



*Al servicio  
de las personas  
y las naciones*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile  
Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad

## **Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia.\***

Paula Bedregal<sup>†</sup>  
Andrea Torres<sup>‡</sup>  
Camila Carvallo<sup>§</sup>

Documento de Trabajo  
Diciembre 2014

**Palabras clave:** chile crece contigo, infancia.

---

\* Las opiniones expresadas en este texto son de exclusiva responsabilidad del o los autores y no comprometen al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este documento fue publicado como capítulo en: O. Larrañaga y D. Contreras (eds.): Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile, edición ampliada y actualizada, Uqbar, Santiago, 2015.

<sup>†</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>‡</sup> Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

<sup>§</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile.

## **Chile Crece Contigo: el desafío de la Protección Social a la Infancia**

Paula Bedregal, Andrea Torres y Camila Carvallo

### **1.- Introducción**

El Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, constituye la primera política intersectorial en Chile que aborda la problemática del desarrollo infantil temprano. Creada durante 2006, implementada en su fase inicial a contar de 2007 e institucionalizada<sup>1</sup> en 2009, constituye un hito histórico en materias de política de infancia para el grupo de 0 a 4 años. La política agrupa a diferentes sectores –como salud, educación, protección social, justicia, trabajo, entre otros– y se estructura con lineamientos políticos-estratégicos desde el nivel central (ministerial), mientras que la provisión de servicios se articula a nivel local.

La política se basa en comprender que el desarrollo y salud de niños y niñas depende de un conjunto de factores que sólo pueden ser abordados de manera integrada, mediante un sistema de provisión de servicios coordinados, con objetivos y metas comunes. La política recoge la evidencia científica disponible a la fecha sobre la importancia del desarrollo infantil temprano para el bienestar de las poblaciones, como también para el desarrollo económico. Chile Crece Contigo pone en marcha una forma de gestión que considera al territorio local (comuna) como el entorno donde se debe proveer los servicios apropiados para apoyar, junto con la familia, el desarrollo de los niños y niñas. El subsistema tiene como eje al sector salud, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. A partir de éste se establecen alertas tempranas que determinan prestaciones relacionadas no sólo con el área de la salud, sino también educativas, sociales, laborales y judiciales, entre otras. Adicionalmente, el subsistema considera la necesidad de la evaluación y monitoreo sistemático de sus acciones, de manera de garantizar que los objetivos propuestos se cumplan.

El capítulo presenta, en primer término, las características de este subsistema (organización e institucionalidad). En las siguientes secciones se exponen los antecedentes que permitieron

---

<sup>1</sup> A través de la Ley 20.379

el diseño de Chile Crece Contigo y se presentan aspectos relacionados con la implementación, el financiamiento y la evaluación del Subsistema. Finalmente se analiza el estado actual de la política y los desafíos pendientes. El foco está puesto en el ámbito de salud, puesto que el eje del subsistema está puesto en este sector.

## **2.- El Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo**

El Sistema de Protección Social constituye un modelo de gestión que permite articular, de manera coordinada, acciones y prestaciones sociales ejecutadas por diversos organismos del Estado y cuyo propósito es promover el acceso a mejores condiciones de vida de la población más vulnerable socioeconómicamente.

Al interior de este Sistema, se crea el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC). Este subsistema tiene como propósito avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades a través del apoyo al desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas, sentando las bases desde el embarazo y durante la primera infancia, hasta el ingreso al mundo escolar (cero a cuatro años, aproximadamente).

La población objetivo son los niños y niñas, y sus familias adscritas al sector público de salud, aun cuando también hay acciones que favorecen al conjunto de la población.

Las prestaciones que se brinda a las familias se agrupan en tres componentes:

- Salud: el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) es el eje del Subsistema y brinda acceso a un conjunto de prestaciones que realizan un acompañamiento personalizado a la trayectoria del desarrollo del niño/a. Este programa tiene un carácter universal para todas las familias adscritas al sector público de salud, con apoyos específicos para niños/as en condiciones de vulnerabilidad y/o rezagos en el desarrollo. El PADB no existía antes de la creación de ChCC y su estructuración ha permitido enfatizar la importancia de la promoción en salud, y en

particular del desarrollo infantil temprano, mediante la organización de las prestaciones que ya estaban entregando algunas instituciones según su disponibilidad de recursos (como la evaluación sistemática del desarrollo infantil) o bajo la modalidad de programas pilotos (por ejemplo el parto con pertinencia cultural). Al estructurarse las prestaciones en un catálogo programático se garantizó, por una parte, su obligatoriedad y, por otra, su financiamiento. Adicionalmente, ha permitido mejorar la calidad de los registros administrativos en estas materias.

- Educación: Chile Crece Contigo ofrece acceso gratuito a salas cunas y jardines o modalidades equivalentes para los niños y niñas pertenecientes al 40% de los hogares más pobres –60% a partir del 2011– o para aquellos que presenten alguna situación de vulnerabilidad.
- Red social: se otorga acceso preferente a beneficios y programas sociales, como el Subsidio Único Familiar (SUF), subsidios de vivienda, educación de adultos, intermediación laboral, ayudas técnicas en caso de discapacidad, atención de salud mental, asistencia judicial, entre otros.

El ingreso al Sistema Chile Crece Contigo ocurre en el primer control prenatal de la madre en el sistema público de salud, con embarazo confirmado según las normas del Ministerio de Salud. Este hito constituye el primer contacto entre el niño/a (en etapa de gestación) y su familia, y el Sistema Chile Crece Contigo. A partir de ese momento, se ofrece un conjunto de intervenciones y servicios sociales para apoyar el proceso de desarrollo de los niños/as desde su gestación, hasta el ingreso al sistema escolar en el nivel de transición menor o prekínder.

Las prestaciones PADB tienen como finalidad ser “de calidad y complementarias” a las ya entregadas por los servicios de salud (Tabla 1) y se organizan en cinco ejes: atención prenatal, atención del proceso de nacimiento, atención integral al niño/a hospitalizado/a, fortalecimiento del control de salud del niño/a y fortalecimiento de intervenciones para población infantil vulnerable y/o con rezagos en el desarrollo.

**Tabla 1: Componentes y acciones a desarrollar**  
**Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial**

AREA	ACCIONES
Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	Detección de factores de riesgos con pauta estandarizada
	Entrega de material educativo "Empezando a Crecer" y agenda de la mujer
	Educación grupal en centros de salud y uno en la maternidad
	Elaboración y monitoreo de un plan de salud personalizado para gestantes en riesgo
	Visitas domiciliarias
Atención Personalizada del proceso de nacimiento	Atención personalizada y acompañada en parto y parto
	Atención personalizada e integral en puerperio a madre e hijo/a
	Analgesia
	Referencia en caso de riesgos
	Coordinación con equipos de APS
	Educación sobre el uso de los implementos del Programa de Apoyo al Recién Nacido y sobre crianza temprana
	Entrega del set de implementos para el recién nacido
Atención al desarrollo integral del niño/a hospitalizado/a	Evaluación del niño/a y familia
	Plan de cuidados integrales
	Facilitar permanencia de padres, madres y/o cuidadores/as
	Apoyo emocional a familia
	Actividades de juego y educación
Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	Ingreso al primer control de salud
	Controles de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral. Pesquisa y seguimiento de riesgos biopsicosociales
	Entrega material educativo para niños
	Talleres grupales para habilidades de crianza "Nadie es Perfecto"
	Aplicación de pruebas para detección de factores de riesgo: neurodesarrollo, depresión materna, apego
Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	Evaluación y planes personalizados
	Facilitar acceso a salas cunas y jardines
	Facilitar acceso a modalidades de apoyo
	Visitas domiciliarias

Fuente: Minsal. Catálogo, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. 2013.

El diseño apunta a acompañar la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas adscritos al sector público de salud, y que se atienden en la modalidad institucional (en establecimientos públicos de salud). Este grupo constituye cerca del 60% de la población de niños menores de dos años.<sup>2</sup> Además, se brinda apoyos diferenciados para niños, niñas y familias del 40% más pobre; la que se extendió al 60% más vulnerable a partir del año 2011.

También hay acciones orientadas al conjunto de la población, como el Programa Educativo que incluye campañas de sensibilización en TV, programa de radio semanal con tópicos de infancia, cartillas educativas disponibles on-line, una colección de CDs con música para niños/as y una colección de cuentos. Además, dispone de espacios interactivos como Fonoinfancia, la página web del sistema [www.crececontigo.cl](http://www.crececontigo.cl) además del uso de redes sociales, tales como facebook y twitter. En paralelo, se trabajó en proyectos legislativos, como son el perfeccionamiento a la Ley de Adopción Chilena<sup>3</sup> y modificaciones del pre y postnatal, entre otros<sup>4</sup>.

## **Institucionalidad**

Las características institucionales y globales de Chile Crece Contigo se encuentran explicitadas en la Ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección a la Infancia. Esta Ley fue aprobada en el Congreso Nacional el 4 de agosto de 2009, mediante el oficio n° 8246, publicada en el Boletín n° 6260-06, y promulgada el 1 de septiembre del mismo año. Este hito garantiza la creación de un Sistema de Protección Social, dentro del cual Chile Crece Contigo es un Subsistema. La Ley garantiza su institucionalidad, operación y financiamiento.

---

<sup>2</sup> Esto es la población que se atiende en el sistema público, que es distinta a los afiliados al seguro público (parte de ellos se atiende con prestadores privados). El dato proviene de la encuesta Casen 2006.

<sup>3</sup> Durante octubre de 2013 se envió al Congreso un proyecto de ley que moderniza la Ley vigente 19.620 (de 1999) actualmente en primer trámite en la Cámara de Diputados.

<sup>4</sup> Al respecto, el 17 de octubre de 2011 entró en vigencia la extensión del postnatal a 6 meses. De este modo se acogió las propuestas de la Comisión Asesora Presidencial: Mujer, Trabajo y Maternidad (2010) que mantiene el permiso pre y postnatal de 12 semanas y agrega un permiso postnatal parental de 12 semanas adicionales con un subsidio de hasta 66 Unidades de Fomento, lo que completa 24 semanas. Del mismo modo, se extendió la cobertura de este beneficio de la seguridad social.

Conforme a la Ley, la administración, coordinación y supervisión de Chile Crece Contigo corresponde al Ministerio de Planificación (Mideplan), actual Ministerio de Desarrollo Social (MDS). La Ley determina que esta función la debe ejercer sin perjuicio del papel que le cabe a las otras entidades públicas que participan de ChCC. El MDS tiene las tareas de articular el sistema intersectorial en el nivel central (ministerios y reparticiones) y en el nivel local (municipios). Específicamente, el MDS tiene a su cargo la gestión financiera, la realización de evaluaciones pertinentes y la generación de los instrumentos de gestión, de apoyo y programáticos del Subsistema.

En el MDS también funciona la División de Promoción y Protección Social, cuya finalidad es gestionar desde el nivel central la implementación de todo el Sistema de Protección Social, incluido ChCC. Durante los primeros años la secretaría ejecutiva de ChCC en el ex Mideplan coordinaba el Comité Técnico Intersectorial, integrado por los ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Justicia y Vivienda; además de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji), la Fundación Integra, el Servicio Nacional de Menores (Sename), el Servicio Nacional de la Mujer (Sernam), la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (Dipres), la Secretaría General de la Presidencia (Segpres) y la Subdirección de Desarrollo Regional (Subdere). En la actualidad, esta coordinación como tal no sigue operando.

Pese a la existencia de la Ley, hasta la fecha no se ha elaborado su reglamento. El proceso está en marcha y debería establecer cómo operan las garantías consignadas en la legislación para cada una de las instituciones públicas que participan, así como los mecanismos a través de los cuales la población puede exigir su cumplimiento.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial es ejecutado por el Ministerio de Salud a través de su red asistencial, que incluye centros de salud primaria, postas rurales y hospitales (maternidades, unidades de neonatología, unidades de hospitalización y consultorios primarios o de especialidades adosados). Se tomó esta opción considerando la alta cobertura del sistema público de salud, tanto de gestantes como de niños y niñas entre 0

y 4 años y porque los servicios de salud constituyen un entorno fundamental para empoderar a las familias en su rol parental y para detectar riesgos biopsicosociales.

Las otras instituciones de base territorial municipal que participan del subsistema como prestadores de servicios para familias vulnerables son:

- a) Sector Educación: salas cunas, jardines infantiles o modalidades alternativas de cuidado infantil que reciben aportes financieros públicos. Este es el caso de los establecimientos dependientes de la Junji y la Fundación Integra.
- b) Sector Laboral: oferta de empleo a cargo del sector social del municipio, con acceso preferente a trabajo para las familias vulnerables.
- c) Sector Vivienda; acceso preferente a los programas de mejoramiento de viviendas y condiciones de habitabilidad (sector social del municipio).
- d) Sector Judicial: asistencia judicial para las necesidades que puedan tener la familia.

La Ley que da cuenta del Subsistema deja abierta la posibilidad de incorporar otras instituciones, en la medida que sean pertinentes a las necesidades de las familias.

La gestión local de todos los componentes implicó la creación de Redes Comunes Chile Crece Contigo. Estas redes son dispositivos de gestión local lideradas por un encargado comunal dependiente de la municipalidad en la cual participan todos los servicios públicos y municipales que proveen servicios de apoyo a niños y niñas y sus familias. Las herramientas de gestión que entrega el sistema son: asistencia técnica y capacitación a las redes comunales; un sistema informático en línea de registro, monitoreo y derivación; un fondo de apoyo a la gestión municipal en primera infancia; un fondo de apoyo al desarrollo infantil y un fondo de iniciativas a favor de la infancia. El propósito de esta red es la integración de los servicios locales, de manera de brindar atención oportuna, pertinente y coordinada. Estas redes comunales básicas pueden contar con una “red ampliada”, que



involucra la participación de los encargados de las Oficinas de Protección de Derechos (presentes en algunos municipios), de las Oficinas Municipales de Información Laboral, de la Ficha de Protección Social, del Departamento de Vivienda, Habitabilidad y Discapacidad y de Organizaciones Comunitarias, entre otros servicios posibles.

En la actualidad, ChCC opera prácticamente en todas las comunas mediante convenios con el MDS. Lo hace a tres niveles: nivel ejecutivo a través del comité de ministros de Desarrollo Social (Salud, Desarrollo Social y Educación); nivel regional y provincial a través de las Secretarías Regionales Ministerial de Salud, Secretarías Regionales de Desarrollo Social, Educación, además de los Servicios de Salud (a través de la o el gerente de ChCC), un encargado regional de JUNJI e INTEGRA, y el coordinador provincial de Protección Social y a nivel comunal se coordinan el área social de los municipios, centros de salud y educación.

### **3.- Antecedentes del Subsistema de Protección a la Infancia**

En 1990, Chile suscribió la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN). A partir de esta iniciativa, en el año 2001 se elaboró la Política Nacional a favor de la Infancia y Adolescencia y el Plan de Acción respectivo para 2001-2010, cuya puesta en marcha fue parcial, pero constituyó un hito importante en materia de preocupación por la Infancia y Adolescencia.

Durante los años 2005 y 2006 se realizaron varios estudios de pre-inversión por parte de Mideplan, orientados a un rediseño de la política de infancia. En marzo de 2006, al comienzo de la presidencia de la Dra. Michelle Bachelet, se inició el trabajo de una de las primeras comisiones presidenciales de su gobierno: el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Este consejo tuvo como propósito proponer una política integral para niños y niñas entre cero y ocho años de edad.

Las comisiones asesoras presidenciales del gobierno de Bachelet constituyeron una propuesta enmarcada dentro del concepto de “gobierno ciudadano” o “gobierno cercano a la gente”, cuyo propósito fue recoger las propuestas e inquietudes de técnicos y de organizaciones de

la sociedad civil, para la elaboración de políticas públicas y promover el diálogo con actores políticos. Esta estrategia, al decir de Aguilera (2009), recoge las críticas persistentes que existían sobre las instituciones políticas, en especial sobre los partidos políticos, y amplía la base deliberativa de las políticas públicas. El Consejo de Infancia fue el segundo en crearse durante el gobierno de Bachelet. Liderado por Jaime Crispi, economista de la Dirección de Presupuestos, estuvo compuesto por 14 profesionales, principalmente médicos, psicólogos y economistas. Todos eran expertos en temas de infancia y/o de la mujer, siete con postgrados en el extranjero y cuatro eran miembros de centros de pensamiento con afinidad a la derecha política.

El trabajo del Consejo consistió en recabar e intercambiar información científica nacional e internacional sobre desarrollo infantil (aspectos de salud y de educación). Adicionalmente, hubo rondas de presentaciones de los consejeros y de representantes de organismos de Estado y de la sociedad civil. Los consejeros viajaron a regiones e hicieron foros públicos, de manera de recolectar la información e inquietudes locales. Asimismo, se elaboró una página web que puso a disposición un foro abierto para niños/as y adultos, y las audiencias y actas de las reuniones del Consejo. Finalmente, el informe se basó en los consensos del grupo, permitiendo explicitar los desacuerdos en el documento final. La propuesta consensuada fue la de generar una política de protección social, integrada, intersectorial que abarcara tanto salud, educación, trabajo y el campo legislativo, con una base territorial en el municipio.

La propuesta del Consejo se basó en el concepto de protección utilizado en la Convención Internacional de Derechos del Niño, es decir, asigna al Estado la función de garantizar el cumplimiento de los derechos de niños y niñas. En particular, la Convención sostiene el principio de igualdad de derechos y oportunidades para todo niño y niña, independiente de sus condiciones personales, familiares o sociales. Este principio implica garantizar el acceso a prestaciones universales que complementen y refuercen los recursos disponibles en la familia y en la comunidad. De este modo, la aplicación de una perspectiva de derechos en la generación de políticas de infancia significa asumir la integralidad de las políticas, la transversalidad de las mismas y su adaptabilidad a los requerimientos específicos de acuerdo a las diversas situaciones de vida.

Este enfoque concordó, además, con las evidencias científicas disponibles a esa fecha, que mostraban que las intervenciones más exitosas son aquellas que están centradas en los niños y niñas; miran el problema desde una perspectiva ecológica o con la participación de los entornos; son integrales, se inician desde el embarazo, o antes de éste; son culturalmente sustentadas y consideran la capacitación continua del personal a cargo.

Dada la alta cobertura materno-infantil en el sistema público de salud, se propuso a este sector como columna vertebral del sistema de protección social a la infancia, con algunas prestaciones de carácter universal y otras diferenciadas según las necesidades de niños/as y sus familias. Las propuestas consideraron a los menores de hasta 8 años, por lo tanto incluyeron al sistema educacional hasta la enseñanza básica. También se incluyeron propuestas para aquellos grupos vulnerables, como discapacitados o con necesidades especiales, migrantes, niños y niñas vulnerados/as en sus derechos, grupos étnicos, la situación de adopción, e hijos/as de padres que trabajan.

La propuesta del Consejo delineó un modelo de gestión basada en los siguientes aspectos: i) gestión orientada a resultados en el desarrollo de niños y niñas; ii) asignación y separación efectiva de funciones (formulación, fijación de políticas y normas; provisión; fiscalización) iii) despliegue progresivo, respetando la integralidad y universalidad del sistema.

Para la primera y segunda función se propuso adecuar los ministerios involucrados en la propuesta (Salud, Educación, Trabajo, Justicia y de Planificación). En particular, se sugirió un rediseño importante en Mideplan y en el Servicio Nacional de Menores (ligado a Justicia), como también en las instituciones relacionadas con la educación parvularia (Junji y la Fundación Integra). Para complementar y apoyar el trabajo de las instituciones involucradas, se propuso la creación de un Consejo de Infancia, de carácter autónomo y con fuerte participación de la sociedad civil y de los niños y niñas, el cual contaría con un sistema de información que lo apoyaría en la toma de decisiones (Observatorio de la Infancia). Adicionalmente se propuso generar una agencia o Superintendencia de Educación que velara por aspectos de acreditación y calidad de la educación en Chile, incluida la educación

preescolar en todas sus modalidades. Hasta la fecha, estas propuestas institucionales han sido acogidas parcialmente por el Ejecutivo.

Las propuestas fueron discutidas por el Consejo de Ministros para la Infancia y el grupo técnico interministerial, quienes definieron una política para el grupo de cero a cuatro años, dejando al margen al mundo escolar de cuatro a ocho años. Tampoco se incluyeron las transformaciones institucionales requeridas tanto para el sector educacional, como para el área de justicia. En el caso de educación esto fue así porque la discusión sobre el modelo de gestión y la institucionalidad educativa se trasladó al “Consejo de Educación”, instancia paralelamente creada por el primer gobierno de Michelle Bachelet en respuesta a las protestas estudiantiles del primer semestre de 2006. En el ámbito de justicia se consideró que las transformaciones originadas en la Reforma Procesal Penal y la Reforma a los Tribunales de Familia no permitían la introducción de nuevas demandas institucionales. De modo que sólo se consideraron modificaciones legislativas en el campo de la previsión social y de la adopción, las que no generaban cambios en las organizaciones públicas.

### **¿Por qué el desarrollo de la niñez importa?**

El marco conceptual que subyace tras la propuesta del Consejo de Infancia, y que fundamenta a ChCC, visualiza el desarrollo de niños y niñas como un conjunto de procesos a través de los cuales se van formando sus funciones, roles y capacidades. El desarrollo infantil implica una serie de transacciones con los diferentes entornos significativos donde los niños y niñas exploran sus realidades e intercambian diálogos con personas. Estas experiencias permiten el despliegue de funciones en los diferentes dominios: físico, social, emocional, lingüístico y cognitivo.

El desarrollo infantil comienza en el período previo a la concepción dada la importancia de factores como la disponibilidad y preparación de los padres y madres para este evento vital, así como el apoyo social que tengan para estos efectos. Los niños que nacen de familias pobres –donde hay bajos niveles educacionales, mala calidad de los trabajos, bajos niveles

de ingresos, mala vivienda y problemas de saneamiento básico— constituyen un grupo de alto riesgo para su desarrollo.

Se ha comprobado con estudios empíricos que la condición socioeconómica del hogar de nacimiento es un importante predictor de los logros que obtendrán las personas en la educación, la salud, el acceso al mercado del trabajo y resultados socioeconómicos, en general. En particular, el estudio para Chile de Núñez y Risco (2004) encuentra una correlación inter-generacional del 54% en el ingreso monetario, que es muy alta si se le compara con la evidencia reportada en otros países. Esto significa que en el país hay una alta transmisión de la desigualdad entre generaciones.

Actualmente, se reconoce que las intervenciones tempranas pueden modificar las trayectorias vitales de los niños y niñas, y que éstas tendrán un impacto significativo en las etapas posteriores de vida, principalmente en aquellos niños y niñas que nacen en condiciones de pobreza y privación (Campbell & Ramey, 2007). Esta aseveración está fundada en estudios empíricos realizados en el área de la neurobiología, las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales. De allí que la consideración que podamos hacer sobre la importancia de promover el desarrollo temprano no debe estar restringida a sus consecuencias inmediatas en materia del cumplimiento de ciertas pautas o hitos de desarrollo, sino por el contrario, debieran considerarse los progresos y logros en la escolaridad primaria, la continuación en la enseñanza secundaria y el ingreso al trabajo competente.

En términos del impacto de los factores sociales en el desarrollo humano, sabemos que los resultados de intervenciones entre los cero y ocho años de vida están muy relacionados con los determinantes sociales de la salud, en especial en el contexto urbano; con la perspectiva de género; y con los fenómenos de globalización y acceso a los sistemas de salud (Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007). Las investigaciones sugieren que los dominios del desarrollo determinan fuertemente las oportunidades y resultados sociales a largo plazo, teniendo un impacto relevante en el desarrollo cognitivo que incluye lenguaje y alfabetización; en el desarrollo socioemocional, que permite una adaptación adecuada al entorno social; y en el crecimiento y bienestar físico (Vegas & Santibáñez, 2008).

Desde un punto de vista económico, también se sabe que la inversión en intervenciones en etapas tempranas de la vida tiene un mayor costo-efectividad. (Cunha & Heckman, 2007). Esto se explica porque existen períodos sensibles y críticos en el desarrollo humano, en los cuales la protección y potencialización realizada, determinan la eficacia y rentabilidad de futuras inversiones en capital humano. Las estrategias de rehabilitación en etapas futuras del desarrollo han probado a la fecha ser más caras y menos efectivas.

Se identifican cinco entornos claves, sobre los que se espera que ChCC actúe, los que facilitan o dificultan el desarrollo humano, en particular aquel que ocurre durante la primera infancia, (Bronfenbrenner, 1979):

1. La familia, núcleo básico vincular del niño/a, que imprime la impronta para procesos de autorregulación biológica y psicoemocional.
2. Los servicios de salud, que son claves, en particular en países en que la atención materno-infantil se encuentra muy desarrollada.
3. Los ámbitos educativos, cuyas diversas conformaciones constituyen un núcleo que aporta entornos protegidos para la exploración, el aprendizaje mediado y la socialización de niños y niñas.
4. Los grupos de pares, que constituyen núcleos referenciales en sí mismos, con códigos propios de comunicación e interacción, fundamentales para el desarrollo de la propia identidad.
5. Los espacios sociales o comunitarios, que se expresan de manera virtual (televisión, juegos virtuales) o tangible (como la plaza, el mall, etc.). Estos constituyen núcleos de validación o refuerzo de conductas y permiten la adquisición de conocimientos y generan reglas propias de convivencia que determinan estrategias adaptativas de las familias y de los niños y niñas.

## **Situación del desarrollo infantil en Chile previo a Chile Crece Contigo**

El país disponía de información sobre retrasos del desarrollo y rezagos (o riesgos) en base a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Encavi) aplicada en hogares en el año 2006. Esta encuesta permitió por primera vez tener una visión país en torno al desarrollo temprano con representación nacional, por sexo, edad y distribución urbano/rural.<sup>5</sup> Mediante un instrumento de tamizaje se identificó situaciones de retraso y de rezago en el desarrollo infantil. Por retraso se definió a aquel niño/a que, teniendo una edad determinada, no ha logrado asentar las funciones del desarrollo que ya deberían estar disponibles; por ejemplo un niño/a que a los 24 meses no ha logrado caminar, lo que debería haber logrado entre los 12 y 18 meses. El rezago en el desarrollo se define como aquel niño/a que, teniendo una determinada edad, no ha logrado determinada función que debe lograr a esa edad. Siguiendo el ejemplo de caminar, rezago sería el caso en que el niño teniendo 15 meses de edad aún no ha logrado dar sus primeros pasos. Las causas habituales de retraso a menor edad suelen ser orgánicas, es decir, producidas por enfermedades asociadas; por el contrario, los rezagos generalmente son de causa socio-cultural, es decir obedecen a falta de estimulación.

La prevalencia de retrasos del desarrollo en la Encavi, en la población menor de seis años fue de 11,3%, mientras que la de rezagos en los menores de cinco años alcanzó a un 29,9%. La prevalencia de rezagos tendió a ser mayor en hombres que en mujeres (32,8% vs 26,9%) y en áreas rurales respecto a urbanas (32,5% vs 29,6%). En materia de retrasos la prevalencia también tendió a ser mayor en hombres que en mujeres (13,1% vs 9,2%) pero fue mayor en las áreas urbanas que en las rurales (11,9% vs 7,6%). Si se comparan los niños del quintil más pobre de ingresos respecto de aquellos del quintil más rico se tiene una brecha del rezago de 23,5% vs 16,8%, mientras que en retraso es 12,2% vs 6,7%.

También se contaba con información sobre desarrollo infantil, proveniente de las evaluaciones que se realizan de manera no-sistemática en población adscrita al sistema

---

<sup>5</sup> La información que existía previamente era parcial y la mayor parte de las veces correspondía a estudios de casos en muestras pequeñas.

público de salud. La información para 2006 del registro del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, del Ministerio de Salud de Chile señalaba una frecuencia de riesgo de 5% y de retraso de 0,95%, en niños de 18 meses. A los cuatro años, la frecuencia de riesgo observada en los niños/as evaluado/as era de 6,5% y de retraso de 2,8%. Las discrepancias observadas con relación a la información nacional se deben, en parte, a la población evaluada y, fundamentalmente, al tipo de instrumento de evaluación utilizado, que en el caso los datos DEIS-Minsal, tiende a subestimar el desempeño en algunas áreas, en particular en el área del lenguaje. Esta última ha sido identificada como la de mayor falencia en el país (Cedep, 2006).

Junto a los antecedentes sobre factores de riesgo en el desarrollo infantil reportados para la población atendida por Chile Crece Contigo (sección 4), se contaba con el tercer estudio sobre maltrato infantil en Chile, realizado en 2006 para una muestra representativa de niños/as de octavo año básico en seis regiones del país. El estudio mostró que un 75,3% de los niños y niñas recibe algún tipo de violencia y que, en particular, 53,8% sufrió algún tipo de violencia física (Unicef, 2006). Al mismo tiempo, se constató una reducción en la violencia física grave respecto de mediciones previas, pero un incremento en la violencia psicológica (de 14,5% en 1994 a 21,4% en 2006).

El rezago del desarrollo era –y es– un problema preocupante en Chile, ya que las deficiencias en el desempeño de niños y niñas constituyen un problema de salud y, al mismo tiempo, por su relación con el desempeño educativo y laboral futuro, un problema para el desarrollo económico del país. Si bien es cierto que ha habido una reducción en los indicadores de pobreza nacional, los indicadores de salud mental materna y de relaciones familiares señalan que siguen habiendo riesgos importantes para los niños/as.

### **La oferta de servicios de apoyo al desarrollo infantil antes de ChCC**

Respecto de los servicios disponibles para apoyar el desarrollo de niños/as es destacable la situación en salud materno-infantil. Chile se caracteriza por contar con programas destinados a reducción de daños (mortalidad infantil) y prevención de enfermedades de larga data (Jiménez, 2009), lo que le permite situarse entre los mejores de Latinoamérica y del mundo



en indicadores de salud infantil. La provisión de servicios para este grupo de población es muy buena. Por ejemplo, la cobertura de atención profesional del parto para toda la población alcanzaba a un 99%, y de atención prenatal de calidad (más de cuatro controles) en el sector público sobre el 60% (DEIS-Minsal, 2006).

La atención de salud infantil para la población que se atiende en el sistema público de salud se realiza en centros de salud del nivel primario de atención a través de equipos de profesionales compuestos por médicos, enfermeras, matronas, nutricionistas, kinesiólogos, asistentes sociales y psicólogos. Este trabajo se articulaba en torno al Programa del Niño, el cual establece las normas de atención periódica para el grupo entre cero y seis años, vacunación (Programa Ampliado de Inmunizaciones para toda la población), atención de enfermedades agudas y subprogramas de enfermedades crónicas de niños/as como control de epilepsia y enfermedades crónicas respiratorias.

Por otra parte, la atención del parto, dada su alta cobertura, se enfocaba en mejorar la calidad, por ejemplo a través de la generación de normas técnicas para la reducción de las tasas de cesáreas en el país (la recomendación de la OMS es tener no más del 15% de nacimientos por cesáreas y en Chile, en 2006, en el sector público era de 33,7%) y la humanización del proceso de parto (mediante la oferta de analgesia a las usuarias, la presencia de un adulto significativo durante todo el proceso –habitualmente el padre–, y el respeto a la pertinencia cultural).

En el caso de la evaluación del desarrollo psicomotor y la pesquisa de factores de riesgo, pese a existir desde la década de los 80 la intención de evaluar sistemáticamente el desarrollo infantil temprano en el control de salud infantil, en la práctica, antes de la instalación de ChCC, la cobertura en el país no alcanzaba al 20%. Esta evaluación sólo se realizaba en aquellos centros que tuvieran equipos capacitados, interés en el tema y recursos financieros. La detección de factores de riesgo para el desarrollo no se encontraba estandarizada y su pesquisa dependía del trabajo de los equipos de salud (interés y conocimiento al respecto). Los equipos de salud que realizaban pesquisa de factores de riesgo y evaluación de desarrollo, no contaban con una red clara (tanto de salud como de otros sectores) ni guías para la

derivación oportuna para estos niños. De manera que un niño identificado con rezagos o retrasos, podía recibir la atención que requería sólo si los equipos contaban con el interés y las redes conformadas para resolver este tipo de caso, hecho que escasamente sucedía.

Por su parte, la cobertura de la educación preescolar en el año 2006 era cercana a un 10% para los menores de dos años y a un 60% para aquellos entre tres y cinco años (Casen 2006). Esta tasa de cobertura variaba significativamente según el nivel de escolaridad de la madre. La tasa para los menores de dos años era tres veces más alta para las madres con estudios superiores respecto de aquellas con estudios de nivel básico (15% versus 5%); y en el segmento de tres a cinco años las diferencias eran más bajas, pero aún importantes (73% vs. 55%). Sin embargo, en el tiempo se han registrado avances notorios de la cobertura preescolar: la comparación entre los años 1996 y 2006 muestra una duplicación de la cobertura preescolar de los menores de tres años y un aumento del 50% en la correspondiente a los niños entre tres y cinco años.

La mayoría de las madres cuyos hijos pequeños no asistían a salas cuna o guarderías infantiles decían que tal situación respondía a una elección familiar antes que a la falta de oferta. Cerca del 90% de estas madres dice no enviar a sus hijos a estos establecimientos porque “no es necesario”, “no le interesa”, “desconfía del cuidado” o “porque se contagiaría con enfermedades” (Casen 2006).

La oferta de establecimientos preescolares era diversa puesto que incluye salas cuna y jardines infantiles de Junji, Integra, ONG y oferentes informales, orientadas a familias vulnerables; salas cuna provistas por empresas que contratan veinte o más trabajadoras y cursos de kínder y prekínder en establecimientos municipales, particulares subvencionados y particulares pagados. Casi un 90% de los menores que asistía a algún tipo de establecimiento preescolar regular recibía atención totalmente gratuita; la fracción restante pagaba todo o una parte del costo de la provisión, ya sea en la oferta particular pagada o en la particular subvencionada con financiamiento compartido. En el segmento de madres con escolaridad de nivel básico había un 98% que accedía a oferta gratuita; porcentaje que baja a un 92% en el grupo con escolaridad de nivel medio y a un 75% en la escolaridad superior.

#### **4.- Implementación de “Chile Crece Contigo”**

La implementación de la política se realizó a partir de la atención brindada en los establecimientos públicos de salud a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. El proceso se inició en 159 comunas del país durante 2007, brindando atención prenatal a gestantes que acudían a su primer control en centros de salud primaria del sector público. En abril de 2008 se inició la segunda fase, con el ingreso de la totalidad de las comunas del país (345) y se dio inicio a la etapa de implementación masiva del Sistema Chile Crece Contigo. La elección del primer grupo de comunas se realizó en base a la disponibilidad de una maternidad bien dotada y con capacidad de gestión (por ejemplo, tener experiencia en atención integral del parto e inclusión de un adulto significativo –usualmente el padre–, y contar con un equipo psicosocial), considerando además el interés por parte de los equipos de salud de la red.

Inicialmente, la gestión del PADB estuvo a cargo del Gabinete de la Ministra de Salud (Dra. Soledad Barría). Esta unidad fue la encargada en la práctica de iniciar la implementación en el sector salud en coordinación con otras reparticiones del ministerio y con Mideplan. En febrero de 2009 la gestión central del PADB se reorganiza en un “Grupo de trabajo en calidad de asesor del Ministro de Salud”, el cual tuvo como objetivo asesorar al ministro en la coordinación del proceso de implementación y en la vigilancia del cumplimiento de las acciones propias del componente salud del Chile Crece Contigo.<sup>6</sup>

El equipo que, en la práctica, es responsable de la implementación nacional del PADB es la “Secretaría Ejecutiva”, a cargo de la Jefa de la División de Políticas Saludables del Ministerio de Salud. Esta Secretaría cuenta con una coordinación general y una mesa de trabajo integrada por representantes de las áreas de salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud

---

<sup>6</sup> Este grupo quedó conformado por el ministro de Salud; la subsecretaria de Salud Pública; el subsecretario de Redes Asistenciales; el Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades; el Jefe de la División de Planificación Sanitaria; el Jefe de la División de Gestión de Redes Asistenciales y el Jefe del Departamento de Estudios.

mental, salud ambiental, promoción, nutrición, atención primaria, hospitales, gestión territorial, presupuesto y comunicaciones.

Entre los instrumentos de soporte y apoyo a la gestión de ChCC, Mideplan lideró el apoyo a la conformación y funcionamiento de redes territoriales para la gestión del sistema, creando el Programa de Fortalecimiento Municipal y diseñando un sistema de información en línea que monitorea el desarrollo de los niños/as (el que se puede asociar a la Ficha de Protección Social). Actualmente tanto el MDS como el Minsal están generando los instrumentos para certificar la calidad de algunas de las prestaciones de ChCC.

La implementación de ChCC ha involucrado un conjunto nuevo de instrumentos programáticos. Además del PADB, se instaló en los municipios el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil y el Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia (para actores público, privados,), producto de los cuales se ha desarrollado una mayor variedad de ofertas comunales de apoyo al desarrollo infantil. Por ejemplo: servicios itinerantes de estimulación temprana para zonas rurales; salas de estimulación en recintos comunitarios, atención domiciliaria para estimulación, ludotecas y formación de competencias parentales para el desarrollo infantil. Una iniciativa adicional de gran importancia vinculada con el Sistema es la incorporación de ácidos grasos omega 3 en la leche que se entrega a las embarazadas, a cargo del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

### **Características de las Gestantes que ingresan al Sistema<sup>7</sup>**

Desde los inicios del Sistema de Registro Monitoreo y Derivación del ChCC (SRMD) en agosto de 2007 y hasta junio de 2014, se ha registrado un total de 988.030 ingresos de gestantes, de las cuales un 90,5% cuenta con Ficha de Protección Social (FPS). Del total de usuarias que ingresan a ChCC y que cuentan con FPS, el 87,8% pertenecen al 40% más vulnerable de la población.

---

<sup>7</sup> Esta información proviene del Sistema de Registro, Monitoreo y Derivación de Chile Crece Contigo.

La edad promedio de las gestantes que ingresaron al sistema ChCC es de 25,7 años y un 68,2% se concentra entre los 19 y 35 años de edad. Aquellas de 35 o más años representa el 10,5% del total y aquellas menores de 19 años, el 21,4%.

Por otra parte, la información reportada en el mismo sistema de registro muestra que la escolaridad promedio de las gestantes alcanza los 10,1 años. Cerca de una cuarta parte alcanzó a cursar hasta educación básica, mientras que un 9,8% llegó a la educación superior.

Según datos de FPS un 31,2% del total corresponde a jefas de hogar; 9,2% pertenece a alguna etnia; 13,8% pertenece a zonas rurales; y 27,6% trabaja. El ingreso *per cápita* promedio del hogar de las gestantes con FPS es de \$55.795<sup>8</sup>. Un 67,2% se encuentra bajo la línea de la pobreza, una tasa de incidencia muy superior al promedio nacional según la Casen 2011 (14,4%). Un 41% de los hogares de las gestantes corresponde a casas propias y 92,5% del total obtiene agua de la red pública.

Del total de madres que participan en Chile Crece Contigo, el 34,7% presenta uno o más riesgos psicosociales de acuerdo a la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA). Este es un instrumento para la detección temprana de factores de riesgo, aplicado por el o la profesional de salud que realiza el primer control de gestación. Su objetivo es la detección e intervención precoz de los factores de riesgo psicosocial más comunes en las mujeres en proceso de gestación, evitando o reduciendo el impacto negativo que éstos podrían tener en esta etapa y en el desarrollo del niño/a en sus primeros años de vida.

Como se aprecia en la tabla 2, los principales riesgos psicosociales que se observan en las gestantes que han ingresado a ChCC es tener menos de 18 años, presentar síntomas depresivos y otros riesgos. Dentro de los tres riesgos mencionados, el primero es el de mayor frecuencia. En efecto, el 16,4% de las gestantes posee síntomas depresivos, mientras que de las gestantes que ingresan a primer control prenatal, un 15,5% tiene menos de 18 años de edad, prevalencia similar a las gestantes que poseen otro tipo de riesgo. Considerados en

---

<sup>8</sup> Valor actualizado de acuerdo a CASEN 2011.

conjunto, un 32,4% del total tiene riesgos biopsicosociales, 18,6% presenta un riesgo, 7,8% presenta dos riesgos, 3,0% tres riesgos y un 3,0% presenta cuatro o más riesgos.

**Tabla 2: Frecuencia de riesgos psicosociales, corte diciembre 2013**

Tipo de riesgo	Frecuencia %
Presencia de síntomas depresivos	16,4
Edad ≤ a 18 años	15,5
Otro riesgo	15,5
Escolaridad ≤ a 6º básico	12,4
Insuficiente apoyo social o familiar	9,5
Conflicto con Maternidad	9,2
Ingreso posterior a las 20 semanas	9,1
Uso o abuso de sustancias	6,4
Violencia de género	5,5

### **El financiamiento de Chile Crece Contigo**

De acuerdo a los Informes de Ejecución del Gasto de la Dirección de Presupuestos, el gasto realizado por el Ministerio de Desarrollo Social en el Sistema Chile Crece Contigo alcanzó a \$ 2,7 miles de millones (MM\$) para el año 2007 (fase inicial de instalación), MM\$ 8,1 para 2008 (fase de expansión) y de MM\$ 27,6 para 2009. Entre el 2010 y 2014, en la mayoría de las líneas presupuestarias respectivas la ampliación fue inercial. Destaca el aumento que ha tenido en el mismo período el Fondo de Fortalecimiento Municipal en un 305% y Educación Pre-básica Junji en un 47%, en relación al fortalecimiento de modalidades no convencionales de educación pre escolar (CECI-PMI-CASH).

Un 73,5% de todo el gasto referido consiste en transferencias hacia el sector salud, específicamente al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y al Programa de Apoyo al Recién Nacido. Del total del gasto contemplado para 2014, un 39,1% estaba orientado al PABD (Programa eje del CHCC); 34,5% al Programa de Apoyo al Recién Nacido; 4,4% al Programa Educativo; 4,4% a los Fondos de Apoyo al Desarrollo Infantil y 5,4% corresponde

al Fondo de Fortalecimiento Municipal (Para fortalecer el trabajo intersectorial a nivel local). El restante 11,9% se distribuyó entre otros diversos componentes (Fondo Infancia, Fondo Concursable, Diagnóstico de Vulnerabilidad).

Los recursos asignados son bajos debido a que Chile Crece Contigo opera en la infraestructura instalada de los centros de atención de salud, con personal mayoritariamente ya contratado que destina parte de su tiempo a las labores de esta política de protección infantil. Los nuevos recursos financian las nuevas prestaciones que se instalan en el subsistema, para las cuales no hay una línea presupuestaria.

Por otra parte, el Ministerio de Educación realiza importantes transferencias de recursos a Junji e Integra para la expansión de salas cunas y programas sectoriales asociados a mejorar la calidad de sus servicios, de modo de satisfacer los aumentos de cupos que ha comprometido el Programa de Gobierno de Michelle Bachelet 2014-2018 de 4.500 salas cunas y 1.200 jardines infantiles, que aumentarán la cobertura en 90.000 niños y niñas para salas cunas y 34.000 niños y niñas para jardines infantiles.

### **La provisión de los servicios en la actualidad: acceso, producción y calidad<sup>9</sup>**

#### **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial<sup>10</sup>**

La fuente de información para los indicadores vinculados a la gestión del Programa provienen: de los registros mensuales (REM), disponibles en la intranet del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS); del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de ChCC, del Ministerio de Desarrollo Social (MDS); y de registros locales. Los registros locales, corresponden a aquella información que recoge cada unidad prestadora (centro de salud, maternidad, servicio de hospitalización), no tienen una supervisión respecto de la calidad, y no son obligatorios. Para 2013, se comprometieron 17 indicadores de

---

<sup>9</sup> La información estadística que se presenta a continuación es de elaboración propia con base a datos disponibles en el Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud de Chile y Secretaría Técnica Chile Crece Contigo. Minsal

<sup>10</sup> La información sobre PADB y PARN fue entregada por el Dr. José Mosó, Sra Cecilia Moraga y Dra. Pila Monsalve (Chile Crece Contigo-Minsal), con autorización mediante transparencia, además de la información proveniente de la intranet del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud.

desempeño, agrupados en líneas programáticas. A continuación se presenta la información disponible desde DEIS.

#### PADB Gestación. Fortalecimiento del desarrollo prenatal

En Chile se ha observado una tendencia a la reducción del número de nacimientos y, por tanto, de la tasa de natalidad. En el sector público, de 171.688 nacidos vivos en 2010 se redujo a 153.816 en 2013. Esto implica que desde 2008 hasta 2013 se observa una tendencia a la reducción del número de gestantes que ingresan al PADB, situándose para 2013 en 189.018. Si bien no es posible establecer la cobertura de control prenatal (ingreso), dada la frecuencia de nacimientos observados, es posible estimar que ésta es cercana al 100%. Algunos indicadores de desempeño disponibles se muestran a continuación.

**Tabla 3**  
**Algunos indicadores PADB actividades de fortalecimiento del desarrollo prenatal. Año 2013**

<b>INGRESO A CONTROL PRENATAL</b>	<b>Meta</b>	<b>Observado</b>
% de gestantes que ingresan a control prenatal a las que se les aplica EPSA	100%	97,8%
% de gestantes con riesgo psicosocial según EPSA	ND	37,5%
% de gestantes derivadas equipo de cabecera por detección riesgo según EPSA	90%	96,7%
% de controles prenatales realizados en presencia de pareja, familia u otro de la gestante	30%	32,5%
<b>VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRAL (VDI) A GESTANTES EN RIESGO</b>		
% de gestantes bajo control en situación de riesgo según EPSA que recibieron al menos 2 VD	20%	25%
Promedio de VD recibidas por familias de gestantes con riesgo según EPSA	1,5	1,24
<b>EDUCACION GESTANTE</b>		
% de gestantes ingresadas a control prenatal que ingresan a educación grupal preparación para el parto y la crianza.	80%	69,3%
% de mujeres beneficiarias que asisten a taller en la maternidad (del total de partos atendidos de mujeres beneficiarias en hospitales)	40%	64,8%

Fuente: Elaboración propia con base a DEIS/Minsal.



### PADB Nacimiento. Atención personalizada del proceso de nacimiento

En el proceso de atención personalizada del nacimiento también se observa que las prestaciones más nuevas, que no tienen una tradición en el sector salud, como el acompañamiento en el parto y apego temprano, sus coberturas son inferiores al 70%.

**Tabla 4 Indicadores PADB, atención personalizada del proceso de nacimiento Año 2013**

ATENCION PERSONALIZADA E INTEGRAL AL PARTO	Meta	Observado
% de mujeres acompañadas por padre o familiar cercano en el proceso de parto y parto	80%	67,4%
% de recién nacidos (peso mayor o igual a 2500 gramos) con contacto piel-piel mayor a 30 min	80%	72,5%
ATENCION PERSONALIZADA E INTEGRAL PUERPERIO		
% egresos maternidad con lactancia materna	80%	95,8%

Fuente: Elaboración propia con base a DEIS/Minsal.

### PADB de 0 a 4 años de edad hospitalario.

En las atenciones hospitalarias, se observa el esfuerzo por incorporar la atención psicosocial tanto en neonatología como en pediatría.

**Tabla 5. Indicadores PADB Desarrollo Integral del niño y niña hospitalizado(a). Año 2013**

Neonatología	Meta	Observado
% RN egresados que recibió atención psicosocial	45%	55,3%
% RN egresados con lactancia materna exclusiva	70%	66,7%
Pediatría		
% de niños egresados entre 28 días y 4 años atendidos por equipo psicosocial	35%	46,8%

Fuente: Elaboración propia con base a DEIS/Minsal.

### PADB de 0 a 4 años en atención primaria.

El énfasis en atención primaria del modelo, se observa en el conjunto de indicadores comprometidos, y que logran buenas coberturas, destacando también que los aspectos más novedosos y que implican cambios culturales, se encuentran menos instalados.

**Tabla 6. Indicadores PADB fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña, en atención primaria Año 2013**

<b>PRIMER CONTROL DIADA</b>	<b>Meta</b>	<b>Observado</b>
% de controles de salud en los primeros 10 días de vida	70%	66,0%
<b>CONTROL SALUD DE INGRESO</b>		
% de niños en control 1 mes con protocolo neuro-sensorial aplicado	90%	85,8%
<b>CONTROL CON DSM (*)</b>		
% de niños controlados a los 2 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo	90%	94,7%
% de niños controlados a los 6 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo	80%	90,4%
% de controles de salud en < 1 años en el que participa el padre	20%	17,9 %
% de controles de salud entre 12 meses y 5 años en que participa el padre	12%	9,9%
% de evaluación DSM de niños y niñas de 12-23 meses bajo control	100%	85,0%
% de niños controlados al primer mes con LME (Lactancia Materna Exclusiva)	80%	76,2%
% de niños controlados al sexto mes con LME	60%	44,7%
<b>ATENCION NIÑO VULNERABILIDAD SOCIAL Y REZAGO</b>		
% de niños con rezago derivados a modalidad estimulación	80%	20,4%
<b>ATENCION NIÑO CON DEFICIT (riesgo y retraso)</b>		
% de niños con déficit reevaluados y recuperados (12 a 23 meses)	84%	90,5%
Promedio de VDI realizadas a niños con déficit	1,5	1,77
<b>MODALIDAD DE APOYO (SALA ESTIMULACION)</b>		
% de niños con déficit que ingresan a sala	90%	82,1%
<b>INTERVENCIONES EDUCATIVAS APOYO A CRIANZA</b>		
% de cuidadores de niños y niñas < 6 años que ingresan a Taller Nadie es Perfecto	5%	3,8%

Nota: (\*) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Fuente: Elaboración propia con base a DEIS/Minsal.

### **Programa de Apoyo al Recién Nacido**

A partir de enero de 2009, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Planificación de la época, suscriben un convenio de transferencia de recursos (DS N°36, del Ministerio de Planificación y Decreto Exento N° 22 del Minsal), para la ejecución del Programa de Apoyo al Recién Nacido. Este programa tiene como foco apoyar el desarrollo infantil en el momento de recién nacido, igualando oportunidades entre los niños y niñas, a través de la entrega de elementos prácticos y educativos a las familias que atienden su parto en la red pública de salud, cuyos hijos egresan vivos del hospital.

Durante 2012, los recursos asignados para este programa fueron M\$13.518.220. La rendición de cuentas se realiza a través del Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC). Para 2012, de acuerdo a la encuesta de satisfacción usuaria con el Programa y la visión de los

técnicos del Ministerio de Salud, se modifican los implementos entregados. El nuevo set incluye tres packs: Pack de cuidados básicos y estimulación, pack de apego seguro y vestuario; y pack cuna corral equipada. El costo de los packs que componen el paquete, se redujo entre 2011 (\$72.955) y 2012 (\$62.677); del mismo modo, dada la reducción de partos en la red pública de salud, se registró un sobre stock.

De acuerdo a lo esperado para 2012, se estimó que el 80% de las gestantes bajo control debería haber tenido acceso a los talleres prenatales y un 80% participó efectivamente en las sesiones educativas. Al año 2012, un 88,1% de las gestantes participaron en educación prenatal “Preparación para el parto y la crianza”. Las regiones de Arica y Parinacota y Atacama, tuvieron una cobertura inferior al 50%. La cobertura de entrega del PARN para 2013 alcanzó 90%.(entrega de 138.392 ajuares), siendo la máxima histórica el año 2010 con cobertura del 97%.

Durante 2012-2013, se han realizado mejoras al programa: actualización del material educativo y nota metodológica; mejoras logísticas (abastecimiento); se desarrolló un curso en línea autogestionado en la Universidad Virtual, para la nota metodológica. Adicionalmente se han repartido afiches que especifican cómo usar los implementos (sobre cuidados, cojín de lactancia, uso del Mei Tai, uso de alfombra de goma EVA) y se dotó de muñecos con Mei Tai (porta bebé) a los servicios para ser usados en los talleres.

### **Prestaciones diferenciadas**

Las prestaciones diferenciadas sólo se otorgan a población que presente vulnerabilidad y se articulan y coordinan a través de la red comunal ChCC. No se cuenta con información para identificar la cobertura o el uso de prestaciones diferenciadas por parte de las familias, sea para aquellas que son garantizadas (ayudas técnicas por discapacidad, acceso gratuito a sala cuna, jardín infantil o modalidad equivalente, acceso a Chile Solidario), o para las que son de acceso preferente (SUF, nivelación de estudios, inserción laboral, mejoramiento de la habitabilidad y vivienda; atención en salud mental y dinámica familiar; asistencia judicial; prevención y atención de violencia intrafamiliar). Esta es una falencia

importante del sistema, y que refiere a una fase inicial de instalación de dispositivos que permitan dar cuenta del trabajo intersectorial.

### **Prestaciones Universales de ChCC<sup>11</sup>**

El Programa semanal de radio “Creciendo Juntos” que tiene como objetivo difundir temas relevantes en materia de desarrollo infantil temprano, ha tenido relativa continuidad desde noviembre de 2011 a la fecha. Entre el 13 de noviembre de 2011 y 25 de noviembre de 2012, se realizaron 52 programas, con temas, vinculados a la crianza. Desde agosto de 2013 a mediados del 2014 se han realizado 14 programas, y se espera 48 en total. Los programas se emiten el día domingo por una radio emisora de alcance nacional.

Crece Contigo TV, programa de continuidad que se emite en salas de espera de centros de salud dejó de producirse y en su lugar se han creado 26 cápsulas audiovisuales que pueden ser vistas y descargadas (del sitio web de ChCC y de youtube). Además durante 2014 se distribuyeron como material de apoyo a los equipos.

En el sitio web de ChCC, que ofrece material de consulta a diversos públicos: general, especialistas, niños y niñas, hasta fines de 2013 se reciben en promedio 1.269.000 visitas anuales (121.000 al mes), 67,9% son nuevas visitas al mes. El número de visita se ha ido incrementando en el tiempo, desde algo menos de 50.000 al mes durante 2010, hasta la cifra actual. Del sitio web se descargan cartillas, cuentos, música y material para la primera infancia.

---

<sup>11</sup> La información sobre las prestaciones universales fue solicitada a la Sra Macarena Silva, encargada del Programa Educativo Masivo, de ChCC, en el Ministerio de Desarrollo Social, División de Promoción y Protección (diciembre 2013).

## **Evaluaciones de la política<sup>12</sup>**

### **La evaluación de la efectividad de Chile Crece Contigo**

Chile Crece Contigo se diseñó pensando en ser evaluado y monitoreado de acuerdo a las propuestas del Consejo Asesor de 2006, para lo cual se dio importancia a la generación de un sistema de información de apoyo a la gestión. Adicionalmente, a través del Departamento de Sistemas de Información Social, Mideplan asumió la tarea del diseño global de la evaluación, contando con la asesoría técnica del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

En términos generales, la evaluación desde el Ministerio de Planificación se orientó al monitoreo y evaluación de impacto del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, así como al proceso de instalación de la política. El diseño de la evaluación de impacto de ChCC, consistió en una muestra total de 3.029 niños y niñas entre 30 y 48 meses de edad, que asisten regularmente a centros de salud primaria del sector público de salud, distribuidos en dos cohortes históricas. De este modo, se comparó una cohorte de niños y niñas y sus familias que han participado desde su gestación en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial con una cohorte de niños y niñas que no ingresaron al ChCC, pero que recibieron atención en el sector público de salud con los estándares habituales antes de la instalación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. El estudio, de carácter observacional en que se compararon datos usando pareamiento con la técnica de Mahalanobis Distance Matching, mostró un tamaño del efecto pequeño (7,3% de reducción de tasa de desarrollo alterado). Se observó también efectos positivos en desarrollo social (12,4% de reducción de la tasa). No se encontraron efectos positivos en las subáreas de lenguaje y cognición en niños y niñas. El estudio mostró que aquellos niños y niñas que ingresaron cuando el programa llevaba mayor tiempo de instalación, se beneficiaron más, lo que está mediado por un mayor número de prestaciones y posiblemente mejor instalación. Asimismo, el estudio también mostró que un 22% de niños y niñas de este grupo de edad presentan

---

<sup>12</sup> Las evaluaciones realizadas por mandato del MDS se encuentran disponible en [www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento](http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento)

trastornos conductuales de rango clínico, lo que señala la necesidad de abordar esta problemática de manera más decidida dado su impacto futuro en el ámbito escolar.

En paralelo, la Dirección de Presupuestos realizó en 2012, una evaluación de impacto del Sistema, en que se evaluaron a 713 niños y niñas, de 0 a 4 años, de dos cohortes de comunas que ingresaron al sistema durante 2007 vs las que ingresaron entre 2008-2009. Al igual que la evaluación del PADB se observó efecto positivo solo en comunas con buena instalación con incrementos de 1,73 a 2,54 puntos en el puntaje total del Inventario de Desarrollo Battelle.

### **Evaluaciones de la implementación de Chile Crece Contigo**

El MDS ha venido desarrollando una serie de evaluaciones complementarias en conjunto con el Ministerio de Salud.<sup>13</sup> Los resúmenes que se presentan a continuación son de elaboración propia, con base a los informes finales de cada estudio, disponibles en el Departamento de Sistemas de Información Social, MDS.

a) Evaluaciones censales de la implementación del sistema (en 2008, 2009 y 2011). Tuvieron como propósito evaluar si el PABP se implementa de acuerdo a lo planificado. Cubren todas las unidades prestadoras de servicios de salud –redes de atención primaria, maternidades, unidades de neonatología y pediatría de hospitales–, y están basados en la aplicación de una encuesta a sus directivos que recoge información sobre las condiciones de planta física, insumos, recursos humanos y procedimientos específicos para dar cuenta del catálogo de prestaciones de ChCC. Los resultados muestran que la implementación inicial fue mejor en atención primaria que en el resto de las unidades (maternidad, neonatología y servicios hospitalarios), y mejor en aquellas que iniciaron antes el proceso de implementación. El porcentaje de logro respecto de lo esperado en atención primaria fue de 73,7%; en

---

<sup>13</sup> Otros estudios en etapa de desarrollo son: la evaluación de satisfacción de los usuarios del ChCC; el seguimiento de casos de usuarios cuyo propósito es evidenciar cómo se otorgan las prestaciones (tiempos, coordinaciones, oportunidad); y el levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Este último se enmarca en la evaluación de impacto del Sistema de Protección Social a la Infancia –Chile Crece Contigo–. También hay un estudio cualitativo de percepciones de la implementación del PADB por parte de prestadores de servicios y usuarios del programa.

maternidades 72,7%; en unidades de neonatología 68,9% y en unidades de pediatría de 67,9%. Además, se identificaron en detalle las falencias en recursos (humanos, físicos, insumos y equipamiento) y en organización, de modo de proveer la información necesaria para realizar ajustes en la operación de la política. En base a los antecedentes de la primera encuesta se realizó un reordenamiento de las funciones del PADB con el fin de mejorar la cobertura y eficacia de la intervención.<sup>14</sup>

La última encuesta aplicada en el año 2011, buscó identificar las brechas y avances entre las condiciones existentes y las establecidas en el PADB para la entrega de prestaciones. Los resultados mostraron que a nivel país, los establecimientos de Atención Primaria alcanzan un grado de implementación medio alto. El 30,5% de los establecimientos se ubican en el rango alto de implementación; 65% en un rango medio alto, y sólo un 4,6% posee condiciones de medio bajas. La dimensión insumos es la que presenta mayor déficit mientras que la dimensión procedimientos es la que obtiene los mejores resultados. En relación a los Recursos Humanos se observa que, en general, 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). La disposición de insumos ha aumentado desde la última encuesta. Las condiciones que requieren de comunicación intra-sector son peor evaluadas que aquellas que implican una comunicación entre distintos sectores. La encuesta muestra que existe un importante aumento de Unidades que fomentan la presencia de un familiar durante el trabajo de parto y parto.

b) Estudio de evaluación de las redes asistenciales. (2008 e inicios 2009).

Tuvo como objetivo evaluar, desde la perspectiva de los gestores y proveedores de la red, la estructuración, implementación y funcionamiento de las redes comunales del sistema. El propósito era identificar las brechas entre los planes y las realizaciones de cada red comunal, y formular propuestas de mejoramiento continuo que permitan revertir los puntos críticos causantes de esas brechas. El estudio consistió en dos componentes: un módulo cuantitativo,

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud, Secretaría Ejecutiva Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo. Mayo 2009. Plan de acción 2009-2010. Fortalecimiento Nacional de la Instalación del Componente Salud de Chile Crece Contigo.

basado en una encuesta a una muestra de comunas del país, y un módulo cualitativo realizado a una muestra de encargados/as y participantes de la zona centro del país. El módulo cuantitativo mostró que en un 88,4% de la muestra de comunas del país se cumple el estándar definido como ingreso de los niños/as desde el primer control prenatal. Asimismo, constató una insuficiencia de acciones destinadas a prestar soporte a las redes y complementar sus actividades (como difusión y retroalimentación), las que se esperaba fueran conducidas desde el nivel central. El módulo cualitativo mostró que hay una explícita valoración al Sistema de Protección ChCC, pero prevalece la percepción de falta de respaldo institucional para cumplir con las responsabilidades asociadas. No se percibió por parte de los entrevistados una lógica de trabajo en red en los equipos municipales. Sin embargo, existe una favorable disposición a colaborar, incentivada por instancias de sensibilización potente como los Encuentros Macrozonales del Sistema.

c) Evaluación de la ejecución y resultados de modalidades de intervención (2009) y estudio para el mejoramiento continuo de la calidad de las Modalidades de Apoyo financiadas por el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (2011). El primer trabajo consistió en la evaluación de cuatro modalidades de intervención implementadas a través del fondo de intervenciones de apoyo al desarrollo infantil: Servicio Itinerante de Estimulación, Sala de Estimulación, Programa de Atención Domiciliaria y Ludoteca. Para ello se realizó un estudio cualitativo cuyo objetivo era conocer las características de la intervención y la gestión de la intervención; adicionalmente se analizó la satisfacción de los usuarios sobre la calidad, oportunidad y pertinencia. Se estudiaron 13 intervenciones en cinco regiones del país. Este estudio mostró que ChCC se encontraba instalado en el discurso de los actores locales comunales (funcionarios y usuarios), aunque no distinguían claramente la oferta de servicios del sistema. Del mismo modo, se detectó en los profesionales que trabajan en las modalidades de intervención, una adhesión importante con la perspectiva de estimulación temprana, aun cuando en algunos casos no hay claridad acerca de cómo operan y se evalúan estas iniciativas en la práctica. Por otra parte, aún no se observaba consolidación de las modalidades de intervención implementadas, en parte atribuible al retraso en el traspaso de fondos para la instalación y a que gran parte de la implementación implicó modificaciones en la infraestructura. La cantidad de recursos transferidos se consideraron apropiados. Entre las



dificultades mencionadas para la instalación se identificó la percepción de condiciones laborales inestables y desequilibrio entre la carga de trabajo y las horas asignadas a éstas, así como escasez de recursos para contratación de personal o ampliación de la dotación. Entre las necesidades destacó la demanda por mejores procesos de capacitación e inducción y una mayor difusión hacia la comunidad sobre estas iniciativas.

Profundizando en el tema, el segundo estudio analizó la implementación y funcionamiento de un grupo de modalidades de apoyo (sala de estimulación, atención domiciliaria, ludoteca y servicio itinerante) con el fin de determinar de qué modo contribuyen a reparar y/o mitigar condiciones de riesgo y/o retraso en el desarrollo de niños y niñas. El estudio contempló en una primera fase, la organización e identificación de las diversas modalidades. En una segunda fase, se realizó un piloto para ajustar los instrumentos y finalmente se aplicó el instrumento mediante el uso de una plataforma informática para analizar aspectos de estructura y procesos. De las 253 modalidades se seleccionaron 12 y en cada una se diseñó una muestra de al menos 35 casos de niños y niñas para evaluar resultados en desarrollo mediante el Inventario de Desarrollo Battelle, realizándose mediciones al ingreso al programa y luego a los 4 meses. La muestra final alcanzada fue de 433. Los resultados mostraron una gran heterogeneidad en el tipo de niños/as que ingresan a las modalidades (desde retrasos severos a niños y niñas sin problemas). Aquellos programas más estructurados, y con población objetivo más clara, logran resultados positivos en desarrollo, ese es el caso de la sala de estimulación. Derivado de este estudio se mejoró la norma técnica para salas de estimulación y otras modalidades.

d) Evaluación de costo-efectividad de modalidades de apoyo al desarrollo infantil del Sistema de Protección a la Infancia (2012):

El propósito de este estudio fue realizar un análisis de costo efectividad de un grupo de modalidades de apoyo al desarrollo infantil (Cuatro intervenciones evaluadas: sala de estimulación, servicio itinerante, atención domiciliaria y ludotecas), con el fin de determinar la eficiencia de los recursos invertidos en el programa y profundizando los estudios previos detallados en c). Para hacer este análisis se consideraron las estructuras de costos de cada modalidad y se crearon indicadores de efectividad. Se consideraron un total de 106

prestaciones a niños y niñas entre 0 y 4 años, 11 meses y 29 días. Para evaluar la efectividad a 299 intervenciones con mediciones antes y después de la modalidad de apoyo a través del Inventario de Desarrollo Battelle. La distribución muestral incluyó a las regiones de Atacama, Valparaíso, Metropolitana, BíoBío, Araucanía y Magallanes. Este estudio da cuenta que las cuatro intervenciones evaluadas son efectivas en cuanto a lograr que un niño o niña tratados se recuperen de un estado de riesgo o de retraso del desarrollo psicomotor (Con un porcentaje de mejoría del 10,2%). La evaluación de costo-efectividad también muestra que estas modalidades (en conjunto, ya que no discrimina cuál es mejor por poder estadístico) también son costo-efectivas. Asimismo la valoración social de éstas es muy alta, lo que contribuye a mejorar la evaluación costo-efectiva de las prestaciones. El costo de inversión por niño a tratar para obtener un año de vida saludable, asciende a \$15.148.

e) Estudio de satisfacción de Usuaris Sistema ChCC (2010):

En este estudio se buscó determinar la percepción y satisfacción global de las usuarias del Subsistema ChCC respecto a la calidad y oportunidad de las prestaciones en general, y sobre el uso y valoración de ellas con respecto de los materiales que se entregan en el Subsistema en particular. Se consideraron un total de 1.600 casos, correspondientes a usuarias del Sistema ChCC (madres, padres, responsables y tutores de niños y niñas menores de 2 años) y gestantes (50% gestantes y 50% cuidador principal). Se realizaron un total de 1.018 entrevistas distribuidas en proporciones similares en la zona norte, sur, metropolitana y centro. Las entrevistas se realizaron en las casas o lugares de trabajo y los resultados obtenidos de este levantamiento dan cuenta que los niveles de recomendación al Servicio de Atención Primaria son regulares (66% a nivel nacional). El nivel de conocimiento de las cuidadoras beneficiadas por ChCC es de un 85%, entre ellas la evaluación de excelencia es alta (81%) aunque presenta un (8%) de evaluaciones deficientes. El subsistema es conocido por los usuarios, sin embargo, aún es difuso a su público objetivo puesto que existe la creencia que está dirigido a mujeres y a la infancia sólo a través de la mujer como madre. Los materiales muestran algunas deficiencias en términos de recepción, sin embargo, la entrega supera el 70%. Finalmente, se observan dificultades para que la participación de varones se haga efectiva, debido a los horarios de los controles y actividades.

f) Evaluación de las condiciones priorizadas en el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) (2013)

Este estudio buscó realizar un diagnóstico integral para determinar cuáles son los insumos mínimos requeridos para fortalecer el desarrollo integral de los niños y niñas asociadas al parto-puerperio. Este estudio era fundamental, dado que uno de los ítems más altos del presupuesto, es el PARN. Se realizaron entrevistas a expertos (5 consultados) y a los usuarios a través de la Entrevista Familia (EF) para conocer el grado de conocimiento y acuerdo/desacuerdo que la familia manifiesta sobre el programa y los efectos en la familia de la llegada de un hijo a la familia. La muestra incluyó cuidadores principales de niños y niñas entre 0 y 6 meses nacidos en el sistema público de salud y beneficiarios de PARN. Los usuarios fueron encuestados a nivel país. Los resultados de este estudio dan cuenta que la entrega del ajuar ya es considerado por los usuarios como un signo de apoyo a nivel país, y que es valorado por los receptores del mismo. En general, los cuidadores establecen una lógica de uso de los implementos pero están más distantes de conocer cuáles son los efectos en las distintas áreas de desarrollo de sus hijos (Sólo un 3,6% manifiesta haber aprendido el uso de implementos del ajuar en talleres). El instrumento menos utilizado es el porta bebé Mei-tai (sólo un 39,7% reporta usarlo). Un tema de preocupación que surge de los usuarios y que no es resuelta por el programa, es el manejo del llanto. El estudio también recoge la preocupación de los cuidadores, relacionada principalmente con aspectos biológicos del desarrollo y aún el concepto de desarrollo infantil temprano no parece estar asentado. Las familias atribuyen una alta legitimidad al personal de salud, como una fuente confiable de información. Un aspecto preocupante del estudio es la baja participación de los padres en los cuidados del recién nacido.

g) Análisis de la Implementación y Funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo (2013)

Este estudio entrevistó a los gestores y ejecutores de las Visitas Domiciliarias para identificar las áreas de conocimiento y metodologías y técnicas utilizadas. El marco muestral consideró la nómina de establecimientos de Atención Primaria de Salud de siete regiones (Arica y Parinacota, Atacama, Valparaíso, O'Higgins, Los Lagos, Aysén y Región Metropolitana). Las entrevistas fueron aplicadas a los gestores, administradores y profesionales que realizan

las visitas. En total se aplicaron 1.637 entrevistas. Los resultados de este estudio dan cuenta que en términos generales hay niveles de satisfacción positivos entre los ejecutores, sin embargo, existe una evaluación crítica de los formularios de registro (21% de los ejecutores los evalúa con notas entre 1 y 4). Los gestores evalúan positivamente los indicadores, pero critican el apoyo que reciben del centro de salud. Con respecto a las visitas domiciliarias, las temáticas más comunes son familias con gestante en riesgo psicosocial y familias con padres y/o madres adolescentes (80% de las Visitas). Asimismo el estudio da cuenta que la evaluación de ChCC es positiva, sin embargo existe desigualdad según zona en la evaluación, en la zona sur un 11% se muestra insatisfecho. Los ejecutores le dan gran relevancia a la planificación de las visitas y se critica el poco tiempo que se tiene para esta labor. Con respecto al equipo mismo, se da cuenta que faltan espacios formales de autocuidado, el tipo de contrato hace que haya mucha rotación en los centros de salud y algunas veces faltan recursos para movilización y materiales (los insumos dependen de las habilidades de gestión de los encargados). Finalmente, se concluye que existen desigualdades entre los centros, principalmente debido a que varios procesos dependen de iniciativas y buena gestión de personas del equipo.

h) Evaluación del uso e identificación de nudos críticos y mejoras al Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (2013)

En este estudio se analizó el uso y funcionamiento del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM) en línea de ChCC, tanto en términos del registro de información como de las derivaciones, activación y resolución oportuna de los servicios y prestaciones cuando hay alertas e vulnerabilidades que afectan a gestantes, niños y niñas. El levantamiento de datos consistió en: analizar la data administrativa del SRDM; medir el nivel de conocimiento y uso del sistema, mediante la aplicación de una encuesta a actores claves; levantar información cualitativa respecto del uso y conocimiento del sistema, a través de entrevistas semiestructuradas; y determinar las dificultades para el uso de la interfaz. Se realizaron un total de 52 entrevistas a funcionarios de ChCC. Existen al año 2013, 8.746 usuarios con clave en la Base de Datos del SRDM. Los resultados dan cuenta que un 35% de los usuarios del Sistema no ha usado SRDM a pesar de tener clave del sistema. De los usuarios que sí han

utilizado el sistema, 70% pertenecen al área de Salud, mientras que el 23% se identifica como integrante del municipio y sólo un 7% de los usuarios pertenece al sector educación. Sólo el 6% de los usuarios puede considerarse como avanzados en el uso de SRDM. El mayor uso del sistema es para ingreso de formularios, y la falta de tiempo se argumenta como razón para su no uso. La mayoría reporta haber sido capacitado en el sistema. El estudio explica que la existencia del SRDM es positiva para las redes de ChCC y es valorado por éstas, sin embargo, el sistema se encuentra subutilizado. Asimismo el modelo de gestión de derivaciones que sugiere el sistema no se condice con la realidad de las comunas y el levantamiento de alertas y riesgos debe ser afinado.

#### i) Estudio Cualitativo sobre la implementación del Taller Grupal de Competencias Parentales Nadie es Perfecto (2013)

El objetivo de este estudio fue analizar cualitativamente el proceso de implementación del taller grupal de competencias parentales “Nadie es Perfecto” (NEP). Se estudió a todos los actores claves que participan del programa con el fin de contar con una visión sistémica y holística del funcionamiento del programa. Se construyeron entrevistas en profundidad semi-estructuradas, las cuales se aplicaron en la Región Metropolitana. El requisito para ser parte de la muestra fue que el facilitador hubiera terminado un taller entre octubre y diciembre de 2012, para observar el proceso de reclutamiento y planificación de la primera sesión. En total se realizaron 50 entrevistas y su resultado es que el programa es valorado en sí, principalmente por su metodología y coherencia con la política. Se observa un efecto positivo en los asistentes, quienes destacaron la importancia de compartir experiencias entre pares y el hecho de ser apoyados por la red que se forma. Una de las críticas es que el programa no se ajusta a la realidad local, además de ser el que demanda más tiempo en los centros de salud (principalmente para captar asistentes) y que la prioridad de los centros de salud es otra. La percepción del apoyo que entrega Minsal es positiva y existe un compromiso por parte de los facilitadores y apoyo a nivel de directores de los centros de salud y de las autoridades comunales. El SRDM ayuda a llevar un registro, pero falta tiempo a los facilitadores para registrar. Hay ciertas confusiones sobre si el NEP es una prestación universal, ya que en algunos casos se han excluido participantes. El reclutamiento es percibido como una de las mayores dificultades en la implementación del programa. Finalmente, se refiere que falta

mayor articulación entre el NEP y el PADB para facilitar el reclutamiento de asistentes y no duplicar recursos al competir con otros talleres.

j) Levantamiento y análisis de información sobre ayudas técnicas para niños y niñas del Subsistema Chile Crece Contigo (2013)

Este estudio analizó y obtuvo juicios cualitativos respecto del diseño, implementación y funcionamiento de la prestación de acceso a ayudas técnicas que garantiza ChCC. Se realizó un conjunto de metodologías cuantitativas y cualitativas. Las cuantitativas registran la cobertura, características del proveedor y beneficiario mientras que las cualitativas permiten conocer la percepción de proveedor y beneficiarios en tanto facilitadores y obstaculizadores. De los casos estudiados, un total de 92 niños/as (65,7%) presentaba algún tipo de discapacidad física; 59 (42,1%) algún tipo de discapacidad mental; 37 (26,4%) algún tipo de discapacidad visual y 63 (45,0%) algún tipo de discapacidad auditiva. Muchos niños evidencian más de un tipo de discapacidad. Los resultados del estudio muestran que un 63,6% de los niños y niñas han recibido ayuda técnica del grupo N°1, 35% del N°2 y 26,4% del grupo N°3. Según el reporte de las encuestas, la mediana del tiempo que demoró en llegar la ayuda técnica fue de 6,5 meses, con un rango de 0 a 36 meses. Las encuestas revelan que cuando los cuidadores saben de una discapacidad del niño/a, solo un 37,1% señaló que alguien le informó acerca de los beneficios que el Estado pone a su disposición para apoyar la rehabilitación y un 22,9% sabía que, por pertenecer al ChCC, los niños pueden recibir ayuda técnica. Los entrevistados identifican sectores de mejoras como la incorporación de programas intermedios que descompriman la demanda, además de mejorar la presencia de SENADIS a través de una comunicación más activa, extender el beneficio de postular durante todo el año a todas las personas con discapacidad, hacer más amigable el proceso de postulación y diversificar la oferta de implementos. El estudio cualitativo en general constató que para las familias beneficiarias, el programa de ayudas técnicas tiene un valor sustantivo y genera un efecto positivo en la calidad de vida del niño/a y su entorno.

k) Estudio de Seguimiento de Casos de Usuaris del Sistema Chile Crece Contigo (2012): El objetivo de este estudio fue conocer en detalle la forma que en que se relacionaban las usuarias y sus familias con ChCC, a través de un seguimiento de casos. Este estudio a través

de una metodología mixta, aplicó un set de instrumentos en encuentros mensuales a usuarias de distintas comunas de las regiones de Valparaíso, Metropolitana y Biobío. Estas mujeres, atendidas en centros de atención primaria y secundaria del Sector Público de Salud, se encontraban en algún momento del proceso gestación-parto/nacimiento y primeros años de vida del niño o niña. La muestra final incluyó a 300 usuarias. Los resultados del estudio dan cuenta de que las usuarias de mayor vulnerabilidad tienden a tener una visión más negativa del barrio o población donde residen. En su mayoría existe conocimiento de ChCC, sin embargo, existe un número considerable de usuarias que no tenían conocimiento al momento de aplicar el instrumento. Un 71,9% de las mujeres calificadas con una alta vulnerabilidad, no conoce los objetivos del sistema. En este contexto, a partir del seguimiento, se constató que las trayectorias vitales de las usuarias y sus familias (que se desarrollan en paralelo a su trayectoria en el sistema), se ven afectadas por diversas situaciones o sucesos que originan cambios y ajustes en su estructura y funcionamiento: cesantía, violencia de género, enfermedades, etc.

## **CONCLUSIONES**

El Subsistema de Protección Social a la Primera Infancia, en Chile llegó para quedarse. La instauración de la Ley a fines de 2009 abrió el camino para el desarrollo de esta estrategia política que promueve el desarrollo humano en todas sus dimensiones y que se enfoca en recuperar la dignidad de las personas al proveerles oportunidades sociales. Pese al cambio de signo político del gobierno instalado entre 2010-2014 (Gobierno del Presidente Sebastián Piñera), este subsistema se mantuvo con un marco legislativo, aunque no reglamentario. Durante dicho período se mantuvo el subsistema con menor visibilidad pública y con una gran rotación de personal, tanto en el nivel local, como en el Ministerio de Desarrollo Social (un encargado diferente por año, en la División de Promoción y Protección Social). Esto generó discontinuidades y menor liderazgo en el subsistema.

De este modo, pese a los siete años desde el inicio de la instalación de Chile Crece Contigo, todavía el subsistema se encuentra en fase de implementación inicial, porque ha habido una progresión heterogénea en su instalación en el país, en términos de cobertura y calidad. Esto

implica un desafío para la gestión territorial y central de reducir las brechas de recursos y competencias en los gestores y proveedores locales, para no perpetuarlas en la provisión de servicios y, por ende, en sus efectos sobre los resultados esperables de la política para los niños, niñas y sus familias. Del mismo modo, durante este período se han instalado nuevas prestaciones y programas como el Programa de Apoyo al Recién Nacido y se ha iniciado una expansión en cobertura de visitas domiciliarias y talleres de apoyo al a crianza.

Durante el gobierno de Sebastián Piñera, hubo un incremento en el presupuesto asociado a Chile Crece Contigo básicamente asociado al aumento del Índice de Precios al Consumidor (IPC), por lo que su variación real fue muy baja. Durante ese período se realizó una redistribución presupuestaria, con un aumento significativo en asignación al Fondo de Fortalecimiento Municipal (apoyo para la gestión del municipio) y al convenio de transferencia con JUNJI, que da cuenta del Programa de Mejoramiento de la Infancia y otras modalidades alternativas de educación escolar (que no están ligadas directamente a Chile Crece Contigo). Estos incrementos no han estado asociados a instrumentos administrativos y programáticos (p.ej, convenios de transferencia), que permitan asociarse a resultados específicos, con rendición de cuentas, más allá del gasto presupuestario. De este modo, uno de los temas para este próximo período, es la rendición de cuentas del presupuesto, asociado a instrumentos administrativos y programáticos mejor definidos y alineados con el Subsistema.

En la generación de la política, la ciudadanía ha sido el componente ausente desde la perspectiva de derechos. La idea inicial del Consejo Asesor de contar con la participación de organizaciones de base, y familias y niños a través de mecanismos de rendición de cuentas en los diversos niveles comunales y a nivel nacional (Consejo de Infancia), constituye una deuda fundamental para dar la impronta de un sistema basado en derechos y deberes.

Otro componente fundamental que ha estado ausente hasta la fecha, es el judicial. Si bien se han realizado algunas mesas de trabajo conjunta (Chile Crece con el Servicio Nacional de Menores –SENAME-), hasta la fecha no se observa una articulación ni una apuesta clara al respecto. Esto en parte es explicable por los problemas que existen en Chile, en la



institucionalidad de la infancia más vulnerada en sus derechos, como son los usuarios de los programas de SENAME. La información disponible del trabajo con las redes locales evidencia que la articulación con la policía y con los tribunales de familia no existe y que este aspecto es crucial para aunar enfoques (favorecer la promoción de derechos más que la protección), y para aumentar el bienestar de las familias. El contexto de violencia, precariedad familiar y económica son elementos que se traducen, en la práctica, en vinculaciones con el aparato judicial, cuya lógica suele ser desconocida para otros proveedores de servicios y para los usuarios. En este sentido la integración de ChCC a nivel local, y regional requiere contar con planes de infancia, que permitan la integración de ChCC con el conjunto de instituciones proveedoras de servicios para la primera infancia.

Urge contar con un sistema de información integrado, que permita conocer en detalle los recursos utilizados y los resultados obtenidos. El desafío será integrar lo disponible con lo nuevo, la información sectorial con un enfoque intersectorial. Para esto se requiere de una estructura capaz de dar viabilidad a este enfoque. El desafío de la información no sólo es para el nivel central. Para los gestores locales es fundamental contar con información atinente a su espacio de toma de decisiones. En este sentido, la propuesta del Ministerio de Salud de incorporar herramientas y competencias para el mejoramiento continuo de la calidad de las prestaciones del sector y que sean generadas desde “abajo hacia arriba” con apoyo central, puede brindar una oportunidad para profundizar el cambio del modelo de gestión. La evaluación realizada al respecto por Chile Crece, muestra falencias que son necesarias de subsanar.

La investigación y evaluación asociada a este modelo de Protección Social de la Infancia es fundamental y así se expresa en el número de proyectos asociados a esta temática. Sin embargo, aún parece necesario evaluar si las nuevas intervenciones propuestas producen los efectos esperados y, en particular, si los nuevos esquemas de gestión realmente permiten obtener resultados. La innovación debe ser mirada con rigor para escalar aquella cuyos costos y beneficios sean apropiados. La diseminación de las evaluaciones e investigaciones es un proceso que no debe ser descuidado, ya que no solo ayuda a incrementar el conocimiento disponible, sino que es importante para la aplicación de estrategias similares en otros países.

En este sentido, es urgente la evaluación en el campo de la educación inicial con relación al efecto obtenido por la expansión en la oferta, ya que este es el ítem presupuestario más importante de la inversión total y, en estricto rigor, no corresponde a ChCC, ya que solo es una prestación diferenciada para aquellos niños y niñas vulnerables (el 60%).

Finalmente, es claro que un Sistema de Protección a la Infancia que solo considera al grupo de 0 a 4 años corre el riesgo de que los beneficios obtenidos por prestaciones otorgadas oportunamente y con calidad se pierdan, si no hay un continuo con las prestaciones ofertadas en los años subsiguientes, en particular en el ámbito educacional y social. Esto ha sido estudiado con anterioridad y reportado sistemáticamente en la investigación (Suh-Ruu Ou, 2005; National Research Council and Institute of Medicine, 2000). Por lo tanto, para el caso chileno es importante visualizar el subsistema ChCC de manera incremental en el curso de vida, con el fin de garantizar que las brechas de oportunidades realmente se reduzcan y nos lleven a una mejor calidad de vida y mayor desarrollo social para el país. En esta línea, es fundamental asentar lo que actualmente se entrega, garantizando calidad y cobertura, e ir diseñando una estrategia de ampliación hacia edades mayores, en que el eje ya no estará puesto en el sector salud sino en el sector educacional. Se han realizado pre-diseños al respecto, los que son fundamentales de analizar y consensuar entre diversos expertos y en particular con el sector educación, que debería tener un protagonismo mayor.

En 2014 se creó el Consejo Nacional de Infancia que depende del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, cuya misión es “ asesorar a la Presidenta de la República en la identificación, formulación y ejecución de políticas, planes, programas, medidas y actividades relativas a respetar, promover y proteger el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a nivel nacional, regional y local, y servir de instancia de coordinación entre los organismos con competencias asociadas a dichas materias”<sup>15</sup> y cuya principal tarea es la elaboración e implementación de una nueva Ley de Garantía Universal de Derechos de la Niñez. De este modo, el futuro del Subsistema Chile Crece Contigo, su articulación intersectorial y ampliación dependerá del trabajo y marco delineado por esta institución. Del

---

<sup>15</sup> Información extraída de la página del Consejo de Infancia:  
<http://www.consejoinfancia.gob.cl/consejo/mision/>

mismo modo, el cómo y qué se hará en la edad escolar, dependerá de los diversos proyectos de reforma a la educación escolar en curso<sup>16</sup>, que obligan a que este proceso de ampliación se encuentre en espera para su implementación, hasta quedar más clara la estructura del sector educación y establecer cómo este sector entrará de manera más decidida en la promoción del desarrollo y los derechos de niños, niñas y adolescentes.

---

<sup>16</sup> Información sobre proyectos y alcances de la reforma educacional de Chile en <http://reformaeducacional.gob.cl/>

## REFERENCIAS

Abraham V, Emhart M, Catenacci C, García C et al. (1987) “Hijos no deseados en el medio urbano: ensayo de una pauta de detección”. *Bol Hosp. SJ de Dios* 34, 321-5

Aguilera C (2009) Las comisiones asesoras presidenciales del gobierno de Michelle Bachelet. Santiago de Chile: FLACSO.

Arancibia M, Vargas NA, Calderón P et al. (1989) “Hijo no deseado: incidencia y características en puérperas de un hospital de Santiago”. *Rev. Chil. Pediatr* 60, 107-111

Bedregal P y Pardo M. (2004) “Desarrollo infantil temprano y derechos del niño. Serie reflexiones: infancia y adolescencia”. Unicef, Chile

Bronfenbrenner U (1979) “The ecology of human development”. Cambridge MA: Harvard University Press.

Campbell FA ; Ramey CT (2007). Carolina Abecedarian Project. Human Capital Conference Series on Early Childhood Development. National Invitation Conference of the Early Childhood Research Collaborative University of Minnesota Center for Early Education and Development and the Federal Reserve Bank of Minneapolis. “Critical issues in cost effectiveness in children’s first decade”. Disponible en: [www.earlychildhoodrc.org/events/presentations/campbell-ramey.pdf](http://www.earlychildhoodrc.org/events/presentations/campbell-ramey.pdf).

Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP) & Fundación Educacional Arauco (2006). *Programa Raíces-Párvulos en Arauco y Ránquil 2003-2006*. Santiago, Chile: Autores.

Comission on Social Determinants of Health (2007) “A conceptual framework for action on social determinants of health”. Discussion Paper for the Commision on Social Determinants of Health.

Cuchacovich R, Vargas NA. (1986) “Hijos no deseados en el medio rural urbano, ensayo de criterios de selección”. *Rev.Chil.Pediatr* 57, 359-61

Cunha F y Heckman JJ, (2007). "The evolution of inequality, heterogeneity and uncertainty in labor earnings in the U.S. economy". NBER Working Papers 13526, National Bureau of Economic Research, Inc.

Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia (2006). “El futuro de los niños es siempre hoy”. Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Santiago: Pehuén editores.

Ferreira, FHG y Gignoux J. (2007) “Towards an understanding of socially-inherited inequalities in educational achievement: evidence from Latin America and the OECD”. (Processed) Washington, DC: The World Bank.

Gobierno de Chile (2001) “Política nacional y plan de acción integrado a favor de la infancia y adolescencia”, 2001-2010. Santiago: Authievre Impresiones.

Irwin LG, Siddiqi A and Hertzman C (2007) “Early child development: a powerful equalizer”. Final Report for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health.

Jadresic E, Araya R. (1995) “Prevalencia de depresión post-parto y factores asociados en Santiago de Chile”. Rev. Med. Chil. 123, 694-699.

Jimenez JJ (2009) “Angelitos salvados”. Santiago: Uqbar editores.

McCall, RB (1979) “The development of intellectual functioning in infancy and the prediction of later IQ”. Pp 707-741. In: . JD Osofsky, (Ed) Handbook of Infant Development. New Cork: Wiley.

National Research Council and Institute of Medicine (2000) “From neurons to neighbourhoods: the science of early child development”. Jack P Shonkoff and Deborah A. Phillips eds. Board on Children, Youth and Families, Comission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington DC: National Academy Press.

Nazer J, Aravena T y Cifuentes L (2001) “Malformaciones congénitas en Chile. Un problema emergente (período 1995-1999)”. Rev. Med. Chile 129, 895-904.

Nazer J, Cifuentes L, Aguila A et al (2007) “Edad materna y malformaciones congénitas. Un registro de 35 años. 1970-2005”. Rev.Med.Chile 135, 1463-1469.

Núñez J y Risco C (2004) “Movilidad intergeneracional del ingreso en Chile”, Serie “En Foco”, Expansiva 2004.

Risco L, Jadresic E, Galleguillos T et al (2002). “Depresión post parto: alta frecuencia en puérperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo”. Psiquiatría y Salud Integral 2, 61-66.

Rondon MB (2004) “Childbirth is not only complex; it may also be dangerous”. World Psychiatry 3, 98-99

Suh-Ruu Ou (2005) “Pathways of long term effects of an early intervention program on educational attainment: findings from the Chicago Longitudinal Study”. Journal of Applied Developmental Psychology 26, 579-611.

UNICEF. (2006) Tercer estudio de maltrato infantil 2006. Disponible en: [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/175/maltrato%202006%203.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/175/maltrato%202006%203.pdf)

Vargas NA, Valdes M, Sabugo F et al (2002) “Hijo no deseado después del parto: medición de frecuencia y análisis de tendencia”. Rev.Med.Chile 13, 638-643

Vegas E and Santibáñez L (2008) “The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean. Issues and policy options to realize it”. The World Bank. Latin American and the Caribbean region. Chief Economist’s Office. Human Development Department.