



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

**ANÁLISIS DE UNA POLÍTICA DE ABORDAJE DE LA PRIMERA INFANCIA
DESDE LA PERSPECTIVA DEL INSTITUCIONALISMO CENTRADO EN ACTORES:
PROGRAMA DE APOYO AL RECIÉN NACIDO DE CHILE CRECE CONTIGO (2009 –
2014) ¹**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

Melina Alicia Engler

PROFESORA GUIA:
María Pía Martin Münchmeyer

MIEMBROS DE LA COMISION:

*Jaime Alfaro Inzunza
Loreto Montserrat Martinez Oyarce*

SANTIAGO DE CHILE
2015

1

El estudio es parte del proyecto del Concurso Nacional de Proyectos Fondecyt 2015 de la República de Chile, “La configuración del campo técnico del psicólogo en las políticas sociales: análisis de la formulación e implementación de programas sociales con componente psicosocial”

RESUMEN

El presente estudio de caso analiza, desde del modelo de implementación de política pública del institucionalismo centrado en actores el caso de una política pública con componente psicosocial.

Para ello toma específicamente una política pública de Chile, Chile Crece Contigo (CHCC), que es un sistema de Protección Integral a la Infancia y dentro de ella el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), de cobertura universal, cuyo propósito es garantizar trayectorias equitativas para los niños y niñas desde el nacimiento, a través de la entrega de elementos prácticos y educativos a las familias que atienden su parto en los Servicios de Salud del país. El abordaje integral de esta primera infancia supone el trabajo interdisciplinario e intersectorial, en el cual el psicólogo tiene incumbencia en distintas instancias y para lo cual representa un desafío en lo que puede aportar y ser interpelado de parte de la política pública. Sin embargo existe muy poco conocimiento sobre la implementación del PARN y el componente psicosocial de sus intervenciones.

La investigación pretende conocer las restricciones y posibilidades dadas por la aplicación del institucionalismo centrado en actores en el diseño institucional del PARN por parte de los profesionales que intervienen y en particular del psicólogo. También se pretende realizar aportes a la implementación de política pública y particularmente, al campo disciplinar del psicólogo que dedicado a lo público, a menudo se inserta en escenarios institucionales complejos que precisa entender e instrumentar.

El objetivo general es analizar el efecto que conlleva para el campo técnico del psicólogo las particularidades del proceso de implementación de la política pública Programa de Apoyo al Recién Nacido desde el marco teórico del institucionalismo centrado en actores.

La investigación apunta a responder cuáles son los mecanismos y dinámicas de implementación de un programa con componente psicosocial como es el Programa de Apoyo al Recién Nacido y qué rol cumplen los actores de este proceso, así como qué factores del diseño institucional del PARN generan condiciones de posibilidad y/o limitaciones a la intervención de los implementadores, en particular de los psicólogos.

Esta investigación consiste en un caso único, abordado desde un enfoque exploratorio-descriptivo. Se utiliza una metodología cualitativa para explorar y describir el funcionamiento de las redes de actores participantes en el proceso de ejecución del Programa. Para ello se estudian fuentes documentales y se realizan entrevistas semiestructuradas con el fin de recabar información de los actores participantes, las que son interpretadas en base a un análisis de contenido cualitativo.

Entre las principales conclusiones obtenidas, se puntualiza que existe un desafío latente de poder realizar aportes al ámbito de esta política pública desde las categorías conceptuales y formas de intervención del psicólogo, así como la existencia de una institucionalidad cerrada del Programa que limita el campo de operación de los actores.

DEDICATORIA

A Facundo, que ha sido el interlocutor más lúcido en la transformación silenciosa de este proceso.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por el apoyo cotidiano pese a la distancia, a los compañeros de la Universidad de Chile que le dieron hondo sentido a este proceso de formación y a los docentes y personal del Magister en Gestión y Políticas Públicas y la Universidad en general que ha demostrado ampliamente solvencia educativa y calidad humana. A mi profesora guía en este trayecto, que con experiencia y paciencia arrojó luz en los momentos más difíciles.

Un agradecimiento especial a la Agencia de Cooperación Internacional y al Gobierno de Chile que me han dado la oportunidad y la asistencia para hacer este proceso posible.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	8
1.1. Marco de referencia del problema de investigación.....	8
1.2. Objetivo general y objetivos específicos	12
1.3. Antecedentes de aplicación del modelo de institucionalismo centrado en actores..	13
1.4. Metodología.....	14
1.5. Presentación de los capítulos.....	17
2. Primera parte.....	18
2.1. Definición de políticas públicas.....	19
2.2. Ciclos de los procesos de políticas públicas.....	19
2.2.1. Vinculación entre formulación e implementación de políticas públicas.....	24
2.3. Propuesta del modelo del institucionalismo centrado en actores.....	25
3. Segunda parte.....	31
3.1. Políticas públicas e intervención psicosocial.....	33
3.1.1. Rol del psicólogo en las intervenciones psicosociales de las políticas públicas.....	33
4. Tercera parte.....	36
4.1. Situación de la primera infancia en Chile.....	36
4.1.1. Panorama histórico.....	36
4.1.2. Escenario actual.....	36
4.2. Sistema de Protección Integral Chile Crece Contigo.	38
4.2.1. Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).....	40
5. Cuarta Parte.....	43
5.1. Análisis del Programa de Apoyo al Recién Nacido desde el modelo del institucionalismo centrado en actores.....	43
5.1.1. Características simbólicas y culturales de los actores involucrados en el PARN.....	43

5.1.2. Constelaciones de actores en el PARN.....	45
5.1.2.1. Constelaciones políticas.....	47
5.1.2.2. Constelaciones técnico-profesionales.....	50
5.1.2.3. Constelaciones de familias incluidas.....	52
5.1.3. Modos de interacción entre los actores del PARN.....	54
5.1.4. Lógica situacional del PARN.....	56
5.1.4.1. Marco institucional que condiciona la implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo.....	57
5.1.5. Aspectos interpersonales de las políticas públicas: problemas de coordinación y su aplicación a este Programa.....	59
5.1.5.1. Acuerdos negociados entre los actores del Programa y características de la negociación entre los actores en las distintas fases de la implementación.....	61
5.1.6. Redes de políticas que rodean el PARN.....	63
5.1.6.1. Oportunidades políticas.....	64
5.1.6.2. Estructuras de poder.....	65
6. Quinta parte.....	67
6.1. La intervención psicosocial del Psicólogo en el Programa de Apoyo al Recién Nacido.....	67
6.1.1. Aportes desde el institucionalismo centrado en actores.....	68
7. Sexta parte.....	71
7.1. Conclusiones.....	71
7.2. Reflexiones finales.....	76
Bibliografía.....	77
Anexo.....	79

1. Introducción

1.1. Marco de referencia del problema de investigación

Este estudio de caso busca realizar un aporte a la implementación del modelo del institucionalismo centrado en actores en el ámbito de la política pública con componente psicosocial y a partir de ello extraer conclusiones valiosas para la práctica del psicólogo en ese ámbito.

Para ello toma específicamente una política pública de Chile, **Chile Crece Contigo (CHCC)**, y dentro de ella uno de sus componentes: **el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)**. El análisis de implementación de la política se realiza desde el **marco teórico del institucionalismo centrado en actores** y haciendo particular hincapié en los aprendizajes que entraña para el rol del psicólogo y su práctica la implementación de políticas públicas con componente psicosocial como la aquí abordada.

Para situarse en el Programa objeto de estudio, resulta pertinente comenzar por la descripción de su marco general, el Sistema Intersectorial de Protección Social Chile Crece Contigo que surge a través de la Ley N° 20.379, alineado a los compromisos asumidos en 1990 al ratificar la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que procura acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y a sus familias con acciones y servicios universales y con apoyos especiales para los que presenten una vulnerabilidad especial. El **Programa de Apoyo al Recién Nacido**, dentro de este esquema, contribuye a garantizar trayectorias más equitativas y oportunidades de desarrollo de los niños y niñas desde el nacimiento, a través de la entrega de elementos prácticos y educativos a las familias que hayan sido atendidas en su parto en un establecimiento perteneciente a la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país. (Memoria Chile Crece Contigo, 2006-2010)

Se trata de un modelo basado en una clara separación de las funciones correspondientes a cada uno de los actores involucrados, que procura evitar paralelismos de intervenciones y superposición de acciones, articulando el trabajo a través de la intersectorialidad de una política dirigida a promover el desarrollo integral y el acompañamiento de los niños y niñas y sus familias. El Ministerio de Planificación es la institución responsable de la coordinación de la política; y los ministerios sectoriales, principalmente de Salud y Educación, se encargan de la definición de prestaciones y estándares a cumplir por parte de los equipos, en concordancia con las metas definidas para Chile Crece Contigo. (Memoria Chile Crece Contigo, 2006-2010)

Chile Crece Contigo ha significado, para los equipos que trabajan prestando servicios a los niños, niñas y sus familias, un cambio en la forma que habitualmente hacían su labor. El trabajo colaborativo e intersectorial es una de las apuestas del Sistema de Protección para poder lograr que la acción de los organismos públicos sea más eficiente y consiga, a menores costos y con mayor probabilidad de éxito, sus propósitos. (Memoria Chile Crece Contigo, 2006-2010, p. 73)

Dentro de esa estructura, el **Programa de Apoyo al Recién Nacido** busca

garantizar trayectorias más equitativas, igualando las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas. Contempla la entrega de elementos prácticos y educativos a las familias que hayan sido atendidas en las maternidades de los establecimientos pertenecientes a la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país. Está dirigido a la primera etapa de la infancia temprana, que es crítica para el aprendizaje y vinculación posterior de las personas, como han fundamentado numerosos trabajos de psicología evolutiva, sociología y neurociencia.² (Memoria Chile Crece Contigo, 2006-2010)

El **abordaje integral de esta primera infancia** supone el trabajo interdisciplinario e intersectorial, en el cual el **psicólogo** tiene incumbencia en distintas instancias y para lo cual representa un desafío en lo que puede aportar y ser interpelado de parte de la política pública.

Históricamente, en el ámbito de la política pública, los profesionales del campo social y entre ellos los psicólogos han contribuido en **a) el diseño, implementación y evaluación de Políticas Sociales** (Ornelas et al., 2012; Perkins, 1995; Phillips, 2000); **b) en el aporte de modelos y estrategias desde la perspectiva ecológica** (Teixeira, Loja, Costa 6 Menezes, 2012) y **c) en el desarrollo de metodologías** (Arrieta y Garita, 2012)

Este proceso no se ha registrado en una única dirección sino que también el ámbito de la política pública ha interpelado y transferido conocimiento al quehacer del psicólogo. Partiendo desde orientar las diversas prácticas de intervención social (Shinn, 2007; Rodríguez, 2009), pasando por la delimitación de los campos posibles para la práctica del psicólogo y su entrenamiento (Ornelas, et al, 2012), así como la legitimación e institucionalización de la incumbencia del psicólogo en la intervención social (Alfaro, 2012; Burton, 2007) y además mejorando las condiciones materiales para el desarrollo académico y la investigación en psicología (Perkins, 1995; Shinn, 2007).

El conocimiento técnico del psicólogo es indudablemente relevante para las políticas públicas y cobra mayor impacto **cuando participa desde el proceso de diseño mismo**, lo que supone el diálogo entre los interlocutores profesionales y los agentes de la política. Ello implica también la necesidad de que el profesional de la psicología conozca las limitaciones propias del mundo de las políticas públicas, es decir, la relevancia de los marcos institucionales, las normativas, las definiciones institucionales, sus límites, los actores preexistentes que intervienen en la implementación.

Esto indica precisamente el espíritu de este estudio de caso: pretende detectar en qué medida la implementación de un programa con componente psicosocial aporta al campo disciplinar del psicólogo y viceversa, cuáles son las contribuciones que este profesional puede realizar al mismo. Su valor radica en poder **enriquecer el acervo de**

2

Está comprobado que los rezagos experimentados en la primera infancia inciden en el desarrollo y la evolución posterior biológica y cerebral dependerá de la interacción que el niño tenga con su entorno a edad temprana. Los dos primeros años en particular configuran una fase de gran estimulación y crecimiento de las conexiones sinápticas y se van modelando las bases del desarrollo intelectual y emocional venidero.

conocimiento sobre la labor del psicólogo en programas públicos con componente psicosocial, lo que puede contribuir en el futuro a mejorar la preparación y el entrenamiento para desempeñarse en este ámbito.

Esta pretensión del estudio responde a una inquietud que atraviesa el quehacer disciplinar desde hace largos años: en Chile existe **desencuentro** entre la actuación del psicólogo y las demandas de conocimiento técnico y competencias que requiere la intervención en políticas sociales (Alfaro et al, 2007; Alfaro, 2012). Esto operaría en desmedro de la actuación profesional del psicólogo y de la calidad que podrían alcanzar las políticas públicas sociales en su diseño e implementación.

Por otro lado, la realidad social cada vez más cambiante recrea en el campo de las políticas públicas complejas tramas, de actores, de intereses, de ideologías, de valores. Los procesos de definición de política implican una reconstrucción y re definición de lo que se consideran problemas y reflejan una tensión entre distintas miradas. Toda **definición de un problema público** es parte de una construcción colectiva vinculada a percepciones, representaciones, intereses y valores de los actores involucrados en dicha situación.

Podemos identificar dos grandes momentos en este proceso, que pueden ser objeto de aportes de parte del psicólogo: la **formulación** y la **implementación** de políticas públicas sociales.

En lo que respecta a la **formulación**, siguiendo a Subirats et al. (2008) la manera en que un problema se define genera impacto directo en las siguientes fases, de implementación y evaluación; así como determinará qué actores se involucran y la naturaleza de las acciones públicas concretas.

En el nivel de **implementación**, predominan dos visiones contrapuestas acerca de los procesos: **top down** y **bottom up**. La primera enfatiza la habilidad de los decisores para producir objetivos políticos inequívocos y controlar la implementación. La segunda, rescata el rol de los burócratas de la calle, principales involucrados en la implementación donde la negociación ocupa el rol fundamental. Como agregado a estas dos posturas podemos identificar teorías híbridas, que combinan elementos de ambos enfoques. Lo que resulta importante rescatar, siguiendo a Pulzl y Treib (2007), es que **la formulación de políticas no puede separarse de la implementación**. Los ejecutores, con discrecionalidad insoslayable, recrean en la aplicación una y otra vez a la política pública, independiente del diseño con la que fue concebida.³

En esta última dirección, Scharpf F. (1997) plantea un modelo prolífico para el análisis de la política pública, estudiando la implementación desde el **enfoque de redes y las lógicas situacionales**. Para este autor, la política tendrá que ser explicada a través de los modos de interacción de los actores, los ordenamientos institucionales y

³ También es necesario considerar los contextos institucionales, organizativos de la política, los marcos culturales y de relaciones y negociaciones dentro de las redes de los agentes que participan en la implementación (Hill y Hupe, 2002).

los resultados obtenidos. Los participantes de la política interpretan y re-elaboran la misma, forman una constelación de actores en donde se negocian preferencias y prioridades e interactúan de un determinado modo con diversas estrategias (alianzas, enfrentamientos, coaliciones, jerarquías, negociación).

El **marco institucional** que propone está a medio camino entre un sistema teórico y estudios descriptivos de casos individuales. Para entender un determinado problema político se vuelve necesario **mapear** dicho problema en la **constelación** de actores involucrados. Un marco institucional se compone de problemas, actores con orientaciones y capacidades establecidas, constelaciones formadas por ellos, modos de interacción generados, todo lo cual desemboca en políticas. (Scharpf, 1997)

El modelo propuesto por F. Scharpf conjuga la perspectiva de los planteos racionalistas que se centran en el agente y conciben a las instituciones como restricciones a su accionar con la perspectiva culturalista, que asume que las instituciones sólo pueden ser entendidas como producto del contexto político, social e histórico, y las acciones de los individuos están más orientadas a satisfacer normas y valores que a maximizar beneficios. (Zurbriggen, 2006)

El institucionalismo centrado en actores combina sistemáticamente análisis de la constelación de actores con el análisis de los modos de interacción, lo que constituye para este investigador una poderosa herramienta para explicar los resultados de determinadas interacciones políticas. Se generan así tres grandes conjuntos de variables que afectarán la capacidad de un sistema para llegar a las respuestas políticas eficaces: la naturaleza del problema de política, las orientaciones de los actores políticos y las características del entorno institucional. (Scharpf, 1997)

Scharpf F. (1997) plantea así tres efectos principales de las instituciones sobre los actores: las reglas formales constriñen el set de opciones de políticas disponibles; crean constelaciones de actores involucradas en el juego político; y a cambio, las normas sociales propias de las instituciones modelan las orientaciones y preferencias de los actores.

Es decir, las reglas formales desincentivan habitualmente comportamientos en franca contradicción con ellas, y a su vez las instituciones proponen sistemas de incentivos que estimulan determinadas ganancias de comportamientos que harán que los actores, en última instancia, elijan su curso de acción orientados hacia sí mismos. (Pancaldi, 2012)

Este enfoque, que es el seleccionado como referente para este estudio de caso, permite identificar distintos tipos de institucionalidad: campos anárquicos, redes, asociaciones, organizaciones; con distintas tipologías de interacción: acción unilateral, acuerdo negociado, voto mayoritario, directiva jerárquica, entre otros. (Scharpf, 1997)

Como **antecedente** de aplicación de este enfoque al análisis de políticas públicas es posible señalar su utilización para dar cuenta de problemáticas como la integración económica europea y los problemas de diversidad sociopolítica de Estados de bienestar; las políticas económicas e industriales comparadas, en países de la Unión

Europea; el contexto de crisis en la Unión Europea y los posibles escenarios de salida; las comparaciones entre el sistema político e institucional de Alemania y el de Gran Bretaña, respecto a las negociaciones de los actores; los desafíos de reformar el sistema federal de Alemania, entre muchos otros.

Resalta **novedosa** su aplicación como marco de referencia de un Programa con componente psicosocial como es el PARN así como interpelar acerca de qué aporte entregaría al desempeño del psicólogo en el ámbito de la política pública social.

Así la relevancia de este estudio de caso es poder contribuir al conocimiento sobre la implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, dado que no existen antecedentes de análisis del PARN desde un marco teórico como el que se utiliza ni tampoco sobre el componente psicosocial de sus intervenciones. La investigación pretende conocer las restricciones y posibilidades dadas por el diseño institucional del Programa para la aplicación del PARN por parte de los profesionales que intervienen y en particular del psicólogo.

Las preguntas de investigación que conducen el estudio de caso son:

1. ¿Cuáles son los mecanismos y dinámicas de implementación de un programa con componente psicosocial como es el Programa de Apoyo al Recién Nacido y qué rol cumplen los actores de este proceso?

2. ¿Qué factores del diseño institucional del PARN generan condiciones de posibilidad y/o limitaciones a la intervención de los implementadores, en particular de los psicólogos?

3. ¿Qué incidencia puede tener para la práctica del psicólogo la dinámica propia de la implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, analizada desde el modelo del institucionalismo centrado en actores?

1.2. Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

Analizar el efecto que conlleva para el campo técnico del psicólogo las particularidades del proceso de implementación de la política pública Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo desde el marco teórico del institucionalismo centrado en actores.

Objetivos específicos

a. Analizar las características del Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo desde el modelo de implementación de las políticas públicas del institucionalismo centrado en actores.

b. Detectar y describir aquellos elementos y configuraciones de esta política en los que participe o a los que aporte el campo disciplinar de la psicología.

c. Formular el efecto que tiene el conocimiento previo de la intervención social en psicología, el conocimiento sobre políticas sociales, así como la experiencia, entrenamiento y competencias que puedan tener los psicólogos sobre las dinámicas que ocurren en el proceso de implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido.

1.3. Antecedentes de aplicación del modelo de institucionalismo centrado en actores

Investigando los distintos antecedentes para este estudio de caso, el punto de partida de la reflexión sobre los análisis institucionalistas es que el nuevo institucionalismo argumenta que el marco institucional es una fuerza relevante ante el cambio que podría partir de la libre actuación de los individuos racionales. No obstante, las distintas variantes asumen diferentes capacidades de reflexión e intencionalidad del actor y por tanto de la influencia final de las instituciones en el resultado de la política. (Zurbriggen, 2006)

Los planteos racionalistas se centran en el agente y conciben a las instituciones como restricciones a su accionar. Para las perspectivas culturalistas, las instituciones sólo pueden ser entendidas como producto del contexto político, social e histórico, y las acciones de los individuos están más orientadas a satisfacer normas y valores que a maximizar beneficios. (Zurbriggen, 2006)

Más recientemente surgen planteos integradores de ambos puntos de vista, que buscan rescatar la creación institucional como un proceso continuo, con reglas socialmente determinadas en contextos históricos y políticos; pero que por otro lado, por sólida que resulte la institución, los agentes pueden elegir determinadas opciones y romper determinadas reglas.

El institucionalismo centrado en actores apunta a lograr un profundo entendimiento de los factores referidos a los actores como variables explicativas del fenómeno político, de manera distinta a los efectos que las instituciones ejercen en ellos. (Pancaldi, 2012). Scharpf F. plantea así tres efectos principales de las instituciones sobre los actores: las reglas formales constriñen el set de opciones de políticas disponibles; crean constelaciones de actores involucradas en el juego político; y a cambio, las normas sociales propias de las instituciones modelan las orientaciones y preferencias de los actores.

Es decir, las reglas formales desincentivan habitualmente comportamientos en franca contradicción con ellas, y a su vez las instituciones proponen sistemas de incentivos que estimulan determinadas ganancias de comportamientos que harán que los actores, en última instancia, elijan su curso de acción orientados hacia sí mismos. (Pancaldi, 2012)

En esta línea de pensamiento se inscribe el institucionalismo centrado en los actores.

De la recopilación de antecedentes, consta que este enfoque se ha utilizado para dar cuenta de problemáticas como la integración económica europea y los problemas de diversidad sociopolítica de Estados de bienestar; las políticas económicas e industriales comparadas, en países de la Unión Europea; el contexto de crisis en la Unión Europea y los posibles escenarios de salida; las comparaciones entre el sistema político e institucional de Alemania y el de Gran Bretaña, respecto a las negociaciones de los actores; los desafíos de reformar el sistema federal de Alemania, entre muchos otros.

1.4. Metodología

La investigación se desarrolla a partir de un enfoque **cualitativo** de tipo **exploratorio**, (Barrantes, 2003) centrado específicamente en el Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo. El carácter exploratorio responde a que no existen antecedentes de análisis de este programa desde un marco teórico similar al empleado y se pretende realizar un primer acercamiento a partir de preguntas amplias sin hipótesis sometidas a corroboración o falseamiento (Elgueta, s/f)

Lo cualitativo, a su vez, supone un conocimiento científico de carácter holístico, que combina la búsqueda de respuestas locales en función de lo estudiado, pero sin excluir con ello la pregunta por lo general. Es decir, la particularidad de la investigación cualitativa permite dialogar constantemente entre aquellos datos del entorno con las construcciones por las cuales se ha definido el sentido de ese hacer científico. (Elgueta, s/f)

La implementación del programa se analiza a través de documentos y fuentes secundarias de información, complementado con entrevistas a actores participantes que son desglosadas según las dimensiones establecidas en el modelo analítico de F. Sharpf: 1) Actores, 2) Constelaciones de actores, 3) Modos de interacción, 4) Arreglo institucional.

La operacionalización de variables que se toma como referencia es la siguiente:

Dimensión	Subdimensión	Categoría	Preguntas
Apreciaciones sobre el Sistema CHCC	Apreciaciones sobre CHCC	* Importancia de los usuarios * Fortalezas * Debilidades	¿Se distingue PARN de Chile Crece Contigo? ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del Programa?
	Apreciaciones sobre PARN	* Importancia de los usuarios * Fortalezas * Debilidades	¿Cuál es la importancia que le otorgan los usuarios al PARN? (percepción) ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del Programa?

Institucionalidad de CHCC	Contribución al PARN	<ul style="list-style-type: none"> * Restricciones institucionales * Recursos propios y compartidos 	<p>¿La institucionalidad de CHCC contribuye al PARN? Si es así ¿cómo?</p> <p>¿Cuáles son las principales restricciones institucionales (normativas, organización) del PARN?</p> <p>¿Tiene recursos desde su institución para el PARN? ¿cuáles son más importantes?</p> <p>¿Cómo podría mejorarse la institucionalidad del PARN?</p>
Interacción entre actores	Interacción funcionarios - técnicos	<ul style="list-style-type: none"> * Dinámica * Dificultades / tensiones * Oportunidades 	<p>¿Cuáles son las negociaciones en la implementación del PARN?</p> <p>¿Cuáles son los desafíos y oportunidades del equipo técnico y profesional que aplica PARN?</p>
	Interacción funcionarios - familias	<ul style="list-style-type: none"> * Dinámica * Dificultades / tensiones * Oportunidades 	<p>¿Qué familias participan en el Programa? ¿Características comunes y diferencias? ¿Hay rechazo o aceptación hacia PARN?</p> <p>¿Cómo es la dinámica entre funcionarios y familias? ¿Cuáles son las instancias de encuentro? ¿Qué dificultades se presentan?</p>
	Interacción técnicos - familias	<ul style="list-style-type: none"> * Dinámica * Dificultades / tensiones * Oportunidades 	<p>¿Qué familias participan en el Programa? ¿Características comunes y diferencias? ¿Hay rechazo o aceptación hacia PARN?</p> <p>¿Cómo es la dinámica entre funcionarios y familias? ¿Cuáles son las instancias de encuentro? ¿Qué dificultades se presentan?</p>
Instancias de negociación PARN	Negociaciones en la implementación	<ul style="list-style-type: none"> * Instancias intersectoriales * Instancias regionales * A nivel central. 	<p>¿Cuáles son las negociaciones en la implementación del PARN? ¿Debería haber otras instancias?</p> <p>¿En qué instancias se produce éxito y fracaso?</p>
Redes del PARN	Apoyo en redes	<ul style="list-style-type: none"> * Funcionamiento * Eficacia * Iniciativa de actores 	<p>¿El programa trabaja apoyado en redes? ¿En qué instancias, bajo qué circunstancias?</p> <p>¿Cuáles son las redes que funcionan con mayor eficacia? ¿Cuáles cuesta más lograr?</p> <p>¿El PARN contribuye a las redes?</p> <p>¿Hay iniciativa de parte de los</p>

			actores?
	Trabajo con organizaciones	* Relaciones de cooperación	¿El PARN trabaja con organizaciones? ¿Cómo son las organizaciones con las que trabaja? ¿Construye el PARN relaciones de cooperación entre organizaciones?
Presencia del componente psicosocial en implementación	Intervenciones psicosociales y rol del psicólogo	* Concepciones sobre maternidad, parto, puerperio, primera infancia, crianza respetuosa. * Salud mental perinatal.	¿Cuáles son los desafíos y oportunidades del equipo técnico y profesional que aplica PARN? ¿Cuál es el rol del psicólogo en el Programa?

Es cualitativo asimismo por su orientación hacia el **significado** de la experiencia para los actores participantes del PARN, entendiéndose por tal un sistema de **interpretación** de los actores en una relación social determinada.

La investigación de tipo cualitativo sostiene un proceso sistemático de interpretación, que implica lectura y re problematización constante, empleando en este caso las categorías del modelo de análisis propuesto por F. Scharpf (1997): actores, constelaciones de actores, modos de interacción y resultados de políticas.

Se trata de un **estudio de caso** que permita identificar los principales aportes del campo disciplinar del psicólogo al Programa de Apoyo al Recién Nacido y viceversa, es decir, aquellos aspectos de su implementación que pueden ser de utilidad al quehacer profesional. El caso consiste en la entidad social que se toma como objeto de investigación: Programa de Apoyo al Recién Nacido. Permite responder cómo y por qué, en relación al quehacer disciplinar del psicólogo, a través de un análisis y diagnóstico preciso, utilizando diversas fuentes y datos.

Precisando aún más, el lineamiento metodológico considerado es el del **estudio de caso con propósito de investigación, exploratoria**, que permite que una investigación retenga las características holísticas y significativas de los acontecimientos de la vida real –ya sean, los ciclos de vida individual, los procesos de organización y dirección, los cambios en las comunidades, las relaciones internacionales y el desarrollo industrial (Yin, 2009). Un estudio de caso es precisamente una pregunta empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto son claramente evidentes. (Yin, 2009) Esto es doblemente pertinente para el presente estudio, dado que realiza un análisis desde un marco teórico institucionalista sobre el funcionamiento de un programa de componente psicosocial y el rol del psicólogo en él.

Siendo un estudio cualitativo no se realiza selección de muestra más que en la elección de los informantes a entrevistar, dado que, al trabajar con procesos, sujetos, situaciones sociales e interacciones de variado tipo, la pregunta por la muestra se desplaza de la representación a la **significación**. Se procura seleccionar un caso para **profundizar y limitar la interpretación directamente al grupo observado, sin pretender generalizaciones exhaustivas**.

Se realiza **revisión de fuentes bibliográficas primarias y secundarias** de autores sobre implementación de políticas públicas, institucionalismo centrado en actores, psicología de la intervención social y estadísticas e indicadores del Programa de Apoyo al Recién Nacido, consultando tanto fuentes oficiales del programa como material relativo al contexto en que se desarrolla.

Asimismo se aplican **entrevistas semiestructuradas** a informantes calificados y a familias que participen en el Programa de Apoyo al Recién Nacido, procurando obtener información que se pueda combinar desde diferentes perspectivas y que ofrezca un panorama más acabado sobre las interacciones en el Programa. La selección de informantes procura así la triangulación, incluso desde puntos de vista contrapuestos.

Se entrevista a seis funcionarios:

- dos del Sistema CHCC, División Promoción y Protección Social, del Ministerio de Desarrollo Social.
- Una profesional asesora del Departamento de Gestión y Coordinación de la Red Asistencial de un Servicio de Salud Metropolitano.
- Una profesional del Departamento de Gestión Integrada de Redes Asistencial, de otro Servicio de Salud Metropolitano.
- Una profesional encargada de la logística del PARN, DIVAP, Ministerio de Salud.
- Una asesora técnica, psicóloga, de CHCC DIVAP, Ministerio de Salud.

El criterio de selección de los entrevistados fue su participación en las tareas de organización y ejecución del Programa de Apoyo al Recién Nacido en su faceta más relacionada con los contenidos educativos sobre crianza temprana y el trabajo con redes, priorizando esto por sobre la entrega logística del set de implementos.

1.5. Presentación de los capítulos

En la primera parte se puntualiza el concepto de políticas públicas de referencia, las fases en su ciclo y la relación entre formulación e implementación de las mismas. Asimismo se describe el marco teórico en el que se concentra este estudio de caso, el institucionalismo centrado en actores.

En la segunda parte, se avanza en la intervención psicosocial en las políticas públicas y más puntualmente en ella, la práctica profesional del psicólogo.

La tercera parte está referida a la situación de la primera infancia en Chile, haciendo hincapié en el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) contemplado dentro del Sistema de Protección Integral Chile Crece Contigo.

La cuarta parte se expone en el análisis del Programa de Apoyo al Recién Nacido desde el institucionalismo centrado en actores: las características simbólicas y constelaciones de los actores, los modos de interacción, los encuadres institucionales, la red de políticas que rodea al Programa y los modos de resolver los conflictos.

En la quinta parte se precisa la intervención psicosocial del psicólogo en el PARN, interpretada desde el institucionalismo centrado en actores.

La sexta parte recoge los resultados y las conclusiones del estudio de caso. El estudio de caso precisa apreciaciones sobre la práctica del psicólogo en el ámbito concreto de las políticas públicas sociales, y en particular en el Programa de Apoyo al Recién Nacido.

2. Primera parte

2.1. Definición de políticas públicas.

Existen numerosas formas de concebir a la política pública, lo que se traduce en definiciones más amplias o más específicas. En este caso, se toma como referencia por su grado de precisión y completud la de Velázquez Gavilanes (2009; p. 167): *“Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener.”*

El autor identifica así cuatro componentes vitales de la política pública:

- Proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos
- Proceso encabezado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, lo cual confiere una dimensión amplia de lo público que no se reduce a lo estatal.
- Proceso orientado a prevenir o solucionar una situación definida como problemática, lo que considera tanto lo reactivo como lo proactivo.
- Forma parte de un ambiente determinado que le da sentido y al cual pretende aportar.

En este caso, el Programa de Apoyo al Recién Nacido y Chile Crece Contigo surgen en el marco de la suscripción a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, entre ellos, a un nivel de vida que propicie el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y

social de la infancia. Éste es el contexto que le da sentido a la política.

Pero también responde a una realidad mundial en donde por año millones de niños y niñas menores de 5 años de edad de regiones en vías de desarrollo no logran alcanzar hitos críticos para su despliegue físico, psíquico y social, menoscabando sus posibilidades reales de crecimiento. (Ministerio de Desarrollo Social, 2010)

En relación a la situación que procura prevenir, está comprobado que el desarrollo infantil está condicionado por el entorno de la criatura, en los que familia, comunidad y Estado resultan de gran relevancia; el Estado a través de formulación de políticas y marcos institucionales; la comunidad, mediante sus modelos de organización y participación; y las familias, en su papel trascendente de protección, cuidado y satisfacción de necesidades inmediatas de la niñez. (Molina, Cordero y Silva, 2008)

Los últimos 50 años de investigación neurobiológica han probado la existencia de períodos críticos o sensibles en el desarrollo temprano de varios sistemas (visual, lenguaje), que definen tiempos y ventanas de oportunidad en las que se "imprimen o marcan" en el desarrollo cerebral, las posibilidades para desplegar una función, con múltiples efectos a corto y largo plazo en el desarrollo cognitivo, psicológico y social que impactan de forma permanente en la salud y el desarrollo a lo largo de toda la vida. (Molina, Cordero y Silva, 2008)

Desde las ciencias económicas hay sólida evidencia de que una fuerte inversión social en primera infancia tiene el poder de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza (Sen A. 1999) y que la tasa de retorno de la inversión en programas y políticas públicas para primeros 6 años de vida puede ser hasta de 8 veces, retorno que va disminuyendo progresivamente al aumentar la edad (Carnero y Heckman, 2003).

Por otra parte, el rezago en la población infantil chilena más vulnerable ha sido documentado apropiadamente en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2006), que encuentra en casi 5 mil hogares con niños o niñas menores de 5 años, un 30% de niños y niñas chilenos que no son capaces de realizar todas las funciones que están en proceso de desarrollo para su grupo de edad, ubicándolos en situación de riesgo de potencial retraso en el desarrollo. Esta situación empeora si se toman en cuenta la distribución por quintiles de esa misma población, poniendo en evidencia las brechas de inequidad.

2.2. Ciclos de los procesos de políticas públicas.

Las políticas públicas tienen siempre un horizonte temporal, no sólo en su aplicación sino también en su génesis, que respeta la lógica de un proceso en el que las distintas etapas conservan sus particulares características. Así, es posible identificar distintas instancias dentro de la generación de la política pública pero sin perder de vista que los límites son difusos y la imbrincación entre ellas está siempre presente.

Como plantea Aguilar (1992) el concepto de policy process, o ciclo, es un dispositivo

analítico, intelectualmente construido, para fines de modelación, ordenamiento, explicación y prescripción de una política. Como tal pertenece al orden lógico más que cronológico. Es un artificio para denotar sólo los componentes lógicamente necesarios e interdependientes de toda política, integrados a manera de proceso. En la práctica, el proceso de las políticas públicas no es lineal, las etapas pueden superponerse unas a las otras, condensarse alrededor de una de ellas, anticiparse o atrasarse, repetirse.

Primera fase: la agenda y la formulación de los problemas.

Para construir un ciclo de políticas públicas se puede partir de la pregunta sobre qué impulsa a actuar a las autoridades públicas ante una determinada situación y aquí el primer concepto será el de agenda, que se puede separar en dos tipos principales. En primer lugar, una agenda institucional, que se refiere a los problemas que dependen funcionalmente o por consenso de la competencia de una autoridad pública importante, como por ejemplo, el presupuesto. El segundo tipo de agenda es la coyuntural o sistémica, que a diferencia de la institucional, circunscribe problemas no adjudicados automáticamente a la competencia natural de la autoridad pública. Ambas se caracterizan por el grado de conflicto o de concertación que genera una problemática específica. (Birkland, 2005)

Aunque existan opiniones contrapuestas, la incorporación a la agenda se produce cuando concurren múltiples desafíos y jerarquías de prioridades diversas que terminan finalmente en la conclusión de que es un problema de legítimo abordaje. La existencia de los problemas sociales puede darse por las carencias objetivas de una sociedad y por la decisión subjetiva de calificar dichas carencias como fenómeno social, es decir, la visión de las necesidades es selectiva y construida. El grupo social que tiene capacidad y autoridad es el que decide si un problema es acreedor de una intervención pública. (Birkland, 2005)

Una vez definido un problema comienza un nuevo conflicto sobre quién debe asumir la responsabilidad para resolverlo, los grupos e instituciones compiten y luchan por la apropiación o desapropiación, la aceptación de teorías y responsabilidades. El acceso a la agenda pública es controlado por lo que suelen denominarse guardianes de la agenda, cuya función consiste en reducir la presión cuando crece demasiado, negociar una demanda, hacer aceptable la presión, formalizarla y lograr que se la tome en cuenta según los códigos admitidos. (Meny, p.123)

Un problema incorporado en la agenda todavía tiene largo camino para que se concrete en una política pública. La formulación es el proceso en el cual las políticas son diseñadas a través de análisis técnicos y aprobadas por el legislador para convertirse en objetivos. Luego del diseño, las políticas se promulgan y posteriormente se trasladan las responsabilidades a las agencias correspondientes para su ejecución. (Birkland, 2005)

Las etapas de **formulación e implementación** no son fácilmente separables porque el diseño puede influir la forma cómo la política se implementa y los resultados que de ésta se esperan.

El proceso de formulación considera cinco elementos importantes que responden a las preguntas que el político se hace en esta instancia (Birkland, 2005):

Tabla 1 - Cuadro identificador de elementos del proceso de formulación

Componente	Pregunta a responder
Objetivos de la política	¿Cuáles son los propósitos de la política? ¿Qué problema pretende resolver? ¿Cómo se alivia el problema, si este no se puede resolver completamente? ¿Cómo evitar que un problema empeore?
Modelo causal	¿Cuál es la causalidad que vincula dos sucesos?
Instrumentos de la política	¿Qué tipo de instrumentos permiten implementar la política? ¿Qué clase de instrumentos son? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Se puede confiar en los incentivos, persuasión o información?
Beneficiarios de la política	¿Quiénes son? ¿Hay beneficiarios indirectos? ¿Qué comportamiento pretende modificar?
Implementación de la política	¿Cómo se va a implementar la política? ¿Se puede ir de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo en el proceso?

Fuente: Elaboración propia en base a Birkland (2005)

Segunda fase: la implementación de políticas públicas

La implementación designa una fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos, o de discursos (Meny y Thoenig: 1992, p. 159)

En el nivel de implementación, predominan dos visiones contrapuestas acerca de los procesos: top down y bottom up. La primera enfatiza la habilidad de los que deciden para producir objetivos políticos inequívocos y controlar su ejecución. La segunda, rescata el rol de los burócratas de la calle, principales involucrados en la implementación donde la negociación de intereses y la disputa de poder ocupa el rol fundamental.

Tabla 2 - Cuadro comparativo modelos top down y bottom up

Modelo top down	Modelo bottom up
-----------------	------------------

Decisores que producen objetivos políticos inequívocos y controlan su ejecución	Burócratas de la calle implementan negociando intereses y disputando poder
Aplicación lineal centro – periferia: jerarquía de la autoridad	¿Cuál es la causalidad que vincula dos sucesos?
Separación política - administración	No existe separación rígida entre las decisiones de técnicos, administradores y funcionarios
Criterios de eficiencia, procedimientos claros y rigurosos a seguir. Técnica.	La política se reelabora en la implementación misma desde abajo, en un proceso ascendente

Fuente: Elaboración propia en base a Meny y Thoenig, 1992.

Para el modelo **top-down** la implementación podría considerarse como una fase sin mucho interés dentro del proceso general de política pública, dado que las decisiones ya han sido tomadas previamente en el centro y a la fase de implementación no sería más que la aplicación lineal en la periferia de lo que ya ha sido definido previamente. (Meny y Thoenig, 1992)

Esta visión estaría fundada en tres creencias básicas sobre el funcionamiento de la administración pública: 1) La jerarquía de la autoridad por la estructura piramidal de la administración, donde alcanza una orden para ser obedecida en todos los niveles de responsabilidad; 2) La separación entre política y administración, que tornaría la administración pública neutral y profesional y; 3) La eficiencia como principio de la práctica administrativa a través de métodos de trabajo técnicamente diseñados. (Meny y Thoenig, 1992)

Para el enfoque top-down, implementar significa que quien decide asigna al implementador en base a criterios técnicos de eficiencia y que la política pública se comunica a los ejecutores a través de procedimientos y programas claros y detallados con escaso margen de error. Además, que el ejecutor implementa la política siguiendo las instrucciones del que decide. El paso del centro a la periferia implicaría el paso de la política a la técnica y de los fines a los medios, en virtud de la eficiencia en la gestión. (Meny y Thoenig, 1992)

El problema severo de este enfoque es que la implementación de las políticas en la realidad es mucho más compleja que el diseño realizado, y está condicionada por la lógica interna de las distintas instancias organizativas. El desafío para el enfoque top-down es lograr corregir las desviaciones en la implementación respecto a lo establecido en el diseño de política pública.

Pese a esta visión simplista del proceso de ejecución, la implementación se revela en realidad como un campo en que intervienen actores que no permanecen neutros ni pasivos. La ambigüedad y conflicto propios de buena parte de las políticas públicas y la capacidad estratégica de los diversos actores para sortear y manipular el diseño

inicial de política pública hacen de la implementación una etapa difícilmente separable del diseño de la política pública en sí. (Meny y Thoenig: 1992, 164).

Entre las perspectivas alternativas a este modelo se encuentra el enfoque **bottom up** (Hjern, Porter: 1980) que plantea un proceso ascendente en la implementación de política, el **enfoque de razonamiento por retroceso (backward mapping)** según el cual la actividad concreta de la administración pública es la que motiva la intervención para lograr un cambio sobre esa actividad y no viceversa como especifica la teoría administrativa y finalmente el **enfoque sistémico**, que revela los efectos de retroacción de la política pública e integra la implementación como parte constitutiva del sistema político.

El enfoque sistémico elimina la noción de fases lineales de la política pública y plantea que la implementación es de carácter circular caracterizado por: 1) Explicitación de preferencias gubernamentales; 2) Intervención de actores políticos que median esa declaración; 3) Un proceso circular de relaciones interdependientes de poder y negociación. Los actores políticos son capaces de intervenir en cualquier parte del proceso de política pública. (Meny y Thoenig, 1992)

El ejecutor al que se le confía formalmente una política no actúa solo sino en cooperación o a través de otros sectores sociales, individuos, grupos, instituciones. (Meny y Thoenig: 1992, 182) La implementación, debido a los sistemas de acción, modifica en contenido de las políticas públicas previamente diseñadas.

En el proceso de implementación juegan un rol fundamental las burocracias, que son los organismos ejecutores formales más comunes de las políticas públicas. Se trata de organizaciones que cuentan con grados importantes de autonomía de acción respecto a los mandatos que reciben de los políticos, existiendo un juego político en el interior de las burocracias y entre ellas, afectando la eficiencia (uso de los recursos) y efectividad (logro de los objetivos) de las políticas públicas. Renate Mayntz (Mayntz: 1979) establece algunas de las principales causas por las que producto de la burocracia, existen divergencias entre el marco normativo y la aplicación de las políticas públicas: 1) Intervención en un mismo ámbito de múltiples burocracias a cargo de distintas políticas; 2) Débil motivación de los agentes (o funcionarios); 3) Incapacidad de medir cuantitativamente el logro de los objetivos; 4) Rigidez de la naturaleza de la gestión administrativa que impida la coordinación real; 5) Las tecnologías administrativas de reglamentación y formalización de los principios generales de las políticas públicas.

Tercera fase: la evaluación

La evaluación consiste en identificar y medir los efectos propios de una acción. En relación a la evaluación de las políticas públicas, las ciencias sociales oscilan en dos actitudes. La primera consiste en estudiar si en un sistema político existen organismos o medios que asuman una actividad de evaluación: la prensa, funcionarios

especializados, grupos de presión, asociaciones de consumidores, entre otros. La segunda, muy distinta, rescata que el analista elabora conceptos y métodos que permitan describir, explicar y valorar científicamente los resultados de la acción gubernamental. La función realizada por la evaluación, efectuada por la ciudadanía o los analistas, constituye el centro del debate político de una sociedad, dado que actúa como un revelador de procesos de acción, iniciativas y estructuras de poder. (Meny y Thoenig, 1992)

La evaluación contribuye a la decisión y al control de gestión, tanto en su forma prospectiva como retrospectiva. Cuando los impactos de la política pública ya han sido generados, el análisis busca comprender lo que ha pasado; en este sentido se trata de una evaluación retrospectiva. Esta evaluación a posteriori se distingue de la evaluación ex ante en la medida que ésta última es prospectiva y se utiliza como instrumento de ayuda a las decisiones cuando compiten diversas opciones. (Meny y Thoenig, 1992)

Los procedimientos para llevar adelante una evaluación de política pública presentan dificultades derivadas de la aplicación del método científico a dinámicas poblacionales donde inciden múltiples factores, en que la posibilidad de aislar impactos o bien establecer relaciones de causalidad es complejo. La calidad técnica del evaluador deba ser óptima en orden a generar aprendizajes para retroalimentar el ciclo de políticas. (Meny y Thoenig, 1992)

Cuarta fase: la terminación de las políticas públicas.

Uno de los criterios para determinar el cierre de una política pública se encuentra asociado a los límites en el tiempo de un programa de actividades, posibilitado por una asignación financiera para un determinado período. En este sentido el final de una política se reduce a la desaparición del mecanismo institucional responsable del desarrollo de dicha política, o bien en la decisión de alguien de que ésta cese. Sin embargo, la realidad suele discurrir de forma más imprecisa, en la que los límites en el tiempo de una política no están claramente definidos. (Meny y Thoenig, 1992)

Casi ninguna política se extingue porque la oferta pública ha satisfecho la demanda social, sino que los quiebres forman parte de la esencia de la política y sólo el sistema político indicará lo que es o no significativo como alteración en la acción pública. Ello torna a la evaluación de las políticas parte integral del debate político, donde quizá se hacen más evidentes las posturas éticas y morales de los decisores, grupos de poder y la ciudadanía en general. (Meny y Thoenig, 1992)

2.2.1. Vinculación entre formulación e implementación de políticas públicas

Como señala Cortázar (2007) una gran cantidad de problemas relacionados a políticas públicas se encuentra directamente vinculada a las complejidades en las rutinas, actividades e interacciones propias del proceso de implementación de políticas. En consecuencia, los gerentes públicos enfrentan problemas específicos de implementación que pueden llegar a provocar riesgo frente a la posibilidad de éxito de ciertas políticas públicas.

Estratégicamente, la implementación abre oportunidades importantes para **añadir valor a las políticas** y supone necesariamente la interacción prolífica entre actores que tienen distintos valores, visiones e intereses. (Cortázar, 2007)

La implementación de políticas públicas ocurre en contextos complejos, determinados no sólo por factores sociales, económicos, políticos y/o tecnológicos, sino también por el tipo de relaciones que se establecen entre los actores. Esta relación no necesariamente se plantea como conflictiva, pero en la práctica los intereses de uno y otro son distintos, al igual que el acceso a información respecto del problema, lo que en definitiva afecta la consecución del fin de la política. (Howlett y Ramesh, 2003)

Los actores que intervienen en el proceso de implementación de políticas interactúan mediante relaciones que tienen un carácter dinámico, pasando fácilmente desde el conflicto político a la negociación y viceversa, lo que genera escenarios de inestabilidad política. (Howlett y Ramesh, 2003)

También es necesario considerar los contextos institucionales, organizativos de la política, los marcos culturales y de relaciones y negociaciones dentro de las redes de los agentes que participan en la implementación (Hill y Hupe, 2002).

Los modelos institucionalistas son sumamente útiles para superar esa dicotomía abajo-arriba o arriba-abajo, en tanto considera que el marco de situación en que se gesta e implementa la política es decisivo para su resultado. En el marco de este planteo de no separación estricta entre formulación e implementación se abordan los lineamientos de un modelo particular, el de F. Scharpf, de institucionalismo centrado en actores para aplicar a este análisis.

2.3. Propuesta del modelo del institucionalismo centrado en actores

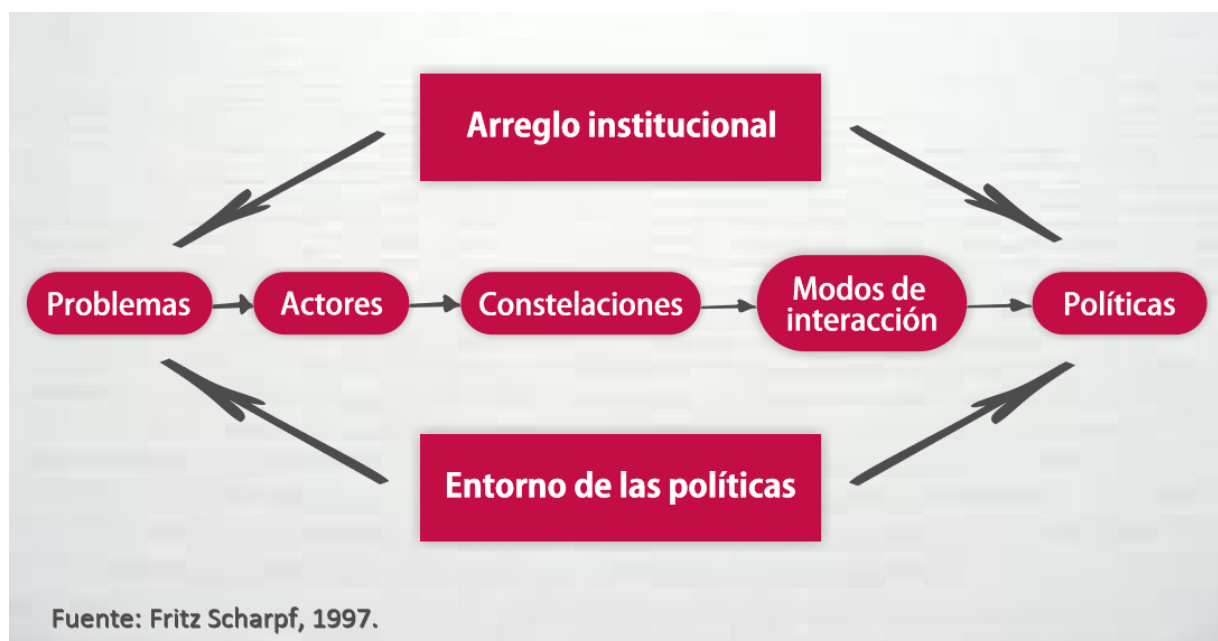
El presente estudio de caso utiliza los marcos teóricos que se inscriben en las corrientes institucionalistas, y dentro de ellos el **institucionalismo centrado en los actores**, de Fritz Scharpf, seleccionado por su propuesta superadora de los reduccionismos de los enfoques **racionalistas** que se centran en el agente y las limitaciones de los **culturalistas** que focalizan la estructura.

El modelo propuesto por Fritz Scharpf es un enfoque **relacional** entre el agente y la estructura, útil en el análisis de las políticas públicas. Se caracteriza por brindar el

mismo peso a las acciones estratégicas, interacciones y los recursos individuales y corporativos para permitir, constreñir y modelar los efectos de las estructuras institucionales y las normas institucionalizadas. (Scharpf, 1997)

El autor elabora un modelo básico de explicación de las políticas públicas a través de un conjunto de conceptos claves.

Figura 1 - Cuadro resumen modelo institucionalismo centrado en actores



En primer lugar, los actores, cuyo origen puede localizarse en una institución, entendida como una serie de reglas e interacciones preexistentes en el tiempo. Estas reglas institucionales son constituyentes de los actores pero también inciden en su permanencia y desempeño; definen criterios de membresía, recursos disponibles, esfera de actividades legítimas, el alcance de sus representantes. (Scharpf, 1997)

Las instituciones posibilitan elecciones, delimitan restricciones y moldean preferencias, permitiendo así volver los comportamientos predecibles en el tiempo y suministrando una irremplazable fuente de información para los actores participantes. (Scharpf, 1997)

En líneas generales, tanto los incentivos positivos como negativos que afectan las reglas institucionales simplemente incrementarán o disminuirán los beneficios

asociados con el uso de estrategias particulares y por lo tanto la probabilidad de ser aplicados por actores interesados en esos beneficios. (Scharpf, 1997).

En términos de la teoría de juegos, las instituciones no sólo restringen estrategias atractivas, sino que también configuran quiénes serán jugadores importantes del juego y moldean sus percepciones y evaluaciones de los resultados de la matriz de resultados. (Scharpf, 1997)

Si los actores en los juegos políticos no supieran qué opciones sus interlocutores están considerando, todas las ganancias potenciales de intercambio y cooperación serían ignoradas y la producción social reducida a cero. (Scharpf, 1997)

En cualquier caso, una vez que las instituciones están instaladas y una vez que los actores han empezado a confiar en su función coordinadora, el cambio institucional será costoso y por eso las instituciones son difíciles de reformar y abolir, aún si las circunstancias que las han originalmente justificado no persisten más. (Scharpf, 1997)

Scharpf (1997) no concentra su interés en los actores individuales, si bien reconoce que las decisiones últimas se juegan en términos intrapsíquico y que la mayor dificultad con los enfoques centrados en actores es que, al final, deben descansar en explicaciones intencionales basadas inevitablemente en subjetividades. Scharpf enfatiza que los actores se organizan en **constelaciones**, el segundo término importante de este marco de trabajo.

Constelación es el conjunto de actores que participan en una determinada política así como sus estrategias de acción, los resultados emergentes de esas decisiones estratégicas y las preferencias de los actores respecto a esos resultados (Scharpf, 1997). Hay juegos no cooperativos, cooperativos, juegos de voto y juegos jerárquicos.

Los actores colectivos pueden agruparse de distintas formas (Scharpf, 1997):

a) Las coaliciones son semipermanentes arreglos entre actores con propósitos diversos pero convergentes o compatibles y que pueden usar sus recursos de acción en estrategias coordinadas. Aunque los cursos de acción son elegidos por la coalición como un todo, su efectiva implementación dependerá de las decisiones tomadas individualmente dado que los recursos de acción críticos son propiedad de los individuos miembro.

b) Los movimientos también dependen enteramente de la cooperación voluntaria de sus miembros pero difieren de las coaliciones en dos aspectos importantes. Por un lado su membresía es tan grande y dispersa que la coordinación por acuerdo negociado e incluso voto es virtualmente imposible. Por otra parte, los miembros del movimiento comparten generalmente un compromiso moral o ideológico con metas colectivas que deben ser perseguidas aún a costa de sacrificios individuales. Como en las coaliciones, no hay estructura de liderazgo institucionalizada.

c) Los clubes comparten algunos de los aspectos de las coaliciones, pero se benefician además de las ventajas de los recursos colectivos. La membresía

típicamente implica contribución regular.

d) Las asociaciones están integradas por ambas dimensiones. Los recursos críticos de acción son propiedad colectiva y las alternativas son evaluadas al nivel del actor colectivo. Generalmente tienen estructura bottom up, mientras que los actores corporativos suelen ser organizaciones top down bajo el control jerárquico de un liderazgo.

Figura 2 - Identificación de actores colectivos y características de los mismos

	ACTORES COLECTIVOS					
	Actores agregados	Coalición	Club	Movimiento	Asociación	Actores Corporativos
ACCIÓN	Individual	Conjunta	Conjunta	Conjunta	Conjunta	Organizada
PROPÓSITO	Individual	Individual	Individual	Colectivo	Colectiva	Organizado
RECURSOS	Individual	Individual	Colectiva	Individual	Colectiva	Organizados
DECISIONES	Individual	Acuerdos	Voto	Consenso	Voto	Jerárquica

Fuente: Fritz Scharpf, 1997.

La figura 2 ilustra qué tipo de acción, propósito y recursos es más común según el tipo de actor colectivo identificado.

Este enfoque introduce un tercer elemento en su explicación, que es lo que el autor denomina **modos de interacción**, concepto que refiere a las formas en que unos actores se conducen con respecto a los otros, los cuales están en gran medida condicionados por el contexto institucional en el que se desenvuelven. Cada modo de interacción está regulado por un sistema de pautas institucionales para el uso de ese modo en cuestión. Scharpf utiliza para describirlos los términos **acción unilateral, acuerdo negociado, mayoría votada, directiva jerárquica**. (Scharpf, 1997)

Las orientaciones de interacción (Scharpf, 1997) pueden clasificarse en:

Individualismo: propia de la asunción de la maximización del interés particular.

Solidaridad: una ganancia para el otro o una ganancia para uno son igualmente valoradas.

Competencia: describe el mecanismo psicológico de la necesidad de ganar o de la

envidia.

Altruismo: una ganancia para el otro será considerada un resultado positivo para uno mismo y los beneficios que puedan obtener el propio yo resultan irrelevantes en la interacción.

Hostilidad: describe el mecanismo psicológico de odio o sadismo. La pérdida del otro se considera una ganancia para uno.

Aunque en las interacciones existan múltiples orientaciones, se asume que si el actor puede mejorar el resultado obtenido, o alguno de los otros puede hacerlo, lo hará, dado que opera como individuo racional. Bajo estas premisas, la interacción que puede llevarse a cabo es descrita por Scharpf como **juegos secuenciales**, partiendo de un status quo, donde los actores moverán unilateralmente cada vez que vean que pueden obtener una mayor ventaja en el resultado. Pero, dado que se asumen miopes, no habrá estrategia general que anticipe todos los movimientos potenciales y contra movimientos de los actores involucrados. Así, las interacciones continuarán a menos que se alcance lo que se conoce en teoría de juegos como equilibrio de Nash. (Scharpf, 1997)

Las interacciones políticas y sociales tienen este carácter de **largas y continuas secuencias de interacción** en las cuales nadie puede, al principio, adivinar las futuras constelaciones a elegir y generar una estrategia completa y anticipatoria como postula la teoría de los juegos no cooperativos. Esta es una apreciación importante que proporciona el institucionalismo centrado en actores que se retomará a lo largo de todo el estudio de caso. (Scharpf, 1997)

El **ajuste mutuo** carece de cualquier mecanismo que pueda evitar que los jugadores se inflijan daños los unos a los otros que puedan exceder las ganancias esperadas. Por lo que no hay garantías que permita obtener ganancia de bienestar social comparado al status quo. (Scharpf, 1997)

En escenarios de instituciones mínimas, la **coordinación negativa** es otra forma de ajuste descrita por Scharpf. Puede aparecer en dos formas: una variante de acción unilateral o la variante de acuerdo negociado. Lo que importa en cada caso es el requerimiento de que los actores, en la selección de su propio curso de acción, están impelidos a evitar daños a los intereses protegidos de otros actores en juego. Es decir, supone que el ocupante de un interés protegido es capaz de bloquear la acción del contrario a través del ejercicio de un veto. (Scharpf, 1997)

Los acuerdos negociados que refiere este marco teórico son útiles porque iluminan problemas que los negociadores deben resolver y constituyen importantes costos de transacción (Scharpf, 1997):

- 1) Problema de implementación veraz.
- 2) Problema de alcanzar un acuerdo. El punto de no acuerdo (NA) en la negociación corresponde a la salida de juego obtenida en la intersección de la

estrategia maximin de todos los jugadores. Claramente, si NA representa la mejor opción unilateral, ningún partido racional aceptará un resultado que sea menos atractivo que ese punto.

3) Problema de la producción de valor y de la distribución de valor.

4) El dilema del negociador. La consecuencia de esta vulnerabilidad a asimetrías de información, simulación, mentira y otras estrategias oportunistas se describe como el dilema del negociador. Tiene que primar el modo cooperativo al modo competitivo en la psicología del negociador.

Las decisiones que configuran las políticas públicas están influenciadas por un **sistema institucional más amplio**, dentro del cual tienen lugar esas interacciones y al cual el autor clasifica en: a) campos anárquicos e mínimas instituciones; b) redes, regímenes y sistemas de decisión conjunta; c) asociaciones, constituciones y asambleas representativas, y d) organizaciones jerárquicas y Estado. Estos factores influyen también en las decisiones. (Scharpf, 1997)

Figura 3 - Tipos de encuadre institucional

	Encuadre Institucional			
	Campo anárquico	Redes	Asociaciones	Organizaciones
Acción unilateral	X	X	X	X
Acuerdo negociado	(X)	X	X	X
Voto de mayoría	-	-	X	X
Directiva Jerárquica	-	-	-	X

Fuente: Scharpf, 1997

Como indica la figura 3 determinadas formas de interacción sólo son posibles o esperables en encuadres institucionales determinados.

Seleccionando un problema o serie de problemas para analizar, se procede a identificar la constelación de actores involucrados en la resolución del problema. Identificarlos presupone también señalar sus percepciones, intereses, acervos culturales, en la medida de lo posible y las preferencias de los actores respecto a los

resultados posibles. Una vez realizado, se localizan los modos de interacción entre los actores, que desembocan en las políticas establecidas. (Scharpf, 1997)

Las instituciones, al mismo tiempo que estructuran los incentivos de los intercambios políticos, sociales o económicos, son variables que median entre el poder y los resultados. Las interacciones entre los actores no se desarrollan en el espacio neutro, sino en un espacio estructurado por relaciones de "poder" (Zurbriggen, 2006)

Scharpf (1997) propone para este análisis la **lógica situacional**, lo que implica un sistema de interacción sociopolítica, con recursos disponibles, estructura de oportunidades en el marco institucional y el desarrollo de una serie de formas de interacción. El marco institucional es así también objeto de análisis.

Como expresa Zurbriggen (2006) esta perspectiva permite desagregar el Estado, entrar en la caja negra y comprender que las organizaciones están habitadas por individuos y que, en la búsqueda de soluciones a los problemas colectivos, ellos están restringidos por marcos institucionales. La importancia de integrar esta lógica de análisis de las políticas públicas es de importancia central para los objetivos de un gobierno, dado que tanto la incorporación de un tema en la agenda como el diseño de una nueva política, a través de una legislación y demás regulaciones, tienen poca posibilidad de éxito si los actores que los deben cumplir están poco interesados en ello. Implica la necesidad de situar a una acción política y social en el contexto estructural que tiene lugar.

3. Segunda parte

3.1. Políticas públicas e intervención psicosocial.

En Chile, durante la década del '70 se realizaron experiencias de trabajo comunitario en políticas de salud mental, que aportaron elementos conceptuales y diseños originales para el abordaje de los problemas sociales y de salud en el marco de políticas sociales y de salud, fundamentalmente cristalizando en dos modelos: Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental Poblacional (Alfaro, 2000). No obstante, fue recién post dictadura que proliferaron programas y **políticas** con una **concepción psicosocial de las problemáticas** y con una pauta de intervención integral en pobreza y exclusión (Alfaro, 2007).

El surgimiento de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) potenció un rol cada vez más activo del psicólogo. Se configura un espacio técnico, material e institucional para los psicólogos comunitarios, con la realización de acciones orientadas a la subjetividad que incluyen procesos psicosociales, prácticas que desde entonces se denominan **intervenciones**

psicosociales (Alfaro, 2007)

Hasta antes de la dictadura primaba una mirada economicista de los problemas sociales y una focalización en la reducción de la pobreza, situación que fue cambiando con la transición al sistema democrático y con un rol más protagónico de parte del Estado chileno, que comenzó a organizar programas que no sólo mejoraran las dimensiones materiales de la pobreza, sino que tuvieran en cuenta dimensiones sociales y psicológicas de las personas comprometidas.

La **intervención psicosocial** adquiere pertinencia en este escenario para mejorar así la calidad de vida y el bienestar de las personas, superando el clásico énfasis en marginación, inadaptación, pobreza, etc. Muta de un enfoque inicial centrado en la carencia, el déficit y la patología a una intervención proactiva, preventiva y de mejora de la calidad de vida. En la intervención social los esfuerzos se dirigen hacia enfoques que buscan el desarrollo en personas, grupos y comunidades de las necesarias habilidades y competencias para analizar mejor su realidad social y buscar las soluciones más adecuadas a sus problemas. (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1998).

En lo que refiere a sus **objetivos** se plantea reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, mediante la colaboración para disolver problemas concretos que afectan a individuos, grupos o comunidades aportando recursos materiales o profesionales, o mediante la promoción de una mayor calidad de vida. Situaciones de riesgo que tienen que ver con la falta de cobertura de necesidades humanas muy básicas que se encuentran directamente condicionadas por el entorno social: necesidades de subsistencia, convivencia e integración social, participación, acceso a la información y a los recursos sociales, igualdad de oportunidades, entre otras. (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1998).

Este panorama complejo la hace subsidiaria de un abordaje interdisciplinar en el que el psicólogo trabaja codo a codo con trabajadores sociales, abogados, sociólogos, economistas, y otros profesionales. (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1998).

Las políticas públicas empiezan entonces a desplazarse desde el clásico enfoque en el acceso a recursos y bienes disponibles a examinar las **estructura de oportunidades y capacidades** que tienen los individuos. (Raczinsky, 1995)

En el sentido de esta estructura, las intervenciones psicosociales aportan a las políticas públicas un esquema de referencia que considera tres elementos: a) necesidades sociales, b) formas de organización previas que responden a ellas, c) interacción entre actores sociales en un ambiente determinado. Estas relaciones se estructuran en un contexto histórico, político, económico y social, con racionalidades específicas por la diversidad de actores sociales. Dentro de estas racionalidades podemos identificar la política, la técnica, la burocrática y la popular. Se configura así un escenario social complejo y cambiante. (Lera, 2014)

Desde el punto de vista de la psicología comunitaria la **intervención social comunitaria** hace referencia a procesos intencionales de cambio, mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de organizaciones comunitarias

autónomas, a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad; y a propiciar un rol activo en la modificación de las condiciones que las marginan y excluyen (Chinkes, Lapalma, Nissemboin, 1995).

3.1.1. Rol del psicólogo comunitario en las intervenciones psicosociales de las políticas públicas.

Las políticas públicas demandan distintos tipos de perfiles de profesional psicólogo, fundamentalmente el **socio-comunitario**, para intervenir en áreas como la salud mental, la pobreza, la delincuencia, las toxicomanías, los problemas habitacionales, entre muchos otros. (Alfaro, 2012)

Sus principios fundamentales de trabajo son la **autogestión** de las personas y asumir como centro de poder la **comunidad**, apostando a reducir cualquier forma de paternalismo, autoritarismo o intervencionismo. (Montero, 2004)

En Latinoamérica la psicología comunitaria surge de la disconformidad con una psicología social que se situaba bajo el signo del individualismo y que practicaba con riguroso cuidado la fragmentación, pero que no ofrecía respuesta a los problemas sociales. Nace, entonces, del vacío provocado por el carácter eminentemente subjetivista de la psicología social psicológica y por la perspectiva eminentemente macrosocial de otras disciplinas sociales volcadas hacia la comunidad. Es también una psicología que mira críticamente, desde sus inicios, las experiencias y prácticas psicológicas y el mundo en que surge. (Montero, 2004)

El psicólogo comunitario trabaja sobre el **bienestar ecológico de una comunidad**, es decir, contribuye al desarrollo de recursos naturales de ella para solucionar sus problemas partiendo de la base que el cambio ya se está produciendo. La comunidad es un grupo preexistente al observador, en constante evolución y ya organizado para resolver sus conflictos. (Montero, 2004)

Una intervención ecológica, entonces, incluye los medios para que la comunidad funcione como un mejor ecosistema al resolver un problema comunitario, enfocándose en dos procesos: solucionar un problema y desarrollar concomitantemente la comunidad. Este proceso incrementa la satisfacción tanto de los ciudadanos como de los profesionales, y mejora la forma de vida social.

El psicólogo comunitario no permanece desconectado de otras fuentes de pensamiento y de otras disciplinas. No sólo para tomar préstamos conceptuales sino como herramientas que permiten ampliar su panorama en la intervención. Opera sobre una estructura compleja, la comunitaria, con sus puertas de entrada y con límites claros en la posibilidad de intervención del profesional. (Montero, 2004)

Entre los quehaceres profesionales del psicólogo comunitario, el **abordaje integral**

de la infancia, objeto de análisis de este estudio de caso, supone trabajo interdisciplinario e intersectorial, en el cual el psicólogo tiene ámbito de acción en distintas instancias lo que representa un desafío al que aportar y ser interpelado desde la política pública.

No obstante la pertinencia de su rol, el vínculo entre psicología comunitaria y políticas sociales ha sido históricamente tensionada por contradicciones y desencuentros, lo que no quita que resulte vital para el avance la política social y su correcta implementación la expertise del psicólogo comunitario. En ese horizonte, no sólo basta con que el psicólogo comprenda los marcos institucionales de la política sino que también debe tener acabado conocimiento sobre las dinámicas propias de los actores sociales que habitan en ellas. (Alfaro, 2013)

La psicología comunitaria es capaz de aportar insumos de conocimiento científico en los distintos niveles o fases del ciclo de las políticas públicas, tales como la formulación, la fundamentación, el diseño, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y la fijación de prioridades (Bishop et al., 2009; Ornelas, Vargas-Moniz & Madeira, 2012; Perkins, 1995; Phillips, 2000; Rappaport, 1977; Rodríguez, 2012).

Pero a su vez, también el rol del psicólogo resulta interpelado por tres aspectos; (1) el encuadre de valores y discursos de las políticas, y particularmente, su incidencia sobre el marco de orientación de las diversas prácticas de intervención social posibles; (2) los campos de quehacer profesionales y áreas de desarrollo académico que las políticas sociales abren, es decir, al aumento de prácticas de aplicación y uso de recursos técnicos y conceptuales, y el consiguiente enriquecimiento y potenciamiento de la psicología comunitaria; y (3) como consecuencia de lo anterior, se habría producido y/o ampliado un proceso de institucionalización universitaria de la disciplina. (Alfaro, 2013)

La experiencia misma del psicólogo en el quehacer de la política pública permite el uso de técnicas propias de la disciplina, su entrenamiento, su incursión en otras áreas programáticas lo que potencia la diversificación, innovación y enriquecimiento de las prácticas profesionales de la psicología. (Alfaro, 2013)

Los **desencuentros** y las **tensiones**, a pesar de esta conexión prolífica, se producen fundamentalmente cuando la orientación propia de la psicología comunitaria (promoción de participación social, empoderamiento de la población, procesos bottom-up) y determinados encuadres de políticas sociales no coinciden, afectando su vocación crítica y su capacidad para generar cambios sociales (Freitas, 2000; Krause, 2002; Lapalma & De Lellis, 2012; Montero, 2010; Rodríguez, 2009). Naturalmente esta tensión se vuelve más acuciante cuando el modelo de política social es asistencial, paliativa, centrada en el déficit, que derivan de concepciones subsidiarias del rol del Estado en materia de políticas sociales (Giorgi, 2005; Gonçalves, 2010; Krause, 2002; Rodríguez, 2009; Teixeira et al., 2012).

Como refiere Alfaro (2013) desde la psicología comunitaria se discute la necesidad de asumir que **el conocimiento producido por si mismo no basta para sustentar procesos de influencia o de cambio de políticas públicas o sociales**. El efecto del

conocimiento científico sobre las políticas no es directo, e incluso tiende a ser débil, siendo simplista considerar que una utilización mayor del conocimiento social, de por sí, redundaría de forma automática en una mejora en las decisiones del gobierno. No se trata de un problema de escasez de conocimientos sino de la capacidad que se tenga de comprender las tensiones y dificultades para dialogar que se generan entre agentes de la disciplina y quienes formulan las políticas.

En consecuencia, se requiere asumir que, en las negociaciones y gestiones de poder entre escenarios académicos y políticos, es fundamental comprender que no rige la lógica pura, sino que entran en juego elementos de interpretación que son mucho más relevantes a la hora de llevar adelante una propuesta. De esta manera, para pensar el cambio y la incidencia sobre las políticas, es necesario no sólo poner foco o énfasis en el conocimiento disciplinar, sino que es necesario asumir la complejidad del proceso de construcción de las políticas, y las especificidades de los distintos niveles de gobierno y de sus actores. (Alfaro, 2013)

Bishop et al. (2009) consideran que, para poder generar cambios en las políticas sociales, el psicólogo o psicóloga comunitario debe asumir su **complejidad** y deconstruirlas, determinando a quiénes afecta y estableciendo los contextos y cosmovisiones de las personas participantes desde una perspectiva multidisciplinaria. Esto es, situar el funcionamiento de los grupos participantes en un marco local, social, histórico y político amplio, asumir que las burocracias son parte del proceso y reconocer la diversidad, de modo de incorporar todos los puntos de vista, incluido el de la comunidad.

Asimismo Phillips (2000) señala que **la relación entre ciencia y política es compleja** y denota una tensión múltiple; es de suma importancia entender la cultura política. Así, desde este punto de vista, los problemas en el vínculo entre psicólogos, psicólogas y formuladores/as de políticas se explican en gran medida por el desconocimiento que tendrían los psicólogos y psicólogas comunitarios de las políticas públicas. Este desconocimiento se puede dar en aspectos relevantes tales como entender las restricciones y límites que constriñen las políticas (presupuestos, presiones políticas, etc.), o la relevancia que tienen los marcos institucionales y normativos que las delimitan.

Desde estos desarrollos las políticas sociales se estructuran como escenarios abiertos en los que se despliegan fuerzas y dinamismos sociopolíticos. A estos concurren también múltiples racionalidades y sistemas simbólicos, opciones políticas, ideológicas, técnicas y disciplinares, que se materializan en actores diversos entrelazados en procesos de interacción y negociación a distintos niveles. Si hacemos un repaso global de esta literatura, se distinguen tres dimensiones o ejes de tensión y diversidad en las políticas sociales, relacionados con la noción de éstas, y con diferencias sustantivas en la configuración institucional y técnica que condiciona la implementación de intervenciones sociales en las que participa la psicología comunitaria. Estas dimensiones resultan claves de tener en cuenta al analizar, investigar y orientar líneas de acción tendientes a potenciar este vínculo y favorecer la influencia de la disciplina. (Alfaro, 2013)

No obstante este panorama dotado de múltiples aristas, el conocimiento técnico del psicólogo es indudablemente **relevante** para las políticas públicas y cobra mayor impacto cuando participa desde el proceso de diseño mismo, lo que supone el diálogo entre los interlocutores profesionales y los agentes de la política. Su participación en la formulación no es específicamente el centro del análisis en este estudio de caso. Sí es más pertinente la necesidad de que el profesional de la psicología conozca las limitaciones propias del mundo de las políticas públicas, es decir, la relevancia de los marcos institucionales, las normativas, las definiciones institucionales, sus límites, los actores preexistentes que intervienen en la implementación.

4. Tercera parte

4.1. Situación de la primera infancia en Chile.

4.1.1. Panorama histórico

La salud y el desarrollo de niñas y niños ha sido una prioridad constante de las políticas sociales chilenas desde inicios del siglo XX, lo que se tradujo con el correr del tiempo en el notable descenso de la mortalidad infantil, desde un estimado de 370 en el año 1900 a 7,6 por 1.000 nacidos vivos en el año 2006. Esta mejoría determinante resultó de los avances en la medicina, la mejora de la calidad de vida, la aplicación de programas de salud universales y el accionar de instituciones ya desde albores de siglo XX. (Memoria Chile Crece Contigo 2006-2010)

La impronta de los nuevos programas de infancia va siendo la **supervisión del desarrollo normal**, desde la etapa prenatal, el parto y durante los controles del recién nacido hasta la edad escolar. Una amplia cobertura del 70% se alcanza en la década del '60 y se consolidaron políticas nutricionales como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). (Memoria Chile Crece Contigo 2006-2010)

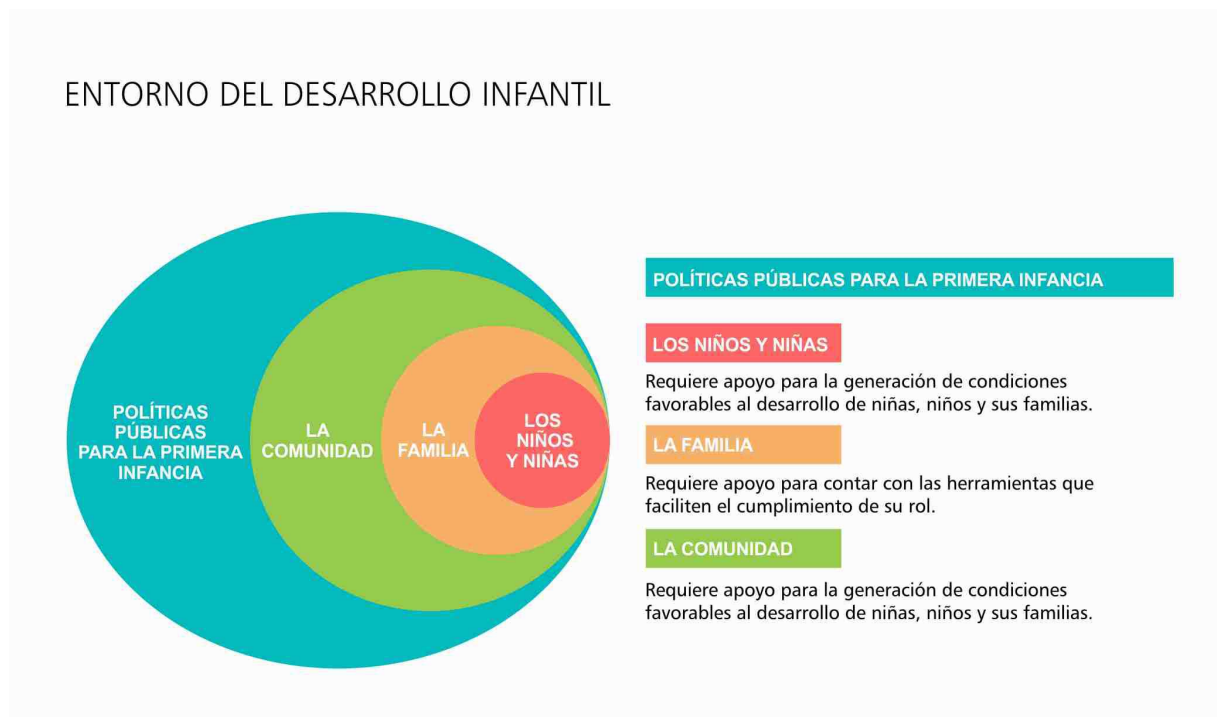
En el año 1979 se produce la primera reforma para **descentralizar los servicios de salud**, la que pone fin al SNS con la reestructuración del sistema público en servicios de salud autónomos que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Al mismo tiempo, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como ente financiero del sector y se produce la Municipalización de la Atención Primaria.

Así, en 1990 Chile, presentaba una de las tasas más bajas de mortalidad infantil ocupando la cuarta ubicación entre 28 países de la región, con una tasa de muertes de 16/1.000, superado sólo por Canadá, Estados Unidos y Cuba (tasas de 7, 10 y 13, respectivamente). (Memoria Chile Crece Contigo 2006-2010).

4.1.2. Escenario actual

Para el nuevo siglo se implementa el Plan de Salud Familiar en la Atención Primaria que cambia el enfoque de intervención hacia un **equipo de salud familiar**, multiprofesional con tarea conjunta de psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos entre otros, apuntando a la promoción de estilos de vida saludables, a la consideración del contexto que rodea a los niños y niñas, relevando la familia y la comunidad y no sólo el tratamiento de enfermedades.

Figura 4 – Entorno del desarrollo infantil y políticas públicas



Fuente: Memoria Chile Crece Contigo – 2006-2010.

En este contexto más favorable, el **programa de salud del niño** impulsó en el año 2004, la ampliación de actividades de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor de lactantes y preescolares, así como también, el fortalecimiento de la prevención del retraso a través del trabajo con los padres, familias, cuidadores(as) y la comunidad.

En 2002 se implementa **Chile Solidario**, antecedente del actual Sistema de Protección Social. Chile Solidario genera un nuevo paradigma para las políticas sociales, buscando crear una red de protección social que vincule el conjunto de programas relevantes. Se busca acompañar y proporcionar apoyo psicosocial a las familias chilenas en situación de extrema pobreza, con el fin de apoyar el desarrollo de las capacidades de sus integrantes que les permitan salir de dicha situación. El modelo se sustenta en el enfoque de derechos con garantías explícitas, el apoyo psicosocial de las familias y la articulación en red del conjunto de programas sociales. (Memoria Chile Crece Contigo 2006-2010)

En este año la encuesta CASEN (2013) entrega que:

1. La atención profesional del parto había alcanzado una **cobertura muy cercana al 100% (99,84%)** y, aunque con importantes diferencias de acuerdo al nivel de pobreza y ruralidad comunal, se había alcanzado un descenso sostenido de la mortalidad infantil. (Indicadores Básicos de Salud, MINSAL 2013)

2. El **control prenatal**, en el sistema público de salud, cubre cerca del 90% de las gestantes, con 6 contactos en promedio durante el período de gestación.

3. El **control de salud del recién nacido**, en el sistema público de salud, cubre cerca del 100%, mientras el programa de salud infantil también exhibe altas coberturas en los dos primeros años de vida de niños y niñas.

5. El **23,2% de los niños y niñas menores de 4 años vive en situación de pobreza**, cifra considerablemente mayor respecto de los mismos índices para la población adulta, de más de 18 años (11.8% de pobreza). (CASEN, 2013)

6. La **cobertura de educación parvularia es del 28,4%**, y las diferencias de acceso entre niños y niñas menores de 4 años de los quintiles más vulnerables, respecto de aquellos pertenecientes a los quintiles más altos de la población resultan inquietantes, en tanto en el quintil más pobre apenas el 24,4% asiste, mientras que en el más rico, lo hace el 35,9% de la población en edad correspondiente. (CASEN, 2013)

4.2. Sistema de Protección Integral Chile Crece Contigo.

El Sistema de Protección Integral Chile Crece Contigo está dirigido a toda la población nacional (niños, niñas en primera infancia y sus familias) que mediante sensibilización, promoción, información y educación, sobre cuidado y estimulación oportuna, busca generar un ambiente social con entornos familiares y comunitarios favorables, que contribuyan al despliegue máximo del potencial de desarrollo de niños y niñas en esta etapa de la vida. Su marco normativo es la Ley N° 20.379, publicada en el Diario Oficial de 12 de septiembre de 2009.

El sistema Chile Crece Contigo configura una política pública **intersectorial e integral** y entre sus componentes se encuentran el Programa Educativo Masivo, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, el Programa de Apoyo al Recién Nacido/a y las Prestaciones diferenciales de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas). La cobertura de sus prestaciones comprende desde la gestación hasta los 4 años de edad, mediante el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBS) y el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), objeto de análisis de este estudio de caso.

Cuenta con cuatro grandes intervenciones:

a) Programa Educativo Masivo: Dirigido a toda la población nacional, tanto a los niños como a sus familias. Busca entregar información y educación y sensibilizar acerca del cuidado y estimulación necesario para los niños, procurando que el entorno familiar y comunitario que lo recibe sea el más adecuado.

b) Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial: apunta y sigue la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas desde la gestación hasta su entrada a prekinder. Trabaja en cinco áreas: a) Fortalecimiento de los cuidados prenatales, b) Atención personalizada del proceso de nacimiento, c) Atención Integral al niño o niña hospitalizado/a, d) Fortalecimiento del control de salud del niño/a, y e) Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil con riesgo o rezago en su desarrollo).

c) Programa de Apoyo al Recién Nacido: pretende igualar las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas entregando a las familias apoyo en elementos prácticos y educativos a través de un Set de Implementos Básicos desde el nacimiento, de calidad, que permita un espacio seguro para el desarrollo y el apego.

d) Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas

Figura 5 – Subcomponentes del Programa de Apoyo al Recién Nacido

Componente	Unidad y período	Sub Componentes	Actividades
ATENCIÓN PERSONALIZADA DEL PROCESO DE NACIMIENTO	Hospital Nacimiento	A. Atención personalizada del parto	Atención personalizada del parto y parto.
		B. Atención integral en el puerperio.	1. Atención personalizada e integral a la mujer puerpera y al recién nacido. 2. Contra referencia personalizada de familias con vulnerabilidad biopsicosocial. 3. Coordinación oportuna con el equipo de salud de la atención primaria.
		C. Programa de apoyo al recién nacido (PARN)	1. Educación sobre el uso de los implementos PARN y sobre crianza temprana con enfoque respetuoso del recién nacido. 2. Entrega del set de implementos básicos para el recién nacido y del material educativo.

Fuente: Página web institucional del Programa (chilecrececontigo.gob.cl)

En la siguiente figura se puede observar que la población bajo cobertura del sistema Chile Crece Contigo es más amplia que la del PARN, que se concentra específicamente en aquellos bebés que nacen en la red de atención pública y sus familias.

Figura 6 – Esquema de cobertura de la población de Chile Crece Contigo



Fuente: Página web institucional del Programa (chilecrececontigo.gob.cl)

4.2.1. Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)

Desde las ciencias económicas hay sólida evidencia de que una fuerte inversión social en primera infancia tiene el poder de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza y que la tasa de retorno de la inversión en programas y políticas públicas para los primeros años de vida puede ser hasta de 8 veces, retorno que va disminuyendo progresivamente al aumentar la edad (Molina, Cordero y Silva 2008).

En ese contexto la **Ley N° 20.379**, publicada en el Diario Oficial de 12 de septiembre de 2009 crea el Sistema de Protección Integral de la Infancia o Chile Crece Contigo, para aportar a que los niños y niñas nacidos en el sistema público de salud cuenten con las condiciones mínimas de bienestar que requieren para su desarrollo.

Uno de los subcomponentes estratégicos de Chile Crece Contigo es el Programa de Apoyo al Recién Nacido (dentro del Programa de Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento) que busca “Potenciar el desarrollo integral de niños y niñas desde la gestación hasta su ingreso a pre kínder, para avanzar en la disminución de las brechas

de desigualdad”.

El objetivo general del PARN es complementar el Subsistema de Protección Integral a la Infancia mediante la entrega de un set de implementos, educación y fortalecimiento de la atención integral a las familias cuyo parto fue atendido en la red asistencial de los Servicios de Salud del país. Busca apoyar y fomentar las mejores condiciones para el proceso de vinculación entre el niño(a) y el adulto cuidador; entregar insumos para los cuidados físicos y afectivos que requiere el pequeño en los primeros meses de vida; proporcionar a las familias conocimientos sobre estimulación, cuidados básicos, vínculo y desarrollo infantil temprano con un enfoque de crianza respetuosa y fortalecer la atención integral de la mujer puérpera y el recién nacido en los servicios de maternidad y neonatología. (Nota metodológica PARN, 2015)

El set de implementos está organizado en cuatro paquetes que se concreta con el alta de la mamá de la maternidad. El set consiste en un cojín de lactancia, un portabebé tipo Mei Tai, una cuna corral equipada, una alfombra goma EVA y un set de higiene del bebé. Las actividades educativas sobre el uso de ese set y cuidados básicos y pautas de estimulación para un adecuado desarrollo se realizan en tres sesiones, dos en el consultorio de APS durante los controles prenatales que corresponden a las sesiones 3 y 4 de los talleres y luego en el hospital/maternidad durante la hospitalización post parto/nacimiento. (Dipres, 2011).

El PARN se implementa en la atención primaria de salud, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) que complementa al Programa de la Mujer y al Programa de Salud del Niño y de la Niña, donde se entrega información y educación durante los controles de gestación y en los talleres prenatales, que luego se refuerzan en los controles de salud infantil y talleres de habilidades parentales. Pero también se desarrolla en la maternidad de los hospitales de la red pública, donde se entrega el set y se realiza la sesión educativa durante el puerperio. (Nota metodológica PARN, 2015)

Es decir, el PARN consta de tres componentes: la entrega del set de implementos, los talleres educativos y el recientemente agregado, el fortalecimiento de la atención integral a la mujer puérpera y al recién nacido en las maternidades y hospitales de la Red Pública de Salud. Se aplica a nivel nacional desde 2009 y no tiene fecha de término prevista (Dipres, 2011).

La operacionalización de las condiciones de bienestar en la primera infancia realizada por el Programa consiste en:

1. Lactancia materna exclusiva al menos hasta el sexto mes de vida.
2. Sueño regular y condiciones para un dormir seguro.
- , 3. Experiencias tempranas de estimulación: hablarles, cantarles, jugar, etc.
4. Relación de cuidados con personas significativas o estables en tiempo.⁴

4 Fuente: Página institucional de Chile Crece Contigo (chilecrecontigo.gob.cl)

El Programa aspira a los siguientes resultados:

1. Niños con su necesidad de sueño diurno satisfechas, en el lugar apropiado y en instancias regulares.

2. Niños con su necesidad de sueño nocturno cubierta, en su cuna, al lado de la cama de sus padres, que se duerman en un horario similar diariamente, y que duerman en total el número de horas necesarias.

3. Niños que tomen pecho exclusivo, de ser posible, hasta los seis meses, con comodidad sobre el cojín de lactancia.

4. Niños cuya necesidad de higiene básica diaria, de aseo genital (en cada muda) y de baño (con la periodicidad particular) satisfecha, piel de genitales con protección ante dermatitis por contacto.

5. Niños con su necesidad de abrigo inicial satisfecha, a través del uso de la vestimenta inicial, y de abrigo nocturno por la ropa de la cuna al dormir.

6. Niños con su necesidad de contacto físico satisfecha, a través de la realización de masajes y de ser cargados o tomados en brazos por sus cuidadores.

7. Niños con sus ciclos fisiológicos (alimentación, descanso, mudas, baño, abrigo, estimulación) regulares.⁵

En principio la intervención del psicólogo no estaría considerada en la estructura del PARN, al menos de manera directa. Hay psicólogos desempeñándose en el equipo de CHCC en Atención Integral en el Puerperio, buscando detectar indicadores de depresión postparto o dificultades en el vínculo con el bebé. Este componente tiene en cuenta un enfoque biopsisocial lo que implica, lógicamente, un equipo de trabajo interdisciplinario.

También es posible detectar la labor del psicólogo en el trabajo con bebés hospitalizados en neonatología por complicaciones durante el nacimiento, para facilitar la presencia e intervención de la familia, ayudar a salir adelante si se produjo crisis, fomentar el contacto físico, entre otros.

El psicólogo además se encuentra presente en la atención integral del niño internado en pediatría, que busca brindar apoyo psicológico y emocional a las familias cuyo niño de entre un mes y cuatro años tiene un pronóstico complejo o algún tipo de patología que requiere cuidados para su desarrollo.

“Existen profesionales psicólogos en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) que pueden estar desarrollando tareas en el PARN dado que este último se inscribe en un sistema más amplio como es PADPB y CHCC, pero no están localizados

5 Fuente: Idem anterior.

específicamente en el Programa.” Entrevista Profesional Asesora – Departamento de Gestión y Coordinación de la Red Asistencial - Servicio de Salud Metropolitano

Asimismo la responsable desde el Ministerio de Salud de la gestión programática y el establecimiento de los lineamientos a los equipos del Programa de Atención al Recién Nacido es una profesional psicóloga y matrona. Del Ministerio de Salud, que realiza la gestión técnica y operativa, emanan los lineamientos generales del Programa a los Servicios de Salud, que luego los bajan a su vez a los Hospitales y maternidades, de los cuales cada uno implementa las prestaciones del PARN con sus recursos y su idiosincrasia, adecuándola a sus posibilidades. Hay que puntualizar en este sentido que el PARN no cuenta con personal específico propio más allá del administrativo.

No obstante, esta ausencia un poco explícita del profesional psicólogo en el quehacer diario y la preeminencia del rol de la matrona y del médico no considera en principio que el PARN beneficia a las futuras mamás que se hallan entre la semana 27 a la 36 de gestación y el desarrollo de los talleres PARN en ese tiempo es un período crítico para intervenir precozmente. Es importante destacar que el embarazo está asociado a una serie de cambios hormonales, cognitivos, fisiológicos y socioambientales. En algunos casos problemas psicológicos previos se agudizan o cronifican si no se acompañan con la intervención adecuada.

La noción de **salud mental perinatal** implica la alerta ante los riesgos psicológicos que conlleva para la mujer el embarazo por los cambios registrados en esta etapa y el stress consecuente, sin importar que tan positiva sea su respuesta emocional frente al mismo. La sintomatología depresiva o ansiosa es de las más comunes y pueden ser transitorias y adaptativas pero siempre asimiladas y acompañadas por el profesional psicólogo a tiempo se traducen en un mejor pronóstico. Valorar de forma rutinaria la salud mental de la madre durante el embarazo y el posparto en un primer nivel de atención, tiene el potencial de identificar de manera temprana a aquellas mujeres que presentan malestar psicológico o factores de riesgo significativos para trastornos mentales, para evitar posteriormente el surgimiento de psicopatología: lo cual implica el diagnóstico del vínculo madre-bebé, con la pareja, el riesgo de daño a la madre y al infante, así como si existen pensamientos suicidas y problemas psicosociales como la exposición a la violencia doméstica (López, M. E. et al, 2009)

En el caso de Programas universales como el PARN, o muy cercanos a ello, la diversidad de situaciones de las mujeres embarazadas hace doblemente necesario un abordaje de parte del psicólogo.

5. Cuarta Parte

5.1. Análisis del Programa de Apoyo al Recién Nacido desde el modelo del institucionalismo centrado en actores.

5.1.1. Características simbólicas y culturales de los actores involucrados en el PARN.

En el Programa de Atención al Recién Nacido participan:

- a. El equipo Nacional de Chile Crece Contigo (ejecuta, licita y apoya a los equipos del Servicio de Salud)
- b. El director o directora del Servicio de Salud (responsable de la ejecución del PARN en los establecimiento de su red asistencial)
- c. El director o directora del Hospital y la Jefatura de la maternidad (responsable de la ejecución local del Programa)
- d. Los equipos de salud de la Atención Primaria (educación a las familias)
- e. Los equipos de salud del Programa de Salud del Niño y de la Niña (educación a las familias)
- f. El personal de bodega y almacenamiento de las maternidades (que entrega el set y registra).

Los actores técnicos y políticos entrevistados tienen distintas profesiones pero coinciden en los años de experiencia en el Programa.

“La experiencia de trabajo de los equipos fue instalando progresivamente el Programa. El Ministerio de Desarrollo Social liderando la política y asumiendo que se trata de un tema en el cual no sólo está Salud genera coordinación.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

En general, la apreciación de las familias beneficiarias es que se trata de un amplio rango de familias de la sociedad chilena – una alta proporción se atiende en el sistema público de salud en su parto – y coinciden en señalar el agradecimiento y la alegría con la que reciben, fundamentalmente, el ajuar que acompaña al PARN.

“Los usuarios del PARN valoran que el nacimiento de su hijo no pase inadvertido. No sólo la protección y las garantías...sino también el gesto. Hay un reconocimiento social a su nacimiento, con un apoyo, con un beneficio directo que tiene impacto económico. Ellos valoran la calidad del insumo recibido. Agradecen también el tiempo dedicado, el oído, la calidad de todo.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Suele tratarse de familias que se atendían previamente en la Atención Primaria de Salud, que estaban monitoreadas desde ese sistema, cumpliendo los seis talleres educativos previos al nacimiento y que luego tienen su parto en condiciones de mayor predictibilidad en las maternidades del sistema público.

“Las familias del Programa suelen ser familias múltiples, extendidas, no nucleares, que se atendían previamente en APS. Hay algunas también de ISAPRES que tuvieron su parto luego en la red pública. De a poco van teniendo conocimiento de sus derechos, pero en

general adhieren a las prestaciones de salud. Hay necesidad de asistencia y apoyo, desde otro lugar también, más de escucha.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Otra entrevistada, en cambio, refiere que no todas las futuras mamás pueden ser puestas en cobertura en tiempo y forma:

“Hay problemas generados por migraciones, esto no se tuvo en cuenta originalmente al abrir el CHCC. Mamás que llegan de otros países y dan a luz acá pero no tuvieron los controles de salud previos, o llegan fajadas del avión y en malas condiciones. Hay problemas en los cuidados prenatales. También es difícil que el Programa llegue a las mujeres con problemas de adicción o en situación de calle, allí es más complicado establecer los controles previos al parto.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Los entrevistados hacen hincapié en la perspectiva de garantizar derechos para la familia, “igualar la cancha” desde el nacimiento, disminuir las desigualdades de desarrollo y potenciar un crecimiento pleno para los niños y niñas de Chile.

De las entrevistas efectuadas se desprende que, en general, es elevada la valoración que otorgan los usuarios al Programa, reconociendo que el ajuar o set de implementos es lo que más interesa a la familia, otros enfatizando que con el tiempo la familia valorará más los componentes educativos del Programa.

“Hay una valoración lenta del Programa, que surge desde el ajuar. La primeriza, en caso de que disponga de tiempo también valora lo educativo. Es una fortaleza del Programa que la gente comienza a poder exigir, a reconocer lo que es un derecho. El Programa prioriza el vínculo, fortalecerlo, y el parto humanizado.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Esto concuerda con la encuesta de satisfacción de los beneficiarios del PARN arroja como resultados que **el Programa es referido por sus usuarios como el set de implementos y aún no se reconoce como un programa integral que incluya variables educacionales** (Estudio de satisfacción de usuaria PARN. Citado en Tesis de Posgrado de David Opazo, 2015, ICCOM: 11-60).

5.1.2. Constelaciones de actores en Programa de Atención al Recién Nacido

El PARN se vincula con el **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial** (PADBP) dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL) también inserto en el CHCC, con la Subsecretaría de Salud Pública y con el Sistema Intersectorial de Protección Social (SPS) que institucionaliza el Subsistema Chile Crece Contigo (CHCC), del Ministerio de Desarrollo Social (ex MIDEPLAN). (Dipres, 2011).

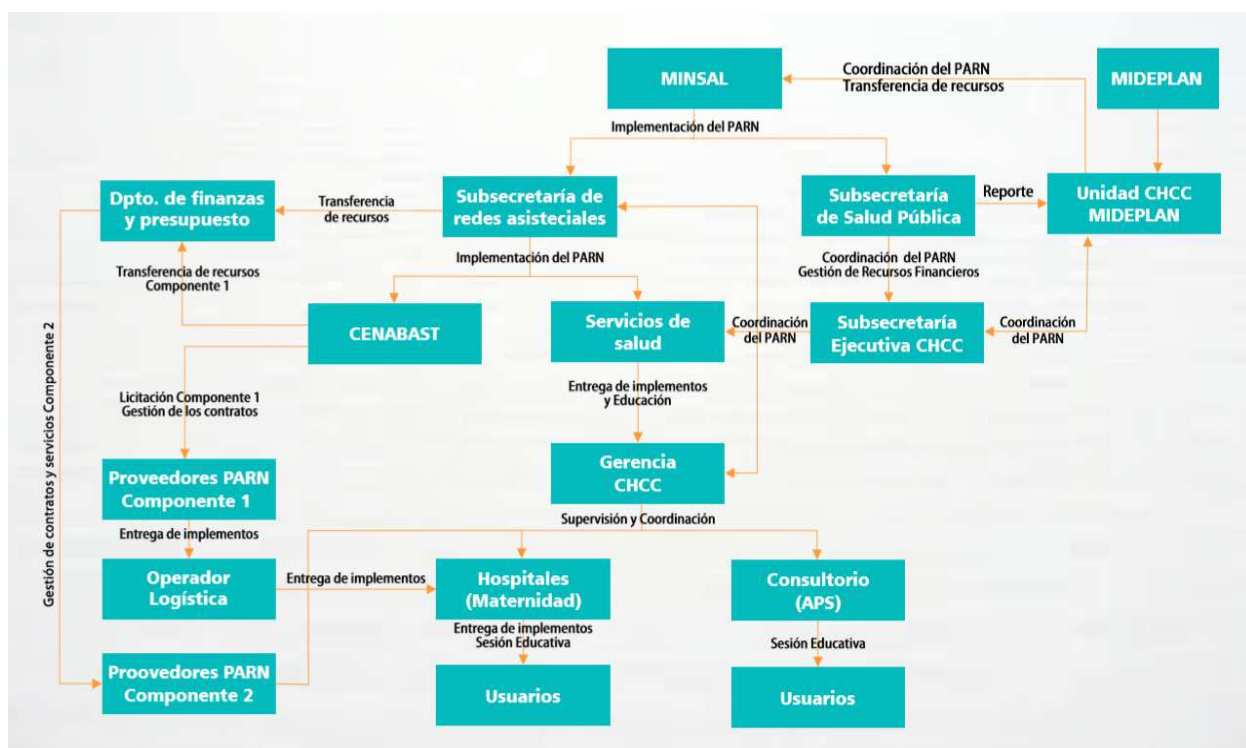
Siguiendo a Scharpf (1997), podemos identificar distintas **constelaciones** de actores

en el Programa. Constelación señala el conjunto de actores que participan en una determinada política, sus estrategias de acción en esa política, los resultados emergentes de esas decisiones estratégicas y las preferencias de los actores con respecto a tales resultados posibles (Scharpf, 1997).

De las coincidencias y divergencias de los actores se desprenderán también los modos de interacción preferidos. Es importante señalar que todo recorte que se realice en base a la teoría de referencia adolece de cierta arbitrariedad producto de la perspectiva con la que se realizó el recorte de lo que constituye, a todas luces, una realidad compleja. (Scharpf, 1997)

Precisamente el recorte es a los fines de dar cuenta, como mejor se pueda, de la complejidad dinámica de dicha realidad, como refiere en parte el organigrama siguiente:

Figura 7 – Organigrama del Programa de Atención al Recién Nacido



Fuente: Opazo (2015).

Así, tres grandes grupos se destacan en el PARN. Las constelaciones **políticas**, que tienen que ver con aquellos actores que definen el problema, lo incorporan a la agenda, diseñan la política y ordenan su ejecución. Los actores políticos tienen intereses creados en torno a la mejora de la condición de la infancia más vulnerable en Chile, pero también su juego obedece a intereses partidarios, ideológicos, de mandato de un

determinado gobierno, de consenso con los otros poderes del Estado, entre otros. Su diseño, a nivel macro, condensa la pretensión de integralidad en la actuación pero también despoja a la política del elemento más humano y más vital que tiene para aquellos que la experimentan desde abajo.

Como refiere Zurbriggen (2011) en una descripción de las comunidades políticas apropiada para esta caracterización de la constelación política, se trata de una red cerrada, con un limitado número de participantes estables, principalmente determinados organismos del gobierno central o partes dentro de esos organismos, grupo de interés, "expertos" del gobierno o de otras instituciones o universidades. El acceso a la comunidad es restringido y se excluyen otros grupos. En una comunidad política, la interacción de alta calidad y frecuente entre sus participantes determina que sea fácil llegar a un consenso sobre qué reglas, procedimientos y normas prevalecen en la elaboración de políticas. Ese consenso permite determinar qué problemas van a ser tratados, el contenido de los mismos, así como la forma en que deben ser resueltos.

Las constelaciones **técnicas** implementan este diseño y pueden participar en algunos procesos de rediseño, reformulando su aplicación con el insumo de la retroalimentación de la realidad y el contacto con las familias. Estas constelaciones suelen tener elevadas cargas simbólicas de expertise y conocimiento, sumados a la necesidad de mostrar eficacia y eficiencia en las tareas delegadas. Además son los grupos de actores que más contacto directo tienen con el problema real y los que saben leer en él sus matices y contradicciones.

Las constelaciones **familiares** están integradas por familias que son catalogadas como dificultadas en su acceso a los recursos materiales y la información necesaria para una adecuada crianza del recién nacido. Su definición del problema que motiva el Programa seguramente transita por cauces diferentes a los de las constelaciones políticas y técnicas que lo diseñan e implementan. Según los distintos informes y evaluaciones del Programa, el set de implementos que reciben les resulta útil a medias, encontrando de valor reducido determinados elementos que no forman parte de su universo simbólico y cuya aplicación es escasa. Asimismo el material educativo no es del todo utilizado, dado que se ponen en juego en su uso hábitos de lectura, patrones culturales, modelos de maternidad que no siempre se traducen en consultar ese material.

Uno de los aportes más significativos de la teoría de F. Scharpf, así como de colegas académicos de la escuela alemana vinculados al Instituto Max Planck, ha sido avanzar en la superación de la dicotomía agente-estructura. La política, entonces, en lugar de emanar de una autoridad central es elaborada en un proceso que involucra a una pluralidad de organizaciones tanto públicas como privadas. De este modo, se destaca el pasaje de una situación donde el Estado aparecía claramente como el centro del poder político y detentaba el predominio de la articulación y representación del interés colectivo, a un escenario donde se requieren nuevas modalidades de interacción público-privada. El nuevo modelo estaría indicando una transformación del ejercicio de gobierno, desde un rol marcadamente centralizado y jerárquico a uno policéntrico. Se utilizan expresiones como el pasaje del gobierno a la gobernanza, de la jerarquía a las

redes, del poder concentrado al poder difuso, del Estado unitario o centralizado al fragmentado, de los Estados monolíticos a los Estados vacíos. (Zurbriggen, 2011)

5.1.2.1. Constelaciones políticas

A partir de la revisión documental del Programa y en base a la operacionalización de los objetivos es posible identificar un conjunto de actores que conforman constelaciones políticas.

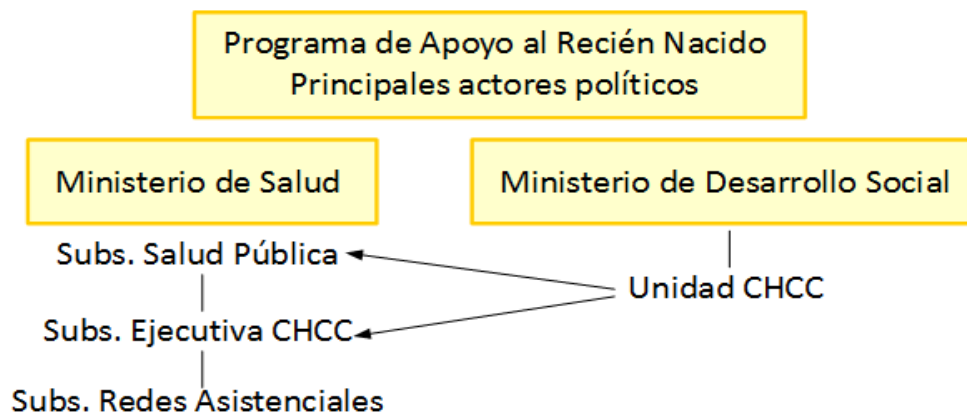
Así, el PARN es conducido por dos Ministerios, Desarrollo Social (ex MIDEPLAN) y Salud. En el caso de Desarrollo Social, el programa se ubica en la Secretaría Ejecutiva de Protección Social, en una **unidad denominada Chile Crece Contigo**. El presupuesto del PARN está comprendido en el del Ministerio de Desarrollo Social, que transfiere los recursos al MINSAL mediante la firma de un convenio y además, ejecuta acciones de control de cumplimiento del programa y uso de recursos. Ambos Ministerios cumplen la función de coordinación nacional del programa.

La **Subsecretaría de Salud Pública**, dentro del Ministerio de Salud, tiene a su cargo las funciones de gestionar los recursos financieros, participar en la coordinación nacional, velar por el cumplimiento de los objetivos del programa y elaborar un reporte a MIDEPLAN sobre su desarrollo.

La **Secretaría Ejecutiva de CHCC** depende de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y su función es la conducción del programa mediante la representación del MINSAL en la coordinación nacional que comparte con Desarrollo Social. Participa de las decisiones técnico políticas y establece las coordinaciones intraministeriales para su implementación.

La **Subsecretaría de Redes Asistenciales** es la unidad responsable de la implementación del Programa de Atención al Recién Nacido. Sus funciones son recibir y gestionar el presupuesto, y encargarse de la ejecución operativa. Con ese fin, mandata a CENABAST para que efectúe las licitaciones del set de implementos y autoriza los pagos que efectúa el Departamento de Finanzas de la DIFAI. Realiza la operación del programa a través de sus 29 Servicios de Salud y la red pública de establecimientos (hospitales y consultorios APS) bajo su supervisión. Le corresponde transmitir a los equipos de salud las instrucciones técnicas y operativas de las actividades del PARN, las que son definidas por la coordinación nacional del programa.

Figura 8 – Constelaciones políticas en el PARN



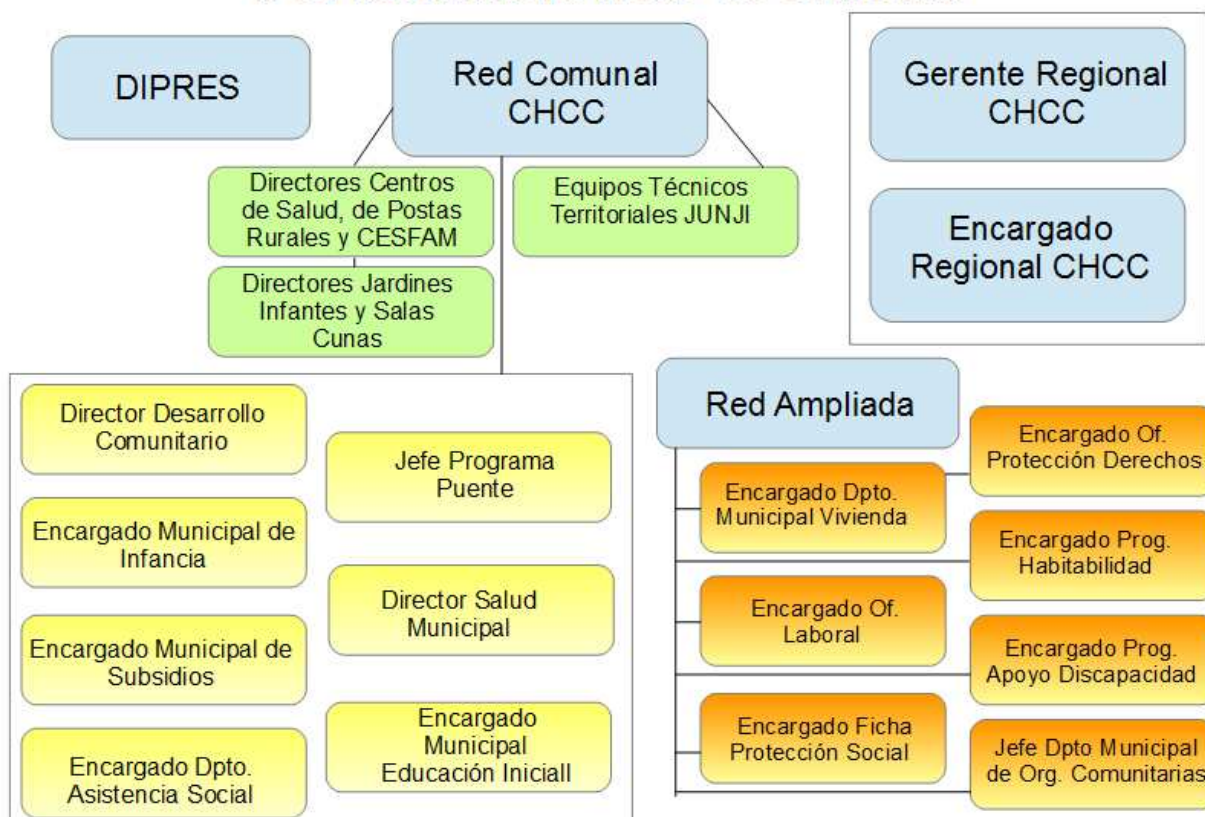
Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Desarrollo Social (2010).

5.1.2.2. Constelaciones técnicas

El Programa de Atención al Recién Nacido se inserta dentro de una estructura mucho más amplia y compleja como es Chile Crece Contigo. La figura a continuación permite una clara visualización de las coordinaciones necesarias en la constelación técnica (y política) de CHCC para que el sistema integral pueda implementarse.

Figura 9 – Constelaciones técnicas en el Chile Crece Contigo

Constelaciones técnicas



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Desarrollo Social (2010)

A su vez, más específicamente el Programa de Atención al Recién Nacido implica una constelación propia de actores más reducida pero también compleja, en la que podemos identificar:

1) El Ministerio de Desarrollo Social cuenta con una **Unidad CHCC**, que representa al ex MIDEPLAN en la coordinación nacional del PARN y es co-responsable de su conducción. Participa en la toma de decisiones técnico-políticas y aplica las coordinaciones intraministeriales para concretar las acciones de transferencia de recursos y control. (Opazo, 2015)

2) El Ministerio de Planificación dispone de un **Departamento Jurídico Administrativo** y un **Departamento de Administración Interna** que tienen a cargo la tramitación de los convenios de transferencia de recursos al MINSAL. A su vez, el Departamento del Sistema de Información Social apoya la gestión del programa, administrando la base de datos del Sistema de registro virtual del PARN. Le corresponde procesar y proveer reportes de información o corregir problemas de malos

ingresos que pudieran generarse. (Opazo, 2015)

3) La **Oficina de Gestión Interna** realiza la tramitación administrativa de los informes técnicos del PARN que envía el MINSAL, a través de los cuales da cuenta del desarrollo y resultados del programa. (Opazo, 2015)

4) Los **Servicios de Salud** son los responsables de la entrega de los implementos y el material educativo a la totalidad de las madres, padres y/o cuidadores que participan del Programa. (Opazo, 2015)

5) Las **Gerencias Chile Crece Contigo**, que dependen de los Servicios de Salud, resguardan el cumplimiento de las tareas y actividades asociadas al programa supervisando la acción de los centros de salud, articulando las informaciones entre ellos y la coordinación nacional. Les corresponde validar la propuesta de distribución mensual de paquetes de implementos para cada hospital que es elaborada por la coordinación del PARN, realizar el reporte mensual de nombres y cédulas de identidad de las madres beneficiarios/as, y elaborar el reporte mensual de los hospitales en los que se entregaron los Set y de los funcionarios que concretaron la entrega. Cabe señalar que esta instancia no tiene funciones definidas en relación al componente 2 del programa. (Opazo, 2015)

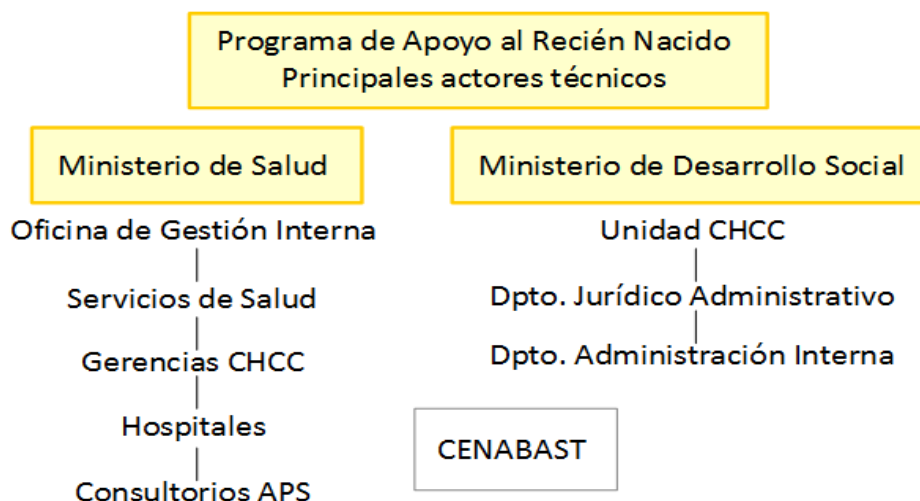
6) Los **hospitales o establecimientos que cuentan con maternidad**: dependen de los Servicios de Salud, y realizan la recepción, almacenamiento y entrega de los implementos a los usuarios/as, así como la sesión educativa previa al alta hospitalaria de la madre del recién nacido. (Opazo, 2015)

7) Los **consultorios de APS** son establecimientos que tienen la función de ejecutar la sesión educativa sobre el PARN durante los controles prenatales de la embarazada.

8) La **CENABAST** ejecuta las licitaciones de los set de implementos y gestiona los respectivos contratos con proveedores. Participan en esta función los Departamentos de Compras, Técnico, de Asesoría Jurídica y el Área Comercial.

Este análisis de constelaciones toma como referencia los documentos sobre el Programa de Apoyo al Recién Nacido y la operacionalización de los objetivos del presente estudio.

Figura 10 – Constelación de actores técnicos en el PARN



Fuente: Elaboración propia en base a la Ministerio de Desarrollo Social (2010)

5.1.2.3. Constelaciones de familias incluidas.

Las constelaciones de familias incluidas se pesquisan en la literatura del PARN y en base a la operacionalización de los objetivos realizada al comienzo del estudio de caso.

El nacimiento de los menores de 4 años que pertenecen a los **quintiles más bajos** de ingresos del país ocurre mayormente en los hospitales de la red pública de salud. Según datos del DEIS e INE (2010)27-28, aproximadamente un 78% de los niños menores de cuatro años se atienden en la red pública de salud. (Evaluación PARN)

Si se analiza este dato a la luz de los resultados de la CASEN 2009, se aprecia que la cobertura en el sistema público para niños y niñas menores de 4 años es de un 95% para el primer quintil, de 90,6% para el segundo y de 85,4% para el tercero. De acuerdo a la encuesta ENPI 201029, la mayoría de los embarazos en Chile **no son planificados** (51%) y éstos se dan principalmente en aquellos **adultos que se encuentran cesantes o estudiando**, lo que **agrava las condiciones económicas** de estas familias para recibir un hijo. (Evaluación PARN)

Finalmente, en base a sus propios registros sobre los beneficiarios 2010, el programa reporta que la prevalencia de **embarazo adolescente** (madres menores de 20 años) corresponde a un 22% aproximadamente, lo que daría cuenta de las condiciones de vulnerabilidad en la que nacen sus hijos. (Evaluación PARN)

Las familias del Programa son entonces, familias con dificultades económicas para acceder a los implementos, familias con dificultades para desplegar condiciones

mínimas para los recién nacidos y familias con escaso acceso a información sobre cuidados para el recién nacido.

Las madres cubiertas por el Programa tienen un **promedio de edad de 28 años**, su estado civil en su mayoría **soltera** (72,9%) y dicen estar “conviviendo con una pareja con la que no está casada” (42,7%). De acuerdo a su sistema previsional están en FONASA (97%), siendo en su mayoría del grupo A (53%). Su nivel educacional alcanza la enseñanza media científico-humanista (49%), seguido por la educación básica (17%). En el último año se encontraban, mayoritariamente, dedicadas a los quehaceres del hogar (45,2%) y en segundo lugar trabajando por un ingreso (36,9%). Aquellas madres que se encontraban trabajando al momento de ser entrevistadas o bien habían trabajado antes, se desempeñaban mayoritariamente como trabajadores dependientes del sector privado 61,7%, en tanto un 16,3% lo hacía en el sector público. (Glosa Semestre PARN, 2015)

En el hogar la mujer asume mayoritariamente el rol de cónyuge o pareja del jefe de hogar (45%). De acuerdo a **los cuidados que recibe el bebé, este lo realiza principalmente la madre**, seguido muy de lejos por la abuela/o y el promedio de edad de aquellos cuidadores que no es la madre es 46 años y el sexo del cuidador corresponde en 97% a sexo femenino.

En relación al tipo de información que se les entrega a las madres, los resultados indican que a nivel general en promedio un 79% de las madres ha recibido la información que involucra su participación en el programa y los niveles de satisfacción alcanzan en promedio un 92%. (Glosa 4, Primer Semestre PARN, 2014)

A nivel de muestra total, el 69% de las encuestadas afirma haber recibido información de la existencia de talleres. El lugar de información sobre la existencia de talleres, se tiene que un 82% fue en los consultorios y un 15,7% en el hospital. Y En general un 52% del total de encuestadas asistió a los talleres ofrecidos por el PARN, la mayoría en consultorios: 60,3% y el 98% realizaron de manera grupal. (Glosa 4, Primer Semestre PARN, 2014)

Respecto a la información suministrada por los funcionarios entrevistados en varios Servicios de Salud la mayoría de las familias que reciben el PARN no son nucleares sino extensas, solían atenderse en APS previamente al parto y cumplían muchas con los controles de salud previos al nacimiento del bebé. Se trata de mamás y papás necesitados de contención y apoyo, no sólo médico-sanitario sino también social que encuentran en el Programa un referente de asistencia y seguimiento que les hace sentir acompañados y valorados en su experiencia. Algunas familias experimentan problemas relacionados con salud mental, violencia, depresiones, que naturalmente inciden en la experiencia de la llegada del/de la nuevo hijo/a.

“Las familias del Programa suelen ser familias múltiples, extendidas, no nucleares, que se atendían previamente en APS. Hay algunas también de ISAPRES que tuvieron su parto luego en la red pública. De a poco van teniendo conocimiento de sus derechos, pero en general adhieren a las prestaciones de salud. Hay necesidad de asistencia y apoyo, desde otro lugar también, más de escucha.” Entrevista Profesional Asesora,

Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Otra observación recogida en las entrevistas es la alta proporción de mamás extranjeras que ingresa al Programa, muchas de ellas recién llegadas desde otras latitudes de Latinoamérica y que no siempre comienzan en óptimas condiciones su embarazo. De la experiencia de los informantes en la Región Metropolitana de Santiago las mamás llegan desde otros países con embarazos avanzados, a veces ocultos, o se embarazan apenas llegan, buscando también la residencia para ellas y la nacionalidad para sus niños pero con situaciones inciertas de controles sanitarios previos, así como en circunstancias de vivienda adversas en la capital: hacinamiento, mala alimentación, trabajo precario. Esta nueva población que engrosa las filas del PARN representa un desafío en tanto conspira contra los buenos indicadores del Programa y requiere una atención multicultural y respetuosa de la diversidad que complejiza su escenario.

El Programa también tiene dificultades en poner en cobertura a población renuente a su fácil ingreso y que requiere seguimiento sistematizado: mamás futuras en situación de calle, con problemas de adicciones, que ejercen la prostitución.

“Hay problemas generados por migraciones, esto no se tuvo en cuenta originalmente al abrir el CHCC. Mamás que llegan de otros países y dan a luz acá pero no tuvieron los controles de salud previos, o llegan fajadas del avión y en malas condiciones. Hay problemas en los cuidados prenatales. También es difícil que el Programa llegue a las mujeres con problemas de adicción o en situación de calle, allí es más complicado establecer los controles previos al parto.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

5.1.3. Modos de interacción entre los actores del PARN.

Scharpf (1997) refiere que las formas en que unos actores se conducen con respecto a los otros están en gran medida condicionados por el contexto institucional en el que se desenvuelven, es decir, reguladas por un sistema de pautas institucionales. Así, las interacciones políticas y sociales tienen este carácter de **largas y continuas secuencias de interacción** en las cuales nadie puede, al principio, adivinar las futuras constelaciones a elegir y generar una estrategia completa y anticipatoria como postula la teoría de los juegos no cooperativos.

Scharpf (1997) identifica cinco grandes categorías de interacción entre los actores:

1. **Individualismo**: propio de la asunción de la maximización del interés particular.
2. **Solidaridad**: una ganancia para el otro o una ganancia para uno son igualmente valoradas.

3. Competencia: describe el mecanismo psicológico de la necesidad de ganar o de la envidia.

4. Altruismo: una ganancia para el otro será considerada un resultado positivo para uno mismo y los beneficios que puedan obtener el propio yo resultan irrelevantes en la interacción.

5. Hostilidad: describe el mecanismo psicológico de odio o sadismo. La pérdida del otro se considera una ganancia para uno.

En el caso de los participantes del Programa, los actores políticos y técnicos están muy orientados hacia el desempeño de su función, con un alto nivel de compromiso por las características propias del Programa (consagrado a la niñez, con intervenciones puntuales) y esa convicción permite que haya **solidaridad** entre sí y hacia las familias. (Scharpf, 1997)

“Se trabaja con distintos niveles de responsabilidad, con claridad de roles y funciones. Los encargados de los Programas son muy visibles y cercanos. Haces alianza con ellos. (...) Lo que sí falta es determinada formación en los profesionales, esa actitud que necesita el sistema, formación en política pública. Y falta retención, capacidad de retención. Hay un esfuerzo de capacitación y luego los profesionales se marchan.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

De lo recogido en las entrevistas, entre las familias que reciben el beneficio del Programa no hay demasiados lazos comunitarios, es decir, prima la óptica **individualista** porque el mismo Programa no promueve otro tipo de vinculaciones: no se trabaja específicamente sobre la solidaridad entre las madres primerizas, por ejemplo, o buscando que queden conectadas luego de egresar del PARN para compartir experiencias o brindarse ayuda. (Scharpf, 1997)

“¿Redes entre familias? Después de la atención primaria, quedan sólo algunas. Porque había vinculación de antes o de luego en el centro de salud. Con el taller Nadie es Perfecto es distinto, ahí sí las familias se vinculan más.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Los modos de interacción pueden ser también descritos en términos de acción unilateral, acuerdo negociado, mayoría votada, directiva jerárquica y están fuertemente afectados por los **encadres institucionales** en los que estas interacciones toman lugar. De allí que resulta vital identificarlos y describirlos: en el caso del PARN responde al modelo de **organización jerárquica** (Estado) y en algunos aspectos al de **redes** y sistemas de decisión conjunta.

Predomina la **acción unilateral** (por parte de las familias del Programa), la **directiva jerárquica** en el caso de los estratos inferiores de la pirámide estatal y el **acuerdo negociado** en gran medida en la implementación progresiva de las modificaciones que ha tenido el Programa con el correr del tiempo (pauta de distribución de insumos, acuerdo con los hospitales, trabajo con los talleristas con determinada orientación,

escucha atenta de las familias para incorporar sugerencias). (Scharpf, 1997)

“El Servicio de Salud hace más aporte técnico... las directivas llegan desde arriba. (...) No hay gran gestión, ya está todo organizado.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“Los recursos llegan desde el CHCC al Servicio de Salud. El Hospital decide cómo distribuye. Generalmente tenía un presupuesto histórico.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

5.1.4. Lógica situacional del PARN.

El Programa de Atención al Recién Nacido se inscribe en el marco de Chile Crece Contigo que es un sistema de protección integral de la infancia, como se refirió en apartados anteriores. Es importante destacar que los usuarios, a criterio de los políticos y técnicos entrevistados, no hacen distinción entre Chile Crece Contigo y el PARN mismo más que la proveniente de pensar que el PARN es equivalente al “ajuar” que reciben.

“La familia va por el ajuar. No por el taller del PARN. Incluso los indicadores eran mejores cuando sin taller no había ajuar. La familia no distingue el PARN del CHCC, pero eso no es lo más importante.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Sin este marco institucional el PARN sería, nuevamente desde la perspectiva de los entrevistados, una simple “medida populista” de entregar materiales a la familia. Se valora mucho la inscripción dentro de la situación más global de que el Estado reconociendo el nacimiento de niñas y niños chilenos, poniendo en valor esa situación y dándole el reconocimiento social que merece. Una de las informantes entrevistadas en el Ministerio de Salud explica que es imposible hablar del Programa de Atención al Recién Nacido sin referirse al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, como una estrategia más amplia que busca apuntalar el desarrollo de la niñez en Chile.

“La institucionalidad de Chile Crece Contigo la da la ley. Tiene su origen incluso en un Programa que se llamó Vida Chile y luego se desarmó. Por CHCC hay abordaje integral, se alerta a los demás recursos institucionales que deben intervenir. Esto es muy importante para que el problema no se quede sólo en Salud.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

“No existe el PARN sin pensarlo en relación a Chile Crece Contigo.” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

Asimismo el PARN se inscribe también en la lógica situacional de la Atención Primaria de la Salud, dado que es una medida de carácter promocional del desarrollo futuro infantil y contempla talleres para un mejor desempeño de la crianza del recién

nacido.

“Siempre hubo educación prenatal, dentro de lo que es el Equipo de Salud de la Mujer. Cada equipo adecúa su esquema de trabajo.” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

“El PARN vino a aunar recursos de muchas cosas que ya se estaban haciendo (en materia de promoción de la salud en relación al embarazo.” Entrevista Funcionario CHCC. División Promoción y Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.1.4.1. Marco institucional que condiciona la implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo.

Siguiendo a Scharpf (1997) si la pregunta que guiara este apartado fuera cuánto pesa la institución en la ejecución del Programa o cuánto incide el actor individual o colectivo, posiblemente se hallen respuestas ambiguas.

Chile en 1990 ratifica la Convención de los Derechos del Niño por lo que suscribe un compromiso para diseñar e implementar políticas públicas de infancia en el el país y garantizar condiciones mínimas de bienestar para la infancia. El SubSistema Integral de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo, se sustenta en esta convención, modificando la mirada hacia los niños/as como objetos de protección a sujetos de derechos los que son universales e integrales, precisando que todos los niños y niñas tienen derecho a desarrollarse al máximo de su potencial individual.

Pero además, pretender garantizar a través de un programa o serie de programas “condiciones mínimas de bienestar” para la infancia implica ir más allá de un enfoque de derechos y **abordar las múltiples interrelaciones** entre las diferentes dimensiones que generan el bienestar de la niñez (pobreza, salud, educación, participación, maltrato) y antecedentes que muestren causalidades entre ellas para así poder guiar las acciones desde el Estado, la familia y la comunidad a favor de la niñez (Bradshaw, Hoelscher, & Richardson, 2006a; 2006b81; Di Tommaso, 200682; Palmer, 200583; Land, Lamb, & Mustillo, 200184; Andrews & Ben-Arieh, 199985).

El sistema CHCC, sus años de experiencia y la solidez de su elaboración contribuye a que el Programa de Atención al Recién Nacido se inserte en un **marco institucional muy coherente**, que no se trate de una acción aislada sino un hito más que va desde la concepción del niño hasta su ingreso en el sistema escolar. Donde todas las acciones persiguen el mismo objetivo: el comienzo de la vida en las mejores condiciones y la protección del potencial desarrollo de cada niño.

“La institucionalidad de Chile Crece Contigo la da la ley. Tiene su origen incluso en un Programa que se llamó Vida Chile y luego se desarmó. Por CHCC hay abordaje integral, se alerta a los demás recursos institucionales que deben intervenir. Esto es muy importante para que el problema no se quede sólo en Salud.” Entrevista Asistente social,

Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Es importante destacar aquí, porque también ha sido resaltado por las fuentes entrevistadas que el marco institucional de Chile Crece Contigo permitió dotar de sentido no sólo al PARN sino a todo un conjunto de intervenciones socio-sanitarias que antes se realizaban de manera aislada y que ahora comienzan a efectuarse bajo el amparo de una política integral. Esto facilita no sólo a los profesionales que su accionar tenga más sentido y coherencia sino también poder interpelar otros organismos y recursos que el Estado tiene a disposición: educación, vivienda, servicios públicos, etc. Para ilustrar el caso, los entrevistados refieren que antes de CHCC si el trabajo con una familia encontraba un problema de violencia intrafamiliar desde el control de salud el equipo de salud se hallaba muchas veces limitado en su posibilidad de convocar a otros actores y de gestionar ayudas, distinto a la realidad actual en que los recursos del Estado están alineados a alimentar una política que desde su diseño pretende integralidad.

“No existe el PARN sin pensarlo en relación a Chile Crece Contigo.” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

Si bien la estructura del Programa de Atención al Recién Nacido implica complejas coordinaciones entre actores provenientes de diversos Ministerios (Planificación, Salud, Desarrollo Social) a juicio de los informantes entrevistados los roles y responsabilidades se han dado con claridad y los años de ejecución del Programa (del 2009 a 2014) constituyen un acervo de experiencia que lima asperezas y mejora procesos de encuentro.

“Se trabaja con distintos niveles de responsabilidad, con claridad de roles y funciones. Los encargados de los Programas son muy visibles y cercanos. Haces alianza con ellos. (...)” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Además, las funciones educativas y de atención de la salud que el PARN promueve venían siendo realizadas de manera histórica por el Ministerio de Salud y los equipos de las maternidades de los hospitales y consultorios de APS tenían larga trayectoria en ellas, sobre todo en los programas relacionados con la salud reproductiva de la mujer y niño sano, resultando que la creación del PARN reorienta y reunifica esas funciones dotándolas de nuevo sentido, homogeneidad y con pautas claras de cumplimiento.

El encargado del Programa, en este caso el Gerente General de CHCC cumple también un rol vital, por su cercanía y función de coordinación que los informantes destacan.

No obstante, como debilidad en el arreglo institucional cabe señalar que la Ley que regula el Programa aún no cuenta con reglamentación, por lo cual este vacío legal incide en que determinadas acciones y sus alcances sean interpretables.

“Una debilidad que tiene el Programa (y el Sistema en general) es que aún no hay reglamentación de la ley, lo que es necesario para saber cómo materializarla.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio

de Salud Metropolitano.

“Falta reglamentación, que permita saber cómo operar.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

El **peso de los actores** en la ejecución del Programa también es relevante desde el momento en que no hay recursos humanos comprometidos exclusivamente en su realización. El Ministerio de Salud apoya con más fondos las maternidades y APS para que puedan ampliar sus horas de atención para las tareas relacionadas con el PARN pero no hay exclusividad. Asimismo, la contratación de los profesionales (matronas, médicos, psicólogos) es lo suficientemente precaria para que suceda habitualmente que el Estado realiza una considerable inversión en su capacitación y entrenamiento y luego el profesional se marche a trabajar al sistema de salud privado porque le ofrece mejores condiciones. La condición de contratación se evalúa como una restricción importante para obtener resultados óptimos para el Programa y las limitadas ofertas de carrera en el sistema público también conspiran en este sentido.

“El sector salud tiene pocos profesionales con formación en lo público. Falta la actitud que necesita el sistema. El “sello” de los profesionales. Y falta retención. El sistema realiza un esfuerzo de capacitación y luego el profesional se marcha. Falta carrera profesional para ofrecerle. (...) Otra de las restricciones es la falta de recursos humanos, hay apoyo financiero al Hospital pero no alcanza. (...) Por ejemplo, en determinadas profesiones como matrona no hay profesionales jóvenes y los de más experiencia ya tienen su trabajo.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“El PARN dispone de recursos materiales y administrativos, no humanos (propios). MINSAL realiza la gestión técnica y operativa del PARN, baja lineamientos a los servicios de salud, que a su vez coordinan con los hospitales y allí con cada maternidad. Hay un referente de Chile Crece Contigo.” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

5.1.5. Aspectos interpersonales de las políticas públicas: problemas de coordinación y su aplicación a este Programa.

Scharpf (1997) propone que los aspectos interpersonales de los problemas políticos se pueden resumir en:

a) **Problemas de coordinación**, pueden suceder si los actores individuales pueden beneficiarse de intercambiar objetos disponibles o producir objetos compatibles con cada uno o de la colaboración en la producción conjunta que cada lado no puede producir por sí mismo.

b) **Externalidades y problemas de bienes colectivos**, se producen cuando las acciones individuales producen negativos o positivos efectos para otros, pero en donde tiende a primar la acción auto interesada que producirá más negativos y eso repercute en el bienestar común.

c) **Problemas de redistribución:** el poder del Estado para poner impuestos y regular se utiliza para asegurar que aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos tengan provistos mínimos recursos.

Para la ejecución de las funciones señaladas, el PARN no cuenta con una dotación propia de personal. Esto implica que el recurso humano que ejecuta el programa por parte de ambos Ministerios, lo hace compartiendo estas funciones y responsabilidades con otras atingentes a sus respectivos cargos, a las que se adicionan las tareas del PARN. En la estructura organizacional que adopta el programa, se aprecian dos niveles de dependencia: Ministerio de Desarrollo Social y de Salud.

Según los informantes entrevistados en los distintos niveles la **coordinación** actual ha sido el resultado de años de experiencia en el Programa, con roces iniciales que se fueron corrigiendo con el transcurrir del tiempo. La logística de la entrega de los insumos para el PARN también fue objeto de mejora, siendo que se acordó con el proveedor entregas más pequeñas y continuas que permiten abastecer mejor y no colapsar los pocos espacios físicos disponibles en los hospitales.

“Había experiencia previa en atención primaria.” Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“Mejóro mucho la logística en la entrega. Incluso en los hospitales mismos, donde muchas veces era difícil porque no había depósitos.” Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Más compleja es la situación en relación a la coordinación con las familias. Si bien el PARN está instalado en la población chilena desde hace más de 5 años no todas las familias que reciben el set, necesariamente van a recibir educación en APS porque no todas ellas controlan su embarazo en estos consultorios. Este es un aspecto que debilita el diseño del programa y que puede afectar sus resultados porque dificulta ex-ante que la complementariedad planificada, efectivamente se concrete.

La localización de la población más vulnerable tampoco es del todo efectiva, con los problemas de captación que se mencionaban más arriba. Algunas fuentes consultadas refieren que “no llega a quienes se quiere llegar”, es decir, que usuarios con vulnerabilidad no están pudiendo acceder al Programa, como es el caso de las mamás con problemas de toxicomanías o situación de calle e incluso los estratos inferiores del Ejército que no cuentan con otro tipo de cobertura pero quedan excluidos de la del PARN.

“No hay problema de cobertura, excepto en los casos de embarazo oculto. (...) Y del personal militar, que muchas veces nos pide para recibir las prestaciones, pero no podemos porque ellos tienen su propia reglamentación.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“Hay problemas generados por migraciones, esto no se tuvo en cuenta originalmente al abrir el CHCC. Mamás que llegan de otros países y dan a luz acá pero no tuvieron los controles de salud previos, o llegan fajadas del avión y en malas condiciones. Hay

problemas en los cuidados prenatales. También es difícil que el Programa llegue a las mujeres con problemas de adicción o en situación de calle, allí es más complicado establecer los controles previos al parto.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

“La debilidad que tiene el PARN es su gran cobertura. Se entregan 140 mil ajueres anuales. Esto se complica en áreas aisladas. (...) Hay equipos que funcionan bien (poniendo en cobertura) y otros que...no tanto.” Entrevista Asesora técnica DIVAP, Ministerio de Salud.

Respecto a la relación entre funcionarios del Programa y usuarios finales no se han dado muchas instancias de encuentro o al menos no están sistematizadas. Una de las fuentes entrevistadas refiere que recién en 2015 se ha realizado un encuentro general en la Región Metropolitana pero con los técnicos y profesionales que asisten en el Programa (médicos, parteras, administrativos, etc.)

“No hay instancias de encuentro entre funcionarios y beneficiarios. Recién este año, ahora dentro de poco tiempo, se realizará un encuentro con todo el personal del PARN, más de 500 personas. Un encuentro macrozonal.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

“Tenemos contacto a través de los portales. Cuando una familia no recibe el set de implementos o hay problema con algún elemento, nos escribe y lo contactamos para corregirlo.” Entrevista Funcionario CHCC, División Promoción y Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

“¿Tener contacto con las familias? Imagínese cómo podríamos trabajar si estuviéramos aquí abiertos al público y vinieran siempre. Esa no es nuestra función.” Entrevista Asesora técnica DIVAP, Ministerio de Salud.

En el caso de la **redistribución** el PARN apunta como política a enmendar problemas de distribución y a mejorar las condiciones iniciales de llegada al mundo, sobre todo para aquellas familias más vulnerables: no sólo desde lo material sino también a través del fortalecimiento de los vínculos.

El Programa en sí no tiene **externalidades** negativas sino más bien positivas: cuantas más familias se sientan fortalecidas en su función, amparadas por el Estado, valoradas en su momento del ciclo vital redundan en el beneficio de la comunidad entera. Los resultados posiblemente se observen a largo plazo, con el transcurso de las generaciones y no sólo por el PARN sino por el conjunto de Chile Crece Contigo.

“El impacto de Chile Crece Contigo en general es inversión con mucho retorno positivo. Sirve para quebrar una tendencia de disfuncionalidad, mejorar el cuidado que brinda la familia. Mejorar la agresividad en la población. Es la mejor apuesta a futuro.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

5.1.5.1. Acuerdos negociados entre los actores del Programa y características de la

negociación entre los actores en las distintas fases de la implementación.

El Programa de Atención al Recién Nacido lleva varios años ejecutándose por lo que los problemas derivados de negociaciones entre los actores del mismo se han reducido con el tiempo. Los actores entrevistados refieren que priman las directivas jerárquicas y luego sí determinadas instancias de cooperación y consenso en la aplicación del PARN, por ejemplo, de acuerdo sobre cómo proceder cuando una mamá no asiste a los talleres y reclama el ajuar.

“Las negociaciones son más bien operativas, de logística, de cantidades por nacimientos. No hay problema con las negociaciones. No hay gran gestión. Sólo se reparte y no hay esfuerzo de compra.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Algunas negociaciones derivan del ajuste por la cantidad de implementos que necesita cada maternidad pero también se han suavizado con el transcurrir de los años, dado que hay una cantidad esperable de nacimientos que hace que sean menores los conflictos. También se ha negociado respecto a cómo gastar los fondos que restan una vez ejecutado el Programa pero de la descripción de la situación no se desprenden mayores conflictos.

“El PARN tiene montos fijos, pero en este caso que el Programa tuvo un saldo hubo acuerdo en destinarlo a material que se necesitaba para exámenes acústicos al recién nacido, screening metabólico, etc.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Se negocia también en relación a la familia que la mamá no asista a todos los talleres del PARN e incluso del Chile Crece Contigo (que son 6 en total) dado que algunas de ellas no son primerizas y otras por sobrecarga de tareas domésticas o laborales no tienen el tiempo necesario para los desplazamientos y los talleres que duran aproximadamente dos horas cada uno.

“La primeriza, en caso que disponga de tiempo sí valora el taller del PARN. Si ya ha tenido un bebé lo valora poco. También depende de quién hace el taller. Es muy heterogéneo. No hay gran preparación previa. (...) Si la mamá ha tenido otros hijos y tiene trabajo a veces no va.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

“Son mamás que tienen muchas responsabilidades (para asistir a los talleres).” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

“A veces el lugar donde se dicta el taller queda muy lejos y el municipio no tiene fondos para ayudar a las mamás a llegar hasta ahí. Hay otras causas de ausencia, lluvia, por ejemplo, etc.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

5.1.6. Redes de políticas que rodean el PARN

El concepto de **redes** en políticas, describe relaciones semi-permanentes de intercambio de recursos y soporte mutuo entre un amplio set de actores organizacionales que tratan de influir a los actores primarios de política o a los decisores colectivos. Se denomina capital social en relaciones en las cuales los actores pueden aceptar altos grados de vulnerabilidad dado que confían los unos en los otros. (Scharpf, 1997)

Las redes son también oportunidades y estructuras de poder. La existencia o no existencia de vínculos relacionales entre actores específicos crea oportunidades altamente selectivas en las que el intercambio político tiene lugar. No cualquiera, se puede decir, puede intercambiar influencia con cualquier otro, conexiones preexistentes importan. En el mundo de la política, la diferencia entre constelaciones de dependencia mutua o unilateral es de crucial significado. (Scharpf, 1997)

Así como las redes son informales y auto-organizadas estructuras que van evolucionando de la frecuencia de intercambio entre actores, los regímenes de negociación, por contraste, son marcos normativos creados a propósito para gobernar la negociación entre un set de actores. Mediante el regimen explícitamente se ponen de acuerdo para respetar ciertas posiciones de las otras partes.

“CHCC tiene redes ampliadas, más que el PARN. Hay una encargada comunal del CHCC que es contratada por el Municipio que trabaja con alertas, por situaciones psicosociales. Conoce a las personas. Conoce a los equipos. Con PARN se activa esa misma red.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Los sistemas de decisión conjunta describen contelaciones en las cuales las partes están física o legalmente impedidas de alcanzar sus propósitos por acción unilateral y en los cuales la decisión conjunta depende casi unánimemente del acuerdo de las partes involucradas. Son instancias de negociación compulsiva, que en el caso del multipartidarismo, se caracterizan por ser decisiones colectivas o sistemas de voto operando bajo el consenso o unanimidad.

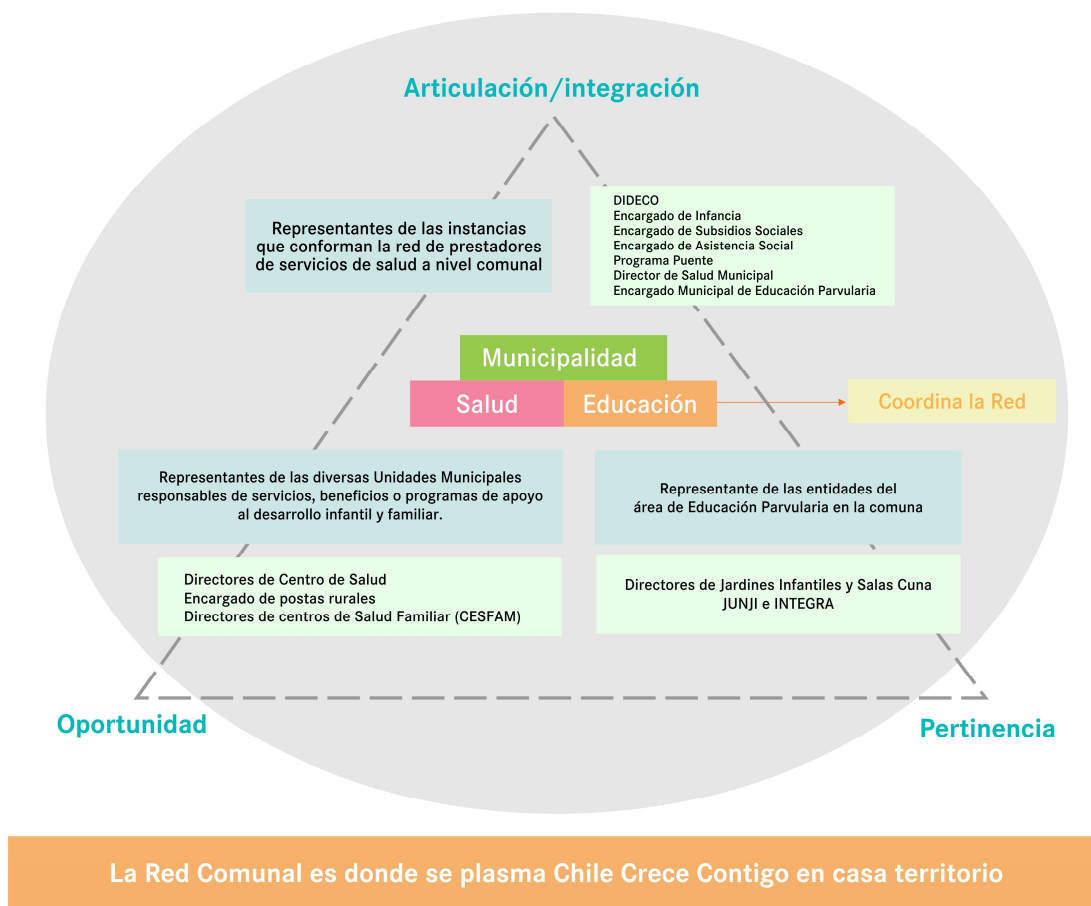
Una vez que una decisión ha sido tomada, se vuelve vinculante y sólo puede ser cambiada con el acuerdo de todos. Los miembros individuales pierden entonces su libertad de acción unilateral, aun cuando las condiciones externas o preferencias cambien en formas que vuelvan ese compromiso inviable para algunos de los que lo apoyaban inicialmente.

“Chile Crece Contigo es un sistema. Todos los actores están coordinados y se van dando intervención según corresponda.” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

Los costos de transacción pueden reducirse si la regla de decisión no es unanimidad

sino consenso, definido como un modo de interacción en que la discusión es continuada hasta que nadie se opone a la solución propuesta.

Figura 11 – Red comunal de Chile Crece Contigo



Fuente: Molina y otros (2008)

5.1.6.1. Oportunidades políticas

El PARN trabaja poniendo en cobertura a la población que está realizando los controles de embarazo en los efectores del sistema público de salud, como son los Centros Familiares, o bien en los Hospitales públicos. Pero también cubre aquellas madres que se atienden en clínicas privadas y luego por ser, generalmente, afiliadas a

algún tramo de FONASA no pueden tener el parto en el sistema privado y se dirigen al público, aunque representan un número menor de situaciones.

El Programa arma redes de captación y también de distribución de recursos. Algunas Municipalidades se contactan con los Servicios de Salud o el nivel central procurando tener los datos de aquellas potenciales beneficiarias que no pudieron acceder al set de implementos y poder entregárselos. Indudablemente la amplia cobertura del Programa de Atención al Recién Nacido constituye una oportunidad política para tener contacto con una franja amplia de la población, con un acercamiento positivo (el acompañamiento, la ayuda en los primeros días del recién nacido, materiales de calidad) que pocas familias rechazan.

“Las organizaciones más relevantes con las que trabaja el PARN (y CHCC) son los municipios. Ellos quieren saber quiénes no se llevaron el ajuar para contactarlos. Buscan concretar el Programa. Y que no exista desinformación.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

5.1.6.2. Estructuras de poder.

No obstante el fluido funcionamiento del Programa que refieren los entrevistados, llama la atención que **no se apuntalen otras redes que ya están funcionando seguramente en las comunidades** y el escaso trabajo con otras organizaciones (ONG) para aprovechar por ejemplo, las bases de datos del Programa, su llegada con las familias o las necesidades que éstas puedan tener y que el Programa no cubre.

“Mmmm... organizaciones... instituciones. SENAME y las Casas de Acogida para coordinar cuando los niños lo necesiten...” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“No se trabaja con otras organizaciones... las redes son del CHCC (y del PARN)” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

“Está la red básica... que sería APS, el gerente CHCC, la SEREMI de Educación, de Desarrollo Social...” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

En una indagación ulterior, una entrevistada en Servicio de Salud menciona la red ampliada de Chile Crece Contigo que trabaja no sólo con el PARN sino con el sistema integral completo como una red de alertas por situaciones psicosociales. Consiste en una empleada contratada por el Municipio que hace el seguimiento de los casos de CHCC donde se suscitan problemáticas al interior de la familia que son detectadas en el transcurso del Programa y moviliza recursos o conecta a la familia con aquellos que están disponibles.

*“CHCC tiene redes ampliadas, más que el PARN. Hay una encargada comunal del CHCC que es contratada por el Municipio que trabaja con alertas, por situaciones psicosociales. Conoce a las personas. Conoce a los equipos. Con PARN se activa esa misma red.”
Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.*

El Programa se apoya en lo que se denomina Red Comunal CHCC, asistida por el Coordinador Provincial de Protección Social, presente en todas las Gobernaciones y que tiene por misión apoyar todos los componentes del Sistema de Protección Social. Uno de los principales soportes a la gestión de las Redes Comunales, especialmente durante su proceso de instalación, es entregada por una dupla profesional constituida por el (la) Gerente CHCC designado por cada Servicio de Salud (29 en todo el país) y por el (la) Encargado(a) Regional de CHCC, perteneciente a los Servicios Regionales Ministeriales (SEREMI) de Planificación (SERPLAC) de cada región (15 en total) (Estudio de Seguimiento de Casos de Usuarías del Sistema Chile Crece Contigo, 2012)

A su vez funciona una Red Comunal Básica, compuesta por directores(as) de los Centros de Salud (consultorios), encargados(as) de Postas Rurales, directores(as) de Centros de Salud Familiar (CESFAM), que constituyen la red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal, directoras(es) de Jardines Infantiles y Salas Cuna, y los Equipos Técnicos Territoriales, pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y a la Fundación INTEGRAL, representantes del área de la Educación Inicial; así como representantes de las diversas Unidades Municipales responsables de la provisión de servicios o programas de apoyo al desarrollo infantil y familiar, entre los que se cuentan el director(a) de Desarrollo Comunitario (DIDECO), el encargado(a) Municipal de Infancia, el encargado(a) Municipal de la Unidad de Subsidios Sociales, el encargado(a) del Departamento o Unidad de Asistencia Social, el Jefe(a) de la Unidad de Intervención Familiar del Programa Puente, el Director(a) de Salud Municipal y la Encargada(o) Municipal del Área de Educación Inicial. (Estudio de Seguimiento de Casos de Usuarías del Sistema Chile Crece Contigo, 2012)

La Red Comunal Ampliada funciona con todos los actores institucionales anteriores, más el encargado(a) de Oficina de Protección de Derechos (OPD), el encargado(a) de la Oficina Municipales de Información Laboral (OMIL), el encargado(a) Municipal de la Ficha de Protección Social, el encargado(a) del Departamento Municipal de Vivienda, el encargado(a) de Programas Municipales de Habitabilidad, el encargado(a) del Programa de Apoyo a la Discapacidad, el Jefe(a) del Departamento Municipal de Organizaciones Comunitarias. (Estudio de Seguimiento de Casos de Usuarías del Sistema Chile Crece Contigo, 2012)

Todas estas redes mencionadas son más bien de tipo institucional, no se trata de redes generadas por la misma comunidad en búsqueda de la solución a sus problemas, lo cual tiene un agregado de empoderamiento y autonomía muy importante que el Programa no estaría aprovechando.

6. Quinta parte

6.1. *La intervención psicosocial del Psicólogo en el Programa de Apoyo al Recién Nacido*

Si bien se desempeñan 77 psicólogos en los Servicios de Salud y Hospitales y 60 en los Municipios, se trata de un número referido al conjunto de prestaciones de Chile Crece Contigo, y no sólo al PARN. La cifra específica para el Programa de Atención al Recién Nacido no está desglosada en las bases de datos del Programa. Estos datos fueron suministrados por la asistente técnica de DIVAP, Ministerio de Salud, en octubre de 2015.

Esta es una consideración importante a destacar porque la mayoría de los talleres del Programa son dictados por matronas mientras que el psicólogo juega un rol complementario en otro tipo de intervenciones: buscando detectar indicadores de depresión postparto o dificultades en el vínculo con el bebé, en el trabajo con bebés hospitalizados en neonatología por complicaciones durante el nacimiento, en la atención integral del niño internado en pediatría, entre otras.

“¿Si tiene un rol profesional el psicólogo en el Programa? No específicamente. Si en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

“Pregunta: ¿el Programa trabaja con alertas sobre depresión materna u otros síntomas que permitan intervenir, realizar interconsulta, en relación al Psicólogo? Respuesta: No, no es el objetivo del Programa.” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

La responsable desde el Ministerio de Salud de la gestión programática y el establecimiento de los lineamientos a los equipos del Programa de Atención al Recién Nacido es una profesional psicóloga y matrona, pero esto parece más bien una casualidad ligada a un caso particular y no un perfil en el que el requisito es la carrera de Psicólogo.

Hay que puntualizar además que el PARN no cuenta con personal específico propio más allá del administrativo, lo cual también conspira contra la intervención del Psicólogo en el Programa.

“El PARN dispone de recursos materiales y administrativos, no humanos (propios).” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

La ausencia del profesional Psicólogo en el PARN da cuenta también de la ausencia en el Programa de una concepción de salud mental perinatal que permita detectar precozmente los riesgos asociados a esta etapa, como la sintomatología depresiva o ansiosa.

Valorar de forma rutinaria la salud mental de la madre durante el embarazo y el parto en un primer nivel de atención, tiene el potencial de identificar de manera

temprana a aquellas mujeres que presentan malestar psicológico o factores de riesgo significativos para trastornos mentales, para evitar posteriormente el surgimiento de psicopatología: lo cual implica el diagnóstico del vínculo madre-bebé, con la pareja, el riesgo de daño a la madre y al infante, así como si existen pensamientos suicidas y problemas psicosociales como la exposición a la violencia doméstica (López, M. E. et al, 2009)

6.1.1. Aportes desde el institucionalismo centrado en actores.

En el Programa de Atención al Recién Nacido se detecta con claridad la existencia de constelaciones de actores como grupos bien definidos, que tienen contactos jerarquizados y formales entre ellos pero que adolecen de falta de otro tipo de dinámicas. Los guía el mismo propósito, de trabajar para “igualar la cancha” desde el nacimiento del bebé y permitirle a la familia una crianza adecuada y respetuosa que contribuya a mejores expectativas de desarrollo infantil. No obstante la implementación del curso de acción estaría sujeta a decisiones individuales en última instancia (y también institucionales de los distintos Hospitales y consultorios) lo que explica la heterogeneidad en la aplicación del Programa.

“Hay heterogeneidad en la aplicación del Programa... es muy grande la población cubierta... depende de los equipos... hay equipos buenos y no tantos...” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

Las familias configurarían una constelación de actores agregados, siguiendo a Scharpf (1997), cuyas acciones, propósitos, recursos y decisiones son individuales. Esta apreciación es con la que trabaja el Programa, no lo que sucede en la realidad, porque se sabe desde la práctica del psicólogo comunitario que las familias tienden a organizarse naturalmente en redes de protección y apoyo comunitario altamente poderosas y eficaces.

Los actores políticos y técnicos responderían a la lógica de actores corporativos cuya acción, objetivos, recursos y decisiones son organizadas y jerárquicas, de lo cual dan cuenta acabada las expresiones de los funcionarios a lo largo de las entrevistas.

“Se trabaja con distintos niveles de responsabilidad, con claridad de roles y funciones. Los encargados de los Programas son muy visibles y cercanos. Haces alianza con ellos. (...)” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Se evidencia de las mismas también que las decisiones que se toman en el PARN están sujetas a un marco institucional más amplio, el Sistema de Protección Integral de la Infancia pero también la coyuntura de los Ministerios de Desarrollo Social y Salud. En este marco institucional es posible detectar campos anárquicos, redes, asociaciones y organizaciones, aunque no todas tienen igual peso.

La impresión que tienen los funcionarios entrevistados de que algunas decisiones del Programa deberían ser diferentes y que determinados elementos deberían modificarse pero eso no sucede precisamente responde a la explicación de Scharpf (1997) de que las soluciones a problemas cotidianos en las políticas públicas están restringidas claramente por marcos institucionales.

“Es una debilidad que aún no haya reglamentación de la ley (...)” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“Falta formación en los profesionales (...) falta carrera profesional para retenerlos.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“El programa no tiene recursos propios, eso es una limitación.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

Tanto del análisis de la documentación existente sobre el PARN como de las entrevistas efectuadas se desprende que no hay participación del psicólogo comunitario en el PARN, lo cual implica que no se asume su relevancia profesional y política en el Programa y esto sería pertinente porque los modos de relación y socialización de las familias inciden en la crianza que es uno de los objetivos centrales del PARN.

Asimismo respecto a las características del marco institucional del Programa en particular y de CHCC en general hay una visión de la familia usuaria del sistema como sujeto-objeto-receptor, más que sujeto-actor de su propia vida: de ahí la mirada del “agradecimiento por lo recibido” que prevalece.

De las entrevistas se desprende cómo los actores técnicos y políticos significan las prácticas del PARN, pero está ausente la pregunta por cómo las familias significan sus prácticas. Esto se trasluce en el tipo de intervenciones desarrolladas, que son más bien asistenciales y preventivas; y en la institucionalidad vigente que supone que las familias del sistema público, en su mayoría pobre, precisan educación y asistencia.

“Las usuarias del PARN valoran que el nacimiento de su hijo no pase desapercibido (...) es un apoyo, un beneficio directo. Valoran la calidad de lo recibido, la dignificación.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

“El rechazo es muy escaso, en general hay agradecimiento. Valoran la escucha, se necesita mucho.” Entrevista Profesional Asesora, Departamento de Gestión y Coordinación de Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano.

Al campo disciplinar del psicólogo le resulta de utilidad, avanzado el análisis desde el marco teórico del institucionalismo centrado en los actores, comprender que se trata de un programa que opera con criterio individual, no social o comunitario, relativamente.

La cerrazón del programa, su estandarización, afecta naturalmente la posibilidad de generar críticas desde el ámbito de la psicología y también desde otras ciencias sociales: cómo se da a la familia, para qué se da, qué se recibe de ella. Por lo tanto, el

aporte del institucionalismo centrado en los actores permite discernir que el Programa en su diseño cuenta con serias restricciones institucionales al rol del psicólogo y que lo psicosocial propiamente dicho como categoría analítica no estaría presente. En los otros componente de Chile Crece Contigo la presencia del profesional y sus aportes serían más considerados.

“¿Si tiene un rol profesional el psicólogo en el Programa? No específicamente. Si en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.” Entrevista Asistente social, Departamento de Gestión Integrada de Redes, Servicio de Salud Metropolitano.

“Pregunta: ¿el Programa trabaja con alertas sobre depresión materna u otros síntomas que permitan intervenir, realizar interconsulta, en relación al Psicólogo? Respuesta: No, no es el objetivo del Programa.” Entrevista Asesora técnica DIVAP. Ministerio de Salud.

7. Sexta parte

7.1. Conclusiones

En este capítulo se presentan las principales conclusiones derivadas del análisis de datos tanto secundarios como primarios, interpretados mediante la técnica de análisis de contenido cualitativo; en la búsqueda de respuestas a las preguntas de investigación y a los objetivos de ésta: ¿Cuáles son los mecanismos y dinámicas de implementación de un programa con componente psicosocial como es el Programa de Apoyo al Recién Nacido y qué rol cumplen los actores de este proceso? ¿Qué factores del diseño institucional del PARN generan condiciones de posibilidad y/o limitaciones a la intervención de los implementadores, en particular de los psicólogos? ¿Qué incidencia puede tener para la práctica del psicólogo la dinámica propia de la implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, analizada desde el modelo del institucionalismo centrado en actores?

La investigación realizada permitió concluir en lo que atañe al objetivo general como a los específicos, lo que se desarrolla a continuación.

Conclusiones relativas al objetivo general de la investigación

Se concluye respecto al **objetivo general** de analizar el efecto que conlleva para el campo técnico del psicólogo las particularidades del proceso de implementación de la política pública Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo desde el marco teórico del institucionalismo centrado en actores que existe un **desafío latente** de poder realizar aportes al ámbito de esta política pública desde las categorías conceptuales y formas de intervención del psicólogo.

El Programa de Apoyo al Recién Nacido se concentra más en la gestión de la entrega del set de implementos y en las pautas educativas para el manejo de los mismos, que en el componente psicológico, central para el apego y la crianza respetuosa, que son objetivos propuestos por el mismo Programa.

La utilidad de categorías psicosociales para el Programa es pertinente con un Estado chileno que, como figura en la reseña de la historia de las políticas sociales, procura con el tiempo organizar programas que no sólo mejoren las dimensiones materiales de la pobreza, sino que tengan en cuenta facetas sociales y psicológicas de las personas comprometidas, lo que implica sin lugar a dudas mucho más que la distribución de un ajuar de calidad para el recién nacido.

Huelga decir que la **intervención psicosocial** adquiere pertinencia en este escenario para mejorar así la calidad de vida y el bienestar de las personas, superando el clásico enfoque de carencia para avanzar hacia una intervención **proactiva**, preventiva y de mejora de la calidad de vida.

A través del análisis de documentos secundarios, se puede concluir que el sistema Chile Crece Contigo, en el cual se inserta el Programa estudiado sí considera la

intervención del psicólogo como necesaria, en la tarea de apoyo a las familias en estimulación temprana, atención precoz de la patología y fortalecimiento del apego desde el nacimiento.

El Programa de Apoyo al Recién Nacido, en cambio, estando ampliamente consolidado en la población y con el noble propósito de “igualar la cancha desde el nacimiento”, promoviendo mejores condiciones de desarrollo, no considera necesario el rol del profesional psicólogo en el tiempo que dura su implementación. Esta omisión puede ser atribuible a que el mayor esmero ha sido puesto en mejorar la logística de distribución y la llegada del ajuar a las familias, así como reforzar los formatos de contenidos educativos, más que trabajar sobre la dinámica de la vinculación madre – hijo en las distintas instancias previas y posteriores al nacimiento.

Otra de las conclusiones que se desprenden del estudio de caso, en su objetivo general, es la existencia de una **institucionalidad cerrada** del Programa, así como la estandarización de la entrega del set de implementos que se contrapone a la amplia libertad de cada equipo de salud para implementar los talleres educativos.

Una observación reiterada a lo largo del análisis y que complicó considerablemente la disponibilidad de información de primera mano fue la escasa permeabilidad de los actores involucrados a las preguntas y consultas durante las entrevistas.

En este sentido, es posible pesquisar dos visiones contrapuestas entre los participantes, una más bien conformista del Programa en cuestión y la otra tímidamente cuestionadora, que alcanza a señalar críticas y aspectos a mejorar y que se resume en el cuadro a continuación. En él se puede apreciar que tanto los entrevistados más críticos como los más conformes con el Programa plantean que los objetivos de CHCC y de PARN se cumplen en relación a la calidad de desarrollo de la primera infancia de los usuarios, haciendo la salvedad en problemas de cobertura del PARN que señalan los más críticos.

Estos últimos también precisan como debilidad que los recursos del Programa no son propios, así como la falta de encuentro con las familias como una asignatura pendiente, no obstante en líneas generales consideran que los propósitos de la política pública se cumplen acabadamente. Donde se pesqu岸an más dudas respecto a los logros del PARN es en la misión educativa del Programa y en la valoración y uso correcto de los implementos, lo que refuerza una visión verticalista de asistente-asistido de familias que tienen carencias más que fortalezas. En el siguiente cuadro se exponen ambas posturas:

Dimensión	Subdimensión	Categoría	Apreciación <u>acrítica</u> de actores	Apreciación <u>crítica</u> de actores
Apreciaciones sobre el	Apreciaciones sobre CHCC	* Importancia de los usuarios	CHCC es un Programa que	CHCC es un Programa que

Sistema CHCC		* Fortalezas * Debilidades	permite garantizar calidad en el desarrollo de la primera infancia.	permite garantizar calidad en el desarrollo de la primera infancia.
	Apreciaciones sobre PARN	* Importancia de los usuarios * Fortalezas * Debilidades	PARN iguala la "cancha" para todos. Es muy valioso para usuarios.	PARN no llega a todos los usuarios que debiera y el componente educativo es el más débil.
Institucionalidad de CHCC	Contribución al PARN	* Restricciones institucionales * Recursos propios y compartidos	No es posible entender PARN sin referencia al CHCC. Los recursos alcanzan.	No es posible entender PARN sin referencia al CHCC. Los recursos no son propios.
Interacción entre actores	Interacción funcionarios - técnicos	* Dinámica * Dificultades / tensiones * Oportunidades	La organización y logística del PARN, considerada exitosa refleja la buena relación del equipo ("aceitada")	
	Interacción funcionarios - familias	* Dinámica * Dificultades / tensiones * Oportunidades	No es necesaria la interacción. Funcionarios a nivel central.	No hay encuentro con las familias.
	Interacción técnicos - familias	* Dinámica * Dificultades / tensiones * Oportunidades	No se reporta.	No se reporta.
Instancias de negociación PARN	Negociaciones en la implementación	* Instancias intersectoriales * Instancias regionales * A nivel central.	PARN no precisa nuevas negociaciones porque su funcionamiento está "aceitado" por los años de experiencia.	
Redes del PARN	Apoyo en redes	* Funcionamiento * Eficacia * Iniciativa de actores	Las redes que se reportan son las propias del Programa.	El PARN no registra del todo las redes externas, comunitarias, previas al Programa.
	Trabajo con organizaciones	* Relaciones de cooperación	No se precisa trabajar con organizaciones.	No se precisa trabajar con organizaciones.
Presencia del componente	Intervenciones psicosociales y	* Concepciones sobre maternidad,	No hay análisis pormenorizado del	Otra mirada sobre población que no

psicosocial en implementación	rol del psicólogo	parto, puerperio, primera infancia, crianza respetuosa. * Salud mental perinatal.	componente psicosocial. Apoyo en el rol de la matrona en PARN. No cumple funciones de prevención de otras patologías (ej. depresión materna)	cubre el PARN. El problema del componente educativo en el Programa. El problema de entregar set de implemento que la familia no valora. Ausencia del rol del psicólogo.
-------------------------------	-------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones relativas a los objetivos específicos de la investigación

Respecto al objetivo específico de analizar las características del Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo desde el modelo de implementación de las políticas públicas del institucionalismo centrado en actores es posible concluir que este marco teórico **realiza un interesante aporte, que sin lugar a dudas no se agota en las conclusiones recabadas en este caso.**

En primera instancia, porque constituye una propuesta superadora de los reduccionismos de los enfoques **racionalistas** que se centran en el agente y las limitaciones de los **culturalistas** que focalizan la estructura, para plantear un enfoque **relacional** entre el agente y la estructura, útil en el análisis de las políticas públicas.

Identifica elementos clave en esas relaciones, que a lo largo del estudio de caso se fueron desmenuzando en su composición (actores, constelaciones, modos de interacción, arreglo institucional) y resulta **pertinente para abordar la incidencia del cambio sobre las políticas públicas.**

Puntualizando la contribución del rol del psicólogo en el ámbito de la implementación no basta con enfatizar el conocimiento disciplinar: **se precisa asumir la complejidad del proceso de construcción de las políticas,** y las especificidades de los distintos niveles de gobierno y de sus actores.

El modelo de Scharpf se caracteriza por brindar el mismo peso a las acciones estratégicas, interacciones y los recursos individuales y corporativos para permitir, constreñir y modelar los efectos de las estructuras institucionales y las normas institucionalizadas.

A lo largo del estudio de caso, se va desprendiendo que no sólo el rol del psicólogo se inscribe en un marco institucional más amplio (el de la política pública) sino que a su vez el PARN se inscribe como tal en una institucionalidad compleja, en una lógica que

lo supera, con recursos y procedimientos que ya venían funcionando desde antes. Esto lo remarcan todos los entrevistados: el PARN no cobra sentido si no es en el contexto del CHCC.

Lo cual nos lleva a otra de las conclusiones que permite aportar el institucionalismo centrado en actores: en el caso de análisis **pesa mucho más el marco institucional que el actor individual en el Programa**, al momento de determinar su ejecución y alcances. Y derivado de ello: existen notables **restricciones institucionales** al rol del psicólogo, desde el momento mismo que se lo piensa como interviniendo en caso de patología en el nacimiento pero no en el ámbito de la salud mental perinatal, como agente salúfero, en equipo interdisciplinario, etc.

En lo que respecta al objetivo específico detectar y describir aquellos elementos y configuraciones de esta política en los que participe o a los que aporte el campo disciplinar de la psicología, la conclusión es que los elementos se relacionan con el apego y la crianza respetuosa que el programa promueve. También con las experiencias tempranas de estimulación (hablarles, cantarles, jugar con los bebés) que forman parte de los contenidos de la Nota Metodológica que se direcciona a los equipos de las maternidades para su aplicación. No obstante, estos aportes no los realiza de manera directa, con su práctica, el psicólogo.

Como se mencionaba anteriormente se soslaya en el contenido específico del Programa el aporte que el profesional psicólogo puede realizar en relación a la salud mental perinatal y al trabajo con el bagaje simbólico que traen las familias a la política pública.

El psicólogo en espacios comunitarios (lo que adquiere aún más relevancia en políticas sociales) trabaja sobre el **bienestar ecológico de una comunidad**, tratando de contribuir a la promoción de recursos naturales propios para solucionar sus problemas partiendo de la base que el cambio ya está teniendo lugar al momento de su llegada.

La intervención psicosocial, que no es sólo competencia del psicólogo pero en la que sin duda alguna tiene pertinencia su opinión, ha avanzado en la contibución de políticas públicas cada vez integrales, atentas a oportunidades y desafíos y menos centradas en carencias.

En lo relativo al objetivo específico de formular el efecto que tiene el conocimiento previo de la intervención social en psicología, el conocimiento sobre políticas sociales, así como la experiencia, entrenamiento y competencias que puedan tener los psicólogos sobre las dinámicas que ocurren en el proceso de implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido la conclusión es modesta: **la relación entre ciencia y política es compleja** y denota una tensión múltiple; es de suma importancia entender la cultura política así como las restricciones institucionales que intervienen en la práctica del psicólogo en el ámbito de las políticas públicas.

De manera directa, no hay participación del psicólogo en el PARN lo que llevaría a concluir que **no se asume su relevancia técnica y política**. ¿Por qué sería resultaría

pertinente a criterio de este estudio de caso? Porque los modos de relación y socialización de las familias inciden en la crianza y es necesario plantear lo psicosocial como categoría analítica propiamente dicha.

Por otro lado, si se analiza el PARN en el marco institucional que lo acoge, CHCC, y en relación al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial ese desencuentro entre política pública y psicología no se produce.

7. 2. Reflexiones finales

La relación entre ciencia social y política es siempre **compleja** y el escenario práctico de las políticas públicas adolece de su propia complejidad. No desmerece el desafío: que el psicólogo pueda hacer su aporte singular a este campo.

Lamentablemente para el presente estudio de caso no se pudo contar con todas las entrevistas esperadas por lo que los resultados tienen un **alcance limitado**, abriendo la puerta para otras líneas de investigación que permitan, en el futuro, aportar al campo disciplinar del psicólogo en la implementación de políticas públicas con componente psicosocial desde el institucionalismo centrado en actores.

Una de las observaciones más prolíficas que se pudo realizar a partir del análisis del material documental y de las entrevistas es que el PARN resulta un programa que opera con criterio **individual**, no social ni comunitario. Esta circunstancia aporta una notable restricción a sus posibilidades de acción; no hay aprovechamiento de las **redes comunitarias** que seguramente están operando en el territorio y que son sumamente potentes.

Esta distinción es importante de realizar porque las respuestas de los actores entrevistados entregan una concepción de **redes organizadas jerárquicamente**, institucionales, que no tienen presente los vínculos en la población y que, naturalmente se traducen en iniciativas de tipo *top down* y no *bottom up*.

Las redes son de la gente, no las crea el profesional social. Éste se apoya en lo preexistente porque así la intervención se despliega más rápido, pero no las arma ni el psicólogo, ni el médico, ni el trabajador

Es necesario aprender a **detectar vínculos y fortalezas**, contraintuición para el profesional social porque ha sido entrenado para detectar patologías y carencias, no elementos salutíferos. Parte de la idea que la gente tiene problemas y discapacidades, no potenciales latentes. En las distintas entrevistas realizadas a lo largo de la investigación se detectó esta concepción **asistencial** y **“educativa”** de la población, con escasa retroalimentación de aquello que la gente tiene para aportar a su propio bienestar, respetuoso de su estilo de vida.

Asimismo, no se pudo detectar contacto directo entre las constelaciones de actores

políticos (e incluso de los técnicos) y los beneficiarios del Programa lo cual limita la posibilidad de intercambios y aprendizajes. Así la política pública se torna una **acción unidireccional** que desconoce las idiosincrasias culturales propias de los distintos segmentos de la población.

El recurso que un Estado distribuye (económico, material, de infraestructura, humano), que llega al territorio debe ser evaluado y administrado en términos de impacto comunitario. Resulta una cuestión de extrema responsabilidad.

Desde los Estados nacionales es imposible construir intervenciones adaptadas a las circunstancias particulares de cada territorio, sobre todo en países extensos y heterogéneos como Chile. Es por eso que los distintos niveles gubernamentales tienen el desafío de **crear “desde abajo” alternativas a la medida de su gente** y capturar esos recursos para distribuirlos de la mejor manera posible en términos de impacto comunitario. En este sentido el PARN tiene a juicio de la autora del presente caso, un potencial no aprovechado.

Bibliografía

- ✓ Aguilar Villanueva, Luis F. (1992) "Estudio introductorio" en Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Antologías de Política Pública Volumen 3. México, Miguel Angel Porrúa.
- ✓ Alcalá Nogueira, H. (2009). Los derechos económicos, sociales y culturales como derechos fundamentales efectivos en el constitucionalismo democrático latinoamericano. Revista Scielo. Estudios Constitucionales, Año 7, N° 2, pp. 143-205
- ✓ Alfaro, J. (2013) Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Institucionalidad y dinámica de actores, Global Journal of Community Psychology Practice.
- ✓ Alfaro, J. (2012). Posibilidades y tensiones en la relación entre Psicología Comunitaria y Políticas Sociales. En: Alfaro, J, Sánchez, A. y Zambrano, A. (editores) Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias. Buenos Aires, Paidós.
- ✓ Barzeley, M y Cortazar, J.C. (2004) Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) Banco Interamericano de Desarrollo Washington D.C
- ✓ Chile Crece Contigo, "Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010". Santiago de Chile, 2010.
- ✓ Cortazar, J. C. (Ed.) (2007). Entre el Diseño y la Evaluación – El Papel Crucial de la Implementación de los Programas Sociales.
- ✓ Elgueta, J. M. (s/f) Metodología de la investigación en Comunicación Social. Marcos de Referencia y nociones prácticas. Chile: Instituto de la Comunicación e Imagen, Universidad de Chile.
- ✓ Hill, M. y Hupe, P. (2002). Implementing public policy: governance in theory and in practice. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- ✓ Holzmann, R. & Jorgensen, S. (2000). Social Risk Management: a New Conceptual Framework for Social Protection Unit. Human Development Network. Washington: The World Bank.
- ✓ Howlett, Michael – Ramesh, M. (2003): 'Policy Implementation: Policy Design and Implementation Styles', en Studying Public Policy – Policy Cycles and Policy Subsystems , Second Edition
- ✓ Lera, C. I. (compiladora) (2014) Debates y proposiciones de Trabajo Social en el marco del Bicentenario. Facultad de Trabajo Social, UNER. Argentina.
- ✓ Lopez, M. E. et al (2009) Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazos de alto riesgo. Revista Scielo 2009, Vol. 27, N° 2, 215-225.
- ✓ Molina H, Cordero M, Silva V (2008) De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. Revista Chilena de Pediatría.
- ✓ Pancaldi, Federico. The Turn to Real Actors: Achievements and Challenges for Actor-Centered Institutionalism in the Comparative Political Economy. Paper for the XXVI Convegno SISP, Rome 13-15 September 2012 Panel 11.1. 'La metodología del giovani politologi en Italia'
- ✓ Pressman, J. L. y Wildavsky, A. (1998). Implementación. Cómo grandes

- expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland. Fondo de Cultura Económica: México D. F.
- ✓ Püzl, H. y Treib, O. (2007). Implementing Public Policy. En F. Fischer, G. Miller y Mara, S. Sidney (eds.) Handbook of public policy analysis (89-18) NY: Press, Taylor y Francis Group.
 - ✓ Sabatier, P. y Mazmanian, A. (1993). La implementación de la política pública: un marco de análisis. Aguilar Villanueva, L. (1993) La implementación de las políticas públicas. México: Miguel Angel Porrúa. Pp. 323 – 372.
 - ✓ Scharpf, F. W. (2000), 'Institutions in Comparative Policy Research', Comparative Political Studies, Max Planck Institute, Working Paper 00/3-
 - ✓ Scharpf, F.W. (1997), Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research, Boulder, Co: Westview.
 - ✓ Shinn, M. (2007). Waltzing with a monster: bringing research to bear on public policy. Journal of Social Issues, 63 (1) 215-231.
 - ✓ Stake, R. (1995). The Art of Case Study Research. Thousand Oaks: SAGE
 - ✓ Velásquez Gavilanes (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública” en “Desafíos, Bogotá (Colombia). Semestre I”
 - ✓ Yin, Robert (2009). Investigación sobre estudios de caso. Diseño y métodos. Segunda Edición. Sage Publications.
 - ✓ Zurbriggen, Cristina. (2006). El institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. Revista Scielo, Ciencia Política, Volumen 26, N° 1 . http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-090X2006000100004&script=sci_arttext

Anexo

Entrevistas a seis funcionarios de CHCC y PARN:

- Dos funcionarios del Sistema CHCC, División Promoción y Protección Social, del Ministerio de Desarrollo Social.
- Profesional asesora del Departamento de Gestión y Coordinación de la Red Asistencial de un Servicio de Salud Metropolitano.
- Profesional del Departamento de Gestión Integrada de Redes Asistencial, de otro Servicio de Salud Metropolitano.
- Profesional encargada de la logística del PARN, DIVAP, Ministerio de Salud.
- Asesora técnica, psicóloga, de CHCC DIVAP, Ministerio de Salud.

Pauta de entrevistas

Pauta de entrevista actores políticos

I. Presentación

Este estudio de caso busca aportar al análisis de la implementación de políticas en el ámbito de la infancia con componente psicosocial. Para ello toma una política pública de Chile, Chile Crece Contigo, y dentro de ella uno de sus componentes: el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).

La política se analiza desde el marco teórico del institucionalismo centrado en actores y haciendo hincapié en los aprendizajes para el psicólogo y su práctica de la implementación de políticas públicas con componente psicosocial. Pretende realizar un aporte al campo disciplinar del psicólogo, que dedicado a las políticas públicas, a menudo se inserta en escenarios institucionales complejos que precisa entender e instrumentar.

- Nombre, cargo, tiempo desempeñándolo.
- ¿Cómo llegó al programa?
- ¿Trabaja con equipos? ¿Quiénes lo conforman?
- ¿Quién es su jefe directo?

II. Apreciación sobre el Programa

- ¿Cuál es, a su juicio, la importancia que le otorgan los usuarios al Programa Atención al Recién Nacido? (percepción) ¿Se distingue de Chile Crece Contigo?

- ¿Cuales son a su juicio las fortalezas del Programa? ¿Por qué?
- ¿Cuáles sus debilidades?
- Respecto a su tarea puntual ¿qué fortalezas y debilidades encuentra en relación al Programa?
- ¿Cree que la institucionalidad del Chile Crece Contigo contribuye al PARN? ¿Cómo?
- ¿Cuáles son las principales restricciones institucionales (normativas, organización) del PARN?
- ¿Cómo contribuye o se inserta su institución en el Programa de Atención al Recién Nacido?
- ¿Tiene recursos desde su institución para el Programa? (técnicos, financieros, humanos) Si es así ¿cuáles considera más importantes? ¿Por qué?
- ¿Cómo podría mejorarse la institucionalidad del PARN?

III. Sobre los destinatarios del Programa

- ¿Quiénes son los protagonistas del Programa?
- Puntualmente respecto a las familias del PARN ¿Qué familias participan en el Programa?
- ¿Existen diferencias entre ellas? ¿Y características comunes?
- ¿Hay rechazo de las familias hacia el Programa? ¿Hay entusiasmo?
- ¿Cómo es la dinámica que se produce entre los funcionarios y los beneficiarios de los programas sociales? ¿Cuáles son las instancias de encuentro? ¿Qué dificultades o tensiones se presentan?

IV.Negociaciones y redes del Programa

- ¿Cuáles son las negociaciones en la implementación del PARN? Aclarar si son instancias intersectoriales o regionales o a nivel central.
- ¿Debería haber otras instancias de negociación?
- ¿En qué instancias es más frecuente que se produzca en esas negociaciones el éxito y el fracaso? ¿Por qué?
- ¿Considera que el Programa trabaja apoyado en redes? Si es así, ¿en qué instancias y bajo qué circunstancias?
- ¿Cuáles son las redes que funcionan con mayor eficacia? ¿Cuáles cuesta más lograr?
- ¿El PARN contribuye a las redes con las que trabaja?
- ¿Existen iniciativas de parte de los actores?
- ¿Trabaja con organizaciones? ¿Cómo son las organizaciones con las que trabaja
- ¿ Construye el PARN relaciones de cooperación entre organizaciones? ¿Cuáles? ¿De qué tipo?
- A su criterio, ¿qué impacto tiene en la comunidad?
- ¿En su opinión, cuáles serían los consensos políticos más relevantes respecto al

PARN? ¿Y los desacuerdos?

Pauta de entrevista actores técnicos y profesionales

I. Presentación

Este estudio de caso busca aportar al análisis de la implementación de políticas en el ámbito de la infancia con componente psicosocial. Para ello toma una política pública de Chile, Chile Crece Contigo, y dentro de ella uno de sus componentes: el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).

La política se analiza desde el marco teórico del institucionalismo centrado en actores y haciendo hincapié en los aprendizajes para el psicólogo y su práctica de la implementación de políticas públicas con componente psicosocial. Pretende realizar un aporte al campo disciplinar del psicólogo, que dedicado a las políticas públicas, a menudo se inserta en escenarios institucionales complejos que precisa entender e instrumentar.

- Nombre, cargo, tiempo desempeñándolo, ocupación.
- ¿Cómo llegó al programa?
- ¿Trabaja con equipos? ¿Quiénes lo conforman?
- ¿Quién es su jefe directo?

II. Apreciación sobre el Programa

- ¿Cuál es, a su juicio, la importancia que le otorgan los usuarios al Programa Atención al Recién Nacido? (percepción) ¿Se distingue de Chile Crece Contigo?
- ¿Cuáles son a su juicio las fortalezas del Programa? ¿Por qué?
- ¿Cuáles sus debilidades?
- Respecto a su tarea puntual ¿qué fortalezas y debilidades encuentra en relación al Programa?
- ¿Cree que la institucionalidad del Chile Crece Contigo contribuye al PARN? ¿Cómo?
- ¿Cuáles son las principales restricciones institucionales (normativas, organización) del PARN?
- ¿Cómo contribuye o se inserta su institución en el Programa de Atención al Recién Nacido?

III. Sobre los destinatarios del Programa

- ¿Quiénes son los protagonistas del Programa?
- ¿Podría agruparlos?
- Puntualmente respecto a las familias del PARN ¿Qué familias participan en el Programa?
- ¿Existen diferencias entre ellas? ¿Y características comunes?

- ¿Hay rechazo de las familias hacia el Programa? ¿Hay entusiasmo?
- ¿Cómo es la dinámica que se produce entre los funcionarios y los beneficiarios de los programas sociales? ¿Qué dificultades o tensiones se presentan?
- ¿Considera que los protocolos de puesta en cobertura de la población en el Programa son exitosos? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los principales desafíos y oportunidades del equipo técnico y profesional que aplica el Programa?
- ¿Cuál es el rol del psicólogo en el Programa?

IV. Negociaciones y redes del Programa

- ¿Cuáles son las negociaciones en la implementación del PARN? Aclarar si son instancias intersectoriales o regionales o a nivel central.
- ¿Debería haber otras instancias de negociación?
- ¿En qué instancias es más frecuente que se produzca en esas negociaciones el éxito y el fracaso? ¿Por qué?
- ¿Considera que el Programa trabaja apoyado en redes? Si es así, ¿en qué instancias y bajo qué circunstancias?
- ¿Cuáles son las redes que funcionan con mayor eficacia? ¿Cuáles cuesta más lograr?
- ¿El PARN contribuye a las redes con las que trabaja?
- ¿Existen iniciativas de parte de los actores?
- ¿Trabaja con organizaciones? ¿Cómo son las organizaciones con las que trabaja
- ¿Construye el PARN relaciones de cooperación entre organizaciones? ¿Cuáles? ¿De qué tipo?
- A su criterio, ¿qué impacto tiene en la comunidad?
- ¿En su opinión, cuáles serían los consensos políticos más relevantes respecto al PARN? ¿Y los desacuerdos?

Pauta entrevista familias

Este estudio de caso busca aportar al análisis de la implementación de políticas en el ámbito de la infancia con componente psicosocial. Para ello toma una política pública de Chile, Chile Crece Contigo, y dentro de ella uno de sus componentes: el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).

La política se analiza desde el marco teórico del institucionalismo centrado en actores y haciendo hincapié en los aprendizajes para el psicólogo y su práctica de la implementación de políticas públicas con componente psicosocial. Pretende realizar un aporte al campo disciplinar del psicólogo, que dedicado a las políticas públicas, a menudo se inserta en escenarios institucionales complejos que precisa entender e instrumentar.

- Nombre, composición del grupo familiar, ocupación, lugar de residencia.

- Tiempo de participación en el PARN.

I. Apreciación sobre el Programa.

- ¿Qué le parece el Programa de Atención al Recién Nacido?
- ¿Sabía de él antes de participar?
- ¿Cómo la/lo contactaron?
- ¿Cambió su opinión luego de su atención?
- ¿El Programa representa una ayuda significativa para su vida cotidiana?
- ¿Qué elementos del set recibido le resultan más útiles? ¿Por qué? ¿Cuáles cambiaría?
- ¿El material que acompaña al Programa le ayuda a la crianza del bebé?

II. Interacción con otros actores

- ¿Con qué personas del Programa tiene más contacto? (aquí en función de la respuesta la idea es profundizar en la percepción de los técnicos y profesionales y de los políticos vinculados)
- ¿Tiene contacto con funcionarios del Programa? Si es así, a su criterio ¿hay funcionarios mejores que otros? ¿Qué hace que los funcionarios sean buenos?
- ¿ Tiene contacto con instituciones en relación al Programa? ¿Cómo es esa relación? Evalúela.

III. Rol del psicólogo

- ¿En algún momento ha tenido contacto con algún psicólogo del Programa? ¿Por qué?
- ¿Bajo qué modalidad se dió la atención?
- ¿Le parece necesario? ¿En qué la/lo ha ayudado?
- ¿Ha resultado diferente de otras atenciones recibidas?

IV. Percepción de la comunidad del PARN

- Considera que el PARN cubre las necesidades que tiene la gente?
- ¿Cómo le parece recibe la comunidad al Programa?
- ¿Qué cosas cambiaría del Programa?
- ¿Cuál le parece es el rol del Estado en relación a la crianza de los niños y niñas en los primeros años?

