo de establecimiento de salud y tiempo de éste dentro del Sistema CHCC.
- Elaborar recomendaciones de política que sirvan a los gestores de CHCC para tomar decisiones respecto de la oferta actualmente disponible, tanto a nivel de la posible adecuación de los servicios como a través de la generación de nueva oferta en las áreas que presenten mayor déficit dentro del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.

II. Metodología

II.1. Características de la muestra

Las unidades muestrales correspondieron a los 80 centros de salud identificados por el MIDEPLAN en las regiones de Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Libertador Bernardo O'Higgins y Bío Bío. Dentro de cada centro se escogió a prestadores(as) y usuarias del PADB.

Los prestadores fueron definidos como aquellos profesionales que brindan una prestación directa a las usuarias del PADB. Las usuarias por su parte, fueron definidas como las madres de los hijos e hijas que están recibiendo prestaciones del PADB.

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

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

II.2. Recolección y procesamiento de información

La realización del trabajo en terreno, contempló la realización de un procedimiento complejo que contempló elementos de capacitación, coordinación y ejecución. A continuación se presenta la descripción de dichas instancias:

- Capacitación del equipo de coordinadores y entrevistadores

Dentro del diseño de la propuesta, se contempló la realización de una capacitación dirigida a los coordinadores zonales y al equipo de entrevistadores. En esta instancia se abordaron temáticas de contextualización, en donde se revisaron elementos centrales del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo y del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Además, en conjunto, se revisaron la totalidad de instrumentos que se utilizaron para el desarrollo de la evaluación.

- Construcción de Equipos Zonales

Posterior a la capacitación, se desarrolló el proceso de confección de los equipos zonales. Estos se conformaron por un coordinador zonal, y un equipo de entrevistadores. Los equipos zonales variaron en su conformación, según el tamaño de la muestra. De esta manera los equipos más numerosos estaban centrados en las zonas de la región metropolitana; la región del Libertador Bernardo O'Higgins, y el Bío-Bío.

- Construcción de ficha de Identificación de cada Centro de Salud

Esta ficha permitió la confección de una base de datos con la información de cada uno de los centros que conformaron la muestra de la presente evaluación, lo que posibilitó la obtención de información característica de la muestra.

- Coordinación con encargado del PADB

Se contactó al encargado del PADB de cada uno de los Centros de Salud, y en su defecto, al encargado Municipal del programa.

- Construcción de las rutas de entrevistas y confirmación de las mismas

Una vez realizadas las acciones anteriores, cada coordinador confeccionó el itinerario de entrevistas a realizar. En paralelo a dicha confección, se realizó la confirmación de

cada una de las entrevistas con 24 horas de antelación, de manera de asegurar la presencia de los involucrados en el día y hora coordinado.

- Realización de las entrevistas

En el tiempo señalado en la planificación, se realizaron la totalidad de las entrevistas y los talleres (con la excepción de los centros que contaban con sus profesionales en vacaciones; en estos casos las entrevistas se hicieron de manera posterior). Cada coordinador de zona se encargó de realizar el control de calidad de las entrevistas

- Transcripción, codificación y procesamiento de la información.

Una vez que se finalizaba una entrevista, ésta era entregada a uno de los miembros del equipo de transcriptores. Posteriormente, dichas transcripciones fueron entregadas al equipo de investigadores; los cuales comenzaron el proceso de codificación en el software elegido.

III. Principales Resultados

III.1. Principales resultados asociados a los prestadores(as) del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

Los resultados se presentan en base a tres ejes de análisis: Implementación, Ejecución y Proyección.

El eje de implementación refiere al proceso de instalación y articulación del programa en el contexto local. Ello implica el establecimiento físico, la vinculación con los usuarios, la conformación (o prolongación) de un equipo de trabajo, la adecuación al contexto local, y la coordinación con las redes locales.

El eje de funcionamiento refiere al proceso de trabajo que desarrolla el PADB en el contexto local, lo que involucra las actividades, resultados de procesos, gestiones, etc.

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

Durante **la etapa de implementación** un elemento que se destaca es la no existencia de un conocimiento suficiente a nivel de la institucionalidad del Sistema CHCC y del PADB, pero si a nivel de los enfoques y propósitos que se plantean. A nivel operativo, en tanto, se relata un proceso de aprendizaje de los procedimientos y actividades que fueron desarrolladas de forma correcta y permanente por los equipos. Asociado a ello, se manifiesta un elevado nivel de adhesión manifestado en valoraciones positivas y al compromiso tanto con el Sistema CHCC como con el PADB. Otro aspecto relevante en esta etapa es la coordinación con la red local, la cual tuvo un inicio con resultados positivos en algunos centros, pero que decrecieron progresivamente. En algunos centros se recurrió a la coordinación regional del sistema como estrategia para establecer vinculaciones, lo cual contribuyó medianamente a la organización y

establecimiento de canales formales de comunicación entre las redes, sin embargo a largo plazo ello no perduró. Cabe señalar, que en los centros en los que las redes han sido un poco más sólidas, ello se asocia a la existencia de coordinaciones previas o a la dedicación especial de un funcionario a esta tarea.

La etapa de funcionamiento se caracteriza por un proceso de apropiación de los contenidos del Sistema CHCC y del PADB que ha generado una serie de dinámicas como el reconocimiento de un proceso de cambio, (re)descubrimiento de las potencialidades y beneficios del CHCC y del PADB, e incorporación del discurso a la cultura organizacional de los centros de salud, entre los más significativos. A su vez, se observa el fortalecimiento de la adhesión con el programa mediante la valoración y significación de los logros y aportes observados en la práctica. Otro aspecto que se destaca es la evidencia de brechas de aspectos críticos en relación a un óptimo. Ellas se expresan en los ámbitos de recursos para el desarrollo de las prestaciones, estabilidad y permanencia de los prestadores, procesos de inducción y capacitación, acceso y adhesión de las usuarias al PADB; trato de calidad a las usuarias y adaptación e inserción en la cultura organizacional de los centros de salud. En cuanto a la evolución que ha tenido el PADB, muchos(as) prestadores(as) perciben que continúa implementándose y aún no se da inicio a la etapa de funcionamiento.

La proyección, en tanto, se traduce en diferentes tipos de expectativas: mejorar las condiciones de vida de madres e hijos (as) y de las familias en general; estimular niños a través del apoyo familiar y que ellos estén preparados para ingresar al sistema educativo; aumentar la participación de los padres y otros miembros de la familia; lograr la satisfacción de la usuaria en el centro de salud donde recibió las atenciones; y articular una forma de trabajo en equipo, detonar un cambio cultural del trabajo en salud (humanizar la atención), crear conciencia en el trabajo de red y generar un reconocimiento del trabajo realizado. A su vez, dentro de la evaluación que los (as) prestadores (as) han hecho sobre el funcionamiento del PADB se han sugerido algunas acciones para su mejoramiento: coordinación intersectorial; asumir los obstaculizadores estructurales; superar el déficit de recursos para el desarrollo del PADB; medir los resultados; mejorar la difusión interna y externa; trabajar a nivel de la cultura organizacional; y adaptarse al contexto local.

III.2. Principales resultados usuarias del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

Los resultados se presentan en base a tres ejes de análisis: Implementación, Ejecución y Proyección.

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

El eje funcionamiento refiere al proceso durante el cual las usuarias han recibido las prestaciones del PADB y se han vinculado con los profesionales de los centros de salud encargados de realizarlas.

Por último, el eje de proyección refiere a las expectativas de los usuarios del Sistema Chile Crece Contigo, o los que participan del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.

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

Respecto de la **etapa de funcionamiento**, las usuarias manifiestan un nivel positivo de satisfacción en el que destacan la cercanía y buen trato recibido, la utilidad de los materiales y actividades que les son ofrecidos, durante y después de su embarazo, y la gratuidad del programa. Respecto a los materiales, la mayoría de los relatos aluden a su utilidad para el seguimiento del proceso de gestación del bebé y cómo es que a través de ellos han logrado sentirse más seguras respecto a las labores parentales. El aprendizaje logrado por medio de estos espacios, en tanto, ha sido muy bien recibido por la madres quienes por lo general asisten con bastante entusiasmo e interés. Es a través de estos talleres y actividades que las mujeres afirman sentirse preparadas y por sobre todo respaldadas por un trabajo sistemático que ellas mismas realizan durante su embarazo.

En cuanto a la **proyección**, las expectativas de las usuarias se asocian al desarrollo de los niños, mediante el aumento de la calidad de vida; a las prestaciones, a través de su uso y calidad principalmente; a la información recibida, que implica la expectativa de estar mejor informado para utilizar los recursos pedagógicos entregados por el PADB, y ejercer competencias parentales para el cuidado infantil; y el futuro, enfocado en el logro de protección, certidumbre y bienestar integral.

III.3. Elementos Comparativos

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

A nivel de la percepción de los(as) prestadores(as), en la mayoría de los centros de salud se señala que el PADB se inició con procesos de capacitación e inducción débiles, que solo permitieron tener un conocimiento general del Sistema CHCC y del programa. A pesar de ello, se generó un fuerte compromiso y adhesión a los objetivos y enfoques. En cuanto a la integración del programa a la red comunal, se destaca un mayor nivel de articulación en los CESFAM y CECOF que en el resto de los centros. En el resto de los centros en tanto se reconoce un desconocimiento de las redes y una muy baja

conectividad con y entre ellas. A su vez, reconocen dificultades en la conformación o antes bien articulación de la red local en función del programa. Se atribuye una importancia central al rol de la encargada comunal, que no siempre es cumplido satisfactoriamente.

En el **proceso de funcionamiento**, se identifica que es en los CECOF y CESFAM donde se aprecia un mayor nivel de integración de la mirada biopsicosocial y los lineamientos para la atención de usuarios, en tanto que los niveles más bajos se encuentran en los hospitales y los centros en que el programa se inició entre febrero y mayo de 2008. En cuanto a la evaluación que se hace del funcionamiento, hay consenso en la definición de los aspectos críticos y las brechas existentes entre la situación actual y el óptimo esperado. Dentro de estos aspectos destacan los déficit en los recursos necesarios para implementar las prestaciones; déficit en el proceso de comunicación e inducción de los equipos; y déficit en la dotación de recurso humano para abordar las exigencias de las prestaciones. En el caso de los hospitales y postas se resalta la falta de infraestructura para realizar prestaciones, en especial las salas para los talleres y de parto. Ligado a lo anterior, muchos destacan procesos de cambio a partir de la llegada del programa. En los CECOF y CESFAM se destaca la inserción de nuevas prácticas y enfoques, ligados principalmente a lo psicosocial y la mirada sobre la familia. En el caso de los centros de salud rural se habla incluso de cambios culturales en la organización. En los centros urbanos y hospitales se destaca el ordenamiento de las tareas que ha venido a realizar el PADB, en las postas rurales se menciona que los principios orientadores han venido a reorientar las prácticas que se venían desarrollando. Los centros del período septiembre 2007 a enero 2008 muestra centros que evalúan positivamente el proceso recorrido pero aún resienten la necesidad de fortalecer el trabajo multidisciplinario. Los centros iniciados después de febrero de 2008, también perciben un buen proceso de incorporación de las prestaciones a los centros de salud, pero enfatizando que la mirada biopsicosocial no se encuentra aún integrada.

Las **expectativas** que desarrollan los profesionales de los equipos de los distintos centros de salud son coincidentes en el discurso. En todos se observan tres niveles; el primero asociado a contribuir a la construcción de una sociedad más justa y equitativa; el segundo ligado al fortalecimiento de las familias en su rol parental, principalmente a través de la formación de las gestantes y madres y fomento de la participación de familiares, especialmente los maridos o padres; el último nivel apunta al desarrollo integral de los niños y niñas. En los centros instalados entre junio y agosto de 2007, las expectativas se centran principalmente en el logro de resultados positivos en los niños, niñas, sus madres y familias. Se evidencia un proceso de concretización mayor de los logros del programa sin dejar por esto de mirar el nivel macro del impacto a nivel social. Junto con lo anterior, en los centros iniciados entre septiembre de 2007 y enero de 2008 se suma el deseo de consolidar la implementación del PADB a través del desarrollo completo de las prestaciones. En los centros del último período en tanto, también se hace referencia a los logros a niveles de las usuarias y de la integración de la familia en el proceso.

Al momento de proyectar el desarrollo del PADB se elaboran propuestas para el mejoramiento del programa en el futuro. En ellas hay coincidencias en solicitar mayor dotación de recurso humano y asegurar la entrega oportuna de recursos financieros y materiales. Desde los centros rurales se establece – sumado a lo anterior- una demanda por mayor nivel de información y vinculación con los niveles regionales y central de MIDEPLAN. También destaca en los centros de salud urbana la sugerencia por mejores condiciones laborales, lo que apunta a una problemática presente en todos los tipos de centro, la alta rotación del recurso humano.

A nivel de la percepción de usuarias, en la mayoría de los centros la vinculación inicial con el PADB se considera buena. Destacan los rasgos del trato de los prestadores(as), la calidad de estos, los materiales entregados entre otras cosas. A pesar de lo anterior, hay dos elementos que se presentan de manera diferente en algunos centros: en los hospitales y centros de salud urbano se resiente la escasa información recibida en la primera atención lo cual puede dificultar la manutención y/o adherencia de la usuaria al programa; en los centros rurales las dificultades de acceso que tienen muchas usuarias producto de las condiciones geográficas y de conectividad que tienen con el centro.

En cuanto al **funcionamiento**, en términos generales no se observan grandes diferencias en los niveles de satisfacción de las usuarias con las prestaciones en los diferentes centros de salud. En todos ellos se destaca el trato personalizado de los profesionales, la cordialidad con que las atienden, así como la calidad de los materiales y talleres. Algunos niveles de insatisfacción dicen relación con el tiempo que transcurre entre sesiones, la escasez de horas, y la baja información que reciben. Ligado a lo anterior, todos reconocen el uso de los materiales entregados como algo positivo para la comprensión de los procesos de gestación y parto, así como para la incorporación de otros miembros de la familia a estos procesos. Este reconocimiento no presenta diferencias sustanciales entre los distintos tipos de centro de salud. A su vez, los talleres se valoran como espacios importantes de aprendizaje en los cuales se adquieren herramientas para enfrentar mejor las etapas del embarazo, parto y primeros años de vida de los (as) hijo(as). En ello no se observan diferencias por tipos de centros de salud, solamente se distinguen por el tipo de prestación y en la etapa en la que se vinculan con las usuarias.

Respecto a la **proyección**, se observa que independientemente del tiempo de implementación de los centros de salud, las usuarias que asisten a ellos no presentan mayores diferencias en cuanto a las expectativas que desarrollan. Estas se pueden agrupar en dos niveles. Las primeras, de corto plazo, dan cuenta del deseo de que los niños y niñas estén bien, estimulados y se desarrollen de forma sana utilizando las prestaciones del programa. Un segundo nivel amplía la mirada al futuro, destacando el anhelo de que los hijos(as) puedan ingresar y desarrollarse positivamente en el sistema educacional y puedan progresar durante su vida. Asociado a ello, salvo en los centros de salud urbanos y rurales, también se desarrolla una expectativa más amplia, ligada al

reconocimiento de posibilidades de desarrollo que van más allá de los primeros años de vida.

IV. Conclusiones

En términos generales se concluye del estudio que tanto en usuarias como prestadores(as) existe una alta valoración del Sistema CHCC y del PADB. A pesar de ello, se observa una diferencia entre la percepción de estos actores, donde los(as) prestadores(as) tienden a ser más negativos que las usuarias. Por otra parte, se constata que el PADB -independiente de su fecha de instalación- no se encuentra consolidado en los centros de salud. En este sentido, se señala que el proceso de implementación ha sido difícil en la mayoría de los centros de salud y que la integración efectiva de la mirada biopsicosocial no ha sido transversal a los centros de salud, tanto en las prácticas relatadas como en el discurso. Finalmente, se reconoce como un problema la no instalación de un trabajo permanente con la red local.

En cuanto al **proceso de implementación** del PADB para los(as) prestadores(as) ha sido complejo. Desde el discurso de los prestadores(as), esta etapa se observa como un proceso de acomodación y adaptación. En el relato de las usuarias por su parte, se observa un desconocimiento respecto del PADB y una cierta familiaridad con el Sistema CHCC, ello a pesar de conocer sus prestaciones y los beneficios que pueden obtener. Cabe destacar que el proceso de implementación conlleva una resignificación de los modelos de funcionamiento. Esto es, se produce una transición desde el modelo biomédico hacia el Biopsicosocial, lo que ha implicado internalizar y operativizar la idea de atención personalizada, “humanizada” e integral; el involucramiento de la familia, la salida a terreno en las visitas domiciliarias, la detección precoz y preventiva de riesgos y un fuerte trabajo en red, entre otros.

Respecto del **funcionamiento** del PADB, las conclusiones se orientan a las brechas evidenciadas entre su estado actual y un óptimo descrito por los(as) prestadores(as). Por ello se asocian generalmente a las dificultades surgidas a nivel organizacional. Aquellas, tienen relación con la adecuación de las prácticas laborales, a partir de nuevos estándares exigidos por la operación de la Protección social a la primera infancia. Para el caso de las usuarias de los servicios, el Programa es relatado con mayor simpleza. La efectividad de prestaciones depende del buen trato recibido, especialmente en gestantes con experiencias de malos tratos o violencia en su biografía. Asimismo, la buena percepción del Programa se define a partir de la información recibida, especialmente a través de los materiales gráficos. La tríada, buen trato, comunicación oportuna y práctica de lo aprendido es la base del aprendizaje de las gestantes.

En cuanto a las **proyecciones**, mientras los(as) prestadores(as) transitan desde una visión de la sociedad hasta la satisfacción de una usuaria determinada, éstas se

enfocan a los beneficios presentes y futuros de sus vidas familiares desde su rol parental. A nivel del desarrollo específico del Programa, las expectativas se vuelcan a logros concretos en torno a las gestantes y madres. Otra de las expectativas presentes en el discurso de los(as) prestadores(as) es la incorporación de otros miembros de la familia al proceso gestación y la permanencia en el tiempo como una práctica familiar regular. Por su parte, las expectativas de las usuarias respecto al Programa se enfocan al aumento de la calidad de vida, tanto de sus hijos como de sus familias. En este sentido, valoran la adquisición de herramientas para desarrollar procesos de mejoramiento de las competencias parentales. A su vez, generan la proyección de que a partir de estos recursos, contarán con niños(as) sanos y adaptados psicológicamente

B. ENCUESTA NACIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL 2008 - 2009

NOMBRE ESTUDIO	Encuesta Nacional de Implementación Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
FECHA EJECUCIÓN	Octubre 2008 (primera aplicación) Octubre 2009 (segunda aplicación)
EJECUTOR	MINSAL – MIDEPLAN
OBJETIVO GENERAL	Identificar las brechas entre las condiciones existentes y las establecidas por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, para la entrega de prestaciones.
METODOLOGÍA	Encuesta on-line
MUESTRA	
Tamaño	Censal en establecimientos de salud públicos que entregan una o más de las prestaciones contenidas en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.
Localización	Nacional
Representatividad	La representatividad está asociada tanto a la tasa de respuesta lograda a los distintos niveles (nacional, regional, comunal, por Servicio de Salud, etc), como a la representatividad poblacional de los que se atienden en los centros de salud que responden la encuesta.
INSTRUMENTOS	Cinco cuestionarios diseñados según el tipo de prestador: Atención Primaria ⁸ ; Posta de Salud Rural; Maternidad; Unidad de Neonatología; Unidad de Pediatría.
PRODUCTOS	Informe 2008; Informe Comparativo 2008 – 2009. Informes por Servicio de Salud (2008). Base de datos aplicación 2008; Base de datos aplicación 2009.

I. Introducción

Desde el año 2007 se comienza a implementar el *Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (en adelante, ChCC)*, el cual se define como una política pública multisectorial que busca reducir las inequidades desde su génesis, en los primeros años de vida, a través de promover la salud, el bienestar, la seguridad y el desarrollo en los niños, niñas, sus familias y comunidades desde la gestación y hasta el ingreso al sistema escolar (0-4), articulando diversos programas e intervenciones en el nivel local.

Por su extensión territorial, sus altos índices de cobertura y la periodicidad de los contactos de las mujeres durante el período de gestación y de los niños(a) a través del

⁸ Considerando: Centros de salud urbanos; Centros de salud rural; Centros de salud familiar; Establecimientos hospitalarios de diversa complejidad; Centros comunitarios de salud familiar; Hospitales delegados; Consultorios generales urbanos.

control sano se escogió al sector salud como el ejecutor del *programa eje* del Sistema, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), a través del cual se busca fortalecer y complementar la oferta de prestaciones de salud que se brindan a la familia durante el período de gestación del niño(a) hasta los 4 años de edad.

El proceso de instalación de Chile Crece Contigo y sus componentes se inicia el año 2007 en las primeras 159 comunas. Al año siguiente la instalación del Sistema ya se había extendido a las 345 comunas del país.

Desde el año 2008 y en paralelo al proceso de instalación, el MIDEPLAN constituye un equipo de trabajo interministerial con el objetivo de ejecutar un modelo comprehensivo de evaluación de Sistema, el cual incluyó diversas medidas de evaluación, relativas tanto al proceso de implementación de los diversos componentes del Sistema como de su impacto.

En este contexto se desarrolló una evaluación que midiera las condiciones existentes en los establecimientos de salud para entregar las prestaciones del PADBP, y que contribuyera a la evaluación de procesos del Sistema ChCC.

Tras el diseño del instrumento, se llevó a cabo la Primera Encuesta Nacional de Implementación del componente de salud de ChCC, logrando una tasa de respuesta del 67,8%. En términos generales, los resultados de este estudio mostraron que: i) el PADBP se encuentra aún en proceso de implementación y existen brechas que son factibles de mejorar en el corto plazo, ii) que se está implementando en la dirección correcta, reflejándose en esta y en diversas evaluaciones resultados coherentes con los objetivos del Programa, y iii) que existen dimensiones del Programa con puntajes insuficientes que requieren de especial especial atención y de un monitoreo constante.

A principios del año 2009 se crea la Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo en el Ministerio de Salud, la cual define como objetivo de su Plan de Acción 2009 el fortalecimiento de las áreas críticas identificadas en la primera Encuesta Nacional de Implementación (ENIM). Con el objetivo de dar continuidad al proceso monitoreo del programa e identificar las brechas y avances logrados durante el año, surge la necesidad de llevar a cabo una segunda versión de la Encuesta, para lo cual nuevamente se conforma un equipo interministerial.

II. Objetivos del Estudio

Objetivo general

Identificar las brechas y avances entre las condiciones existentes y las establecidas en el PADBP para la entrega de las prestaciones contempladas en éste.

Objetivos específicos

- Identificar la disponibilidad en espacios físicos necesarios para entregar las prestaciones contenidas por el PADBP.
- Identificar la disponibilidad de insumos y recursos materiales necesarios para cumplir con las prestaciones contenidas en el PADBP.

- Identificar la disponibilidad de profesionales para dar cumplimiento a las prestaciones contenidas en el PADBP.
- Identificar la percepción sobre la suficiencia de competencias necesarias para entregar las prestaciones contenidas en el PADBP.
- Identificar la percepción sobre las características de la coordinación con los distintos integrantes de la red de salud, por Servicio de Salud y por tipo de establecimiento de salud.
- Identificar la percepción sobre las características de la coordinación con los distintos integrantes de la red social, por Servicio de Salud y por tipo de establecimiento de salud.
- Comparar los resultados obtenidos en la evaluación 2008 y 2009.

III. Metodología

Evaluar las condiciones existentes en los establecimientos de salud para la prestación de los servicios del PADBP, permite obtener información útil para planificar la distribución de recursos, tanto humanos como materiales, identificar áreas críticas, establecer metas y objetivos factibles de lograr y evaluar los efectos que han tenido las acciones emprendidas, identificando avances o retrocesos.

Para tales efectos se materializó la metodología de condiciones de eficiencia en la Encuesta Nacional de Implementación (ENIM) del PADBP la que busca medir y monitorear las percepciones del nivel local sobre las condiciones en las que se entregan las prestaciones contenidas en el PADBP. Específicamente, busca identificar las condiciones en las que está operando el Programa, en cuatro áreas: Planta física, Recursos humanos, Insumos y Procedimientos. También con esta segunda evaluación se busca comparar e identificar los avances y/o retrocesos respecto a la medición realizada durante el 2008.

Universo

Al igual que el año 2008, el universo de esta evaluación son todos los establecimientos de salud públicos o Unidades o Servicios clínicos que entregan una o más prestaciones incluidas en el PADBP. La encuesta fue dirigida a aquellas personas que tuviesen un mayor conocimiento sobre el funcionamiento y sobre los recursos disponibles para la entrega de prestaciones del PADBP en cada establecimiento o unidad proveedora de Servicios. Estos requisitos eran reunidos por los Jefes o Directores de cada establecimiento o unidad.

Se precisó que 1.326 establecimientos y unidades o servicios clínicos componían el universo.

Descripción del instrumento y aplicación

La metodología “condiciones de eficiencia” se basa en una encuesta con ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y observación directa, y se realiza de forma conjunta por el personal del establecimiento de salud y evaluadores externos. Sin embargo, debido al carácter censal de la presente evaluación y la magnitud del universo, se tomó la decisión de modificar la metodología, principalmente en dos puntos. Primero, el instrumento es autoaplicado. Y segundo, el instrumento diseñado contempló respuestas tanto dicotómicas (sí/no) como politómicas (likert)⁹. Adicionalmente, se incorporó un espacio final para que el encuestado realice observaciones, ya sea al mismo instrumento o bien, precisiones respecto a sus respuestas.

De esta forma, el instrumento está compuesto por cuatro dimensiones claves o estratégicas para la operación del Programa, las cuales se definen como:

- a) Planta física: Percepción de la presencia de las condiciones mínimas en infraestructura requeridas para el PADBP.
- b) Recursos humanos: Percepción respecto a la dotación de profesionales de la salud que intervienen directamente en el PADBP y sus capacidades para ejecutar las prestaciones del programa.
- c) Insumos: Percepción del conjunto de recursos materiales necesarios para desarrollar las actividades previstas en el PADBP.
- d) Procedimientos: Percepción sobre la realización de acciones que permiten entregar las prestaciones de la manera que contempla el PADBP.

Por otra parte, se elaboraron cinco versiones del instrumento, las que evalúan las mismas dimensiones señaladas anteriormente, pero adaptadas a las condiciones requeridas en las distintas unidades o establecimientos de salud. La construcción de cada versión del instrumento se basó en aquellos aspectos fundamentales y explicitados en las normas técnicas del PADBP. Así, y tal como se mencionó anteriormente, los tipos de establecimientos considerados son: Establecimientos de Atención Primaria; Postas de Salud Rural; Servicios o Unidades de Maternidad; Unidades de Hospitalización de Neonatología; Unidades de Hospitalización de Pediatría.

El instrumento fue aplicado en formato electrónico, y se instaló en la plataforma del Ministerio de Salud y se generó un enlace desde la página WEB www.crececontigo.cl.

Construcción del índice e interpretación de resultados

El instrumento permite obtener un puntaje total y por dimensión. El puntaje total se obtiene a partir de la suma de todos los valores obtenidos en las diferentes

⁹ Las respuestas dicotómicas tienen como opciones de respuesta sí/no, donde “sí” puntúa 2 y “no” puntúa 1. En las respuestas politómicas (likert), se utiliza un rango 0 de opciones donde la actitud más favorable puntúa 5 y la menos favorable puntúa 1.

dimensiones consideradas, e indica en qué magnitud el establecimiento o unidad reúne las condiciones para la implementación del PADBP.

Para obtener un índice que permitiese sintetizar en un único valor los resultados obtenidos, se elaboró un Índice de Condiciones de Implementación (ICI), el cual se obtiene del cálculo de las variables de condiciones de implementación real (diferencia entre el puntaje obtenido y el mínimo posible) dividido por el estado de implementación óptimo (diferencia entre el puntaje máximo y mínimo posible). El valor del índice fluctúa entre los valores 0 y 1, donde 0 implica la ausencia de las condiciones necesarias para implementar el programa y 1 implica la presencia plena de las condiciones de implementación evaluadas.

INTERPRETACIÓN DEL ÍNDICE DE CONDICIONES DE IMPLEMENTACIÓN	
0 a 0,24 puntos	Muy Bajo
0,25 a 0,49 puntos	Medio Bajo
0,50 a 0,74 puntos	Medio Alto
0,75 a 1	Alto

IV. Principales Resultados

IV.1. Resultados Generales

Tasa de respuesta

La tasa de respuesta de la Segunda Encuesta Nacional de Implementación (considerando establecimientos de Atención Primaria (APS), Postas Rurales de Salud (PRS), Maternidad, Servicios de Pediatría y Neonatología) fue de 84,3% (de un total de 1.326 encuestas). Lo cual significa un incremento en términos porcentuales de un 42,9% respecto a la tasa de respuesta obtenida el 2008.

Respecto a las distintas versiones del instrumento, cada una de ellas asociada a un tipo de establecimiento, se observa que Maternidad logra la mayor tasa de respuesta, con un 96,0% (144 de un total de 150 encuestas), en segundo lugar se encuentran las Unidades de Neonatología con un 94,3% (50 de un total de 53 encuestas), en tercer lugar Atención Primaria de Salud con un 89,5% (637 de un total de 712 encuestas), seguido de los Unidades de Hospitalización Pediátrica con un 87,6% (106 de un total de 121 encuestas). Finalmente se encuentra la tasa de respuesta de las PSR 62,4% (181 de un total de 290 encuestas). En comparación con las tasas de respuesta obtenidas el año 2008, se observa un crecimiento promedio del 54,0%.

Instrumento	TASA DE RESPUESTA					
	2008			2009		
	Recibidas	Esperadas	%	Recibidas	Esperadas	%
Atención Primaria de Salud	509	717	71,0%	637	712	89,5%
Servicios o Unidades de Maternidad	103	156	66,0%	144	150	96,0%
Servicios o Unidades de Neonatología	40	58	69,0%	50	53	94,3%
Servicios o Unidades de Pediatría	67	129	51,9%	106	121	87,6%
Subtotal	719	1060	67,8%	937	1036	90,4%
Postas de Salud Rural	113	350	32,3%	181	290	62,4%
Total	832	1410	59,0%	1118	1326	84,3%

Índice Global por Instrumento

Según el Índice de Condiciones de Implementación total, el promedio obtenido por los distintos establecimientos o unidades evaluados presentan un grado de implementación *Medio Alto*, donde sobresalen las Maternidades con un puntaje de 0,71 y le siguen los establecimientos de Atención Primaria con 0,67. Las Unidades de Hospitalización de Neonatología junto con las Postas de Salud Rural son las unidades evaluadas con los puntajes más desaventajados, con un promedio de 0,58 y 0,59, respectivamente.

Respecto a las dimensiones, se observa que *Procedimientos* es la que obtiene el mejor puntaje promedio con 0,67, seguido por *Recursos Humanos* con 0,62. Para esta última dimensión, es APS y las PSR las que obtienen mejores resultados, mientras que las Unidades Hospitalarias (Maternidades, Neonatología y Pediatría) son las que obtienen mayor ICI en *Procedimientos*.

La dimensión *Insumos* es la que en promedio obtiene el ICI más desfavorable respecto a las otras dimensiones. Los establecimientos de APS son los que mejor puntaje obtienen en esta área, con un ICI promedio de 0,68; mientras que las Unidad de Hospitalización Pediátrica obtienen la puntuación más desfavorable con sólo 0,40; siendo ésta la puntuación más baja obtenida en todos los módulos y dimensiones evaluados.

Instrumento	DIMENSIÓN				TOTAL
	Planta Física	Insumos	RRHH	Procedimientos	
Atención Primaria de Salud	0,62	0,68	0,71	0,67	0,67
Maternidades	0,71	0,63	0,65	0,77	0,71
Neonatología	0,44	0,46	0,55	0,64	0,58
Pediatría	0,50	0,40	0,51	0,69	0,62
Postas de Salud Rural	0,55	0,57	0,69	0,56	0,59
PROMEDIO	0,56	0,55	0,62	0,67	0,63

IV.2. Resultados por tipo de Establecimiento

IV.2.1. Atención Primaria de Salud

A nivel país, los establecimientos de Atención Primaria alcanzan un grado de implementación *Medio Alto*, con un promedio global de 0,68, y con un rango que varía de 0,34 a 0,97.

El 30,5% de los establecimientos se ubican en el rango de implementación *Alto*, el 65,0% se sitúa en un rango *Medio Alto*, mientras que sólo un 4,6% posee condiciones de implementación *Medio Bajo*. Ningún establecimiento entra en el rango de implementación bajo o nulo.

Planta Física

El ICI de Planta Física en los establecimientos de APS es *Medio Alto*, al igual que en el resto de las dimensiones. Sin embargo, ésta es la dimensión que obtiene el menor índice.

Si se compara los resultados obtenidos los dos años evaluados, se observa un aumento significativo en el ICI que va de un 0,51 logrado el año 2008 a un 0,62 el año 2009, aún así el índice se mantiene en el nivel medio.

Respecto al análisis individual de los ítems que componen esta dimensión, se observa que la mayoría ha aumentado y mejorado sus resultados. Las condiciones que disminuyen su porcentaje de suficiencia, sólo lo hacen marginalmente.

El 2009, el 71% de los establecimientos evaluados declaran contar con una sala de estimulación o acceso a otra modalidad de apoyo al desarrollo infantil en la red comunal.

Casi la mitad de los encuestados declaran no contar ni con la cantidad suficiente de boxes para cubrir la demanda habitual de atención del niño y la niña, ni con el equipamiento y decoración necesarios para brindar una atención adecuada. Ambas condiciones reportan leves descensos, de -1,2% y -0,9%, respectivamente.

Recursos Humanos

El ICI de la dimensión de Recursos Humanos en los establecimientos de APS obtiene un puntaje *Medio Alto*, al igual que el resto de las dimensiones.

Al analizar los resultados obtenidos los dos años evaluados (considerando sólo los ítems comparables), no se observan diferencias significativas, ya que el año 2008 se obtuvo un ICI de 0,68 y el 2009 un 0,70 en el. Sin embargo esta es la dimensión que posee el ICI más alto entre las cuatro dimensiones evaluadas.

Respecto a la suficiencia de horas profesional para el año 2009, resulta de interés señalar que la suficiencia de horas matró/a para realizar el control prenatal a la gestante (66,4%) es notablemente mejor en comparación con las horas profesional para realizar el control del niño y niña sano/a (55,7%). Sin embargo, ambos muestran aumentos en relación al año 2008, con crecimientos de 7,6% y 12,1%, respectivamente.

Insumos

El ICI de la dimensión de Insumos para la implementación y mantención del programa en los establecimientos de APS obtiene un puntaje *Medio Alto* de 0,68, lo cual significa un aumento respecto al 2008, año en el que el puntaje alcanzó un ICI de 0,62.

Esta dimensión se compone de 34 ítems, de los cuales 22 son comparables en ambos años. En general, se observan una evolución positiva en aquellos aspectos evaluados comparables.

Uno de los insumos más valorados para los equipos de salud es el Catálogo de Prestaciones 2009 del PADBP, donde se describen las prestaciones financiadas del programa. Este material baja su cobertura levemente durante el 2009 en establecimientos de APS, donde el 63,6% declara poseer una copia disponible para profesionales.

Procedimientos

El ICI de la dimensión de Procedimientos para la implementación y mantención del programa en los establecimientos de APS obtiene un puntaje *Medio Alto* de 0,67. Al comparar los resultados obtenidos el 2008 y 2009, se observa aunque se registra un aumento este no es significativo (0,65 a 0,67).

Esta dimensión se compone de 17 ítems, de los cuales 14 son comparables; y en general se observa que existe un descenso en la mayoría de las condiciones evaluadas ambos años.

Los porcentajes más altos en la dimensión de Procedimientos corresponden a actividades que se realizan dentro del establecimiento de salud y que no exigen necesariamente coordinación con otro sector, como son la capacidad resolutive en salud mental de la gestante (74,3%), la capacidad resolutive en riesgos o rezagos del desarrollo infantil (87,9%), la planificación y monitoreo de las intervenciones para familias de gestante y de niños o niñas con riesgo psicosocial (67,5%), y la realización de talleres de apoyo al embarazo, estimulación del desarrollo y apoyo a la crianza (88,5%).

En general, las actividades con un mayor descenso en su implementación son aquellas que tienen relación con la activación y respuesta de instituciones de la red comunal de otros sectores distintos de salud.

IV.2.2. Maternidad

A nivel país, los Hospitales evaluados alcanzan ICI *Medio Alto*, con un promedio global de 0,70, donde los puntajes obtenidos por cada Maternidad varían entre 0,41 a 0,97.

El 37,8% de las Maternidades evaluadas se ubican en el rango de implementación *Alto*, el 60,8% se sitúan en un grado *Medio Alto*, mientras que sólo un 1,4% posee condiciones de implementación *Medio Bajo*. Ninguna Maternidad puntúan con un grado de implementación bajo o nulo.

Planta Física

El índice promedio global de las condiciones de implementación del PADBP en Planta Física en las Maternidades del país es de 0,71, lo que representa un grado de condiciones de implementación *Medio Alto*.

Si se comparan los resultados correspondientes a los dos años evaluados (sólo con los ítems comparables), se observa un aumento significativo en el ICI promedio país, ya que para el 2008 se obtienen un ICI promedio de 0,58 y el 2009 un ICI de 0,71. Sin embargo, ambos puntajes se sitúan en el rango de implementación *Medio Alto*.

Esta dimensión se encuentra compuesta por 7 ítems, de los cuales 6 son comparables; los que en su mayoría han aumentado su porcentaje de suficiencia respecto al año anterior. Se observan porcentajes favorables en las áreas que evalúan disponibilidad de espacio para el acompañamiento, tanto en el acompañamiento de la parturienta por una persona significativa en el trabajo de en parto (76,2%) y parto (93,0%), como también en el alojamiento conjunto de la madre y el/la recién nacido(a) en el puerperio (82,5%).

Insumos

El ICI promedio de la disposición necesaria de Insumos para entregar las prestaciones del PADBP en las Maternidades es de 0,63, lo que representa un grado de condiciones de implementación *Medio Alto*.

Si se comparan los resultados correspondientes a los dos años evaluados, se observa un aumento significativo en el ICI promedio país, ya que para el 2008 se obtienen un ICI promedio de 0,46 y el 2009 un ICI de 0,63, lo que representa un cambio desde *Medio Bajo a Media Alto*.

Esta dimensión se encuentra compuesta por 8 ítems, de los cuales sólo 3 son comparables con la evaluación realizada el 2008. De las áreas evaluadas ambos periodos, la mayoría obtienen porcentaje de incremento, destacado el aumento de las Maternidades que cuentan con una copia del "Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo" (+22,2%), y con un catastro vigente de los establecimientos de la red de salud para la derivación de pacientes (+28,0%). Sin embargo, el 42,7% de las Maternidades declaran no poseer un catastro vigente de los servicios sociales disponibles en las comunas que convergen al Hospital, además esta área reporta un leve descenso (-6,4%).

Recursos Humanos

El ICI promedio país para Recursos Humanos en las Maternidades es de 0,65, lo que representa un grado de condiciones de implementación *Medio Alto*. Si se compara este ICI con el obtenido en la evaluación 2008, se observa un leve aumento en el ICI promedio país, ya que el año anterior el puntaje promedio obtenido fue de 0,60.

Esta dimensión se encuentra compuesta por 12 ítems, de los cuales sólo 4 no son comparables con la evaluación realizada el 2008. De las áreas evaluadas ambos periodos, la mayoría obtienen porcentaje de descensos.

Procedimientos

El ICI promedio de Procedimientos en las Maternidades es de 0,76; lo que representa un grado de condiciones de implementación Alto. Si se compara este ICI con el obtenido en la evaluación 2008, se observa un leve aumento en el ICI promedio país, ya que el año anterior el puntaje promedio obtenido fue de 0,72.

Esta dimensión se encuentra compuesta por 15 ítems, de los cuales 10 son comparables con la evaluación realizada el 2008. De las condiciones evaluadas en ambos periodos, la mayoría obtienen porcentajes de descensos.

Las condiciones mejor evaluadas se refieren a las derivaciones que corresponden a los servicios sociales (90,9%) y a salud mental (90,2%); aunque ambas reportan una caída entre el 2008 y 2009 de -0,4% y -5,2%.

IV.2.3. Unidad de Hospitalización de Neonatología

A nivel país, las Unidades de Hospitalización de Neonatología alcanzan un grado de implementación *Medio Alto*, con un promedio global de 0,57, donde los puntajes obtenidos por cada Unidad varían entre 0,38 y 0,87.

El 8,2% de las Unidades evaluadas se ubican en el rango de implementación *Alto*, el 69,4% se sitúan en un grado *Medio Alto* de implementación, mientras que sólo un 22,4% posee condiciones de implementación *Medio Bajas*. Ninguna Unidad puntúan con un grado de implementación bajo o nulo.

Planta Física

El ICI de las condiciones de la Planta Física disponible en la actualidad para la implementación y mantención del programa en las Unidades de Hospitalización de Neonatología, se sitúa en un rango de implementación *Medio Bajo*, esta dimensión posee el ICI más desventajado respecto al resto.

Si se compara los resultados obtenidos en los dos años evaluados, se observa que ICI se ha mantenido exactamente igual con un puntaje de 0,44 tanto para el año 2008 como para el año 2009.

Esta dimensión se encuentra compuesta por 7 ítems, de los cuales seis son comparables con la evaluación realizada el 2008. De las condiciones comparables se observa que la mayoría presenta un descenso, lo que da cuenta de una disminución de la percepción de suficiencia de las características de la planta física para entregar las prestaciones del PADBP de manera óptima.

En la evaluación 2009 sólo dos de las condiciones evaluadas son consideradas suficientes para más de la mitad de las Unidades, las cuales corresponden a la

suficiencia de cunas para la atención de recién nacidos(as) (66,0%) y disposición de mecanismos que permitan regular la temperatura ambiental (56,0%).

Insumos

El ICI promedio país en la dimensión de Insumos en las Unidades de Hospitalización de Neonatología se sitúa en un rango *Medio Bajo*. Si se compara los resultados obtenidos en los dos años evaluados, se observa que ICI ha aumentado levemente de 0,41 en el 2008 a 0,46 para el año 2009.

Se observa respecto a las condiciones necesarias relacionadas con tenencia Catastros para la derivación de pacientes, que el 70,0% posee un catastro vigente de los establecimientos de la red de salud para la derivación de pacientes, sin embargo sólo el 28,0% un catastro vigente de los servicios sociales disponibles en las comunas que convergen al Hospital, además esta condición reporta un crecimiento mínimo del 1,8%.

Recursos Humanos

El ICI promedio país de los Recursos Humanos necesarios para entregar las prestaciones del PADBP en las Unidad de Hospitalización de Neonatología es de 0,55, lo que representa un grado de condiciones de implementación *Medio Alto*. Si se compara este ICI con el obtenido en la evaluación 2008, se observa un leve aumento en el ICI promedio país, ya que el año anterior el puntaje promedio obtenido fue de 0,52.

Esta dimensión se encuentra compuesta por 12 ítems, de los cuales sólo uno no son comparables con la evaluación realizada el 2008. De las condiciones evaluadas ambos periodos, la mayoría obtienen porcentaje de descensos. Por otro lado, se observa que los porcentajes obtenidos respecto a la suficiencia de horas/profesional son menos favorables que las que evalúan las competencias del personal de salud.

Procedimientos

El ICI promedio país del establecimiento de procedimientos necesarios para entregar las prestaciones del PADBP en las Unidad de Hospitalización de Neonatología es de 0,64, lo que representa un grado de condiciones de implementación *Medio Alto*. Si se compara este ICI con el obtenido en la evaluación 2008, se observa una disminución en el ICI promedio país, ya que el año anterior el puntaje promedio obtenido fue de 0,70.

Esta dimensión evalúa 17 condiciones, de los cuales 15 son comparables con la evaluación realizada el 2008. De las condiciones evaluadas en ambos periodos, la mayoría obtienen porcentajes de descensos.

Las condiciones mejor evaluadas refieren a la realización de derivaciones corresponden a los servicios sociales (94,0%) y a salud mental (90,0%).

IV.2.4. Unidad de Hospitalización Pediátrica

A nivel país, las Unidad de Hospitalización Pediátrica alcanzan un grado de implementación *Medio Alto*, con un promedio global de 0,62, donde los puntajes obtenidos por cada Unidad varían entre 0,31 y 0,90.

El 19,2% de las Unidades evaluadas se ubican en el rango de implementación *Alto*, el 63,5% se sitúan en un grado *Medio Alto*, mientras que un 17,3% posee condiciones de implementación *Medio Bajas*. Ninguna Unidad puntúa con un grado de implementación bajo o nulo.

Planta Física

El ICI de las condiciones de la Planta Física disponible en las Unidad de Hospitalización Pediátrica para la implementación y mantención del programa se sitúa en un rango de implementación *Medio Alto*. Esta dimensión posee el ICI más desventajado respecto al resto.

Si se comparan los resultados obtenidos en los dos años evaluados, se observa que ICI se ha disminuido respecto a la medición realizada el año anterior, así el 2008 se obtuvo un ICI de 0,55 y el año 2009 de 0,50.

La condición mejor evaluada y que no tienen grandes diferencias con el resultado obtenido el 2008, es la que evalúa la suficiencia de camas para la atención del niño y niña, donde el 83,0% de las Unidades declara poseer la cantidad suficiente.

Insumos

El ICI promedio país en la dimensión de Insumos en las Unidades de Hospitalización Pediátrica se sitúa en un rango *Medio Bajo*. Si se compara los resultados obtenidos en los dos años evaluados, se observa que el ICI ha aumentado de 0,34 en el 2008 a 0,41 para el año 2009, manteniéndose en la misma categoría.

En esta dimensión se evaluaron siete condiciones necesarias para la óptima implementación del PADBP, de los cuales cinco son comparables con la evaluación realizada el 2008. En general, se observa una fuerte tendencia a mejorar las condiciones de instalación.

Recursos Humanos

El ICI promedio país de los Recursos Humanos necesarios para entregar las prestaciones del PADBP en las Unidades de Hospitalización Pediátrica es de 0,52; lo que representa un grado de condiciones de implementación *Medio Alto*. Si se compara este ICI con el obtenido en la evaluación 2008, se observa un aumento en el ICI promedio país, ya que el año anterior el puntaje promedio obtenido fue de 0,47.

Se observa que la condición con más porcentaje de suficiencia es la que evalúa si el equipo de salud que atiende al niño y niña está capacitado para detectar situaciones de riesgo o vulnerabilidad psicosociales del/la niño y niña y sus familia (71,7%).

Procedimientos

El ICI promedio país del establecimiento de procedimientos necesarios para entregar las prestaciones del PADBP en las Unidad de Hospitalización Pediátrica es de 0,70, lo que representa un grado de condiciones de implementación *Medio Alto*. Si se compara este ICI con el obtenido en la evaluación 2008, se observa un mínimo aumento en el ICI promedio país, ya que el año anterior el puntaje promedio obtenido fue de 0,69.

Esta dimensión evalúa 17 condiciones, de los cuales 14 son comparables con la evaluación realizada el 2008. De las condiciones evaluadas en ambos periodos, la mayoría obtienen porcentajes de descensos.

Se observan bajos porcentajes en las condiciones que evalúan si las Unidades envían informes relevantes a los Centros de Salud respectivos al menos semanalmente.

V. Conclusiones y Sugerencias

La Segunda Encuesta Nacional de Implementación se enmarca en un proceso de monitoreo que comienza el año 2008. En general, se observa que la implementación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial se encuentra aún en proceso de implementación y que existen dimensiones del Programa con puntajes insuficientes que requieren de una atención especial y un monitoreo constante. Cabe destacar que existen deficiencias que han perdurado desde la primera aplicación de la encuesta, y otras que al 2009 han reducido su cobertura.

En relación a los resultados del estudio, se observa que la dimensión Insumos es la que presenta el mayor déficit, mientras que la dimensión Procedimientos es la que obtiene los mejores resultados. Por otro lado, las Maternidades son las que obtienen los mejores resultados, seguido por los establecimientos de Atención Primaria. Las Unidades que peor evalúan las condiciones con las que cuentan para implementar el programa son las Unidades de Hospitalización de Neonatología.

En el caso de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud, se observa que en la dimensión de Planta física se han realizado grandes avances, observándose especialmente en el acceso a salas u otras modalidades de estimulación. Las condiciones menos cubiertas son las que tienen relación con la suficiencia de boxes tanto para la atención del niño, niña como la atención de la gestante. En relación a los Recursos Humanos se observa que, en general, se han aumentado las horas profesionales disponibles para la entrega de prestaciones del programa, sin embargo persiste un déficit de profesionales del área psicosocial y enfermeros(as), y la insuficiente cantidad de profesionales acreditados en la escala de observación vincular Massie Campbell. En cuanto a la disposición de Insumos se verifica un aumento de la disponibilidad de los materiales del programa. En la dimensión de Procedimientos, destaca que las condiciones que no requieren una comunicación intersector son mejor evaluadas que las que implican una coordinación entre distintos sectores; así, el área más crítica es la retroalimentación del encargado municipal al establecimiento sobre el estado de las derivaciones a FPS (Ficha de Protección Social).

Las Maternidades han logrado un gran avance respecto del año pasado. En la dimensión Planta Física, prácticamente todas las condiciones aumentan su porcentaje favorablemente. Por otro lado, existe un aumento importante de Unidades que fomentan la presencia de un familiar durante el trabajo de parto y parto. En cuanto a Insumos, se observan las principales deficiencias en la disposición de catastros de servicios sociales disponibles en las comunas que convergen al Hospital y en los materiales que fomentan la lactancia materna. Finalmente, en Procedimientos, en general la mayoría de las condiciones evaluadas obtienen resultados con altos porcentajes favorables, la única área deficitaria es la que tienen relación con la realización de talleres sobre los cuidados iniciales del recién nacido (regulación de ciclos fisiológicos, consuelo efectivo, alimentación).

Las Unidades de Hospitalización de Neonatología, son las que obtienen los resultados menos favorables. En la dimensión de Planta Física, se identifica como condiciones críticas la disposición de espacio para que la mamá, papá u otra persona significativa visite al recién nacido(a) por 10 horas seguidas, y la disposición de materiales y condiciones que permitan manejar el ruido. La dimensión de Insumos tampoco es bien evaluada, encontrándose las principales deficiencias respecto a la tenencia de un catastro vigente de los servicios sociales disponibles en las comunas que convergen al Hospital y Materiales de promoción de Lactancia Materna. Recursos Humanos también reporta deficiencias especialmente en lo que respecta a la disposición de personal capacitado para realizar intervención en crisis disponible permanentemente, y suficientes horas enfermeras(os) y/o matrones(as) para dar una atención integral al desarrollo del/la recién nacido(a). La mayoría de las Unidades no cuentan con facilitadores culturales. Respecto a procedimientos principalmente se encuentran deficitarias aquellas áreas que evalúan la coordinación con el/la Gerente ChCC del Servicio de Salud y con los/las Encargados(as) de ChCC de las comunas que convergen al Hospital.

Finalmente, las Unidades de Hospitalización Pediátrica obtienen resultados bajos en la dimensión de Planta física, siendo las principales áreas deficitarias la disposición de espacios suficientes para que los padres y madres acompañen a sus hijos/as; la disposición de equipamiento y decoración adecuada para la estadía del niño, niña y su familia; y el acceso a un espacio adecuado dentro del Hospital para realizar las sesiones grupales de educación. Respecto a Insumos, los aspectos más deficitarios tienen relación con la tenencia de un catastro vigente de los servicios sociales disponibles en las comunas que convergen al Hospital; materiales para el fomento de la lactancia materna; y juguetes suficientes y adecuados para la estimulación del desarrollo del niño y la niña para cada rango etario. Respecto a los Recursos Humanos, la mayoría de las Unidades evaluadas no cuenta con personal capacitado para realizar intervención en crisis disponible permanentemente y cuentan con insuficientes horas enfermeros(as) para atender y dar apoyo al desarrollo del niño y la niña y muy pocas cuentan con facilitadores culturales; sin embargo, el equipo de salud se encuentra capacitado para detectar situaciones de riesgo o vulnerabilidades psicosociales del niño y niña y su familia. En la dimensión de Procedimientos destacan las derivaciones que corresponden a los servicios sociales y a salud mental; así como también la entrega de información personalizada a la familia, en temas como el funcionamiento de la Unidad, sobre el estado de salud del niño o niña, y en las facilidades para que un

familiar acompañe al niño o niña. Sin embargo, la mayoría de las Unidades evalúan desfavorablemente la coordinación con el/la Gerente ChCC del Servicio de Salud y con los/las Encargados(as) de ChCC de las comunas que convergen al Hospital; menos de la mitad informa a los centros de salud sobre los niños y las niñas fallecidos(as) o dados de alta en situación de vulnerabilidad. Al mismo tiempo, muy pocas realizan sesiones educativas y planes de estimulación según la edad y el estado de salud durante la hospitalización del niño o niña

Por otro lado, el instrumento aplicado mostró que, utilizando un modelo simple es posible obtener información relevante para mejorar aspectos básicos de la implementación. En futuras mediciones será necesario tratar de manera diferente algunos ítems que tienen más relevancia que otros. También se recomienda integrar a esta medición estudios cualitativos e información de los recursos asignados a los establecimientos, de modo de lograr comprender dónde se encuentran las falencias y por qué se producen.

Respecto al modo de aplicación, el método online de la encuesta mostró dar buenos resultados, con una tasa de respuesta de 84,3%. Se sugiere que para los próximos años se elabore un sistema que cree informes automatizados para los que respondan la encuesta, de modo que puedan contar con retroalimentación inmediata.

C. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS DEL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

NOMBRE ESTUDIO	Estudio de Satisfacción de Usuaris del Sistema Chile Crece Contigo
FECHA EJECUCIÓN	Junio – Agosto 2010
EJECUTOR	ICCOM
OBJETIVO GENERAL	Realizar una medición precisa y confiable del nivel de satisfacción que tienen las usuarias del Sistema CHCC en general, y en lo particular en lo relacionado con el PADB y las prestaciones que se derivan de él.
METODOLOGÍA	Cuestionario y Etnografía ¹⁰
MUESTRA	
Tamaño	1.600 usuarias/os
Localización	37 comunas, en 8 regiones (59 centros de salud)
Representatividad	Nacional
INSTRUMENTOS	Cuestionario
PRODUCTOS	Informes y Base de datos.

I. Introducción

El siguiente informe da cuenta de la evaluación de Satisfacción de usuarias del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo.

Como antecedente se contó con el estudio de GESTA en torno al Programa de Apoyo al Desarrollo en el cual se observa una alta valoración al PADB y al Sistema Chile Crece Contigo. Este estudio destaca la no existencia de un conocimiento suficiente a nivel de la institucionalidad del Sistema CHCC y del PADB, pero si a nivel de los enfoques y propósitos que se plantean revelando un elevado nivel de adhesión manifestado en valoraciones positivas y al compromiso tanto con el Sistema CHCC como con el PADB.

Lo anterior previene respecto de un Sistema que aún no ha concluido en su totalidad la fase de implementación y de cuyas características en términos de objetivos y prestaciones existen pocos antecedentes previos. Es así que la adhesión y los altos niveles de satisfacción observados en el estudio de Gesta como en el presente están aún influidos por el primer impacto del programa el cual ha sido positivo para las usuarias. Es precisamente por ello que es probable que en estudios posteriores la satisfacción decaiga toda vez que las prestaciones ya serán conocidas por mayor información exigibles, lo cual fijará cada vez mayores exigencias al Sistema en términos de satisfacción.

¹⁰ Corresponde a una herramienta metodológica, que permite acceder a un conocimiento más profundo y exhaustivo de los escenarios naturales donde tienen lugar las conductas y la vida de las usuarias/os. En este caso, el hogar.

II. Metodología Aplicada

II.1. Fase Cuantitativa

Objetivo General.

Determinar la **percepción y satisfacción global** de las usuarias respecto a la **calidad y oportunidad de las prestaciones** que brinda el Sistema Chile Crece Contigo en general, y sobre el **uso y valoración** que las usuarias tienen respecto de los **materiales** que entrega el Sistema en particular.

Objetivos Específicos.

- **Diseñar un instrumento** que permita capturar los elementos necesarios para **medir y revelar el nivel de satisfacción** de las usuarias del Sistema ChCC.
- Conocer los **niveles de satisfacción de las usuarias** en los siguientes componentes y acciones.
 - ◆ Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal
 - ◆ Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento.
 - ◆ Atención al desarrollo integral del niño y niña hospitalizado/a:
 - ◆ Fortalecimiento del Desarrollo Integral
 - ◆ Atención de Niños y Niñas en Situación de Vulnerabilidad.
 - ◆ Prestaciones Diferenciadas
- Construir, a partir de las mediciones un **índice global** y un **índice para cada componente** descrito en el punto 1 precedente, respecto del grado de **satisfacción de las usuarias**.
- Clasificar e interpretar los resultados de tal manera que permita percibir las **fortalezas y debilidades de cada componente**, facilitando también la comparación de resultados entre cada uno de ellos.
- Recoger información sobre la **recepción, uso y valoración que tienen las usuarias, respecto a los materiales** entregados por el Sistema ChCC (para apoyar el proceso de gestación y durante los primeros meses de crianza de los niños y niñas).
- Analizar la percepción de usuarias respecto a la **calidad de los materiales** entregados por el Sistema ChCC, específicamente sobre su contenido, diseño gráfico y utilidad.
- Identificar el **nivel de satisfacción con respecto a la oportunidad y calidad de los materiales** entregados y los talleres impartidos.

- Indagar respecto de **posibles acciones y variables que influyan en el uso y valoración de los materiales** entregados por el Sistema ChCC por parte de usuarias.
- Identificar las **áreas de mejoramiento** de las prestaciones ofrecidas por el Sistema Chile Crece Contigo.

Metodología

Se llevó a cabo un Survey Cuantitativo In situ a usuarias del Sistema Chile Crece Contigo (gestantes y madres de niñas y niños menores de 2 años) en establecimientos de salud en distintas ciudades y regiones del país definidas previamente por MIDEPLAN. Se aplicó un cuestionario estructurado estándar de alrededor de 45 minutos de duración.

La muestra total fue de 1.600 casos que fueron distribuidos en proporción de 50% gestantes y 50% madres (padres, responsables y tutores).

Asimismo, se realizó un procedimiento de expansión muestral mediante la aplicación de ponderadores que fueron calculados en base al universo de usuarias Gestantes y el universo de gestantes Madres con Hijos menores de dos años en cada uno de los servicios de Salud involucrados en la muestra.

II. 2. Fase Cualitativa

Objetivo General.

Conocer y describir el vínculo, que las usuarias del Sistema Chile Crece Contigo, establecen con los distintos materiales que le son entregados durante el periodo de gestación y primer año de vida de su hijo/a, estableciendo percepciones y usos de ellos.

Objetivo Específicos

Los objetivos específicos que se abordaron, y que orientaron las temáticas sobre las que se construyó la pauta de moderación cualitativa fueron los siguientes:

- **Caracterización General de las entrevistadas:** situación familiar, motivaciones, principales necesidades y preocupaciones, relación con sus hijos.
- **Vínculo con el Sistema Chile Crece Contigo:** Conocimiento, valoración y relevancia.
- **Percepción y vínculo con los materiales:** Recepción de materiales, nivel de instrucción respecto a sus usos, tipo de uso, valoración u relevancia.

→ **Sugerencias finales:** Temáticas / Áreas con necesidad de conocimiento.

Metodología

Se realizaron entrevistas Etnográfica en Profundidad, moderadas por equipo de psicólogos del Área Cualitativa de ICCOM, en base a una pauta guía de conducción previamente aprobada por Mideplan, con revisión / exhibición de materiales según etapa que correspondan.

Estas entrevistas se aplicaron a madres, en etapa de gestación y con hijos/as nacidos/as menores a 2 años, de nivel socioeconómico D y E, encuestadas en fase cualitativa del estudio y que en ella declararon la recepción de materiales recibidos por pertenecer al Sistema CHCC.

III. Principales Resultados

III.1. Evaluación Aspectos Generales Sistema de Atención Primaria.

Recomendación

El indicador de recomendación es utilizado a fin de identificar el porcentaje de personas que se encuentran dispuestos a promover el servicio y el porcentaje de personas que por ningún motivo lo harían. El indicador plantea a la usuaria el escenario de posibilidad de tomar opciones distintas a la presentada, en este caso la atención en un determinado Servicio de Atención Primaria más allá de que la posibilidad real de acceder a un servicio distinto sea reducida.

Los niveles de recomendación al Servicio de Atención Primaria son regulares (66% nacional), siendo las principales detractoras las madres, padres y responsables (16%).

Percepción de Discriminación en Establecimientos de salud

Es minoritaria la percepción de existencia de discriminación. Quienes si perciben discriminación, indican que en el Servicio se atiende dando prioridad a conocidos o amistades o bien que se discrimina a la gente más humilde.

III.2 Evaluación Aspectos Generales Chile Crece Contigo.

Conocimiento Sistema Chile Crece Contigo.

Las usuarias al ser consultadas al inicio de la entrevista respecto del conocimiento del Sistema Chile Crece Contigo declaran en su mayoría (85%) tener conocimiento del mismo.

Satisfacción con Sistema Chile Crece Contigo.

Entre aquellas que sí sabían del Sistema Chile Crece Contigo antes de ser entrevistadas la evaluación de excelencia es alta (81%) aunque presenta un 8% de evaluaciones deficientes. Llama la atención la diferencia en la satisfacción de las gestantes (82%) respecto de la de madres, padres y responsables (68%).

Actitudes hacia Chile Crece Contigo.

Las actitudes hacia el sistema son positivas destacándose los aspectos relacionados con la ayuda y apoyo que entrega el Sistema tanto en términos de acceso a beneficios y servicios tanto en aquellos aspectos relacionados con el desarrollo y fortalecimiento del desarrollo integral de los niños y las niñas.

Página Web.

Poco más de una tercera parte de las entrevistadas/os tiene conocimiento de la existencia de la página WEB (32%). De aquellas que tienen conocimiento la gran mayoría no ha ingresado a ella (63%). El principal motivo por el cual las usuarias/os no han ingresado al sitio Web tiene relación con la carencia de acceso a Internet y la falta de tiempo para ello.

III.3. Evaluación de Componentes.

Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal.

La satisfacción con el componente de Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal es alta encontrándose un 64% de las usuarias respondientes en el rango más alto de satisfacción.

A nivel general la satisfacción con el servicio, orientación y atención recibida durante el embarazo es alta (80% de excelencia) pese a lo cual se presentan críticas respecto de la calidad de la información que reciben las usuarias la cual es, en ocasiones, difusa y poco clara, aún más en lo relativo a las prestaciones y beneficios a los que la usuaria tiene la posibilidad de acceder.

La Guía de Apoyo Empezando a Crecer es el material más recepcionado por las usuarias y la evaluación de excelencia y satisfacción es casi total. Así lo confirma la fase cualitativa que indica a “La guía de la gestación y el nacimiento” como el material más valorado por las entrevistadas, cumpliendo un rol funcional-informativo y afectivo, de conexión y apego con el bebé en gestación.

El acompañamiento a la mujer embarazada por parte de sus maridos, parejas o cercanos significativos alcanza al 66% a nivel nacional, siendo entre las actuales gestantes menor la presencia de acompañamiento (61%). Los principales motivos para el no acompañamiento responden a los horarios en que se llevan a cabo los controles (52% nacional) y actividades a las que asiste la mujer embarazada.

El acompañamiento a las mujeres a los talleres prenatales es menor al 50%, siendo las que actualmente ya son madres las que menor acompañamiento han tenido (39%).

Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento.

La satisfacción con el componente de Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento es alta y ubica a un 81% de las usuarias por sobre los 80 puntos de satisfacción lo cual es más bajo que en el caso del componente anterior constituyéndose el Centro Hospitalario en un contexto de mayor crítica entre las usuarias, aún más en la fase previa al parto.

Los materiales muestran algunas deficiencias en términos de recepción sin embargo la recepción supera el 70%.

La evaluación de los materiales es excelente de forma general.

Atención integral del niño o niña hospitalizado/a.

En la satisfacción con el componente de Atención Integral del Niño o Niña Hospitalizado/a se observa que las usuarias de consultorio tienen una evaluación más positiva en comparación a lo observado en otros componentes aunque en términos de insatisfacción también concentran la porción mayor. Un 77% de las usuarias calificó con puntajes sobre 80.

Sólo un 6% de las madres, padres o responsables declara haber requerido que su hijo o hija (o niño/a a cargo) fuera hospitalizado/a en algún servicio distinto del de neonatología, siendo 6.8 los días de hospitalización promedio. Sólo en pocos casos (13%), las madres, padres, o responsables de un niño o niña hospitalizado/a declaran haber recibido atención psicosocial durante el periodo de hospitalización.

Fortalecimiento del desarrollo integral del niño/a.

En la satisfacción con el componente de Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño o Niña, se observa que las usuarias, en forma general, evalúan positivamente las acciones que en esta materia se realizan, encontrándose apenas un 1% de ellas bajo los 40 puntos de satisfacción. Un 82% de las usuarias calificó con puntajes sobre 80.

En la mayoría de los casos (61%) las madres, padres o responsables contaron con el acompañamiento de algún cercano significativo en alguno de los controles madre/hijo(a). Nuevamente como principal motivo para el no acompañamiento son los horarios en los que los controles se llevan a cabo (54%).

Los materiales son recepcionados en menor medida en este componente, destacando la baja recepción de materiales de Acompañándote a Descubrir 2.

La atención en Servicio de Atención Primaria es destacada por las usuarias sin embargo también son reconocidas deficiencias relacionadas con los tiempos de espera, las horas de atención e información.

Existen aspectos estructurales de la atención de los Servicios Primarios de Salud que afectan la satisfacción. Estos aspectos estructurales se relacionan con tiempo, cantidad

de profesionales y demanda de atención, variables que muchas veces no están equilibradas.

Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad.

La satisfacción con el componente de Atención de Niños y Niñas en Situación de Vulnerabilidad evidencia una evaluación menos satisfactoria, con una quinta parte de las usuarias con un puntaje de satisfacción entre los 71 y 80 y, sólo un 65% supera el 80%.

Prestaciones Diferenciadas.

La satisfacción con las Prestaciones Diferenciadas evidencia una evaluación menos satisfactoria entre las madres, padres y responsables. Un 16% de las entrevistadas califica en un puntaje inferior a 50 puntos y un 7% en el rango más bajo de la satisfacción.

IV. Conclusiones y Recomendaciones

IV.1. Sistema Chile Crece Contigo

El Sistema ChCC es conocido por las usuarias/os, sin embargo es todavía difuso su público objetivo pues permanece la idea de que está dirigido a mujeres y a la infancia sólo a través de la mujer como madre.

La matrona es el principal medio por el cual las usuarias/os toman conocimiento del Sistema. Es posible observar que se reconocen otros canales como medios para informar, tales como medios de comunicación, redes vecinales informales, familiares e informativos, aunque son todavía minoritarios. Con lo anterior no cabe duda de que el rol de la matrona es fundamental no sólo en la atención sino también como puerta de entrada a los servicios y beneficios disponibles a las usuarias en tanto que es precisamente esta profesional la que llega mantener contacto directo con casi la totalidad de las usuarias del Sistema.

Precisamente por lo anterior es necesario no sólo fortalecer el rol de la matrona sino complementarlo a fin de que la función informativa no se concentre en ella desgastando el ejercicio de su rol profesional. Así mismo la información respecto del Sistema no es masificada y se concentra aún en el establecimiento de salud. En éstos muchas veces los canales y calidad de la información resultan ser insuficientes. Son minoritarios los casos que evidencian la participación de otros agentes sociales y Servicios en la difusión del Sistema. Es fundamental, por lo tanto, fortalecer otros canales de información tanto del Sistema como de las acciones en red que puedan contribuir a una mayor difusión y comprensión de los alcances del ChCC.

Se observaron debilidades en la cantidad y calidad de la información entregada a las usuarias respecto de los beneficios, materiales y actividades a las que pueden acceder. Los problemas de información generan confusiones respecto del Sistema de modo tal que en la fase cualitativa se detectó que todas las entrevistadas piensan que su

participación es producto de haber optado por inscribirse. Es así que se desconocen las condiciones de ingreso así como el tiempo de permanencia en el Sistema.

Los materiales tienen una evaluación muy positiva pues cumplen un rol funcional, y algunos también un rol emotivo/afectivo. Sin embargo la fase de profundización cualitativa permite detectar que están siendo utilizados pero no en todo su potencial. Así mismo fue posible detectar que no existe plena claridad de que los materiales que se les estaba entregando formaban parte de algunos de los beneficios de CHCC.

Todo lo anterior debilita la vinculación y el cumplimiento de los objetivos de CHCC impidiendo el aprovechamiento pleno de la totalidad los beneficios que se pueden obtener de algunos materiales, producto de la falta de conocimiento respecto a su uso.

Los materiales en forma general para quienes los han recibido, les fueron entregados en los periodos ideales.

El Sistema ChCC, si bien es en forma general evaluado de manera excelente y no presenta mayores problemas al respecto, sí muestra deficiencias en la distribución del material como en la puesta en práctica de garantías de atención, la entrega de información de técnicas de manejo del dolor, atención del parto por un mismo profesional y la garantía de tiempo para el apego. Respecto de lo anterior se debe enfatizar en que una porción relevante de los casos menciona que no le fue informado el motivo por el cual no se le brindó tiempo para el apego una vez ocurrido el parto. De este modo, se puede afirmar que Chile Crece Contigo presenta debilidades respecto de la atención en Hospitales. Ahora bien dichos problemas no necesariamente pueden ser resueltos por el Sistema sino que requieren intervenciones más profundas en todo el sistema de Salud.

Como se ha mencionado con anterioridad los resultados de satisfacción son excelentes sobre todo en lo relacionado con los materiales de apoyo, sin embargo es fundamental profundizar en el uso de los materiales mediante una mayor información y orientación.

IV.2. Un Sistema con enfoque de Género.

El Sistema ChCC pretende promover la participación del padre o pareja en el proceso de gestación y crianza sin embargo se observan dificultades para que la participación de varones en el proceso se haga efectiva.

Claramente el principal motivo por el cual los varones no participan del proceso está relacionado con los horarios en los cuales los controles y actividades se llevan a cabo en el establecimiento de Salud, los cuales toparían con los horarios de trabajo. Ahora bien, tras este elemento subyacen los roles de género y sus efectos por sobre el mundo del trabajo en el sentido de que no están contempladas ni garantizadas las condiciones para el ejercicio de una paternidad responsable por lo que aunque existiera la voluntad no es aceptado ni en lo legal ni en lo social la ausencia de los

varones a su puesto de trabajo por motivos relacionados con la gestación, cuidado o crianza de niños y niñas. Así también, subyacen los roles de género en los horarios en los cuales se realizan las actividades en tanto que muchas veces presuponen que la mujeres no son parte del mundo laboral.

Si bien ChCC intenta romper con la dinámica de los estereotipos, a la base de la atención en salud se encuentran arraigadas las diferencias, como también se encuentra arraigado en las mujeres que en ocasiones prefieren excluir a los varones de las tareas asociadas al cuidado y crianza.

Relacionado con lo anterior se presenta el problema de la inasistencia a actividades por parte de las mujeres por corresponderles a ellas cumplir con las tareas domésticas y no existir un reemplazo para dicha función. De este modo aunque el Sistema pretenda ser inclusivo para las mujeres enfrenta dificultades para lograrlo pues se requiere, además de la política pública, del compromiso de los varones, cercanos significativos y de la comunidad toda, de modo tal que mediante su apoyo se “libere” a la mujer del rol exclusivo del cuidado y crianza como de las tareas domésticas a fin de que pueda participar en las actividades que van en su beneficio y por ende también en beneficio de su familia y comunidad toda.

Para lo anterior es fundamental que el Sistema Chile Crece Contigo esté vinculado a las redes sociales, formales y no formales, ampliando de este modo sus efectos al territorio, comprometiendo a su vez a los diferentes agentes que en él operan.

En otro punto, un aspecto relevante del Sistema es que en el apoyo a las madres y gestantes el enfoque de CHCC enfatiza, no sólo en el fortalecimiento del rol materno de la mujer sino que también en el empoderamiento que se espera ella pueda desarrollar en los temas de gestación, parto y crianza, integrándola en un sistema que le permite acceder a orientación y apoyo y que a la vez se mantiene atento respecto de la realidad ecológica de las mujeres.

Ahora bien, el impacto del Sistema en términos de equidad de género no es posible de conocer con los actuales resultados, sin embargo permite distinguir que existe una valoración hacia el Sistema Chile Crece Contigo en temas que van más allá del servicio sino que apuntan al ejercicio de derechos, lo cual se evidencia en la emergencia de lenguaje de derechos.

IV.3. Brecha Digital un problema género.

La página Web de Chile Crece Contigo es evaluada positivamente. Sin embargo el acceso a ella es bajo, lo cual se debe al no acceso tanto a Internet como al tiempo para ocupar esta herramienta. Al respecto se debe mencionar que, si se considera que en muchos casos las mujeres declaran ser las únicas responsables del hogar en términos de cuidado y crianza de los niños y niñas, misma razón que muchas veces les impide asistir a las actividades que se realizan en el marco de Chile Crece Contigo, hace suponer que para que el acceso sea más sencillo es necesario contar con Internet en el domicilio lo cual no necesariamente ocurre en todos los hogares, lo cual nos plantea factores económicos a la base del no ingreso, sin embargo aún cuando existen infocentros comunitarios las condiciones de oportunidad de las mujeres para poder asistir a ellos son escasas dada la responsabilidad sobre el hogar. Así mismo, aunque se

disponga de Internet en el hogar persiste el impedimento de acceso por la falta de tiempo para el ingreso, pues siguen siendo las mujeres las que deben responsabilizarse de todas las tareas domésticas.

- ii. **La segunda línea de evaluación** busca estudiar en profundidad cómo se han configurado las **Redes Comunes Chile Crece Contigo**, cómo éstas funcionan y se coordinan, entre otros aspectos.

D. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO REDES COMUNALES CHILE CRECE CONTIGO

NOMBRE ESTUDIO	Análisis Cuantitativo y Cualitativo Redes Comunes CHCC	
FECHA EJECUCIÓN	Noviembre 2008 – Julio 2009	
EJECUTOR	Alcalá Consultores	
OBJETIVO GENERAL	Levantar y sistematizar información relevante en relación a la implementación y funcionamiento de las Redes Comunes Chile Crece Contigo. Ambas evaluaciones buscan recoger las percepciones y opiniones de los actores relevantes en la implementación y funcionamiento de las redes.	
	Estudio Cuantitativo	Estudio Cualitativo
METODOLOGÍA	2 cuestionarios ¹¹ on-line (encargados y participantes)	talleres
MUESTRA		
Tamaño	Censal	
Localización	Nacional	36 comunas, en 3 regiones ¹²
Representatividad	Ninguna Tasa de respuesta: 46% para encargados, y 29% para participantes.	Ninguna
INSTRUMENTOS	Dos cuestionarios: uno para los Encargados Comunes CHCC; y otro para los participantes de los distintos sectores que componen la red a nivel local.	
PRODUCTOS	Informe, Cuestionarios y Base de datos	

1. Introducción

El Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo (CHCC), está destinado a niños y niñas desde la gestación hasta que cumplen cuatro años de vida y su finalidad principal es generar y articular variados y diversos mecanismos de apoyo a niños, niñas y sus familias, que en su conjunto permitan igualar oportunidades de desarrollo.

¹¹ Diseñados por un equipo asesor externo formado por Vicente Espinoza y Sandra Zepeda de la Universidad de Santiago; en conjunto con un equipo de MIDEPLAN.

¹² Regiones consideradas: Valparaíso, del Libertador Bernardo O'Higgins y Metropolitana.

La necesidad de contar con un Sistema que integre oportuna y pertinentemente una serie de prestaciones y servicios sociales en niños, niñas y sus familias, se sustenta en el reconocimiento de la multidimensionalidad del desarrollo infantil, que demanda múltiples apoyos e intervenciones actuando de manera simultánea y sincronizada, sobre el conjunto de dimensiones del propio niño o niña en el período crucial de su desarrollo y sobre las condiciones del entorno socio, afectivo, emocional y físico, en el que se desenvuelven y crecen.

De tal manera, el Sistema CHCC, propone una serie de servicios y prestaciones, que deberán ser puestas a disposición del proceso de desarrollo de niños y niñas, considerando el importante rol que desempeñan en éste, sus padres, la comunidad, y las propias instituciones públicas, en la provisión de oportunidades que les permitan y faciliten el despliegue máximo de sus capacidades y potencialidades.

Las principales líneas de acción comprometidas por el Sistema se son las siguientes:

1. Para todos los niños/as: un programa educativo masivo; una página web (www.crececontigo.cl); un teléfono de información y apoyo para los padres (FonoInfancia); y un conjunto de propuestas legislativas que regulan el cuidado y la protección integral de los niños y niñas.
2. Para los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud: acompañamiento, apoyo y seguimiento del proceso de desarrollo de los niños/as, desde el primer control prenatal, hasta su ingreso al sistema escolar (nivel de transición mayor o pre-kinder), a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.
3. Para los niños/as que presentan una situación de vulnerabilidad, ya sea porque forman parte de los hogares del 40%¹³ más vulnerable del país o porque ellos mismos o los adultos responsables de su cuidado y crianza están afectados por una situación de especial riesgo: apoyo diferenciado y garantías de protección social.

Para lograr los puntos 2 y 3, se hace necesario estructurar en el nivel comunal un dispositivo de gestión, que permita realizar un acompañamiento longitudinal a la trayectoria de los niños y niñas. Este nivel se constituye en el “eje estructurante de operación del Sistema”, en tanto representa el nivel territorial de gestión de políticas públicas, de mayor proximidad y cercanía a la vida cotidiana de niños, niñas y sus familias, y en consecuencia, se estima que se representa el espacio privilegiado para generar y estructurar el dispositivo antes señalado.

Para que dicho dispositivo, cumpla con articular las diversas prestaciones incluidas en el Sistema, bajo una modalidad de acompañamiento longitudinal, **se requiere de la participación de todos los actores institucionales** que por la naturaleza de sus prestaciones, se vinculan natural y estrechamente con el proceso de desarrollo y crecimiento de niños y niñas y sus familias.

Este dispositivo de gestión, denominado “Red Comunal Chile Crece Contigo”, se fue instalando de manera progresiva en el territorio. El año 2007, el Sistema comenzó a

¹³ Al 2011 la cobertura llegará al 60% de los hogares más vulnerables.

implementarse en 159 comunas del país. Durante el primer semestre del 2008, las restantes comunas se incorporaron al Sistema.

Las Redes Comunales CHCC, cuentan con la participación de actores institucionales relevantes para el desarrollo infantil, presentes en el espacio de gestión comunal. Para tales efectos se ha identificado a un conjunto de instituciones y sus representantes que dado el rol y funciones que cumplen, resultan imprescindibles para el funcionamiento de CHCC en las comunas.

Una parte de las instituciones identificadas, conformarán al interior de la Red Comunal una Red Básica, por la centralidad de sus funciones en el acompañamiento longitudinal que se hará a todos los niños y niñas ingresadas al Sistema. Esta centralidad está definida por el grado de correspondencia entre las entidades y el tipo de prestaciones establecidas en el Sistema.

Adicionalmente se promoverá que toda Red Comunal, cuente con una Red Ampliada en la medida que, bajo una modalidad de trabajo en red, identifica con mayor precisión prestaciones más específicas y acotadas a los requerimientos y demandas de cada niño o niña en particular, de sus familias y del entorno comunitario.

Se propone que sean consideradas para participar de la Red Comunal las siguientes instancias y representantes:

Para la Red Básica:

- Entidades y sus representantes, que constituyen la red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal, como los Directores/as de los Centros de Salud, Encargados/as de Postas Rurales, Directores/as de Centros Familiares (CESFAM).
- Entidades y representantes del área de Educación Parvularia, como las Directoras de Jardines Infantiles y Salas Cuna, pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y a la Fundación INTEGRA, principalmente.
- Representantes de las diversas Unidades Municipales responsables de servicios, beneficios o programas, de apoyo al desarrollo infantil y familiar, como lo son, Director/a de Desarrollo Comunitario (DIDECO), Encargado/a Municipal de Infancia, Encargado/a Municipal de la Unidad de Subsidios Sociales, Encargado/a del Departamento o Unidad de Asistencia Social, Jefe/a de la Unidad de Intervención Familiar del Programa Puente, Director/a de Salud Municipal y Encargada/o Municipal del Área de Educación Parvularia.

Para la Red Ampliada, se recomienda considerar entidades e instancias como las siguientes:

- Encargado/a de Oficina de Protección de Derechos
- Encargado/a de la Oficina Municipales de Información laboral (OMIL)
- Encargado/a Municipal de la Ficha de Protección Social.

- Encargado/a del Departamento Municipal de Vivienda.
- Encargado/a de Programas Municipales de Habitabilidad.
- Encargado/a del Programa de Apoyo a la Discapacidad.
- Jefe/a del Departamento Municipal de Organizaciones Comunitaria.

Para efectos de la Red Ampliada, cabe señalar que es atribución de la propia Red Comunal, determinar y convocar la incorporación de estas u otras entidades necesarias para garantizar el funcionamiento del Sistema en la comuna.

La **tarea principal** de las Redes Comunales es, por lo tanto, sostener el sistema a nivel comunal, articulando la entrega del conjunto de servicios y beneficios contemplados, de manera oportuna y pertinente, según las particularidades de niños y niñas que conforman la población objetivo de Chile Crece Contigo.

Para analizar el nivel de implementación y funcionamiento de las Redes Comunales Chile Crece Contigo, durante el año 2009 se llevó a cabo un estudio cuantitativo y cualitativo de éstas, encargado por el Ministerio de Planificación a la Consultora Alcalá, durante los meses de Abril y Mayo. El propósito de este estudio fue evaluar -desde el punto de vista de los “agentes de red”- la estructuración, implementación y funcionamiento de las Redes Comunales CHCC, identificando brechas entre los planes y las realizaciones de cada Red Comunal, de manera de poder formular propuestas de mejoramiento continuo que permitan revertir los puntos críticos causantes de las brechas así detectadas.

En el presente informe, se reportan los resultados más relevantes, a partir de los cuales se realizan recomendaciones para generar acciones en orden a alcanzar el óptimo funcionamiento del Sistema CHCC.

2. Objetivo del estudio

El objetivo del estudio fue levantar y sistematizar información relevante en relación a la implementación y funcionamiento de las Redes Comunales CHCC. Dicho análisis se enmarca dentro del Plan de Evaluación del Sistema CHCC, el cual busca contribuir al mejoramiento continuo del funcionamiento del Sistema.

El levantamiento de información se realizó utilizando dos metodologías, una cuantitativa y otra cualitativa. La primera se desarrolló a partir de una encuesta, que fue elaborada por un equipo asesor externo¹⁴ que trabajó en conjunto con MIDEPLAN, dirigida a todas las comunas del país, la cual fue respondida vía web por el Encargado Comunal CHCC y por participantes de distintos sectores que componen la red a nivel local. Con esto se intentó lograr que la mayor cantidad posible de actores que componen las redes comunales respondiera dicha encuesta y de esta manera obtener información general tanto de la implementación como del funcionamiento de las redes comunales. Por otra parte, el componente cualitativo, se centró en recabar información más detallada del funcionamiento de las Redes. Para ello, se desarrollaron

¹⁴ Formado por Vicente Espinoza y Sandra Zepeda, Universidad de Santiago de Chile.

encuentros con una muestra de comunas de las regiones de Valparaíso, del Libertador Bernardo O'Higgins y Metropolitana.

Como resultado de lo anterior, se obtuvo información de la percepción de los propios participantes de las Redes Comunales CHCC, se ha obtenido un panorama de la estructuración, implementación y funcionamiento de las mismas. A continuación se describen los principales resultados de este estudio.

3. Resultados Principales

A Módulo Cuantitativo

Esta sección presenta los principales resultados del análisis cuantitativo de la gestión global de las Redes, la que permite determinar una medida más objetiva del funcionamiento de las Redes Comunales¹⁵.

Para lograr lo anterior, el plan de análisis aplicado al cuestionario se basó en el "Esquema de Gestión Global de las Redes Comunales Chile Crece Contigo", elaborado por la Unidad de Gestión Territorial de la Secretaría Ejecutiva de Protección Social de MIDEPLAN con el objetivo de brindar orientaciones técnicas al nivel local para la instalación y funcionamiento de las redes comunales. Este esquema es utilizado por las comunas para estructurar su plan de trabajo anual. Allí se establecen los objetivos, metas y actividades que son necesarias para cumplir con de la entrega de las prestaciones establecidas en el CHCC.

El esquema de Gestión Global de las Redes Comunales CHCC, define 3 áreas o funciones:

- **Función Principal**

Se reporta si las Redes Comunales gestionan en forma sistémica la incorporación de todas las niñas y niños atendidos en el sistema público de salud, desde el primer control prenatal de sus madres. Así como también la existencia de procedimientos estandarizados y acciones capaces de garantizar las derivaciones necesarias de las niñas y niños en condición de vulnerabilidad. De la misma forma, el cumplimiento de esta función refleja la existencia de procedimientos para la entrega de prestaciones universales y/o diferenciadas.

- **Funciones de Soporte**

Esta función permite conocer la existencia de procedimientos destinados al apoyo del logro de los objetivos relacionados con la función principal definida por las Redes Comunales. En este sentido, se han definido al menos dos áreas principales: Gestión para la Articulación en Red y Gestión de la Información.

¹⁵ Para estimular a los municipios a responder la encuesta se tomó contacto directo con todos los/las Encargados/as Comunales del país, a través de diferentes vías (e-mail, teléfono, visita presencial, gestiones de encargados/as regionales, entre otras). La tasa de respuesta alcanzada en la aplicación de este instrumento -cercana al 50%- permite obtener estimaciones confiables.

La Gestión para la Articulación en Red supone la presencia de mecanismos y sistemas de trabajo para coordinar y regular las prestaciones universales y diferenciadas. En otras palabras, permite conocer si las redes cuentan con dispositivos o procedimientos destinados a asegurar el flujo de información acerca de la oferta programática y ordenar su accionar para asegurar la entrega de las prestaciones.

La Gestión de la Información remite a establecer mecanismos de registro, análisis y transferencia de información entre los componentes de las redes, en torno a la trayectoria de cada niño o niña ingresados al Sistema. De esta forma, se establecen orientaciones para la toma de decisiones a escala comunal, tales como la instalación de sistemas de monitoreo y seguimiento. En este plano es relevante que las redes sean capaces de generar propuestas de acción para mejorar y facilitar la entrega de las prestaciones.

- Funciones Complementarias

Esta función ha sido definida como aquella que permite conocer la manera en que la red es capaz de gestionar las prácticas y el conocimiento creado a partir de la interacción entre sus diferentes componentes.

Lo anterior implica establecer si la red ha sido capaz de generar, identificar, sistematizar y difundir prácticas de gestión entre sus integrantes al momento de llevar adelante su trabajo.

Este tipo de prácticas apuntan a generar una base de información capaz de retroalimentar al sistema CHCC para efectos de potenciar su funcionamiento y fortalecer su gestión.

Ahora bien, para configurar un panorama acerca del cumplimiento de estas funciones por parte de las Redes Comunales CHCC, se construyeron índices que resumen y condensan las respuestas de diferentes preguntas relacionadas temáticamente. Tales índices, en todos los casos, fluctúan entre el valor 0 y 1, donde 0 representa ausencia del atributo evaluado y 1 presencia plena del mismo.

Para facilitar la interpretación del índice se propone la siguiente escala interpretativa:

VALOR DEL ÍNDICE	INTERPRETACIÓN
0 puntos	Ausencia del atributo
0,1 a 0,24 puntos	Presencia muy baja del atributo
0,25 a 0,49 puntos	Presencia media baja del atributo
0,50 a 0,74 puntos	Presencia media alta del atributo
0,75 a 0,99 puntos	Presencia alta del atributo
1 punto	Presencia plena del atributo

En promedio, los valores de los índices que resumen los resultados alcanzados a nivel de las metas de la función principal, funciones de soporte y funciones complementarias permiten dar una mirada integrada acerca del funcionamiento de las redes.

Los valores obtenidos para cada índice son los siguientes:

Función Principal	0,64
Funciones de Soporte	0,71
Funciones Complementaria	0,63

El análisis de los valores alcanzados demuestra que las Redes Comunes CHCC, en general, no cumplen plenamente con su función principal, lo que implica que persisten deficiencias en los procesos de incorporación de una fracción de niños y niñas atendidos en el Sistema Público de Salud al Sistema CHCC. Es por ello que, en primer lugar, deberían fortalecerse las acciones de asistencia técnica destinadas a estandarizar procedimientos que garanticen las derivaciones que ofrece el Sistema a los niños y niñas que lo requieran.

El puntaje obtenido se encuentra en directo diálogo con lo que se observa a nivel del cumplimiento de la función complementaria, donde también se reflejan deficiencias en las acciones de difusión y retroalimentación. Esto implica que, en la medida que no exista una reflexión sistemática sobre el quehacer y sentido de las redes, es difícil que se cumpla con la función principal encomendada por el Sistema.

Respecto de la función de soporte, el hecho que se alcance un mayor puntaje puede significar que la existencia de procedimientos para la articulación en red y gestión de la información no sean suficientes para asegurar el cumplimiento de la función principal.

En definitiva, como se ha esbozado, para revertir esta situación sería clave estimular las instancias de reflexión institucional respecto del funcionamiento de las redes, con el fin de asegurar que la gestión del conocimiento se logre en forma efectiva. Esto es convergente con lo que se expondrá más adelante en los resultados del módulo cualitativo.

Naturalmente, esta aproximación global respecto del funcionamiento de las Redes Comunes CHCC encuentra matices a medida que se efectúa un zoom territorial. Para avanzar en esta clasificación, se ha procedido a efectuar un análisis de cluster a nivel comunal, lo que permite obtener tres grupos claramente definidos, uno con resultados favorables en todas sus funciones y otros dos con resultados intermedios y deficientes, respectivamente.

Ahora bien, hay factores determinantes que explican que ciertas comunas logren un nivel de excelencia respecto de otras. Para identificarlos, se realizó un análisis de los factores o variables que caracterizan a las comunas “más exitosas”, a fin de considerarlas al momento de diseñar estrategias de acción.

Para ello, se realizó un análisis integrado de las tres funciones, el que entrega una visión acerca de la Gestión Global de las Redes Comunales CHCC, la que puede ser entendida como la existencia de procedimientos relacionados con la coordinación, articulación, gestión de la información, gestión del conocimiento, existencia de mecanismos de trabajo, sistemas de monitoreo y seguimiento, e iniciativas de planificación entre los componentes de la red.

A continuación se describen, por tanto, factores determinantes en el éxito de una Red Comunal CHCC:

a. Disponer de más recursos materiales y humanos no garantiza necesariamente coordinaciones efectivas

Si bien debe ser una condición elemental que las redes y en particular sus encargados/as dispongan de recursos materiales que permitan coordinaciones (como acceso a Internet o teléfono), los resultados obtenidos demuestran que este factor no es determinante para asegurar el éxito en el funcionamiento de las redes. De hecho, entre quienes disponen de teléfono el 30,7% se ubica en el grupo de mejores resultados, mientras que entre quienes no cuentan con tal herramienta lo hace el 20%. Por su parte, entre quienes cuentan con Internet, el 28,5% se ubica en el grupo de mejores resultados, mientras que entre quienes no cuentan con dicho medio lo hace un sorprendente 55,6%, lo que tiende a reflejar que más allá de los medios disponibles, la calidad de las coordinaciones depende de otros factores que no son necesariamente los tecnológicos ni comunicacionales.

Lo propio ocurre con la disponibilidad de personal, pues no se observan diferencias significativas entre las comunas en que fue necesario contratar personal administrativo (el 31,1% se sitúa entre las de mejores resultados) y donde no fue necesario hacerlo (el 29,6% se sitúa entre las de mejores resultados).

b. Disponer de tiempo u horas para la coordinación hace la diferencia

Sin embargo, en aquellas circunstancias en que el/la encargado/a declara contar con horas suficientes para ejercer la coordinación, se aprecia un incremento en el éxito a nivel de la consecución de las metas entre las redes. En este caso, el 46,7% de quienes consideran que las horas que destinan son suficientes para llevar a cabo la labor de coordinación se sitúa en el grupo de comunas de avanzada, mientras que donde se declara no contar con horas suficientes tal porcentaje llega sólo al 23,5%.

c. Cuando la red en su conjunto asume un rol de articulación se alcanzan resultados óptimos

El análisis de los conglomerados demuestra que existen diferencias claras entre las comunas que reconocen la existencia de una red unida y viceversa. Esto ocurre en el 34,4% de comunas donde se logran resultados tangibles y por ende mayor éxito en el cumplimiento de metas. Lo contrario acontece sólo en el 8,7% de quienes dicen que la red no logra asumir dicho rol articulador.

d. Disponer de un Plan de Trabajo, que a su vez defina actividades y responsables, implica una mayor probabilidad de alcanzar éxito.

Asimismo, estas condiciones que parecen ser obvias estarían en la base de los casos exitosos. De hecho, para graficar esta situación, no hay comunas que no hayan logrado sus metas (o se hayan acercado competentemente a ellas) donde se carezca de un plan de trabajo que defina actividades.

Entre las comunas donde hay plan de trabajo, el 35,2% corresponde a casos de avanzada, mientras que aquello sólo se confirma en el 14,3% de las comunas donde no hay plan de trabajo.

e. Contar con sistemas de monitoreo y tener reuniones periódicas de revisión de los planes de trabajo, ayuda a alcanzar las metas

Los datos también muestran que las comunas mejor posicionadas en el cumplimiento de sus metas cuentan con un conjunto de prácticas de planificación sistemáticas y continuas en el tiempo. El 47,9% de las comunas que ha definido estrategias de seguimiento, 32,1% de las que llevan a cabo reuniones periódicas y 36,2% de las que incluyen la práctica de revisar periódicamente estados de avance y compromisos, se ubican en el grupo que logra mejores resultados.

Tales porcentajes, en las comunas que no cuentan con estas prácticas alcanzan a 14,3%, 21,7% y 9,5%, respectivamente.

f. Constituirse como parte de una red implica conocer y compartir el avance de las familias beneficiarias

Es interesante apreciar cómo entre las comunas que dicen aprovechar las reuniones de la red para socializar los resultados obtenidos por las familias, una clara mayoría (48,7%) corresponde a comunas que logra una buena evaluación de su gestión. Tales resultados son logrados por sólo el 7,8% de comunas donde no se socializa dicha información. Este tipo de acciones parece contribuir de manera efectiva al posicionamiento de objetivos comunes que ayudan a avanzar conjuntamente.

g. Las acciones de capacitación están presentes en las redes más exitosas

El 44,2% de las redes exitosas indagadas reconoce contar con acciones de capacitación destinadas a aquellos nuevos miembros que se vienen sumando al trabajo bajo esta modalidad. Entre las comunas que no realizan estas acciones, el nivel de éxito alcanza sólo al 14,9%. Este antecedente es particularmente importante para asegurar que exista un piso mínimo de información compartida por todos los miembros de la red.

h. Plazos de acción acotados y utilización de criterios de priorización para las familias, son buenas prácticas propias de las redes exitosas.

Las redes que obtienen resultados óptimos también se caracterizan por introducir medidas tendientes a maximizar la eficiencia. Entre estas se destaca la definición de

plazos (44,3% de las redes que entienden que el trabajo con una familia debe conseguir resultados en tiempos precisos se ubica en el grupo mejor posicionado en materia de gestión). Por el contrario, entre aquellas que no se guían con plazos establecidos, sólo el 10% de ubica en el grupo de redes exitosas.

Estas redes también priorizan a las familias donde focalizarán su intervención (41,3% de las que priorizan a las familias se ubican en el grupo de mejores resultados, versus el 6,5% de las que no realizan priorización alguna).

i. Contar con un registro de los niños y niñas que forman parte del Sistema y de las prestaciones que reciben, es propio de una red que logra resultados óptimos.

El 58% de las redes que declaran contar con registros acerca de las acciones que se efectúan con los niños y niñas usuarios logra un éxito medible en su gestión (esto sólo ocurre en el 9,2% de los casos en que nos se cuenta con tales registros). En definitiva, se trata de contar con sistemas de información que permitan a los encargados/as efectuar un seguimiento permanente de sus acciones.

Este antecedente se ve validado al momento de las derivaciones, pues en el 58,7% de los casos en que se efectuó un registro se observa éxito en la gestión de la red (versus un 12,9% donde no se realiza tal registro).

j. Las redes exitosas proyectan su accionar en el tiempo

Un ejemplo de lo anterior radica en que se observa una tendencia al contar con mecanismos capaces de dar continuidad a los proyectos puestos en marcha en la comuna, que han sido beneficiadas por fondos asignados por concepto de apoyo al desarrollo infantil. De las comunas que siguen tales mecanismos, el 37,7% se sitúa en el grupo de mejores resultados, mientras que entre aquellas donde no se establecen, sólo el 12,2% logra resultados de excelencia.

k. Entre los fondos disponibles se ha privilegiado el de Fortalecimiento de la Gestión Municipal

En concordancia con algunos de los tópicos levantados en la indagación cualitativa, tal como se apreciará más adelante, es clave tener una orientación que privilegie una mejora en la estructura en la que las redes se desempeñan. Es por ello que el 31,8% de las redes que declara haber empleado dichos fondos, se acerca más a las metas trazadas. Como contraparte, cabe agregar que no existen municipios no exitosos que hayan utilizado estos recursos.

l. El éxito en el logro de las metas de las redes supone una gestión participativa

Lo anterior significa generar espacios donde la planificación participativa adquiera preponderancia, pues en el 58,3% de las comunas donde todos los miembros de la red fueron parte de las acciones de planificación, se logran las metas propuestas, mientras que en aquellas donde los miembros de la red no participaron, sólo el 12,5% se acerca

a resultados óptimos. Asimismo, en la mayor parte de los casos donde todos los miembros participan de las reuniones periódicas, se logra mayor tasa de éxito.

m. La participación se extiende hacia la comunidad

Es interesante constatar cómo las redes que logran un mayor nivel de éxito declaran efectuar acciones de difusión y sensibilización hacia la comunidad. El 60% de las comunas donde se realizan tales acciones son clasificadas en el grupo más efectivo respecto del logro de las metas trazadas. Esto sólo acontece en el 7,1% de las comunas donde no se realizan acciones de difusión.

n. Comunicación efectiva intra-red es sinónimo de éxito en las derivaciones

Cabe hacer notar que cuando las derivaciones son siempre comunicadas al encargado comunal, se logra un mejor posicionamiento en los resultados de gestión alcanzados (79,2%). En el 75% de los casos exitosos, se informa al encargado comunal CHCC de la detección de casos que deben ser derivados.

o. Si bien no es absoluto, se aprecia una tendencia creciente de apoyo desde el nivel regional y nacional

En aquellas comunas donde se reconoce un mayor nivel de apoyo desde el nivel regional, se logra un nivel de éxito mayor en comparación a aquellos casos donde tal soporte es sólo esporádico (de los casos que dicen sentirse siempre apoyados 37,3% corresponde al grupo de mayor éxito, versus 7,1% que señala sentir tal apoyo “a veces”).

Es interesante hacer notar que es mayor la sensación de que existe apoyo a nivel nacional, pues en los casos que aquí se analizan, el 50,9% reconocer sentir siempre un alto apoyo desde el nivel central. Entre comunas que señalan sentir “nunca” tal apoyo, no se constata la presencia de éxito en materia de gestión.

B Módulo Cualitativo

Los objetivos planteados para el análisis de la información cualitativa se orientaron principalmente a dar cuenta del conocimiento, importancia asignada y compromiso de cada institución con la Red Comunal de la cual forma parte y cómo se realizan las derivaciones al interior de las mismas.

Dado que el Sistema CHCC busca entregar prestaciones integrales para el adecuado desarrollo de los niños y niñas, su implementación y funcionamiento no sólo depende de atenciones de un área específica. De esta manera, un aspecto crítico de la operación del Sistema está dado por la gestión de las derivaciones al interior de la Red Comunal. Es por ello que, conocer desde el punto de vista cualitativo y a partir de las prácticas y experiencias cotidianas, el grado y mecanismos de coordinación de las instituciones que integran la Red para la entrega oportuna y pertinente de prestaciones, se configura como un eje central del presente módulo.

Para recabar la información que permitió el análisis cualitativo de la implementación y funcionamiento de la Redes ChCC, se realizaron talleres de trabajo en las regiones del Libertador Bernardo O'Higgins, de Valparaíso y Metropolitana. Las actividades desarrolladas se dividieron en tres etapas:

Etapas de sensibilización; que contempló el envío a las comunas seleccionadas (encargados comunales y participantes de la red) de una ficha de análisis para la discusión, con preguntas orientadoras acerca de su labor, con el objetivo de que reflexionaran respecto al quehacer y problemáticas que enfrentan en sus labores cotidianas las Redes Comunes CHCC.

En una segunda etapa, se realizó un monitoreo en las comunas para conocer el estado de avance del trabajo de reflexión encomendado, solicitándoles que describieran el resultado del análisis de acuerdo a un formato previamente acordado por las partes.

Finalmente, se realizaron encuentros comunales donde los/as encargados/as y participantes de las redes realizaron la evaluación de su labor en las redes sobre la base de un conjunto de metodologías participativas.

La información sistematizada y analizada en el módulo cualitativo se presenta en cuatro ítems:

- a. Hitos que caracterizan el funcionamiento de las redes
- b. Análisis de brechas
- c. Gestión de las derivaciones
- d. Análisis FODA.

A continuación se presentarán los principales resultados de los puntos b) y c), esto es análisis de brechas y la gestión de las derivaciones al interior de las redes comunales. Lo anterior, debido a la importancia que revisten ambos puntos para la gestión global de las redes.

En el caso del análisis de brechas es posible visualizar la distancia entre la red comprometida y la red producida (aspecto que se relaciona con los resultados del módulo cuantitativo). Para el caso de la gestión de las derivaciones, su importancia radica en que es el principal mecanismo que permite evidenciar si una red funciona de manera apropiada, al menos en un primer diagnóstico, para que pueda cumplir con los objetivos planteados por el Sistema; esto es, entregar prestaciones oportunas, pertinentes e integrales a los niños, niñas y su familia, para su estimulación y desarrollo.

i. Análisis de Brechas

El análisis de la información obtenida en esta etapa del estudio, buscó determinar la existencia de brechas entre la Red Comunal comprometida en la planificación, y la Red Comunal real o producida en los territorios.

Para ello fue necesario obtener una imagen de la red comprometida para todos los focos de evaluación dados por los objetivos específicos del estudio, que apuntaron a conocer, entre otros aspectos, el compromiso, fortalezas, debilidades, grado de coordinación y percepción de los encargados y participantes de las Redes Comunes de la implementación y funcionamiento del ChCC. La Red comprometida fue construida a partir de la documentación oficial del Sistema y los planes de trabajo comunales.

Posteriormente se construyó una imagen de la red producida, para los mismos focos y otros emergentes que hayan sido develados por las fuentes primarias de información. Estas últimas corresponden a la realización de jornadas de reflexión y debate acerca del nivel de implementación y funcionamiento de las redes del programa CHCC, lo que permitió conocer en detalle las fortalezas y debilidades de las redes y construir la red producida en las comunas.

Luego se realizó el ejercicio de comparación *vis a vis* de lo comprometido o planificado, con lo producido. Esta comparación se efectuó a nivel global y permitió identificar brechas específicas o puntos críticos que el Sistema debe resolver.

Las brechas específicas y los puntos críticos detectados permitieron formular propuestas de planes de mejoramiento de las Redes Comunes CHCC, por comuna y para eventos típicos no específicos o eventualmente emergentes, esto es la identificación oportuna de riesgos que pudiese enfrentar la red que deberían ser tomados en cuenta en la gestión y toma de decisiones. El resultado de este análisis se desarrolla en los siguientes puntos.

ii. Brechas entre la red comprometida y la red producida

Se observa que uno de los principales hechos constatados a través de esta evaluación es que, desde el punto de vista de la planificación, gran parte del funcionamiento de las redes se encuentra resuelto. Sin embargo, en la práctica existen dificultades para plasmar tales planificaciones en hechos concretos, a raíz de problemas principalmente estructurales que tienen asidero en la forma en que históricamente los municipios han enfrentado su funcionamiento. En este sentido, se debe reconocer que en las redes predominan los esfuerzos para materializar los compromisos y actividades contempladas en los planes de trabajo, sin embargo, éstos en ocasiones no son suficientes para lograr a plenitud los resultados esperados en sus planificaciones.

A continuación se describen algunos elementos característicos de las redes comprometidas que han sido tomados del análisis de los planes de acción, y se analiza la existencia de brechas con las redes efectivamente producidas.

RED COMPROMETIDA	RED PRODUCIDA
La red es una entidad consolidada y con capacidad operativa.	En la práctica es posible observar que no todas las redes se encuentran consolidadas en su funcionamiento, pues en algunos casos se adolece de las capacidades instaladas suficientes, como por ejemplo falta de recursos materiales y personal con competencias y destrezas que permitan un desempeño óptimo para aportar de mejor manera al funcionamiento de las Redes Comunes. En otros casos no existen los apoyos institucionales necesarios para que así sea. Sin embargo, se debe reconocer que han ido creciendo o mejorando en lo que a capacidad operativa y efectividad se refiere.
La red cuenta con procedimientos de registro establecidos.	En este plano, y a partir de los resultados observados, se puede concluir que prevalece un nivel de cumplimiento medio al respecto, puesto que en la realidad los procedimientos existen, pero no se encuentran suficientemente formalizados como para asegurar que las acciones se desarrollarán sistemáticamente en el tiempo.
La red entrega prestaciones diferenciadas en forma plena.	En estricto rigor no siempre se cumple con este objetivo. Esto se explica por el hecho que las redes no siempre están operativas en un 100%, y por lo tanto la capacidad de asegurar la entrega de prestaciones diferenciadas queda supeditada a la disposición de la red básica de articularse en torno a la lógica del CHCC. Esto último parece ser uno de los aspectos más sensibles del funcionamiento de las redes puesto que, de acuerdo a los participantes en los talleres, es frecuente que prestaciones no sean entregadas o que sean diferidas en el tiempo. Lo anterior se explicaría en mayor medida por las dificultades operacionales que enfrentan algunos municipios que limitan la opción de que los diferentes agentes llamados a articularse lo hagan de manera efectiva. Entre tales dificultades se destaca la sobrecarga de trabajo que afecta a algunos profesionales que deben encargarse de que las gestantes ingresen oportunamente al Sistema.
La red gestiona acciones de capacitación para el personal que la compone	Es interesante apreciar cómo en las planificaciones comunales revisadas ha sido común declarar que se gestionarán acciones de capacitación en diversas direcciones, siendo las más frecuentes aquellas

	referidas a temas relacionados con el desarrollo infantil temprano u otros relacionados con las dimensiones más operativas del funcionamiento en red. No obstante, tanto en la encuesta como en los talleres se advirtió que la capacitación continúa siendo una sentida necesidad que en la actualidad no se encuentra plenamente satisfecha.
La red dispone de recursos para facilitar el encuentro de los agentes que la componen y su funcionamiento.	Para avanzar significativamente en la instalación de una modalidad de gestión de las Redes Comunes ChCC, se ha dispuesto que cuenten con apoyo y asistencia técnica para diseñar, ejecutar y evaluar sus Planes de Trabajo. Para ello el Sistema cuenta con el Fondo de Fortalecimiento de la Gestión Comunal en Primera Infancia, y el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil. Respecto al Fondo de Fortalecimiento de la Gestión Comunal se observa que ha sido asignado de manera satisfactoria ya que dichos recursos presupuestarios están orientados esencialmente a facilitar el inicio del funcionamiento y la consolidación de la gestión de las Redes Comunes. En relación al Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil, instrumento que permite la generación de diversas modalidades de apoyo al desarrollo integral en la primera infancia, para atender a niños y niñas que se encuentran en riesgo de rezago, con evidencias de rezago, déficit o retraso en su desarrollo y que su modo de operación estipula que es la Red Comunal CHCC, quién a través de los municipios postula proyectos que pueden contener una o más modalidades de atención para los niños y niñas de ese territorio, se observa que dicha modalidad cuenta con una serie de debilidades según los agentes de las redes, a saber: los plazos de presentación son extremadamente ajustados, no hay garantías de adjudicarse los proyectos, las exigencias (que para el nivel central pueden resultar obvias) revisten gran dificultad para los encargados/as de redes, quienes no siempre disponen de competencias para elaborar un proyecto en forma adecuada.
La red opera de manera multidisciplinaria.	Esta dimensión del funcionamiento de las redes parece ser la mejor resuelta. De hecho, ha sido permanentemente destacada como uno de los principales aportes a nivel de diseño del CHCC. Sin

	embargo, una cosa diferente es que este ideal logre traducirse en realidad pues, como se ha dicho en puntos anteriores, no siempre existe una lógica de “operar en red” instalada entre los actores del Sistema.
La red gestiona el conocimiento.	Uno de los aspectos que es fuertemente recogido por parte de las planificaciones efectuadas se relaciona con la capacidad de las redes de contar con información acerca de sus usuarias/os, que sirva de base para definir cursos de acción. Estas intenciones no logran concretarse en la generalidad de los casos, ya que por un lado, las redes se encuentran permanentemente exigidas, de manera que, como se ha anteriormente, generalmente deben resolver el “día a día”. Por otra parte, la carencia de competencias y capacitaciones, impide que existan habilidades suficientes como para resolver este aspecto de la mejor manera.
La red cuenta con recurso humano suficiente.	Parte de las acciones comprometidas pasan por la disponibilidad de recursos humanos de cumplir con algunas tareas consideradas necesarias e indispensables. Sin embargo, no todas las redes se encuentran en condiciones de gestionar tales recursos, de manera que siguen estando sobre-exigidas. Así, en este plano también se advierte una brecha de importancia entre la red comprometida y la producida.

iii. Análisis de la gestión de las derivaciones

Un elemento clave en la implementación y operación de las Redes Comunes Chile Crece Contigo, guarda relación con el proceso de derivaciones. Esto se explica porque el Sistema contempla el seguimiento y acompañamiento de los niños/as desde el primer control de embarazo hasta los 4 años, donde la coordinación efectiva para una derivación adecuada es vital.

Los antecedentes recogidos a partir del análisis cualitativo de las Redes Comunes Chile Crece Contigo entregan algunas orientaciones que sería de interés considerar con miras a avanzar en derivaciones óptimas y de calidad. Entre los puntos que debiesen tenerse en cuenta se destacan los siguientes¹⁶:

- a. Las redes tienen una forma de funcionamiento donde las coordinaciones son claves. Que en ocasiones tales coordinaciones no ocurran se explicaría

¹⁶ En cada punto señalado se incorporan citas textuales de los/las encargados/as y participantes de las Redes Chile Crece Contigo en relación al tema discutido.

preferentemente por la ausencia de una cultura de red o de prácticas enteramente colaborativas.

“Cuando logramos comunicarnos y avanzamos de la mano, como que trabajamos de mejor manera”

- b. Para que la coordinación de redes sea adecuada es necesario asegurar que se comuniquen los mensajes relevantes (procesos, prácticas) al interior de la red.

“No puede ser que a veces no se nos informe de lo que está pasando en la comuna o lo que se está haciendo en otros lados”

- c. Existencia de indicadores de desempeño o metas que la red establezca respecto a la atención de los/las niños/as, la derivación y la entrega de beneficios (siempre y cuando corresponda).

“A veces siento que hago todo sola, y por lo tanto todo lo que haga la red depende de lo que yo haga o deje de hacer... Como que nadie se preocupa de lo que hacen los demás que dicen ser parte de la red...”

- d. La estructura de las redes varía de acuerdo a los grados de conciencia acerca de lo que implica trabajar en red. Mientras más conciencia haya de su estructura, mayor será la calidad de su funcionamiento.

“Nos sirve mucho participar de actividades que nos recuerdan que somos una red...”

- e. Las competencias y el nivel de preparación de los/as encargados/as comunales son relevantes, pero lo es más que sepan cómo coordinar una red.

“Acá hay que saber relacionarse con las personas. Eso es lo más importante.”

- f. Respecto del Sistema de Información. Existe disposición para emplear tales herramientas, pero para ello es clave avanzar en la estandarización y libre acceso a ellas de parte de todos los agentes involucrados a nivel comunal.

“En rigor tenemos computador, pero se cae a cada rato y la conexión a Internet es demasiado lenta”

En suma, se debe reconocer que las redes enfrentan dificultades que les impiden constituirse como tales. Por ejemplo, no todas se reúnen con periodicidad por lo que no todos los desarrollos, proyectos, ideas o proposiciones son compartidos por cada uno de los integrantes.

Además se señala que no hay retroalimentación permanente, tanto entre las instancias que componen la red comunal o desde otras instancias externas, como son la regional y el nivel central. En otras palabras, una de las dificultades que constatan

los agentes de las redes es que la comunicación efectiva acerca del quehacer y la gestión de las redes es escasa, por lo que no siempre hay conocimiento acabado acerca de las acciones efectuadas y las necesidades que afectan a las redes en general.

Este problema resulta ser determinante, puesto que se producen vacíos de información que impiden que los/as agentes responsables sean capaces de contar con un panorama global, que les permita visualizar en forma íntegra el modo en que el Sistema se desenvuelve.

En resumen los principales hallazgos de la medición cualitativa son los siguientes:

- Existe una explícita valoración del Sistema de Protección Integral a la Infancia CHCC; sin embargo, prevalece la percepción de que se adolece de suficiente respaldo institucional como para cumplir con las responsabilidades asociadas de manera competente.
- No existe una lógica de trabajo en red instalada en los equipos municipales. Ello constituye el principal obstáculo para que las acciones se implementen con estándares de calidad elevados.
- Hay una disposición favorable para colaborar, la que se activa en la medida que existan instancias de sensibilización potentes, que a juicio de los/as participantes de las redes no se han presentado.
- Se espera que se desarrollen instancias de retroalimentación destinadas a conocer el resultado de este estudio. Aquello sería una contribución valiosa en el marco de los procesos de gestión de conocimiento de las Redes Comunes CHCC.

4. Conclusiones Finales del Módulo

Las conclusiones y recomendaciones que emergen como resultado del análisis integrado de la información analizada son las siguientes.

- i. El principal problema de las redes CHCC que les impide operar como tales, es el escaso conocimiento respecto a la operación bajo la lógica de red, que implica necesariamente la coordinación intersectorial para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Chile Crece Contigo, esto es entregar prestaciones integrales a los niños y niñas desde gestación hasta los cuatro años de edad. De esta manera se constata que las redes en ocasiones no saben trabajar como tales, lo que implica que los agentes a cargo de su funcionamiento no disponen del conocimiento, experiencia y equipamiento material e instrumental que les permita maximizar las coordinaciones y articular a un conjunto de agentes diversos.
- ii. De lo anterior es posible afirmar que el problema principal no sería la falta de recursos sino el escaso manejo y experiencia para operar bajo la lógica de red que implica necesariamente una coordinación efectiva para la entrega integral de prestaciones. Sin embargo, la precariedad material en que se encuentran

muchas de las redes que son parte del Sistema CHCC debe ser considerada como un elemento que necesariamente debe ser resuelto en el mediano plazo, más allá de que este factor no sea aquel que determina en mayor medida el logro de los objetivos trazados.

- iii. Existe coincidencia en que los factores que determinan que una red sea capaz de operar con éxito pasan -al menos- por:
 - Liderazgo reconocido.
 - Funcionamiento que incorpore acciones tangibles que permitan a las redes sentirse tales. Esto es reuniones permanentes con seguimiento de compromisos y entrega de información permanente a todos los miembros acerca del estado de las usuarias/os.
 - Espacios de planificación participativa, donde todos los miembros sientan que son parte de un objetivo compartido.
 - Instancias de diálogo con el nivel central y regional.
 - Sistematización continua de los progresos y errores.
 - Disposición al trabajo colaborativo y a aprender de manera permanente.
- iv. Es válido reiterar que a partir de los hallazgos del módulo cualitativo y cuantitativo, un número importante de redes buscan otro modelo de relación con el nivel central, marcado por una vinculación más fluida que retroalimente su gestión. En este sentido, es necesario que los resultados de esta indagación sean devueltos a las comunas para completar el círculo que este estudio ha buscado trazar.
- v. Finalmente, cabe tener presente que las redes se encuentran en un estado de maduración e instalación en muchos casos, por lo que es natural que exista una disposición algo reticente a ser parte de esta lógica de trabajo. Esto debiese ir modificándose en la medida que se establezcan acciones complementarias destinadas a fortalecer el sentido de red de las comunas.

5. Propuestas de mejoramiento

- i. Se estima necesario diseñar un componente de capacitación destinado, en primera instancia, a los/as Encargados/as Comunes, seguido de los/as miembros de las redes y de los/as Encargados/as Regionales, donde se explique cómo trabajar en red. Esto implica atacar derechamente todas las determinantes que de acuerdo a este estudio influyen significativamente en el éxito de las redes, a saber:
 - Liderazgo y coordinación efectiva
 - Planificación participativa
 - Fortalecimiento de vínculos y grupos de trabajo
 - Autocuidado y manejo de stress

- Formulación de proyectos
- ii. Para que lo anterior tenga un impacto mayor sería recomendable evaluar las capacidades instaladas en los municipios. Si bien sería ideal que los agentes que asumen las coordinaciones comunales respondan a un perfil de cargo específico que incluya formación teórica y experiencia práctica en temas como los anteriormente planteados, sería mucho mejor institucionalizar instancias de inducción a escala nacional o regional, que aseguren que todos quienes asuman la coordinación de una red disponen al menos de un piso mínimo (y compartido) de conocimientos.
 - iii. En esta misma dirección, ha quedado demostrado que entre quienes conocen la lógica de la intervención desde sus fundamentos conceptuales, muestran un mayor grado de compromiso. Esta oportunidad debe ser aprovechada a través de la generación de instancias, como seminarios, que resalten los aspectos teóricos de la intervención, como también de la lógica que subyace al trabajo en red. La participación en esta clase de eventos constituye un elemento bien valorado por parte de los agentes que conforman las redes.
 - iv. Con el propósito de evitar la continua rotación de encargados comunales (lo que, como se ha expresado, afecta el funcionamiento de la red, mermando confianzas y la calidad de los procesos), correspondería efectuar una ofensiva comunicacional focalizada (no necesariamente masiva) en las autoridades comunales para asegurar que tengan conocimiento de las implicancias del CHCC y de los créditos que trae a la comuna. En este marco, debiese avanzarse en establecer las bases para que las comunas cuenten con encargados/as con una situación laboral estable y remunerada de acuerdo al mercado. Asimismo, debiese visualizarse la opción (como lo han hecho algunas comunas) de apoyar la creación (o reconversión) de unidades que asuman el desafío de la Protección Social en los territorios.
 - v. Los fondos de apoyo existentes deben continuar en el camino de apoyar instancias de encuentro y diálogo de los agentes de las redes, pues de este modo es posible asegurar que habrá mayores posibilidades de coordinaciones efectivas y periódicas. Los fondos también debiese propender a que desde cada comuna se realicen acciones de promoción por parte de las redes.
 - vi. En esta misma dirección, puede ser de utilidad crear una plataforma en intranet que vaya más allá del solo registro de gestantes. La idea sería avanzar en una plataforma que permita una mayor interacción donde, además de permitirse el seguimiento de derivaciones, se pueda generar un espacio de conocimiento compartido, ya sea creando un banco de buenas prácticas u otros espacios similares que favorezcan la retroalimentación desde todos los puntos del país y todos los sectores involucrados.
 - vii. Por otra parte, con el objeto de avanzar en la definición de cursos de acción que establezcan definiciones más precisas respecto del modo de asegurar que

el Sistema CHCC logre instalarse en forma óptima en cada comuna, convendría evaluar la posibilidad de realizar estudios para: a) dimensionar los recursos humanos y materiales realmente disponibles en cada red comunal y así establecer las brechas que deben ser cubiertas; y b) con base en la información disponible, avanzar en el diseño del perfil del profesional que ha de cumplir quien ocupe el cargo de encargado comunal.

E. ESTUDIO SEGUIMIENTO DE CASOS A USUARIAS SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

NOMBRE ESTUDIO	Estudio Seguimiento de Casos a Usuarias Sistema CHCC
FECHA EJECUCIÓN	En proceso de contratación
EJECUTOR	En proceso
OBJETIVO GENERAL	Realizar un estudio que permita conocer en detalle la forma en que se relacionan las usuarias y sus familias con el Sistema Chile Crece Contigo, a través de un seguimiento de casos.
METODOLOGÍA	
MUESTRA	
Tamaño	
Localización	
Representatividad	Ninguna
INSTRUMENTOS	
PRODUCTOS	

Por su importancia en el despliegue del acompañamiento a la trayectoria del desarrollo que ofrece el Sistema, las evaluaciones expuestas en el punto (i) y (ii) debieran ser realizadas de manera periódica; orientando sus objetivos a distintas facetas del funcionamiento del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y de las redes comunales CHCC.

- iii. La tercera línea de evaluación corresponde a la evaluación de la implementación de otros componentes y/o programas considerados por el Sistema.

F. EVALUACIÓN MODALIDADES DE APOYO AL DESARROLLO INFANTIL

NOMBRE ESTUDIO	Estudio Ejecución y Resultados de Modalidades de Intervención Implementadas a través del Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil
FECHA EJECUCIÓN	Agosto 2008 – Agosto 2009
EJECUTOR	Universidad Alberto Hurtado
OBJETIVO GENERAL	Realizar un análisis detallado de la ejecución y resultados de las modalidades de intervención ejecutadas durante el años 2008 con el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil.
METODOLOGÍA	Entrevistas; Grupos Focales
MUESTRA	

Tamaño	14 proyectos de 4 modalidades distintas ¹⁷
Localización	11 comunas, distribuidas en tres zonas: Norte, Centro, Sur.
Representatividad	Ninguna
INSTRUMENTOS	Pautas de entrevista para: - Adulto responsable; - Coordinador modalidad; - Encargado regional. Pauta de grupo focal Salas de Estimulación y Ludotecas: - Red Comunal Chile Crece Contigo - Familia Pauta de observación semi-estructurada para: - Programa de Atención Domiciliaria; - Sala de Estimulación Temprana; - Servicio Itinerante; - Sala de Ludotecas.
PRODUCTOS	- Informes de evaluación de la ejecución, resultados, y satisfacción de usuarias de las modalidades evaluadas. - Estándares de calidad para la implementación de las modalidades evaluadas. - Propuesta de lineamientos para el diseño programático de las modalidades evaluadas. - Pautas elaboradas como instrumentos para la ejecución del estudio.

I. Introducción y Objetivo del Estudio

El presente informe da cuenta de la construcción de estándares de calidad para la intervención realizada a través de cuatro modalidades del fondo de intervenciones de apoyo al desarrollo infantil y de recomendaciones para alcanzarlos.

Cabe señalar que esta construcción ha sido sustentada en el análisis de resultados de distintas experiencias en diferentes zonas del país, que generó los insumos tanto para el diseño de los estándares como de las recomendaciones.

El objetivo de este documento es orientar metodológicamente a los profesionales que implementan estas modalidades en el nivel local, mostrando estándares de calidad para cada intervención y entregando sugerencias específicas que permitan llevar a la práctica dichas orientaciones.

¹⁷ Las modalidades consideradas fueron: Servicio itinerante de apoyo a la estimulación oportuna; Habilitación de salas de estimulación en sedes o recintos comunitarios; Programa de atención domiciliaria; Ludotecas en centros de salud.

II. Metodología

II.1. Descripción del proceso de recolección de datos

El estudio de ejecución y resultados de Modalidades de intervención de apoyo al desarrollo infantil, está elaborado sobre información recogida en distintas experiencias desarrolladas en diferentes zonas del país. A partir de ello, se ha seguido un proceso analítico de tres etapas: la primera se orientó al análisis de la información para evaluar el funcionamiento de estas experiencias; la segunda generó estándares de calidad para las modalidades a partir de la etapa anterior; y la tercera propone recomendaciones para el logro de dichos estándares.

Para la recolección de información que permitiera evaluar los resultados de cuatro modalidades del fondo (Ludotecas, Salas de Estimulación, Programa de Atención Domiciliario y Servicio Itinerante) se optó por construir una muestra teórica de experiencias que permitieran recabar datos ricos en calidad. Se establecieron los siguientes criterios para la selección de las modalidades evaluadas:

- **Mayores aprendizajes:** implicó escoger modalidades que contaran con experiencias significativas que permitieran rescatar aprendizajes en función de mejorar el Sistema, tanto a nivel de gestión como de intervención de los proyectos. Para esto, un elemento importante fue que contaran con un tiempo de implementación suficiente para observar el desarrollo de la modalidad.
- **Zona Geográfica:** Junto con lo anterior, fue un propósito de la muestra observar distinciones en las modalidades según el espacio territorial desde donde se desarrollaban. Para esto se cuidó de seleccionar proyectos implementados en la zona norte, centro y sur del país, de manera de observar posibles lógicas territoriales particulares que impacta en la implementación de las iniciativas.
- **Viabilidad:** Por último, la selección de cada proyecto a evaluar se realizó en función de criterios de viabilidad y de acceso. Para esto, junto con la información entregada por la contraparte técnica fue muy relevante contar con la información que otorgaron los encargados regionales y comunales del Sistema Chile Crece Contigo.

Por otra parte, las técnicas e instrumentos de evaluación utilizados en este proyecto se definieron buscando su pertinencia en relación a las características de los actores involucrados en el estudio y a las dimensiones evaluadas en las modalidades de intervención. Respondiendo a estos dos criterios. Los instrumentos aplicados en esta primera etapa fueron siguientes: Entrevistas, Grupos focales, Observaciones y Revisión de Documentos.

- **Entrevistas:** Para la aplicación de las entrevistas realizadas se diseñaron pautas semi estructuradas de preguntas que establecieron temas pre definidos de indagación, pero que a la vez permitieron la flexibilidad suficiente para observar en profundidad la visión particular de los entrevistados. Para el abordaje de las dimensiones de evaluación se diseñaron dos pautas de entrevistas: coordinador(a) Modalidad y Adulto Responsable.

- **Grupos focales:** Para su aplicación se diseñaron pautas semi estructuradas de conversación que contuvieron las preguntas claves que orientaron la sesión y que la

guiaron en torno al tema central de investigación. Para el abordaje de las dimensiones de evaluación se diseñaron dos pautas: Miembros de la Red Comunal Chile Crece Contigo y Familias.

En algunos grupos focales se contó con una asistencia menor a cuatro personas, lo que no permitía cumplir con los objetivos esperados para esta metodología. En estos casos se adaptó los instrumentos y se realizó una entrevista (grupal o individual según el número de asistentes) que permitían una mayor profundización de los temas abordados.

- **Observaciones:** Se diseñaron pautas semi estructuradas de observación para cada una de las modalidades, de tal forma de incorporar sus particularidades. Estas pautas contenían listas de cotejo a través de las cuales los investigadores registraban información a partir de indicadores y categorías, preguntas abiertas de observación orientadas a indagar en dinámicas y relaciones sociales en las sesiones de trabajo de las modalidades, y un espacio abierto para notas y otras apreciaciones de los investigadores.

Para los objetivos de este estudio, las observaciones permitieron indagar cuatro temas generales: Adecuación de las estrategias, metodologías, técnicas y actividades de intervención, a las necesidades específicas de los niños, niñas y sus familias, y acordes al grado de riesgo de rezago; Ejecución de actividades con los niños y niñas desde una perspectiva del buen trato; Características de la relación establecida entre el equipo interventor y los niños, niñas y familias usuarias de los servicios otorgados por la modalidad; y Disposición de los niños y niñas frente al servicio otorgado por la modalidad.

- **Revisión de Documentos:** Los documentos revisados fueron los siguientes: “Definición de Estándares Técnicos y Financieros para la implementación de las modalidades de atención del Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil.”; “Estándares Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil – ChCC”; Proyectos presentados por las modalidades evaluadas; y Acuerdos Operativos de las modalidades evaluadas.

II.2. Descripción del proceso de análisis

Como se señaló, el proceso de análisis se estructuró en tres etapas: análisis de resultados, construcción de estándares y propuesta de recomendaciones para el logro de dichos estándares.

El **análisis de los resultados**, se realizó en base a focos y ámbitos de evaluación previamente establecidos. Los focos fueron tres: (i) *Ejecución de la intervención*: procesos de trabajo componentes y actividades establecidos en cada modalidad para implementar sus intervenciones; (ii) *Resultados de la intervención*: productos logrados por las modalidades en los ámbitos de la intervención y gestión del programa; y (iii) *Satisfacción de los usuarios de la intervención*: percepciones de los niños, niñas, familias y comunidad sobre la calidad, oportunidad, pertinencia, complementariedad, territorialidad, multidimensionalidad, entre otros factores, de la intervención recibida/prestada.

Las dimensiones por su parte, se orientaron a hacer una distinción especial dentro de los focos. Se definieron dos: *la intervención para el desarrollo infantil y la gestión de la intervención*. La primera se refiere a los dispositivos metodológicos desplegados con los niños, niñas, sus familias y comunidades en el marco de los proyectos, es decir, el trabajo profesional (principalmente de carácter biopsicosocial) que apunta directamente a incrementar las capacidades de niños y niñas de primera infancia que se encuentran en riesgo de rezago manifiesto en su desarrollo y apoyar a sus familias para su adecuada atención, cuidado y estimulación. Por otra parte, la gestión de la Intervención se refiere a los procesos, procedimientos y dispositivos organizacionales que brindan el soporte para el desarrollo de la intervención.

La construcción de estándares, se realizó en base a los resultados de la etapa anterior y utilizando una metodología participativa donde se incorporó a actores institucionales del Sistema Chile Crece Contigo a la discusión y reflexión sobre estos estándares y su pertinencia a la realidad de las modalidades.

Cabe señalar que el establecimiento de estándares mínimos de calidad para las modalidades centró el proceso analítico en la identificación de nudos críticos del quehacer de las modalidades y a partir de ellos, en el establecimiento de mínimos que aseguren un buen funcionamiento de ellas.

Finalmente, **las recomendaciones para el logro de los estándares**, se ha efectuado a través del análisis del equipo investigador, y la puesta a discusión tanto de los estándares como de las recomendaciones con expertos y actores institucionales del Sistema Chile Crece Contigo.

III. Principales Resultados de la Evaluación

III.1. SERVICIO ITINERANTE DE ESTIMULACION

El Servicio Itinerante de Estimulación es una modalidad que ofrece experiencias de estimulación al desarrollo integral de niños y niñas en primera infancia con rezago o riesgo de rezago, y que viven en lugares apartados y distantes del centro urbano de la comuna. Para esto la modalidad estructura un servicio especializado de estimulación al desarrollo integral que proporciona experiencias educativas en el espacio comunitario (postas, salas o sedes comunitarias, por ejemplo).

Tras la revisión de las distintas dimensiones de análisis para la evaluación de la ejecución, resultados y satisfacción de los usuarios de la modalidad Servicio Itinerante de Estimulación, es posible concluir que los casos estudiados han tenido una implementación sin duda positiva, que se ha traducido en la instalación de una intervención valorada por sus usuarios, que responde a una necesidad sentida en el espacio local y con satisfactorios resultados en lo que se ha podido observar hasta el momento.

- Una primera conclusión que se destaca es que gracias al buen diseño de actividades existe una integración satisfactoria de los niños y niñas a la intervención, con interés y

motivación progresiva para participar. Desde las familias existe una visión muy positiva del trabajo realizado con sus hijos.

- Por otra parte, las estrategias observadas apuntan efectivamente a la superación del rezago y el trabajo con los padres. Estas responden pertinentemente a una necesidad existente en los territorios rurales y aislados, importantes niveles de rezago en niños y niñas en primera infancia, y tienen como propósito la mayor adecuación a las realidades de las familias.

Hasta este punto de la implementación, es posible señalar que los principales resultados de la intervención son el hecho de, en coordinación con el Programa de Apoyo del Desarrollo Biopsicosocial, aplicar de manera generalizada en los niños y niñas pertenecientes al Sistema Chile Crece Contigo los instrumentos médicos para la detección del rezago y luego de esto ofrecer dentro de los días siguientes un servicio de estimulación ajustado a sus necesidades de desarrollo integral.

Junto con esto, los equipos ejecutores perciben que la intervención responde a necesidades concretas de estimulación de los niños y niñas atendidos, disminuyendo efectivamente en ellos, los déficit identificados por los equipos médicos, sin embargo no hay una indagación más profunda en los efectos de la intervención. Así también en relación a los objetivos establecidos para las familias, los equipos observan resultados referentes a cambios en la manera en que la familia se relaciona con los niños y niñas, instalándose una preocupación y dedicación especial por los niños pequeños al interior del hogar, y en la adquisición de herramientas concretas para la crianza y apoyo del desarrollo de sus hijos.

- Los resultados obtenidos, particularmente aquellos referentes a su reconocimiento y adherencia por parte de las familias participantes, tienen su explicación de manera significativa en la capacidad de adaptación al contexto local en coherencia al enfoque del Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil.

- En relación a la gestión de los proyectos, es posible señalar que la de recurso humano representa el punto débil de la modalidad, específicamente por el insuficiente número de personas que integran los equipos (que genera sobre carga de tareas), y por la situación de inestabilidad laboral de los ejecutores.

- A su vez, se observa que la gestión técnica representa la gestión fuerte que efectúan los equipos, y donde han logrado aspectos destacados como una fluida coordinación al interior del equipo ejecutor, desarrollo y utilización adecuada de instrumentos de registro y monitoreo, formalización emergente de vínculos institucionales, y una estrecha vinculación con Programa de Apoyo del Desarrollo Biopsicosocial.

- Finalmente, respecto a la gestión financiera y administrativa de los proyectos se observan escasas orientaciones para realizarla.

III.2. SALA DE ESTIMULACIÓN

Esta modalidad busca reforzar variados aspectos del desarrollo infantil, en territorios de alta dispersión poblacional y difícil acceso a las escasas o insuficientes ofertas de apoyo al desarrollo infantil. Esta modalidad es pertinente cuando por una parte existe demanda no cubierta por otro servicio y en la localidad existe un número de niños y

niñas de primera infancia, que justifique generar un centro de estimulación integral estable (no itinerante).

Con respecto a la ejecución de la intervención realizada en las Salas de Estimulación investigadas, es posible concluir que ésta se enmarca en las orientaciones del Sistema Chile Crece Contigo, constituyéndose en un indiscutible aporte para el desarrollo de los niños y niñas de cada comuna. La Sala de Estimulación es reconocida como un espacio integrador, lúdico, abierto y sobre todo, un espacio en que los niños y niñas desarrollan sus capacidades.

- Es posible concluir que existe plena satisfacción por parte de los usuarios frente al servicio entregado por la Sala de Estimulación. Todos los actores reconocen que la modalidad constituye un gran aporte a la oferta pública en la comuna y sobre todo al desarrollo de los niños y niñas.

- Los adultos también tienen un lugar en la Sala de Estimulación, no obstante, se ha podido constatar a través de este estudio que si bien existe la convicción de que la participación y el protagonismo de la familia es fundamental para sostener y profundizar los cambios producidos por la intervención, no existen orientaciones transversales a todos los proyectos que indiquen de manera operativa cómo intervenir con las familias.

- Respecto al soporte comunitario que requiere una intervención de esta naturaleza, aparece la importancia de la comunidad -entendida como las instituciones que conforman la red local- para dar soporte territorial a la intervención, como facilitador de un trabajo multidimensional.

- Respecto a los resultados de la intervención realizada a través de las Salas de Estimulación, la primera constatación que aparece es que no se ha realizado una evaluación de lo desarrollado en la modalidad, por ende, las declaraciones de los entrevistados responden a impresiones parciales sobre el proceso.

- Respecto a la ejecución y resultados de la gestión, es posible identificar distintos nudos críticos. Destacan los problemas en la gestión financiera como uno de los principales obstaculizadores al trabajo realizado por la modalidad. Los atrasos en la transferencia de los recursos desde el nivel central al nivel local, la rigidez del presupuesto, la escasez del mismo para la contratación de recurso humano equivalente a las coberturas alcanzadas, son algunos de los mencionados.

- Por otra parte, la gestión técnica no aparece delineada claramente en términos de diseño que sustente la intervención. Las reuniones técnicas, la asesoría, la supervisión, y la evaluación del trabajo realizado, no están planificadas ni se realizan de manera sistemática, ni tampoco existen los instrumentos necesarios para ello.

III.3. PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA

Esta modalidad consiste en la aplicación de una secuencia de visitas al domicilio de la niña o el niño con rezago, realizado por equipos técnicos profesionales para implementar el servicio de estimulación oportuna en el hogar, especialmente en los casos en que existan niños y niñas con necesidades especiales que se encuentran

impedidos de desplazamiento o alguna razón que justifique esta prestación en el domicilio. Es complementaria al programa de visitas domiciliarias incluido en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y se justifica cuando existe escasa oferta de apoyo intensivo a niños/as con problemas de rezago de mayor complejidad.

Esta modalidad se puede complementar, con instancias de diagnóstico especializado para niños y niñas con rezago más profundo o para niños y niñas con necesidades especiales.

En lo que se refiere a la ejecución de la intervención que se realiza en el Programa de Atención Domiciliaria, se puede concluir que ésta se encuentra en coherencia con las orientaciones generales entregadas por el Sistema Chile Crece Contigo, donde se conocen y aplican los enfoques a su base, siendo los más explícitos y evidentes el integrador y el ecológico por la relevancia que adquieren las familias en el desarrollo de la intervención.

- Se puede afirmar que los adultos responsables poseen una muy buena opinión y consideran que los logros son muy importantes el desarrollo de los niños y niñas que han participado del programa. Lo mismo ocurre en el entorno comunitario, especialmente en la red comunal, donde si bien no se evidencian avances en la formalización de los vínculos, sí se ha logrado instalar la preocupación y transmitir el sentido de la protección de la infancia.

- En general las estrategias, metodologías y técnicas se adecuan a los requerimientos de la intervención, pero se requiere avanzar en la adecuación de algunas de estas actividades a las características de las familias que participan y los hogares de las mismas.

- Por otra parte, las características específicas de la modalidad se observan en las diferentes experiencias analizadas, pero adquiere en la implementación un sello propio particularmente fruto de las características del equipo de profesionales y de las particularidades del contexto en que se inserta.

- En lo que respecta a la relación con los usuarios, se puede concluir que es un aspecto muy bien logrado en la modalidad, donde los profesionales han establecido una relación de confianza tanto con el niño o niña como con su familia.

- El desarrollo de competencias en las familias para la atención, cuidado y estimulación de los niños y niñas, ha sido un ámbito de trabajo muy relevante, pues se ha intencionado la incorporación activa de los adultos responsables al proceso de intervención y éstos reconocen un avance. Pero no existen mecanismos formales para dar cuenta del nivel de resultados alcanzados por la modalidad en su conjunto.

- Desde la perspectiva del entorno comunitario, el principal logro alcanzado ha sido la incorporación de la mirada biopsicosocial, que implica trabajar de manera más integral con los niños y niñas, aunque aún prima la mirada biomédica.

- En lo que respecta a la gestión de la modalidad, no existen orientaciones generales para administrar el recurso humano, ni para los procesos de contratación, ni para la evaluación de desempeño o la gestión del clima laboral. Además, en los casos

analizados tampoco se han generado mecanismos o procedimientos comunes para esta gestión.

- En lo que respecta a la gestión presupuestaria de los fondos otorgados, el elemento más generalizado por los entrevistados es el reclamo por la tardanza en la entrega de los recursos, lo que generó un retraso de la implementación de la modalidad, pero se consideran adecuados en su cantidad.

- Por otra parte, se puede concluir que es una necesidad el contar con instrumentos de registro de información relevante y de análisis de la misma, de modo que posibilite una adecuada utilización de ésta y efectivamente se transforme en un aporte para la toma de decisiones vinculadas con la implementación de la modalidad. Así mismo, se requiere potenciar espacios de coordinación especialmente técnica para profundizar la transmisión de las orientaciones del programa entre los distintos profesionales involucrados en la implementación de la modalidad. En este sentido, el aporte desde el acompañamiento técnico otorgado por MIDEPLAN, parece fundamental.

III.4. LUDOTECAS

Consiste en la habilitación de espacios físicos implementados con una amplia variedad de tipos de juegos y material lúdico didáctico, que puede ser solicitado por usuarios, en este caso madres, padres o cuidadora de niños y niñas en primera infancia, para ser usado en su hogar. Su forma de trabajo y fines particulares son equivalente al sistema de bibliotecas tradicionales, que se implementan con material didáctico de variado tipo en lugar de libros. Se trata de articular la pesquisa de rezago o riesgo de rezago realizada por el profesional de salud que realiza el control de niño/a sano/a, con la provisión inmediata de alternativas de estimulación mediante el acceso a material didáctico de apoyo a la estimulación de la o las áreas del desarrollo afectadas por algún nivel de rezago.

A partir de la revisión de la información relativa a las dimensiones de análisis de este estudio, es posible establecer que las Ludotecas investigadas son experiencias positivas en el marco del Sistema Chile Crece Contigo.

- Una primera conclusión dice relación con los altos niveles de satisfacción de los distintos actores con la modalidad. Todos coinciden en valorar las Ludotecas como un aporte. En el marco de las orientaciones del Sistema y del Programa, se logró implementar una cultura organizacional del buen trato y de la orientación al usuario. Ello es destacado ampliamente por todos los actores y se constituye un activo fundamental de la modalidad para posicionarse dentro de la comunidad.

Respecto de lo anterior, es importante evidenciar que no se ha logrado implementar una estrategia de comunicación efectiva que permita ampliar el radio de acción y capitalizar esta valoración positiva.

- A su vez, la estrategia, metodología y actividades que se plantean desde las Ludotecas son pertinentes y se implementan de forma adecuada, aún cuando no siempre se responde a los diseños establecidos del funcionamiento de estas.

Respecto de la intervención que se desarrolla a través de la Ludoteca, un primer elemento a destacar en la internalización de los enfoques del programa y del Sistema Chile Crece Contigo a nivel de los coordinadores. Ello ha permitido el posicionamiento adecuado de este servicio dentro del contexto local, optimizando su uso y favoreciendo el trabajo coordinado con otros servicios de la red local. Sin embargo, emerge la necesidad de plantear la necesidad de ampliar las actividades de capacitación e inducción hacia todo el equipo para evitar depender de la acción de una sola persona, en este caso el(la) coordinar(a).

- Desde el punto de vista los resultados no ha sido posible establecer una evidencia de ellos. En primer lugar por las características de la modalidad, en la cual no se realizan procesos complejos de intervención. En este sentido, se resalta la necesidad de establecer parámetros que permitan evaluar objetivamente el funcionamiento de las Ludotecas.

- En cuanto a la gestión de las Ludotecas, los principales nudos críticos se observan en el proceso de implementación. Durante esta fase se hace necesario asegurar los recursos mínimos para su funcionamiento, lo que no ha ocurrido siempre, enlenteciendo el proceso de instalación, desmotivando a los equipos y deslegitimándola en el espacio local. En este sentido, cabe destacar la necesidad de planificar correctamente y establecer presupuestos coherentes, así como gestionar procesos eficientes de traspaso y uso de recursos en el propio Municipio.

La gestión técnica de la Ludoteca se basa en procesos planificados que tienen procedimientos mínimos que aseguran el desarrollo de las actividades, sin embargo, no es claro que se esté monitoreando la efectividad de estas actividades en relación con los objetivos de la Ludoteca.

- Finalmente, se concluye que dada las características de la Ludoteca es necesario desarrollar una mirada estratégica de ella. Esto es, por un lado es una modalidad de rápida implementación debido a que puede sostenerse con pocos recursos, pero por otro lado, se vuelve difusa dada la simplicidad de su proceso de instalación y de trabajo. A partir de ello, y como se ha señalado, se debe establecer con claridad su rol y proyección en el tiempo en el marco del trabajo en rezago y desarrollo infantil.

IV. Conclusiones

Se presentarán a continuación las conclusiones referentes a la ejecución, resultados y satisfacción de sus usuarios que son transversales en todas ellas. En primer lugar se exponen aspectos de carácter más generales en relación a la implementación de las modalidades para luego abordar de manera específica las conclusiones relacionadas con los tres focos centrales de este estudio.

- Se constata que el **Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo se encuentra instalado en el discurso de los actores comunales**: funcionarios del Sistema, miembros de las redes locales y gran parte de los usuarios de los servicios de salud y educación. Si bien ello no implica necesariamente el reconocimiento de cada una de las modalidades, sí ha permitido posicionar la temática del desarrollo integral de los niños y niñas desde una mirada biopsicosocial.

- Un segundo elemento que se resalta es la **adhesión de los profesionales que trabajan en las modalidades al Sistema Chile Crece Contigo y a la perspectiva de la estimulación temprana en particular**. Ello se observa desde distintos niveles: a nivel macro hay una adhesión a los propósitos del Sistema Chile Crece Contigo que se traduce en una convicción de que debido a que la intervención es realmente efectiva para sus propósitos se está aportando al desarrollo social del país; en un segundo nivel, se observa un alineamiento a los enfoques y/o principios orientadores, a pesar de no existir en algunos casos claridad de que cómo se operativizan y evalúan en la práctica; y en un tercer nivel se manifiesta una profunda valoración positiva por las prácticas cotidianas que se están generando en la implementación de los proyectos, en términos de la vinculación con los(as) usuarios(as) y sus hijos(as) y los resultados específicos de corto plazo.

- A pesar de la adhesión y la instalación del discurso, **no se observa una consolidación de las modalidades revisadas**. Ello se explica en gran medida por el retraso en el traspaso de los recursos en la gestión de los municipios para iniciar el proceso de instalación, que en el caso de las Ludotecas y Salas de Estimulación implican un fuerte componente de infraestructura sin el cual no es posible funcionar. Cabe añadir que ésta es una de las principales falencias señaladas por los(as) coordinadores(as) entrevistados. Otros factores que inciden en esto son las condiciones laborales negativas asociada a inestabilidad e inseguridad laboral (incertidumbre de la continuidad de la modalidad) y un desequilibrio entre la carga de trabajo y las horas asignadas a ella. Asimismo, se destaca la dependencia del desarrollo de la modalidad de la persona que está a cargo, la baja formalización de vínculos institucionales y trabajo en red, entre otras. Cabe destacar también que las modalidades cuentan con poco tiempo de implementación.

- También se ha podido observar que **los coordinadores enfocan su trabajo hacia dos niveles de logro: de corto y largo plazo**. En el primero se encuentran los objetivos asociados al plan concreto que se hace con cada niño y niña, así como el logro de la participación efectiva de la familia en el proceso y el aprendizaje de determinadas habilidades y herramientas para que estimular a sus hijos. En el segundo, en tanto, se encuentran los beneficios que tendrán estos niños y el desarrollo de competencias por parte de la familia en el futuro, así como las capacidades y recursos que queden instalados en las redes locales para el trabajo en infancia.

- Finalmente, se destaca el hecho de que las intervenciones, y en general la oferta desarrollada por las modalidades responden a **una necesidad sentida en los territorios**, especialmente por las familias. Esto implica que el trabajo que se realiza se constituye en un verdadero aporte complementario antes que una réplica o mejoramiento de otros servicios ya existentes.

IV.1. SÍNTESIS PRINCIPALES RESULTADOS

A partir de las experiencias revisadas se observa que en términos generales todas las modalidades han tenido una correcta ejecución de la intervención en cuanto a la instalación de un trabajo orientado al desarrollo infantil integral con participación de la familia. Sin embargo, ello se encuentra enmarcado en una fase inicial de aprendizaje y de ajustes ya que no se cuenta con elementos consolidados que permitan hablar de un

programa con un funcionamiento óptimo, por el contrario aún son muchos los aspectos por desarrollar.

- Una primera conclusión posible de constatar son los logros significativos de la intervención. Se están detectando efectivamente rezagos en niños y niñas pertenecientes al Sistema Chile Crece Contigo los que son atendidos oportunamente por parte de las modalidades estudiadas. Junto con esto, se observa la incorporación progresiva en el entorno institucional, y particularmente en aquellos actores más directamente involucrados en el Sistema Chile Crece Contigo, de una nueva mirada sobre la atención a la primera infancia basada en una perspectiva biopsicosocial. Por último, cabe destacar que las familias entrevistadas coinciden con los equipos en lo referente a los cambios que tanto ellos como sus hijos han tenido gracias a la intervención realizada por las modalidades.

- A su vez, se constata que los(as) coordinadores(as) integran muy bien los enfoques que propone el programa aún cuando no los reconozcan explícitamente. Esta integración se observa fuertemente en el discurso y también en muchas de las prácticas observadas y relatadas, sin embargo se carece de orientaciones metodológicas que permitan formular procedimientos y criterios de funcionamiento.

- De lo anterior también se desprende una suerte de dependencia de la persona a cargo de la modalidad, en relación con la orientación que le dé a la modalidad. En este sentido, se hace necesario implementar orientación que den un lineamiento común, con niveles importantes de flexibilidad, a todas las modalidades. Cabe destacar en relación con esto la demanda por mejores procesos de capacitación e inducción.

- Por otra parte, se ha observado que muchas experiencias han debido tomar decisiones que transforman la modalidad para lograr su implementación. Ello se ha constituido en una fortaleza en cuanto a la capacidad de adecuación a las características locales. Es el caso de los Servicios Itinerantes adaptados como Programas de Atención Domiciliaria, o de la Ludotecas fusionadas con Salas de Estimulación, o estas últimas con acciones propias de la Atención Domiciliaria. Si bien estas transformaciones no implican una falencia, y por el contrario, en la mayoría de los casos ha permitido desarrollar mejor el trabajo, se hace fundamental regular estos procedimientos para efectos de la evaluación y gestión de las modalidades a nivel comunal, regional y nacional.

- Otro elemento que destaca es la implementación correcta de acciones destinadas a promover la participación de la familia y el buen trato. Si bien, muchas de estas acciones van asociadas a las competencias y habilidades que ponen en práctica los profesionales de las modalidades, de igual modo se observa una reflexión y planificación sobre cómo hacerlo de la mejor manera. Cabe señalar nuevamente, que ello se ha hecho de forma independiente en cada experiencia ya que no se cuenta con orientaciones metodológicas para ello.

- En relación a los resultados de la intervención, hasta el momento las modalidades no han efectuado una evaluación en este ámbito por lo que desconocen el impacto obtenido en la superación de los rezagos en el desarrollo integral de niños y niñas y en la generación de competencias en sus familias.

A pesar de lo anterior, los equipos hacen una buena evaluación de los resultados observados por ellos, los que describen principalmente como avances significativos que refieren a, en el caso de los niños y niñas, superación de los rezagos identificados desde el sistema de salud primario (específicamente Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial) a través de la aplicación de instrumentos de medición del desarrollo psicomotor. Así también, en lo referente a los resultados obtenidos con las familias, los equipos observan que éstas aprenden técnicas concretas de estimulación referentes al rezago identificado en sus hijos, habilidades parentales, y se ha fomentado en ellas una dedicación mayor por el desarrollo y estimulación de los niños y niñas aportando al desarrollo de vínculos afectivos y apego.

En lo que respecta a la satisfacción de los usuarios de las modalidades estudiadas, es posible concluir lo siguiente:

Los niños y niñas se sienten cómodos haciendo uso de las modalidades, lo que se manifiesta en su participación activa y constante. Se integran de manera muy positiva, con excelente disposición y buen ánimo, al proceso de intervención.

Los adultos responsables perciben cambios concretos en los niños y niñas en función de los diagnósticos iniciales que motivan la inclusión de éstos en la intervención. Además, destaca su percepción respecto al buen trato otorgado por los profesionales que se desempeñan en las distintas modalidades, enfatizando en el respeto, la paciencia y la entrega de los equipos ejecutores. Finalmente, los adultos responsables perciben que han asumido, gracias a la intervención de las distintas modalidades, la importancia de su rol en la estimulación de los niños y niñas.

En lo que respecta a la red local, es posible concluir que ésta considera que las modalidades son un aporte a la oferta de prestaciones dirigidas al segmento infancia en cada territorio, sin embargo no pueden afirmar que han logrado resultados ya que carecen de evaluaciones formales. Así también, plantean que existe el espacio para seguir mejorando la estrategia comunicacional para que permita posicionar el tema infancia como una prioridad en el espacio local.

Respecto a la gestión que da soporte al desarrollo de la intervención de las modalidades, es posible señalar que en términos generales no existen orientaciones para llevarla a cabo, ni desde el nivel central ni creadas por los propios equipos ejecutores.

Específicamente, en materia de gestión se puede concluir lo siguiente:

En comparación a los otros ámbitos de gestión estudiados, la gestión técnica es el que presenta mayor desarrollo y organicidad. Los equipos en general efectúan reuniones donde se discuten metodologías de intervención, y se producen reflexiones de carácter técnico que dan soporte a la intervención. Sin embargo, se observan como principales falencias las siguientes:

- No existe un sistema integrado de evaluación, registro y monitoreo de la intervención que permita a los equipos ejecutores producir y procesar información específica que retroalimente la toma de decisiones respecto a la intervención misma. La información

existe y se almacena, pero no es utilizada para nutrir la intervención. Cabe señalar, que a la fecha se cuenta con un sistema de información en línea a disposición de todas las modalidades.

- En el mismo ámbito, la difusión de las modalidades aparece como insuficiente considerando los propósitos de instalar en el entorno comunitario competencias para la estimulación del desarrollo infantil. La estrategia comunicacional para impactar a la comunidad local ha sido deficitaria.
- En la misma lógica, se observa que la red local es funcional a las tareas cotidianas relacionadas con la derivación de casos, sin embargo, aún no se produce la formalización de los vínculos institucionales que permitan hacerla sostenible, y más aún, lograr la consolidación que tenga impacto en el entorno comunitario.

En lo que respecta a los otros ámbitos de gestión, es posible concluir que la gestión financiera es la que presenta mayores nudos críticos en relación a los otros tipos de gestión, sobre todo en lo que respecta a:

- La transferencia oportuna de los recursos para implementar las distintas modalidades desde el municipio.
- La inflexibilidad de los presupuestos, que una vez comenzada la ejecución no permite hacer cambios en los montos destinados a cada ítem, obstaculizando en ocasiones la calidad técnica de la intervención. Cabe señalar, que ello también obedece al desconocimiento de los mecanismos para cambiar y/o ajustar presupuestos.
- La escasez del recurso destinado a la inversión en recurso humano. Este es un aspecto que condiciona negativamente la intervención de las modalidades, porque en muchas de ellas las coberturas se han ampliado notablemente, pero no así la dotación profesional, impactando en sobrecarga de trabajo para los equipos.
- Finalmente, un aspecto positivo en el ámbito de la gestión financiera, dice relación con la cantidad de los recursos transferidos. En general, en las distintas modalidades se considera que ésta ha sido adecuada.

IV.2. RECOMENDACIONES PARA ALCANZAR LOS ESTÁNDARES PROPUESTOS

Para la implementación de los estándares por parte de los equipos y/o encargado de cada modalidad, a la luz de los resultados evidenciados en el estudio, se hace necesario desarrollar líneas de acción que den soporte a dicho proceso desde el nivel regional y central. A continuación se presentan cuatro líneas de acción definidas para tal propósito:

- Fortalecimiento de la asistencia técnica a las modalidades

La implementación de los estándares requiere de un proceso de acompañamiento y apoyo que permita a la modalidad realizar y mejorar las acciones necesarias. Ante ello, el rol del encargado regional surge como el responsable ideal para desarrollar esta asistencia, la cual debe cubrir cómo mínimo los siguientes aspectos:

Orientación para la selección y diseño de la modalidad de intervención.

Orientación para el desarrollo de intervención familiar.

Orientación y Capacitación para el uso efectivo de la red comunal.

Orientación para el desarrollo de procesos de evaluación.

Orientación y Capacitación para la gestión presupuestaria.

Asimismo es necesario gestionar el apoyo técnico desde los centros de salud al proceso de intervención directo que se desarrolla con cada niño y niña que se atiende en las modalidades.

- Desarrollo de programas e instancias de capacitación permanente

Dada la temática de trabajo y las exigencias que representa, sobre todo por la pretensión de integralidad de la atención, se hace preciso implementar programas e instancias de capacitación permanente que fortalezcan las capacidades de los profesionales y técnicos que se desempeñan en las distintas modalidades. Para ello, desde el nivel regional y central se deben propiciar instancias e instrumentos para identificar necesidades de capacitación y generar la oferta adecuada para satisfacerla.

- Evaluación de resultados e impacto

Tanto para tomar decisiones sobre el desarrollo futuro del Fondo de Intervenciones para el Apoyo al Desarrollo Infantil como para posicionarlo dentro de los contextos locales, regionales e institucionales, se hace preciso contar con evaluaciones de resultados e impacto. Ello obliga a establecer procedimientos, metodologías, plazos y recursos para llevarlo a cabo de manera eficiente y efectiva.

- Desarrollo de una estrategia de posicionamiento en el espacio local

Las modalidades requieren de una estrategia mayor de posicionamiento del Fondo de Intervenciones para el Apoyo al Desarrollo Infantil en el espacio local, a partir de lo cual desarrollar sus propias estrategias y capitalizar los resultados a favor de su proyecto particular.

Ello hace necesario que desde el nivel central y/o regional se diseñe e implemente una estrategia permanente en este sentido que considere al menos la difusión de resultados, la negociación política con las autoridades locales y la coordinación efectiva con otros programas del Sistema Chile Crece Contigo.

- Sistematización de aprendizajes y buenas prácticas

Desde el nivel central y regional se deben desarrollar – de manera participativa-sistematizaciones de aprendizajes y buenas prácticas desarrolladas por los proyectos de las distintas modalidades, de modo de enriquecer el trabajo de ellas y activar procesos de mejoramiento continuo.

2. Evaluación de Impacto de Corto Plazo Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

El diseño de evaluación considera analizar el impacto de corto plazo del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Esto implica evaluar el efecto de las prestaciones entregadas por el Programa durante la etapa de gestación y aquellas asociadas al primer año de vida del niño/a. La justificación para llevar a cabo esta estrategia radica en que el desarrollo de muchas de las capacidades y competencias básicas para el aprendizaje, la socialización y otras funciones humanas está fuertemente determinado por el efecto acumulativo y multicausado de procesos que comienzan en la gestación y se concentran fuertemente en etapas tempranas¹⁸.

- **LEVANTAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN SOBRE DESARROLLO INFANTIL Y SUS PRINCIPALES DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS, EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO**

NOMBRE ESTUDIO	Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos, en el contexto del Sistema Chile Crece Contigo
FECHA EJECUCIÓN	Noviembre 2009 – Agosto 2010
EJECUTOR	Departamento Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
OBJETIVO GENERAL	Realizar el levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos, para la cohorte de comparación de la evaluación de impacto de corto plazo del PADB.
METODOLOGÍA	Aplicación de Encuesta CHCC. Aplicación del inventario de desarrollo Battelle. Análisis de la información recolectada.
MUESTRA	
Tamaño	1.800 niños/as del grupo de comparación (niños/as no pertenecientes a CHCC)
Localización	18 comunas, en 8 regiones
Representatividad	Nacional (se estratificó por tipología de redes de salud)
INSTRUMENTOS	Encuesta CHCC, Inventario de Desarrollo Battelle
PRODUCTOS	Base de datos e informe con el análisis de los resultados de la aplicación de la Encuesta CHCC relacionados a los resultados de la aplicación del Inventario de Desarrollo

¹⁸ Ver: “El Futuro de los Niños es Siempre Hoy” *Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia*, Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia (2006) y “*Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño*”, Bedregal y Pardo (2004); UNICEF.

	Battelle.
--	-----------

Introducción

El objetivo de Chile Crece Contigo es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoye el desarrollo biopsicosocial de niños, niñas y sus familias, desde la gestación hasta los 4 años de edad. El Sistema se presenta como una estrategia para reducir las inequidades, siendo un imperativo de derechos el brindar las oportunidades a la población de Chile, para que éstas se reduzcan.

El fundamento para intervenir en etapas tempranas de la vida del niño y niña, se encuentra en la biología y psicología del desarrollo, las que han demostrado que este período es clave para el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional.

El componente universal de Chile Crece Contigo está dado por el “Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (en adelante PADBP), cuya población beneficiaria está constituida por todos los usuarios del sector público de salud (FONASA) y que consiste en dos tipos de prestaciones, aquellas de carácter universal que son para todos los usuarios independiente de su condición particular; y aquellas específicas, que son para aquellos usuarios que por vulnerabilidades o necesidades específicas requieren de apoyos particulares.

El Programa tiene como propósito contribuir a los logros del Subsistema de Protección, a partir del fortalecimiento de los cuidados prenatales, otorgando una atención personalizada del proceso de nacimiento, atención integral al niño hospitalizado, fortaleciendo el control de salud del niño, y otorgando las intervenciones pertinentes para niños con rezago o retrasos en el desarrollo y familias con riesgos.

Este estudio nace en el contexto de la Evaluación del Sistema de Protección a la Infancia, en su componente de evaluación de impacto, diseñada por el MIDEPLAN, y que tiene como foco el PADB. El diseño de esta evaluación consiste en la comparación de dos grupos de niños y niñas en distintos momentos del tiempo que asisten regularmente a centros de salud primaria del sector público. De este modo, el diseño compara un grupo de niños y niñas (cuya gestación se inició entre 2007 y 2008) y sus familias que han participado desde su gestación en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, y que por lo tanto han ingresado al Sistema ChCC, con un grupo de niños y niñas, y sus familias que no ingresaron al ChCC desde la gestación, ya que al inicio de la instalación del Programa en su comuna, estos niños contaban con un año de vida, pero que recibieron atención en el sector público de salud, con los estándares habituales antes de la instalación del PADBP.

La propuesta para la evaluación consiste en comparar los resultados de ambos grupos en cuanto al desarrollo y el conjunto de determinantes sociales y variables intermedias que se asocian a potenciales logros en desarrollo.

En este estudio específicamente se analiza al grupo que no recibió las prestaciones asociadas al PADB y que a la fecha de evaluación tenían aproximadamente entre 30 y 53 meses de edad.

Objetivos del estudio

1. Conocer aspectos relevantes y posibles de indagar sobre condiciones económicas, sociales, familiares, bajo las cuales estuvo expuesta la madre durante el período de gestación y parto.
2. Conocer aspectos relevantes y posibles de indagar sobre condiciones económicas, sociales y familiares, bajo las cuales se han desarrollado los niños/as durante sus primeros años de vida.
3. Establecer los criterios técnicos necesarios para la aplicación de un instrumento de medición del desarrollo infantil, en un estudio poblacional.
4. Aplicar el instrumento de evaluación del desarrollo (Inventario de Desarrollo Battelle u otro de similares características) al grupo de niños y niñas de la cohorte de comparación, de la muestra de la Evaluación de Impacto del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.
5. Describir el proceso de aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo y de la encuesta ChCC, con especial énfasis en el registro de incidentes.
6. Generar una base de datos que contenga información resultante de la aplicación del instrumento de desarrollo infantil y de la aplicación de la encuesta ChCC.
7. Analizar los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

Metodología

El levantamiento de datos aquí reportado corresponde al grupo de niños que no han recibido prestaciones del Sistema Chile Crece Contigo. Es decir el grupo de niños y niñas que asisten a los centros de salud pública del país y que al inicio del ChCC en sus comunas, tenían 12 meses de edad.

El tamaño de la muestra a alcanzar es de 1.800, siendo necesario al menos 1.400. Este tamaño permite detectar diferencias que sean relevantes para el estudio.

La variable independiente de este estudio corresponde a la intervención “Subsistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo”, representada por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, a cargo del sector público de salud. Las variables seleccionadas para este estudio obedecen a dos marcos teóricos relevantes: por una parte el modelo bioecológico de desarrollo humano que es el que sustenta al ChCC y por otra parte el modelo de determinantes de la salud, que señala la importancia de los determinantes sociales estructurales e intermedios para lograr un buen estado de salud, y por lo tanto de desarrollo humano.

Para recabar los datos necesarios se estructuró una encuesta de hogares (encuesta Chile Crece Contigo, en adelante ChCC) que contiene las variables sociodemográficas e intermedias de interés organizadas en 5 módulos, recogiendo información sobre las condiciones del hogar y de vida, del cuidador principal, del niño(a), utilización de servicios sociales y sobre la situación de crianza actual del niño(a). Adicionalmente se aplicó el instrumento de medición del desarrollo infantil Battelle.

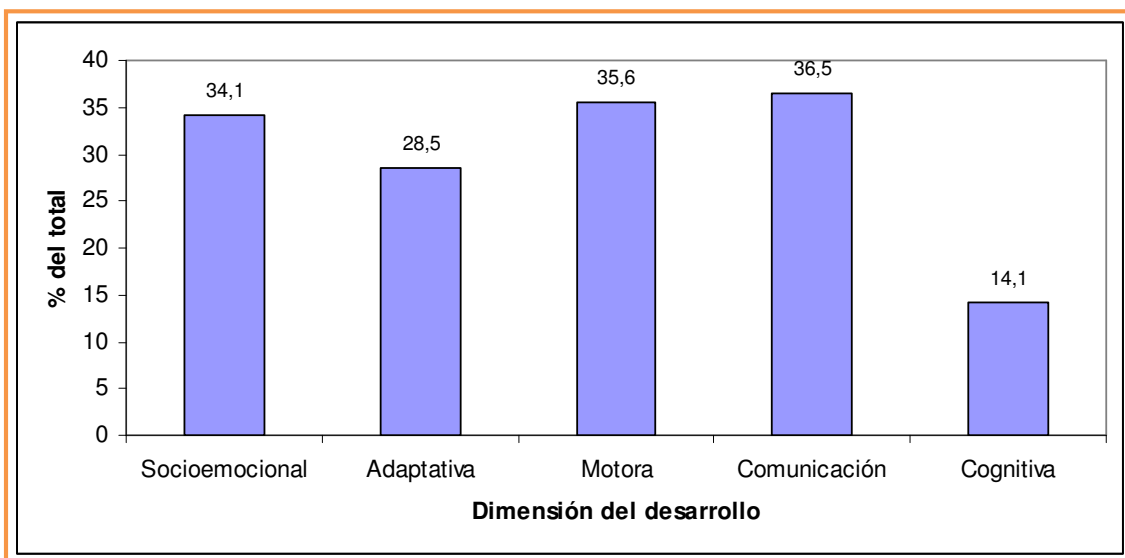
Principales resultados

Características de los niños

Los antecedentes disponibles respecto del embarazo muestran reportes medios de riesgos: un 18,4% de los embarazos fueron en adolescentes, 44,7% las madres habían terminado enseñanza media. Sólo un 38,7% de los embarazos fueron planeados, 18,4% cursó con una enfermedad materna y en 11,1% se detectó depresión. Se declara un bajo consumo de cigarrillo (7,6%) y de alcohol (3,8%) durante el embarazo. Por otra parte sólo el 14,4% de los partos fueron antes de los 9 meses, el 60,4% vaginal, el peso promedio al nacer fue de 3.333,6 gramos. Sólo el 1,2% de los niños(as) tuvo un Apgar menor a 7 a los 5 minutos. El 15,6% fue hospitalizado durante el período de recién nacido, la mayoría por patologías benignas del recién nacido (por ejemplo: hiperbilirrubinemia).

Al momento del estudio, la edad promedio de los niños era de $41,8 \pm 3,9$ meses. 50,1% son hombres; 11% pertenecen a pueblos originarios; 46,7% son hijos del Jefe del Hogar y 30,9% nietos/as. Sobre el 93% tiene como previsión FONASA, concentrándose el 68,4% en A y B. La mayor parte de los niños(as) no presenta ninguna discapacidad (91,4%). La frecuencia de hospitalizaciones prolongadas (por más de 15 días) se reduce al pasar los años, siendo de 10,4% durante el primer año de vida, de 4,5% durante el segundo y 2,5% durante el tercero. Durante el último mes previo a la encuesta el 73,4% de los niños habían estado sin problemas recurrentes de salud. En el último control de salud, el 74,4% se encontraba eutrófico, el 21,3% con sobrepeso u obesidad. Las enfermedades más frecuentes de los niños(as) diagnosticadas por médicos son: bronquitis obstructivas, problemas para hablar o comunicarse, obesidad y otitis media.

En cuanto al desarrollo infantil, de acuerdo al Battelle, se encontró que un 32% de los niños(as) presentan retraso. Se analizó el por dimensión, destacándose comunicación, motora y socioemocional, tal como se observa en la siguiente figura.



Características del cuidador principal

El cuidador principal, corresponde en un 78,7% a la madre, seguido de la abuela (14,3%) y del padre (2,9%). La edad promedio es 33,1 años, 62,1% son casados o convivientes. El 11,3% declara pertenecer a algún pueblo originario, siendo el más frecuentemente nombrado, mapuche. La mayoría tiene en promedio 10 años de estudios, el 97,9% sabe leer y escribir, habiendo alcanzado enseñanza media el 46,4%, 16,3% educación media técnico profesional, y sólo 3% educación universitaria. En un 20,8% el Jefe del Hogar corresponde al cuidador principal. En términos laborales, el 57,8% de los cuidadores principales se dedican a los quehaceres del hogar, el 23,8% trabaja por ingresos, 7,4% buscaba trabajo habiendo trabajado antes y sólo el 4,7% estaba estudiando. Entre los que trabajan (28%), la mayoría lo hace en el sector privado (43,9%), tiene un trabajo permanente (55,3%), y el 45,6% trabaja entre 33 y 44 horas al día. El 93% está adscrito a FONASA, en su mayoría A y B.

La situación de salud es percibida favorablemente para un 54% de la muestra. La frecuencia de discapacidad en este grupo es de 9,2%, siendo la más frecuente la visual (4,9%). Llama la atención que un 1,1% de los cuidadores principales declaran discapacidad por problema mental o psiquiátrico. La percepción de estrés el último año es un fenómeno referido como frecuente o muy frecuente para el 43,9% de los cuidadores principales. Un 43,5% de la muestra de cuidadores principales señaló tener estrés casi siempre o siempre durante el último año. Cerca de un 40% de la muestra declaró no tener un evento estresante el último año, y un 22,8 % relató uno. El evento estresante más comúnmente relatado es la muerte de algún familiar o persona cercana (25%).

La depresión materna y en algún miembro del hogar constituye un factor de riesgo para el desarrollo infantil. En este estudio se exploró la frecuencia de síntomas de tristeza, anhedonia y de depresión (con la escala CIDI-F) en el último año, junto con los antecedentes de acceso a diagnóstico y tratamiento de los cuidadores principales. La frecuencia de autoreporte de diagnóstico médico entre los cuidadores principales es de 32,6%. Tenían síntomas de depresión y habían tenido diagnóstico médico el 69,7%; mientras que tenían síntomas de depresión y habían recibido tratamiento por depresión alguna vez el 53,7%.

Respecto al consumo de algunas sustancias tóxicas se observa que el principal consumo es el cigarrillo (42,8%), seguido de alcohol. Hay una baja frecuencia reportada de otros consumos.

Características del hogar y familia: entorno doméstico – afectivo

En general los niños(as) estudiados gozan de estabilidad del cuidado en la actualidad. El 92,3% ha tenido siempre el mismo cuidador. La crianza es percibida con una instancia demandante emocional y físicamente para el 20% de los cuidadores principales. Adicionalmente, el 17,7% de la muestra señala que el tiempo que pasa con sus hijos es insuficiente. En el área rural el 10% de los cuidadores principales señalaron este punto. La causa más señalada es el trabajo por largas horas.

La percepción de los niños(as) por parte del cuidador principal es un aspecto determinante en la calidad del vínculo y estímulo hacia ellos. En este estudio se

indagó, por una parte, sobre como deberían comportarse los niños(as) y por otra parte las expectativas educativas concretas y las que les gustaría para su niño(a). Las percepciones más frecuentes fueron: “los niños siempre deberían obedecer a sus padres”, “es malo que los niños contesten a sus mayores”, “siempre deberían ser educados y tranquilos”.

El funcionamiento familiar percibido por el cuidador principal es disfuncional en el 61,4% de los encuestados. El estrés parental se evaluó a través de las emociones percibidas por el cuidador principal frente a la situación de separación del niño(a). En general hay más de un tercio de los encuestados que relata presentar con alta frecuencia emociones como inquietud, tristeza frente a la separación con el niño(a).

Es fundamental contar con habilidades para afrontar las situaciones de estrés individual y parental. La percepción global de los cuidadores principales es que son buenos cuidadores (nota promedio 6,3, escala de 1 a 7), Sin embargo una baja proporción de los cuidadores se sienten capaces de manejar las emociones que surgen frente a la crianza. Llama la atención el poco autocuidado que declaran (sólo un tercio tiene tiempo para sí).

La figura paterna en el 79,4% de los casos corresponde al padre de los niños(as). Sólo un 3,5% no tiene figura paterna. De acuerdo al cuidador principal, la participación paterna es alta.

La captura de información sobre violencia intrafamiliar no es fácil, ya que suele haber un subreporte. Utilizando preguntas probadas y de uso común en el nivel primario de atención se obtuvo que un 26,5% de la muestra reporta al menos una forma de violencia. El tipo de violencia más frecuentemente referido es el económico, seguido del psicológico, del físico y del sexual.

Características del hogar y familia: entorno doméstico- pedagógico

De un total de 12 recursos inventariados, el promedio de recursos en el hogar es de 9,2 $\pm$ 2,5 por niño(a). El recurso menos nombrado es: “al menos 10 libros infantiles” (56,3%) y “Instrumento musical” (56,7%). El 92,4% declara que el niño(a) dispone de un lugar limpio y seguro donde jugar.

En general la estimulación cotidiana de los padres, según el cuidador principal es variable según la actividad, siendo mayor por parte del cuidador principal que el padre. La actividad menos realizada es la lectura compartida, tanto por el padre como por el cuidador principal. La mayor parte de los niños(as) cuenta con una rutina para la alimentación y come con alguien de la familia una vez al día al menos. También suelen tener un horario fijo para el juego. Con relación a la TV, sólo un 1,1% no ve TV, el resto en su mayoría 1 a 2 horas al día y un 15,5% cuatro o más. Suelen ver TV acompañados ocasionalmente (52%) y solos lo hacen el 15%.

Aspectos estructurales del hogar

La situación socioeconómica del hogar se evaluó a través de varios indicadores. El primer indicador corresponde al índice ESOMAR. Como se observa en la tabla 22, la muestra se ubica en un 77,2% en el tramo medio (CB) y medio bajo (D). Hay un 5,5% de la muestra que se considera Alto (B) según esta clasificación que se asocia a la tenencia de bienes y 6,9% bajo (E).

El Jefe del Hogar en este estudio tiene una edad promedio de 41 años, 65,3% son hombres, 70,2% están casados o en convivencia. El promedio de años de estudios es de 9,75. Sólo un 1,5% de los Jefes de Hogares nunca asistió a algún establecimiento educacional. Sólo un 2,9% tenía estudios universitarios, la mayoría (43,8%) contaba con educación media o humanidades, seguido de básica o preparatoria (29,9%). La generalidad sabe leer y escribir (97,7%). La mayoría de los Jefes del Hogar se encuentra trabajando por ingreso (66,3%), un 11% se encuentra buscando trabajo habiendo trabajado antes. La mayoría de los que trabajan, lo hacen asalariadamente en el sector privado 56%, y un 20,9% es trabajador por cuenta propia. El 65,6% tiene una ocupación permanente. El 40,2% estuvo cesante en algún momento, la mayoría lo estuvo durante 2009. La situación de mayor cesantía se observó en la muestra rural (51,1%). La previsión en salud de los Jefes de Hogar es mayoritariamente FONASA (90,9%), a este valor hay que incluir un 2,4% que declara no tener. Un 1,6% declara tener ISAPRE y un 1,2% declara tener previsión en las Fuerzas Armadas.

La mayor parte de los encuestados vive en casa (84,7%), siendo el 45% propia pagada. En general las viviendas se consideran en buen estado (41,9%) o requieren de reparaciones mínimas (37,2%); la zona en que se plantea en mayor proporción que las viviendas son irreparables corresponde a rural (3,6%). El número de piezas por viviendas en promedio es de 3,37 (rangos promedios: 2,82-4,0); por otra parte, el número de camas y cunas fluctuó en las tipologías de redes entre 3,38 y 3,83.

Las condiciones generales de saneamiento de la muestra son bastante buenas. Un 90,2% tiene agua de proveniencia de la red pública con medidor propio y al 95,7% les llega al interior de la vivienda. Un 95% de las viviendas tiene WC conectado al alcantarillado, sólo un 1% refirió no tener ningún sistema, siendo mayor en la muestra de la tipología urbana 2 (1,4%). La mayoría cuenta como fuente de energía la luz eléctrica de la red pública (97,8%). El combustible más usado para cocinar corresponde a gas licuado (82,5%) para todas las muestras. En cuanto a la disponibilidad de bienes en el hogar se observa que el menos disponible es el automóvil para uso particular, seguido de la conexión a internet, mientras que los más disponibles son la ducha y refrigerador.

Comunidad

En el tema de contaminación, lo más frecuente es la presencia de perros vagos, seguido de ruidos molestos. Asociado a estos problemas se indagó sobre la percepción de presencia de vectores en el ambiente, que constituyen un riesgo para la salud. El más frecuentemente nombrado corresponde a moscas (42,2%), seguido de ratones (27%) y zancudos (26,9%).

Los problemas de infraestructura del barrio percibidos por los encuestados varían según la tipología de la red. En términos generales el mayor déficit percibido es en la presencia de espacios para juegos infantiles. Es importante considerar la percepción sobre el ambiente psicosocial del barrio, la percepción de falta de vigilancia de carabineros o seguridad asociado a focos de consumo de drogas y alcohol, y delincuencia generan un la percepción de un entorno inseguro.

Respecto al acceso a servicios sociales disponibles se evaluó a partir de la utilización de servicios de salud, educativos y sociales declarada por el cuidador principal del niño(a).

Es fundamental comprender el uso de servicios disponibles no sólo como un determinante del desarrollo infantil sino para efectos posteriores de comparación y ajuste con el grupo tratado. En cuanto al acceso a educación inicial, se tiene que el 60,4% de los niños(as) en estudio asisten regularmente a jardín infantil, 50,6% en jornada completa. La asistencia a sala cuna o jardín infantil se incrementa con la edad, como es lo esperado. En el acceso a salud, la cobertura de control de salud y de vacunación es muy alta, siendo del 94,3% y 98,3% respectivamente. Respecto al uso de beneficios asociados a la legislación laboral de protección de la maternidad es bajo y alcanza al 20%, concordante con el grupo de cuidadores principales que trabaja en la actualidad.

Medioambiente distal: capital social

Entre los factores psicosociales de interés vinculados al cuidador principal y que dicen de un modo particular de estar en el medio social, que impactan en su salud y la de su familia, y por tanto al niño(a), se encuentran: la participación en redes y la percepción de apoyo. Estas se asocian con capital social.

La participación en redes de la muestra en estudio es en general baja. Participa en al menos una red el 33,4%. La organización más frecuentemente señalada es de iglesia, religiosa o de desarrollo personal (16,4%). La percepción de apoyo hacia el entorno próximo en general es adecuada. Este se expresa porque los cuidadores principales en general cuentan con personas a las cuales poder solicitar apoyo emocional y económico (tabla 31), y cuentan con quien apoyarse para el cuidado del niño(a). Sin embargo, la desconfianza se sitúa en el contexto del barrio, en que el 29,9% declara confiar en la gente del barrio. Esto último se asocia con que sobre un tercio de los cuidadores principales señala percibir desconfianza y falta de preocupación entre las personas.

En lo que respecta a los amigos (redes sociales) de los cuidadores principales es baja, ya que un 17,6% declara no tener amigos y el 29,3% refiere que no se ha reunido con ellos nunca en los últimos 6.

La percepción de seguridad frente a trámites y control frente a la vida señala capacidad de afrontamiento. Como se muestra en la tabla siguiente, hay casi un tercio de los cuidadores principales que no se perciben con estas capacidades.

Asociaciones significativas

A continuación, se presentan las asociaciones estadísticamente significativa entre las variables explicativas o independientes y el desarrollo infantil global, analizado como variable dicotómica (normal o retraso), para cada ámbito de análisis.

a) Medioambiente distal

Las variables de capital social se comportaron según lo esperado. La participación social es un factor protector del retraso. También se encontró asociaciones límites con relación a percepción de apoyo social (económico, emocional) y la confianza en el barrio, siendo protectores; por el contrario la percepción de falta de apoyo se asocia con retraso.

b) Comunidad.

Las variables de utilización de servicios de salud no se asociaron de manera estadísticamente significativa. Pero, la asistencia a jardín infantil en la actualidad, se asoció positivamente con menor riesgo de retraso. Por el contrario todas las variables que se relacionan con la percepción del medioambiente de la comunidad se asociaron de manera inversa; es decir mayor riesgo de retraso al percibir menos problemas. Esto puede vincularse con que estos cuidadores principales no cuenten con los elementos básicos de subsistencia o estén en peores condiciones psicológicas lo que les impide “mirar” el entorno o ser capaces de evaluarlo.

c) Hogar

En hogar distinguimos tres ámbitos. El primero, de carácter estructural, fue estadísticamente significativo sólo la situación socioeconómica medida por ESOMAR, observándose menor riesgo de retraso a mayor nivel socioeconómico. En el segundo ámbito, que corresponde al entorno doméstico-afectivo del niño(a), encontramos que hay menor riesgo de retraso si hay mayor estabilidad del cuidado, menor puntaje de funcionamiento familiar, menor percepción de falta de tiempo para estar con el niño(a). Esto habla de un entorno familiar funcional y disponible para el niño(a). Finalmente, el entorno doméstico-pedagógico muestra la importancia de contar con recursos para la estimulación apropiada del niño(a) y la participación en ésta del cuidador principal y de la figura paterna, y la presencia de adultos en las rutinas de los niños(as).

d) Cuidador principal

Sólo las variables relacionadas con la estabilidad anímica del cuidador principal mostraron relacionarse con el desarrollo infantil temprano. Menor riesgo de retraso si hay presencia de síntomas de depresión, disforia, anhedonia en la actualidad. Esto puede explicarse por que el impacto sobre el desarrollo del niño(a) aún puede no ser evidente o haber sido compensado por otros cuidadores o el jardín infantil. Sin embargo los antecedentes de diagnóstico médico y tratamiento médico si son factores de riesgo.

e) Niño/a

Entre las variables del niño, como era esperable, el retraso del desarrollo se asocia a problemas específicos de salud identificados por el cuidador principal como problemas para aprender, hablar y comunicarse. A mayor número de problemas de salud identificados mayor riesgo de retraso. Por otra parte nacer con un Apgar a los 5 minutos más alto, es un factor protector. Finalmente, el pertenecer a un pueblo originario es un factor protector de retraso del desarrollo.

Conclusiones

Los antecedentes disponibles nos muestran que los niños y niñas de esta cohorte en estudio tienen en general buenas condiciones de salud física, con frecuencias reportadas dentro de lo esperado, y buenos antecedentes perinatales. Con un entorno socioeconómico variable, pero en general no extremadamente adverso. Sin embargo, la información disponible en este informe muestra una alta frecuencia de retrasos del desarrollo, comparable con otros estudios disponibles en la población chilena.

El estudio muestra una situación de alto riesgo para el desarrollo infantil dadas las condiciones psicosociales de los cuidadores principales, en que destaca una alta frecuencia de síntomas depresivos, y de factores de riesgo psicosociales (baja participación en redes, sensación de inseguridad, desconfianza social). Un tercio de los cuidadores señala no disponer de habilidades de afrontamiento y autoeficacia tanto para la vida cotidiana como para las labores de crianza.

Específicamente en cuanto al desarrollo de los niños, se refleja un retraso importante en el área de la comunicación o lenguaje, que evalúa la función receptiva y expresiva del niño. Esto es coincidente con los antecedentes mencionados por distintos estudios nacionales, sin embargo, lo que preocupa es el número de casos detectados en este estudio, y que podría estar relacionándose con los factores de riesgo mencionados en el párrafo anterior.

Factores de diferente nivel afectan el desarrollo infantil. Son factores protectores: el mejor nivel socioeconómico del hogar (medido por disponibilidad de bienes), la participación en redes sociales por parte del cuidador principal, la asistencia a jardín infantil, la estabilidad del cuidado, la disponibilidad de recursos para el juego y aprendizaje en el hogar, y la estimulación del cuidador principal y de la figura paterna, y el origen de pueblo originario del niño(a). Son factores de riesgo del desarrollo la disfunción familiar, la falta de compañía de un adulto significativo en rutinas (ver TV, comer), la presencia de síntomas depresivos o depresión en los cuidadores principales y la presencia de problemas de salud del niño(a).

El modelo explicativo logístico desarrollado nos muestra que el factor de riesgo más importante corresponde al tipo de red (asociado a ruralidad). Este dato es coincidente con las estimaciones realizadas en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud en que se encontró el mismo resultado (respecto de zona de residencia urbana/rural). Estas redes implican un menor nivel socioeconómico (ESOMAR), pero además involucran otros problemas que son necesarios de indagar con profundidad, entre estos, posiblemente acceso a servicios y estilos de crianza particulares. El otro aspecto dice de la presencia de enfermedades en los niños(as) que condicionan la presencia de retraso del desarrollo. Como factor protector el más relevante es nacer con un Apgar mayor a 7.

Finalmente, es importante mencionar que esta cohorte refiere sólo haber recibido dos prestaciones que se asocian a ChCC, que están presentes en el catálogo de prestaciones del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial: el parto acompañado y la evaluación del desarrollo, la primera con una historia de instalación previa a la creación de ChCC y la segunda con coberturas a lo largo del país, muy variables previa a la instalación del Programa.

• **EFFECTOS DEL TERREMOTO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL (NO SE REALIZÓ NI SE LICITÓ)**

NOMBRE ESTUDIO	Evaluación de sintomatología asociada a estrés post traumático en niños/as por efecto del terremoto, para controlar sus consecuencias sobre el desarrollo infantil.
FECHA EJECUCIÓN	
EJECUTOR	Departamento Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
OBJETIVO GENERAL	Determinar sintomatología asociada al estrés post traumático (tamizaje) en niños y niñas de distintas zonas geográficas, que variarán según la magnitud del terremoto del 27 de febrero de 2010, que se atienden en el sistema público de salud; de manera de controlar los efectos de éste.
METODOLOGÍA	Aplicación de Escala Pediátrica de Problemas Emocionales (EPPE).
MUESTRA	
Tamaño	150 niños/as que se atienden en el sector público de salud; y 50 niños que se atienden en el sector privado de salud.
Localización	3 zonas del país, que variarán según la magnitud del terremoto del 27 de febrero de 2010; para los niños/as del sector público de salud. Región Metropolitana para los niños/as que se atienden en el sector privado de salud.
Representatividad	Ninguna
INSTRUMENTOS	Escala Pediátrica de Problemas Emocionales (EPPE).
PRODUCTOS	Informes, Base de datos.

Justificación:

Este estudio complementará los resultados obtenidos del “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos, en el contexto del Sistema Chile Crece Contigo”; ya que permitirá controlar potenciales efectos que pueda haber tenido el terremoto del pasado 27 de febrero de 2010, sobre el desarrollo infantil de los niños/as.

Principales Resultados:

3. Monitoreo del Desarrollo Infantil y sus Determinantes

A nivel mundial, la mayor parte de los países se ha planteado la necesidad de conocer cuáles son las brechas con relación a indicadores sociales (salud, educación, entre otros) a través del tiempo y entre diversos grupos socioeconómicos. Esta necesidad surge al constatar que los indicadores promedio de los países ocultan grandes desigualdades, lo que se traduce en considerar entre sus objetivos prioritarios el monitoreo y la reducción de estas brechas.

Actualmente, en Chile existen marcadas desigualdades en el desarrollo infantil entre los diversos grupos socioeconómicos, los que se perpetúan al ingreso a la educación escolar. Si bien es cierto que existe información al respecto a través de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del 2006, ésta no permite esclarecer las áreas del desarrollo más deficitarias y, por tanto, las brechas en ellas.

Para realizar este monitoreo es necesario tener en cuenta que la principal segmentación entre centros de salud públicos o privados se produce por nivel socioeconómico, debido a que el sistema privado sólo presta servicios pagados, no así el sistema público, que considera opciones gratuitas y pagadas. El Sistema CHCC (entendido como el acompañamiento longitudinal a la trayectoria del desarrollo) se da únicamente en el sistema público de salud y de manera gratuita. En términos generales, se definen tres líneas de acción a seguir respecto al monitoreo del desarrollo infantil:

A. Monitoreo de la Evolución del Desarrollo Infantil en el Sector Público de Salud:

El objetivo de este monitoreo es obtener una secuencia de cortes transversales que den cuenta de la evolución en el tiempo del desarrollo infantil en el sector público de salud. Este monitoreo considera el uso de información de desarrollo infantil que se recoge en los centros de salud, así como la aplicación de un instrumento específico de medición del desarrollo infantil a cohortes sucesivas de niños/as atendidos en el sector público. De esta manera se espera en el tiempo obtener un análisis de tendencia macro respecto a la trayectoria en que evoluciona el desarrollo infantil en el sector público de salud.

El primer corte transversal para este monitoreo lo constituye la cohorte que se encuentra siendo evaluada en el estudio “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos, en el contexto del Sistema Chile Crece Contigo”, y que no pertenece al Sistema CHCC. De ahí en adelante, los sucesivos cortes transversales corresponderán a niño/as que sí pertenezcan al Sistema Chile Crece Contigo.

Lo anterior significa que se contará con una cohorte evaluada en términos de su desarrollo infantil, que no ha recibido las principales y más determinantes prestaciones del Sistema Chile Crece Contigo.

B. Monitoreo de Brechas en Desarrollo Infantil por Nivel Socioeconómico:

El objetivo de este monitoreo es obtener una lectura basal y analizar la evolución de las brechas que existen en desarrollo infantil entre el sector público y el sector privado de salud.

Para ello, se propone utilizar dos grupos de comparación. El primero, tiene como objetivo evaluar la situación de los niños/as que se atienden en el sistema público de salud; contando con la evaluación del desarrollo infantil para una cohorte que no pertenece al Sistema Chile Crece Contigo, y en adelante, cortes transversales de niño/as que sí pertenecen al Sistema. El segundo de los grupos corresponde a cohortes que niños/as se atiende en el sector privado de salud y pertenecen a un nivel socioeconómico más alto, y por lo tanto, no pertenecen al Sistema Chile Crece Contigo.

NOMBRE ESTUDIO	Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos, para niños/as que se atienden en la red privada de salud.
FECHA EJECUCIÓN	1° Semestre 2011
EJECUTOR	Departamento Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
OBJETIVO GENERAL	Realizar el levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos, para una muestra de niños/as que se atienden en la red de salud privada UC. Y comparar sus resultados con los obtenidos por los niños/as del sector público de salud.
METODOLOGÍA	Aplicación de Encuesta CHCC. Aplicación del inventario de desarrollo Battelle. Análisis de la información recolectada.
MUESTRA	
Tamaño	365 niños/as
Localización	Red privada de salud UC, Región Metropolitana.
Representatividad	Ninguna
INSTRUMENTOS	Encuesta CHCC Inventario de Desarrollo Battelle
PRODUCTOS	Base de datos e informe con el análisis de los resultados de la aplicación de la Encuesta CHCC relacionados a los resultados de la aplicación del Inventario de Desarrollo Battelle.

Justificación:

Los resultados de este estudio serán comparados con los obtenidos del “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos, en el contexto del Sistema Chile Crece Contigo”; para monitorear la brecha inicial (ambas cohortes no pertenecientes a Chile Crece Contigo), entre los niños/as que se atienden en el sistema público de salud, y los que se atienden en el sector privado de salud.

Principales Resultados:

Actualmente en ejecución (1° semestre 2011)