



**“Análisis sobre el diseño e implementación del Programa de
Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo en el
contexto del Sistema de Protección Social de Chile”**

ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE

PARA OPTAR AL GRADO DE

MAGISTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Alumno: Claudio Castillo C.

Profesor Guía: Eugenio Figueroa B.

Santiago, enero 2016

Indice

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. CONTEXTO EN QUE SURGE ESTE PROGRAMA	7
1.1 Natalidad y fecundidad	7
1.2 Indicadores de infancia	7
1.3 Marco conceptual para intervenir en recién nacidos y primera infancia	9
1.4 Razonamiento económico para invertir en primera infancia	11
1.5 El modelo ecológico del desarrollo infantil	12
1.6 Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo	13
1.7 Modelo de gestión de Chile Crece Contigo	16
CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES DE PROGRAMAS DE APOYO A FAMILIAS CON RECIÉN NACIDOS	18
2.1 Marco conceptual sobre Transferencias No Monetarias (TNM) o en bienes (<i>in kind benefits</i>)	18
2.2 Experiencias previas en otros países en programas de apoyo a familias con recién nacidos	22
CAPÍTULO 3. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO AL RECIÉN NACIDO (PARN)	26
3.1 Diseño: Surgimiento y objetivos	26
3.1.1 Evaluación de alternativas de implementación	27
3.1.2 Definición de bienes y servicios a entregar	30
3.1.3 Actores involucrados	31
3.1.4 ACTIVIDADES DE SOPORTE	32
3.2 Cobertura	33
3.2.1 Sistema de Registro	34
3.3 Universalidad vs focalización: posibles errores de inclusión/exclusión	35

3.4 Monitoreo y seguimiento a la implementación del programa	38
3.4.1 Evaluación de satisfacción de usuarias – 2011 y 2014	38
3.4.2 Evaluación de equipos de la red de salud - 2011	40
3.4.3 Evaluación de Programas Gubernamentales - 2011	40
3.4.4 Monitoreo de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social	41
3.5 Mejoras y cambios introducidos desde la implementación del programa a la fecha	41
CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y COMPARACIÓN CON OTROS SIMILARES	43
4.1 Análisis de fortalezas y debilidades del PARN	46
4.1.1 Fortalezas	46
4.1.2 Debilidades	51
CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PADB Y ANÁLISIS SOBRE LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PARN	53
5.1 Análisis sobre la posibilidad de realizar una evaluación de impacto del Programa de Apoyo al Recién Nacido	56
5.1.1 Metodología de matching	58
5.1.2 Aplicación de metodología para análisis de beneficiarios del PARN	59
5.1.3 Estudios complementarios	62
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	68
ANEXOS	70
INDICE DE TABLAS	76
INDICE DE GRÁFICOS	77
INDICE DE FIGURAS	78
FUENTES DE INFORMACIÓN	79

Introducción

Mediante la Ley N° 20.379, promulgada en septiembre del año 2009, se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social (SPS) y se institucionaliza el subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC).

Chile Crece Contigo cuenta con un programa eje (Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - PADB -) e introduce el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), como una nueva prestación.

Para el PARN se ha considerado como su fin “potenciar el desarrollo integral de niños y niñas desde la gestación hasta su ingreso a pre kinder, para avanzar en la disminución de las brechas de desigualdad”. Este fin es el mismo de Chile Crece Contigo, por lo tanto el PARN intenta contribuir a que se cumpla. El propósito ha sido establecido 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”. El equipo técnico de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social (de Planificación en el momento del diseño y puesta en marcha) han establecido cuáles son estas condiciones mínimas:

- i. lactancia materna exclusiva al menos hasta el sexto mes de vida,
- ii. proteger el sueño regular y facilitar condiciones para un dormir seguro,
- iii. proveer experiencias tempranas de estimulación como puede ser hablarles, cantarles, jugar y otros y,
- iv. mantener una relación de cuidados con personas significativas y estables en el tiempo.

Para cumplir con sus objetivos, se ha operacionalizado en dos componentes:

- i. Entrega, en forma gratuita, de un set de implementos para los niños y niñas nacidos (y egresados vivos) en hospitales del sistema público de salud, que se efectúa al momento del alta de las madres de las maternidades y,
- ii. Educación sobre uso de implementos y cuidados básicos de crianza temprana.

Este programa comenzó a implementarse en septiembre de 2009 y se estima que anualmente beneficia a más de 150.000 niños y niñas que nacen en el sistema público de salud. El presupuesto para el año 2015 fue de M\$13.406.650.-

Este trabajo busca contestar dos interrogantes principales:

- i. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del diseño e implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo?
- ii. ¿Es posible realizar una evaluación de impacto de este programa?

Este informe se organiza de la siguiente forma: en el capítulo uno se presenta el contexto social de Chile en que se implementa este programa. Este capítulo desarrolla las bases del subsistema Chile Crece Contigo, como una política comprensiva del Estado, detallando las prestaciones garantizadas que contempla, los resultados que se propuso concretar en el corto, mediano y largo plazo y el modelo de gestión que se dio.

En el capítulo dos se realiza una revisión del marco conceptual de las transferencias no monetarias, como estrategia para enfrentar inequidades sociales, identificándose ventajas y desventajas, como también antecedentes de programas similares implementados previamente en otros países.

El capítulo tres documenta el proceso de diseño e implementación del PARN, dando cuenta de sus objetivos, alternativas evaluadas, definición de bienes y servicios a entregar, cobertura, sistema de registro y análisis de focalización de beneficiarios.

El capítulo cuatro presenta una comparación con programas similares que existen en Finlandia y Uruguay y las fortalezas y debilidades del diseño e implementación del programa chileno.

En el capítulo cinco se analiza la evaluación de impacto del programa eje, PADB, de Chile Crece Contigo.

En este mismo capítulo, se desarrolla un ejercicio con la base de datos de los tratados de la evaluación de impacto del PADB, se construye un grupo de tratados (reciben el PARN) y uno de control (no reciben el PARN), para finalmente estimar el efecto medio de tratamiento del PARN.

Cierra el documento, el capítulo seis dedicado a recomendaciones sobre acciones posibles futuras a desarrollar en la implementación del programa.

Con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supone utilizar en español vocablos tales como o/a, os/as, es/as, y en el entendido que este trabajo se refiere por igual a hombres como a mujeres, niños como a niñas, se utiliza de manera genérica el masculino.

Capítulo 1. Contexto en que surge este programa

1.1 Natalidad y fecundidad

A comienzos de la década de 1990, Chile alcanza la natalidad más alta registrada en datos demográficos, llegando a 307.522 nacidos vivos por año (Donoso et al., 2010:27). Solo en el trienio 1963-1965 se habían visto cifras similares, década en que la tasa de fecundidad era de 5,4 hijos por mujer. Sin embargo, en la actualidad, el país tiene una tasa de fecundidad que llega a 1,9 hijos por mujer (2010), cifra inferior a la tasa de recambio poblacional (2,1) por cuánto los hijos de cada mujer no alcanzarían a renovar la población al momento en que sus padres fallezcan (Donoso, 2007:73), con diferencias por ubicación geográfica, siendo, al año 2010, la región con mayor tasa la de Arica y Parinacota (2,6) y la menor la de Valparaíso (1,79).

La significativa disminución de la tasa de fecundidad se produce por el aumento en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, como también por el mayor desarrollo del país (Donoso, 2007:73). Realizando un análisis sobre datos de la Encuesta de Caracterización Social y Económica Nacional (Casen) del año 2003, Castillo (2005:32) encuentra que, en el corto plazo, la participación femenina en el mercado laboral afecta positivamente la probabilidad de tener un hijo en el caso de mujeres solteras, pero en forma negativa para mujeres casadas, con mayor intensidad si estas tienen entre 15 y 25 años. Considerando el aumento en la participación laboral de las mujeres en las últimas décadas, desde 35,6% en 2002 a 43% en 2009 (Ferrada y Zarzosa, 2010:249), la tasa actual de fecundidad podría disminuir aún más, afectando una serie de áreas de interés público (oferta de servicios, pensiones, mercado laboral, entre otras).

El año 2012 se registran 243.858 nacidos vivos en el país (INE).

1.2 Indicadores de infancia

En el contexto de América Latina y el Caribe, los indicadores de salud materno-infantil de Chile se encuentran dentro de los destacados, habiendo alcanzado la tasa más baja de mortalidad materna y la segunda de mortalidad infantil, después de Cuba (Donoso et al, 2010:56).

En términos de oferta de servicios del sistema público de salud, el control prenatal cubre al 90% de las embarazadas y el control del niño recién nacido llega casi al 100%¹; la atención profesional de niños y niñas es prácticamente universal, aunque subsisten diferencias dadas por la pobreza y la ruralidad (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006:19).

De acuerdo a los datos reportados por la Encuesta Casen (Ministerio de Desarrollo Social, 2011), entre 1990 y 2011, proporcionalmente, la población menor a 6 años ha disminuido. Si en 1990 el grupo de niños entre 0 y 3 años representaba 8,4% de la población, el año 2011 alcanza 5,8%, mientras que el grupo entre 4 y 5 años en el año 1990 correspondía a 3,9%, en 2011 alcanza 2,6%.

La situación de pobreza por ingresos² de la población menor de 6 años es mayor que el promedio nacional y que en la población no infantil. Para el grupo entre 0 y 3 años, el 19,4% de los niños se encuentran en pobreza y el 4,6% en pobreza extrema. En el caso de niños entre 4 y 5 años, el 18,6% se encuentra en pobreza y un 5,1% en extrema pobreza. No obstante lo anterior, hay una clara tendencia a la baja tanto de la pobreza extrema (en el año 1990 era de un 19,3% y el año 2011 llega a un 4,5%) como de la pobreza (desde un 50,7% el año 1990 a un 22,8% el año 2011) en la población infantil³. Sin embargo, ha aumentado la proporción de hogares en situación de pobreza por ingreso cuando tienen niños. En el año 1990 la proporción de hogares pobres con niños era 3,3 veces mayor que un hogar sin niños y en 2011 la diferencia era de 4 veces. En extrema pobreza la proporción en el mismo periodo disminuyó de 4,9 a 2,1 veces.

La II Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2006, realizada por el Ministerio de Salud, reportó que, aproximadamente, 3 de cada 10 niños no alcanzan los hitos de desarrollo que se

¹ Datos del Ministerio de Salud.

² Chile utiliza líneas de pobreza y de pobreza extrema. Se define la línea de pobreza como el ingreso requerido para satisfacer necesidades básicas de los miembros del hogar, mientras que la línea de extrema pobreza es aquella que permite satisfacer las necesidades alimentarias. Aquellos hogares que encuentren bajo estas líneas se consideran pobres o en pobreza extrema, respectivamente. Para el cálculo de los ingresos por hogar, se tiene en consideración el ingreso que generan los propios integrantes sumadas las transferencias monetarias que reciben del Estado y, cuando las familias habitan en hogares propios, se imputa un monto por concepto de arriendo de vivienda (Ministerio de Desarrollo Social). A partir de la Encuesta Casen 2013 se incorpora una medición multidimensional de la pobreza.

³ Se entiende por población infantil a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

esperan para su edad, indicando una gradiente social importante en los resultados⁴; por ejemplo, la prevalencia de rezago del desarrollo es 2,7 veces superior en el quintil más pobre que en el más rico, para niños entre 4 años y 4 años 11 meses, y la prevalencia de retraso del desarrollo es de 37% en el quintil más pobre, para niños entre 5 años y 5 años 11 meses, y de 18% en el quintil más rico.

El 2010, la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia, ELPI (Behrman et al, 2010:184) aplicó una batería de instrumentos para evaluar a niños. En el área cognitiva los resultados del test EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor), aplicado a 4.707 niños entre 0 a 24 meses, indican que 17,4% se encuentra en riesgo y 7,2% presenta retraso en su desarrollo psicomotor; de la aplicación del Inventario Battelle, la mayoría de los niños (88%) se encuentra dentro del rango normal respecto de las habilidades fundamentales de desarrollo observadas; el test TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor que se aplica a niños entre 24 meses y 5 años) señala que 8,6% presenta riesgo y 3,3% se encuentra con retraso en su desarrollo psicomotor; en tanto en el test TVIP (Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, adaptación Hispanoamericana) que se aplicó a niños entre 30 meses y 5 años, señala que 26,9% presenta resultados en la categoría “baja” o “menos que baja”.

1.3 Marco conceptual para intervenir en recién nacidos y primera infancia

Bedregal y Pardo señalan que “el desarrollo del ser humano es un proceso que parte casi desde cero. Al momento de su nacimiento el ser humano, está dotado de capacidades elementales asociadas a su sobrevivencia (como los reflejos de succión y llanto) y un amplio conjunto de potencialidades de distinta índole que pueden ser desplegadas a lo largo de su desarrollo” (2004:21).

El Informe del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, convocado el año 2006 por la Presidenta Michelle Bachelet, reconoce que:

“la etapa del desarrollo que va desde el nacimiento hasta los 6 ó 7 años es considerada desde la biología y ciencias cognitivas como el período más significativo en la formación del individuo. En esta etapa se estructuran bases fundamentales de las particularidades físicas y formaciones psicológicas de la personalidad que acompañarán al individuo por el resto de su

⁴ En la misma línea estudios en otros países, reportan un 30% de retraso en el desarrollo para niños menores de 5 años. Walker S. Et al (2005).

vida, y que se consolidarán y perfeccionarán en sucesivas etapas del desarrollo” (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006:15).

Más en específico, en el periodo hasta los tres años de edad, a pesar de la dependencia de los adultos, “tienen lugar procesos neurofisiológicos cruciales, que configuran las conexiones y las funciones del cerebro, las cuales definen en parte importante la naturaleza y la amplitud de las capacidades adultas” (Bedregal et al, 2004:4). Va a ser “en este período (cuando) se sientan las bases de todo el desarrollo posterior del individuo, a través de la interacción del niño con su ambiente humano y material, constituyendo parte importante de su desarrollo intelectual, emocional, físico/inmunológico y social - en los primeros dos años de edad-, estableciendo los pilares de su aprendizaje posterior, su educación formal y sus competencias sociales - entre los dos y los cinco años- y sedimentando lo aprendido anteriormente en función de la escuela y su vida posterior - entre los seis y los ocho –” (Bedregal et al, 2004:7).

Esta etapa es un periodo crítico (o sensible) para el niño, ya que “en ningún momento posterior vuelven a darse niveles equivalentes de plasticidad cerebral⁵. La influencia del medio ambiente durante este periodo es, por tanto, sustancial, incidiendo en el proceso sináptico y conformación de las funciones superiores del cerebro” (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006:15), ya que “los acontecimientos que suceden a lo largo de la vida del niño reflejan relaciones sinérgicas entre la salud, nutrición y el desarrollo” (Landers et al, 2006:13).

En particular, la neurociencia ha constatado que el cerebro se determina biológicamente desde el embarazo y su evolución posterior va a depender de las relaciones que establezca el niño con su entorno, como rescata Racsynski (2006:2). Aproximadamente dentro de los primeros mil días, en el cerebro del niño se van a producir sinapsis a gran velocidad y eficiencia, lo que no va a volver a ocurrir en el resto de la vida. Tal es la velocidad y eficiencia, que se estima que a los dos años de edad, la cantidad de sinapsis que ha alcanzado el cerebro corresponde a la de un adulto típico y a los tres años va a duplicar la de un cerebro adulto (aproximadamente 1.000 trillones).

⁵ Capacidad del cerebro para modificarse en su organización y funciones ante la experiencia ambiental. En Bedregal et al, 2004:23. Citando a Masten, A. S.; J. Douglas Coastworth: “The Development of Competence in Favourable and Unfavourable Environments. Lessons from Research on Successful Children”. *American Psychologist*, 1998, 53 (2): 205-220.

1.4 Razonamiento económico para invertir en primera infancia

James J. Heckman, Premio Nobel de Economía, señala que “hay una sobre inversión en periodos tardíos (reducción de la cantidad de alumnos por profesor, capacitaciones laborales, rehabilitación para personas privadas de libertad, subsidios y gasto en seguridad) y una sub inversión en edades tempranas” (2006a), a su vez el Banco Mundial⁶ (Vegas et al, 2010), señala tres relevantes conclusiones en lo que respecta a las políticas de infancia:

- En igualdad de condiciones, la rentabilidad de la inversión en la primera infancia será más alta que el retorno de inversiones realizadas con posterioridad, simplemente porque los beneficiarios tienen más tiempo para cosechar los beneficios obtenidos de estos recursos.
- Las inversiones en capital humano tienen complementariedades dinámicas, de tal manera que a mejores resultados del desarrollo en la primera infancia, más altos serán los logros educacionales, mejores las consecuencias en salud y también en el mercado laboral.
- Aunque las políticas de educación son importantes, lo que sucede en las escuelas no es suficiente para igualar las oportunidades y disminuir la desigualdad.

Finalmente, rescata que “es trascendental invertir tempranamente en los niños y sus familias, ya que el entorno familiar también juega un rol importante en el desarrollo de habilidades cognitivas y no-cognitivas”.

Invertir en los niños se justifica tanto social como económicamente, y mientras más temprano se comience con la intervención, más impacto tendrá esta inversión. Hay variados estudios que dan cuenta de evidencia que confirma los efectos positivos a largo plazo, por ejemplo de la educación preescolar: “mejores resultados escolares, mayor probabilidad de alcanzar educación terciaria, mayores ingresos futuros y menores índices de criminalidad. Las políticas que invierten en infancia son costo-efectivas, ya que generan retornos sociales mayores a los de inversiones en personas de mayor edad” (Velasco, 2007:40). Algo similar señala Heckman (2006a), cuándo indica que “centrándose en la importancia que reviste el desarrollo de las

⁶ En el informe titulado *The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean: Issues and Policy Options to Realize It* (La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe: temas y alternativas de políticas para cumplirla).

habilidades cognitivas y no cognitivas, los principales efectos serán reducción de la deserción escolar, incremento en la tasa de graduados universitarios, reducción del analfabetismo, incremento de la escolaridad, disminución de las tasas de crímenes y violencia y reducción del analfabetismo funcional". Walker et. al (2005:1804) reportan resultados de la implementación de un programa en Jamaica, que intervino durante dos años con suplementación nutricional y estimulación sicosocial a niños entre 9 y 24 meses. Los resultados de mediciones experimentales indican que los efectos de la suplementación nutricional no son significativos, mientras la estimulación sicosocial genera cambios significativos en los test de vocabulario, analogías verbales y pruebas de lectura, entre otras. La conclusión más relevante es que retrasos en el desarrollo durante la primera infancia se asocia directamente con déficits cognitivos y educativos en la adolescencia, sin embargo si se interviene con estimulación temprana estos déficits se reducen.

Se estima que las intervenciones tempranas en el ciclo de vida de los niños más desfavorecidos tienen mejores rendimientos económicos que las intervenciones posteriores. Lo anterior se produce ya que la formación de habilidades o capacidades, a través del ciclo vital, es de naturaleza dinámica, existiendo un efecto dual, donde habilidades generan habilidades, motivación genera motivación. Si un niño no ha sido motivado para aprender y participar desde el nacimiento, lo más probable es que cuando se convierta en adulto, falle en su vida social y económica; por lo tanto, si la sociedad interviene a tiempo, puede mejorar las habilidades cognitivas y socio-emocionales y la salud de los niños desfavorecidos. Los entornos familiares de los niños pequeños son los predictores más importantes de las capacidades cognitivas y socioemocionales, y las brechas en capacidades entre privilegiados y desfavorecidos se generan en la vida de los niños de manera temprana, lo que no necesariamente se modifica solo con acceso a educación (necesaria pero no suficiente) (Heckman, 2007).

1.5 El modelo ecológico del desarrollo infantil

El modelo ecológico del desarrollo infantil enfatiza los grados de influencia que ejercen contextos cercanos y distales sobre los niños, actuando estos determinantes de manera simultánea y en forma centrípeta, lo que obliga realizar un análisis multi y transdisciplinario e intersectorial (ENPI, 2010:10). Además, supone un proceso de acomodación entre la persona

y el entorno, que es afectado por las relaciones que se generan entre los entornos en que está inserto y los contextos mayores en los que está incluido (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006:40).

Si al centro de este modelo se encuentran los niños, en un segundo aro de adentro hacia afuera se encuentra la familia, luego la comunidad y el barrio, que se encuentran, a su vez, afectados por las políticas de salud, educación, habitabilidad, trabajo o ingreso y la forma de actuar de la propia gestión pública de cada país. Bajo este modelo, será la familia la que, en primer lugar, debe hacerse cargo de los cuidados que el niño requiera directamente, y le corresponde al Estado definir un marco que garantice el respeto de los derechos que tiene todo niño a partir de la Convención de Derechos del Niño, considerando las creencias culturales vigentes, ya que “si los niños y niñas en estos periodos de alta potencialidad y vulnerabilidad no cuentan con familias, comunidades, y equipos de salud y educación, entre otros factores ambientales, informados y estimulares, no sólo pierden oportunidades de desarrollo fundamentales sino que se arriesgan daños permanentes en su desarrollo” (Consejo Asesor Presidencial de Chile en materias de Infancia, 2006:15).

1.6 Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo

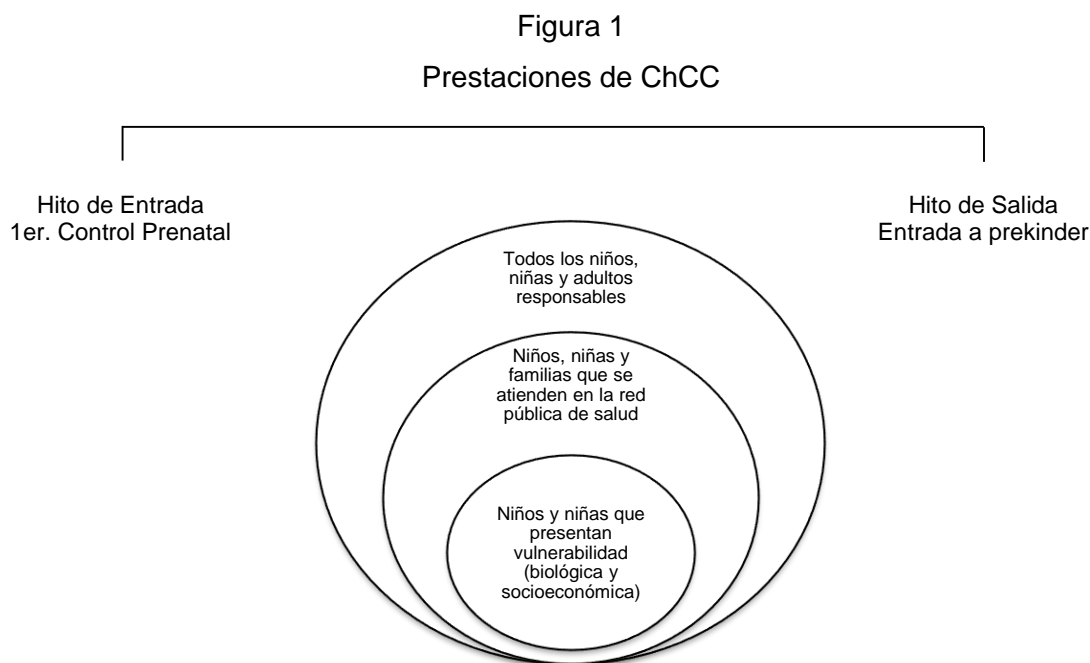
A partir de las propuestas realizadas por el Consejo en “octubre del año 2006, se anunció la creación del sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, dirigido a todos los niños y niñas del país, de forma de acompañarlos y apoyarlos en su desarrollo, desde la gestación hasta que ingresen a prekinder en el sistema escolar”. Se definió a “Chile Crece Contigo (como) una política pública comprensiva, intersectorial y de múltiples componentes”, que “consiste en un complejo sistema de intervenciones de carácter integral que brindan protección de acuerdo a las características y necesidades particulares del desarrollo de cada niño, niña y su familia, poniendo a su disposición múltiples servicios de apoyo, beneficios universales y diferenciados, garantizados” (Mideplan, 2010:6).

Este subsistema contempla una serie de principios rectores, que incluyen “la perspectiva de derechos, la visión integral del desarrollo de los niños y niñas, la familia como principal agente del desarrollo de niños y niñas, la importancia del entorno social y comunitario en el desarrollo

infantil, la protección y apoyo al desarrollo personalizado a través del ciclo de vida y la calidad de las prestaciones como componente fundamental de las garantías”⁷ (Mideplan, 2010:19).

Chile Crece Contigo se transforma, entonces, en “un esfuerzo nacional, multisectorial, que trabaja por reducir las inequidades desde su génesis misma, a través de promover el desarrollo, la salud, el bienestar y la seguridad de los niños, niñas, sus familias y comunidades desde la gestación y hasta el ingreso al sistema educativo” (Mideplan, 2010:26).

En la Figura 1, se muestran los grupos a los que se dirigen las prestaciones diferenciadas que entrega este subsistema.



Fuente: CUATRO AÑOS CRECIENDO JUNTOS.
Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010

⁷ El art. 12 de la Ley 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, establece una serie de prestaciones garantizadas para niños que presentan situaciones de vulnerabilidad:

- a) Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad.
- b) Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes.
- c) Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes.
- d) Acceso gratuito a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar.
- e) Acceso garantizado al "Chile Solidario" a las familias de niños y niñas en gestación que formen parte de las familias a que se refiere el artículo 1º de la ley N° 19.949.

El mismo artículo agrega que las primeras cuatro garantías se aplicarán a familias que sean parte del 60% más vulnerable de la población del país, y para las garantías b) y c) se requiere además que la madre, el padre o el cuidador de los niños se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo.

Tal como se muestra en el gráfico de círculos concéntricos de la figura 1, existen prestaciones disponibles para toda la población, otras que se concentran en familias que se atienden en el sistema público de salud⁸ y por último aquellas que están dirigidas a niños con algún tipo de vulnerabilidad.

Para su funcionamiento, Chile Crece Contigo considera como eje el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), que “integra la atención de salud desde el nivel primario al terciario, mediante intervenciones psicosociales, basadas en evidencia científica, con un fuerte énfasis en la gestión local y asume el desarrollo infantil temprano como el resultado de las múltiples dimensiones en las que crecen y se desarrollan los niños, niñas y sus familias”, se encuentra “constituido por intervenciones psicosociales de calidad y complementarias al control prenatal, atención del nacimiento, controles de salud infantil y atención hospitalaria a niños y niñas” y lo que busca es introducir “intervenciones psicosociales que acompañan la trayectoria del desarrollo infantil reforzando acciones de evaluación, estimulación y seguimiento para todos los niños, niñas y familias del Sistema” (Mideplan, 2010:32).

En una mirada a largo plazo, se definieron resultados esperados del subsistema de Protección a la Infancia, en 2007, que se presentan en la Tabla 1.

⁸ De acuerdo a Casen 2013, un 78,29% de la población se encuentra adscrita al Seguro Público de Salud, FONASA.

Tabla 1

Resultados esperados para el Subsistema de Protección a la Infancia

Tipo de resultados	Resultados esperados
Resultados intermedios	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de las tasas de riesgo, rezago y déficit del desarrollo infantil. • Reducción de la tasa de cesáreas. • Aumento de la tasa de parto acompañado. • Padres y madres informados/as y activos/as en su rol de crianza de sus hijos e hijas. • Reducción de la tasa de abandono de niños y niñas. • Reducción de las tasas de maltrato infantil. • El país dispone de una red de modalidades diversas de apoyo al desarrollo infantil temprano, particularmente a disposición de los niños y niñas con riesgo o rezago en su desarrollo, que incluye a todas las comunas del país.
Resultados finales	<ul style="list-style-type: none"> • Se reducen las brechas de desigualdad en el desarrollo infantil temprano entre niños y niñas de diferentes segmentos socioeconómicos y entre niños y niñas de distintas comunas y regiones del país. • Se consolida un modelo de protección integral^a a la primera infancia desde la gestación, descentralizado e intersectorial, coordinado y articulado a nivel local. • Los niños y niñas ingresan al sistema escolar con las competencias y habilidades necesarias para el aprendizaje. • Los padres y madres son agentes activos en la educación de sus hijos e hijas al integrarse ellos al sistema escolar.

a. El modelo de protección integral se basa en el seguimiento y acompañamiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas.

Fuente: Documento de trabajo. Sistema Chile Crece Contigo. Modelo Conceptual. Ministerio de Planificación, 2009.

Desde la puesta en marcha del subsistema, se definieron resultados de corto, mediano y largo plazo, considerando un modelo permanente de evaluación de los avances y cumplimientos de estos.

1.7 Modelo de gestión de Chile Crece Contigo

La Ley N° 20.379, que institucionaliza el subsistema, lo define en su Art. 1 como “un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida”.

Se asignó la responsabilidad al Ministerio de Planificación (actual Ministerio de Desarrollo Social) de transformarse en la institución coordinadora de la política en general y del trabajo con los ministerios sectoriales, principalmente Salud y Educación. Estos Ministerios sectoriales realizan la definición de prestaciones y estándares a cumplir por parte de los equipos locales,

siempre teniendo en consideración las metas que se definan para el sistema (Mideplan, 2010:22).

La asignación de la responsabilidad al Ministerio de Planificación estuvo acompañada de la creación de un programa presupuestario especial en la Ley de Presupuestos del Sector Público desde el año 2007 en adelante. El subsistema funciona a través del financiamiento históricamente asignado a las instituciones que son parte de este, y con presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social (Ex Ministerio de Planificación), que para 2015, llega a aproximadamente 43 mil millones de pesos chilenos.

El sistema presupuestario chileno, se basa en un presupuesto de continuidad, donde cada año sólo se presentan a evaluación ex ante aquellas iniciativas nuevas o reformulaciones de programas, por lo tanto, el modelo de gestión lo que hace es permitir que el ente coordinador pueda realizar un monitoreo y control de la ejecución de los recursos asignados al Sistema⁹.

⁹ Respecto de la evaluación ex post, esta función radica, principalmente, en la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, no obstante el propio Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Subsecretaría de Evaluación Social, puede realizar evaluación de procesos o de impacto.

Capítulo 2. Marco conceptual y antecedentes de programas de apoyo a familias con recién nacidos

2.1 Marco conceptual sobre Transferencias No Monetarias (TNM) o en bienes (*in kind benefits*)

Las transferencias monetarias son el ingreso neto percibido desde programas de seguridad social o gubernamentales, de empleadores y de otros hogares. Se encuentran dentro de este grupo las pensiones, jubilaciones, seguros de desempleo, subsidios familiares, pago por enfermedad o accidentes, entre otras (Beccaria, 2007:15).

Las transferencias no monetarias o en especies son aquellas en que los hogares o las personas individualmente reciben bienes y servicios gratuitos, o a precios poco significativos, tanto de sus empleadores, como del Estado u Organizaciones No Gubernamentales (Beccaria, 2007:16). Estas transferencias en servicios, bienes o especies han sido parte de las políticas sociales a nivel mundial. En América Latina las principales formas que han adquirido, en general a partir de década de 1980, son las siguientes (Madariaga, 2009:48):

- i. Útiles escolares para familias en pobreza con niños elegibles, en edad escolar, como forma de apoyar el proceso educativo;
- ii. Suplementos alimenticios, de modo que los grupos más vulnerables de la población puedan acceder a la cantidad mínima de nutrientes requeridos según ingesta recomendada;
- iii. Herramientas para el cultivo agrícola, para microemprendimientos, entre otros, a familias beneficiarias de programas para la generación de ingresos.

Estas transferencias surgen como una respuesta práctica a situaciones de crisis y emergencias, tanto colectivas como familiares de los hogares más pobres. De esta manera la entrega del bien o especie viene a solucionar una necesidad específica y un consumo inmediato (Madariaga, 2009:49).

La selección de transferencias monetarias o no monetarias ha estado presente en el debate sobre políticas sociales desde mediados del siglo XX, y lo central ha sido definir con qué tipo de transferencia las personas se benefician de mejor manera. La literatura económica presenta

serias limitaciones para determinar de forma certera cuál es más efectiva, debiendo analizarse los resultados caso a caso (Muñoz, 2004:2-3).

La decisión de elegir un tipo de transferencia se debería tomar teniendo en consideración el o los objetivos que los programas de protección social han definido y el contexto en que se implementa la política pública, es decir, considerando el análisis económico, de mercado y preferencias de los beneficiarios (Gentilini, 2007:8). También es importante considerar las condiciones prácticas, como infraestructura disponible para almacenamiento y distribución (Madariaga, 2009:49).

Dentro de las ventajas de las transferencias no monetarias, encontramos en primer lugar que son efectivas asegurando mínimos universales. La distribución de bienes de primera “necesidad” es valorada por sobre la simple distribución de la renta, ya que busca asegurar salud, alimentación o vivienda, que no debieran distribuirse según capacidad de pago, bajo la lógica del igualitarismo específico. Así, el Estado valora y promueve el consumo de un bien específico por parte de quienes reciben la transferencia (Tobin, 1970 en Muñoz, 2004:2). Una vez que se acuerdan los bienes de interés social a los que debe acceder la población, existe una mayor probabilidad de satisfacer las necesidades que dieron origen a los programas sociales, en base a la entrega intencional de las especies que requieren las familias (Gentilini, 2007:8).

En segundo lugar, se aduce que el paternalismo de las transferencias no monetarias podría incrementar el consumo de los bienes de interés social, considerando que las personas no necesariamente toman decisiones que optimizan su bienestar, por lo que un tipo de paternalismo restringido lograría que se consuman bienes valorados socialmente, con focalización del gasto público. Si bien es posible criticar que las transferencias en bienes restan libertad de elección a las personas, existe un fundamento económico que lo respalda, ya que no necesariamente la acción pública busca maximizar la utilidad individual, sino apuntar a objetivos socialmente deseables, como eliminar la pobreza o la malnutrición, por ejemplo.

En esta misma línea, se puede destacar que el argumento del paternalismo, a favor de las transferencias no monetarias, es particularmente fuerte cuando los beneficiarios de estas son niños, pero la transferencia se hace a través de los padres o adultos responsables (Currie,

2007:1), los que no necesariamente consideran la utilidad individual de sus hijos en primer lugar, pudiendo destinar el dinero a otras necesidades, de modo que el bien puede cumplir mejor con el objetivo de satisfacer niveles mínimos a este grupo específico (Piedra y Jaén, 2009:102).

En tercer lugar, las transferencias en especies favorecerían la autoselección, porque quienes realmente necesitan los bienes (mayor propensión al consumo) buscarían las especies, existiendo desincentivos a la reventa, lo que genera una mayor posibilidad de autoexclusión de individuos que no los requieren (Piedra y Jaén, 2009:106).

Por último, entregar los bienes o especies directamente, hace que disminuya el riesgo que sean los propios beneficiarios los que asuman costos económicos derivados de periodos de alta inflación (Piedra y Jaén, 2009:111), además de aumentar la eficiencia del sistema tributario, ya que si los impuestos distorsionan la oferta, estas transferencias complementarias de bienes mitigan dicho efecto (Currie y Gahvari, 2007:4).

Dentro de las desventajas de las transferencias no monetarias, está la pérdida de libertad de decisión, ya que en el fondo se dudaría que las personas son capaces de tomar las mejores decisiones en términos de la administración de recursos monetarios (Madariaga, 2009:49), lo que reduce su utilidad individual, por la falta de fungibilidad (Gentilini, 2007:8). Aún cuando existe justificación teórica para la intervención del Estado en la orientación a las familias, no debería decidir por ellas, ya que no se considerarían las preferencias individuales, las que son reemplazadas por la elección de un planificador social que “impone” estos bienes como satisfactores de necesidades colectivas (Currie y Gahvari, 2007). También se señala que las personas solo optarían por las especies cuando tengan un nivel básico de renta (Piedra y Jaén, 2009:98).

Se arguye económicamente que si los beneficiarios pudieran elegir, estarían igual o mejor bajo un régimen de transferencias monetarias respecto a uno en especies, ya que, por ejemplo, si la cantidad provista por el Estado es mayor a la demandada por los beneficiarios habrá pérdida de eficiencia al no poder elegir comprar otros bienes y servicios (Myrdal, 1945 en Muñoz, 2004). Estudios reportan que cuando las familias reciben transferencias monetarias diversifican y mejoran la calidad de la alimentación, comen menos en cantidad que si hubiesen

recibido la transferencia en alimentos, pero disponen de mayor kilocalorías al preferir más carne y huevos que cereales (Sharma, 2006 en Gentilini, 2007:9).

En segundo lugar, los costos de la implementación logística de un programa de transferencia en especies son muy elevados (Madariaga, 2009:49), requiriéndose tecnología y sofisticación para hacer el seguimiento de los bienes, como para el almacenamiento, distribución y entrega a los beneficiarios. Esto implica costos iniciales importantes para procesos logísticos, sobre todo para países con capacidades institucionales disminuidas (Cecchini y Madariaga, 2011:63). Al contrario, para realizar transferencia en efectivo se utilizan canales habituales de distribución de dinero, a través de sistemas institucionalizados o mediante tarjetas electrónicas de débito.

Hay una tercera desventaja para las transferencias en especies y dice relación con el desplazamiento tanto de la oferta como de la demanda local (Madariaga, 2009:49). Cuando los bienes que se entregan también se encuentran en el comercio local, no se permite que los beneficiarios movilicen recursos en la economía, ya que las personas que podrían adquirir productos, aunque fuesen pocos, no lo harán, por lo tanto se contrae la demanda (Barrett, 2002 en Gentilini, 2007:12), y por otra parte cuando se inyectan especies, por ejemplo alimentos a la economía local, los precios tienden a caer porque aumenta la oferta (Cunha et al, 2011:1).

Una cuarta desventaja para las transferencias en especies, es el riesgo de discriminación o de afectar el estatus social de los beneficiarios, ya que se podría identificar fácilmente a quiénes perciben estos bienes (Piedra y Jaén: 2009:98).

En la Tabla 2 se presenta un resumen con las principales ventajas y desventajas de las transferencias en bienes.

Tabla 2

Resumen de ventajas y desventajas de las transferencias en especies o no monetarias

Ventajas de las transferencias no monetarias	Desventajas de las transferencias no monetarias
Son efectivas asegurando mínimos universales estándares	Genera pérdida de libertad de elección
Focaliza el gasto público en el consumo de bienes de interés social	Elevados costos de implementación logística
Evita que los beneficiarios asuman costos económicos derivados de la inflación	Genera efectos no deseados en economías locales
Favorece la autoselección	Aumenta el riesgo de discriminación o pérdida de status por parte de los beneficiarios

Elaboración propia en base a bibliografía revisada

En relación a las transferencias monetarias, hay quienes proponen que los pobres debieran pagar, al menos, una parte del costo de los bienes y servicios que reciben, de este modo le asignarían un valor y le darían, por ende, más uso. A este último efecto psicológico se le denomina la falacia del costo hundido (Kremer y Holla, 2008:1). No obstante un estudio de Cohen y Dupas del año 2007, al realizar control sobre el uso de mosquiteros en África, reporta que el uso nocturno, a la tercera semana, es tan alto para aquellos que fueron entregados en forma gratuita como para aquellos adquiridos con un co-pago. Sin embargo, en aquellos hogares en que se les entregó dinero en efectivo para la adquisición de este implemento, la proporción de niños menores de 5 años que dormían bajo mosquiteros fue 12,4-14,3 puntos porcentuales menor que en aquellos que accedían al bien (Kremer y Holla, 2008:12).

La conclusión más relevante es que dependiendo de los objetivos que se busca cumplir y el contexto en que se esté diseñando/implementado la política o el programa debe evaluarse qué tipo de transferencia realizar (monetaria o no monetaria), incluso considerando que ambas pueden ser complementarias o que puede transitarse entre ambos mecanismos¹⁰.

2.2 Experiencias previas en otros países en programas de apoyo a familias con recién nacidos

Respecto de transferencias a familias con recién nacidos, Finlandia ha sido un país pionero en la materia, creando un subsidio a la maternidad en el año 1937. Inicialmente surgió como

¹⁰ Para efectos de esta investigación, no se analizará en detalle si se trata de transferencias condicionadas o a todo evento, dado que nos aleja del foco.

un beneficio solo para mujeres de bajos ingresos, para promover la natalidad y disminuir la mortalidad infantil, por cuánto el subsidio implicaba también acceso a los servicios de salud.

Desde 1938, este beneficio considera un monto en efectivo o la entrega de bienes, o una combinación de ambas transferencias. En 1949, este programa pasa a beneficiar potencialmente a todas las mujeres de Finlandia, siendo una prestación universal de su sistema de bienestar social.

Actualmente, las mujeres finlandesas embarazadas, con control prenatal antes del cuarto mes de gestación, pueden optar entre recibir un paquete de bienes para recién nacido o un subsidio en efectivo de €140¹¹. El paquete de bienes considera mudas completas, un set para la higiene del recién nacido, ropa de cama, pañales, material educativo y juguete de estimulación y una caja que puede ser usada como cuna inicial. El diseño de los bienes se renueva anualmente y se utiliza colores neutros, incorporando productos amigables con el medio ambiente (pañales reutilizables han sido incorporados desde 2000).

En el Reino Unido, desde el año 1999, existe el programa denominado *Sure Start Maternity Grant* (Churchill y Clarke, 2009:40), destinado a madres primerizas o con hijos menores de 16 años o tengan embarazos múltiples y sean beneficiarias de la seguridad social¹². Este apoyo (corresponde a £500 desde junio de 2002¹³) se puede solicitar hasta 11 semanas antes de la fecha esperada de parto o hasta 3 meses después del nacimiento del hijo. Este beneficio también se entrega a padres adoptantes y en el caso que se utilice una madre sustituta, queda supeditado a que los padres reciban orientación sobre bienestar del recién nacido y salud de la madre (cuando se solicita previo al parto).

A partir del 01 de julio de 2007 y hasta diciembre de 2010¹⁴, se entregó en España un subsidio universal a todas las madres que hayan tenido un hijo y tuviesen residencia legal de 2 años antes del parto, por un valor de €2.500, que representaba en ese momento más de 4 salarios

¹¹ Deben ser parte del Sistema de Seguridad Social de Finlandia y completar una aplicación en línea, en los 2 meses previos al parto. También existe el beneficio para padres adoptantes. La entrega se realiza en domicilio por correo, salvo en lugares alejados en que ocurre en la municipalidad correspondiente.

¹² Por ejemplo subsidio al ingreso, por desempleo, o pensiones.

¹³ £1.000 en el caso de trillizos.

¹⁴ Este subsidio se eliminó en mayo de 2010, teniendo efecto a partir de los nacidos en enero de 2011, en el marco de un recorte presupuestario.

mínimos a jornada completa (González, 2010:2). Para el año 2008, el 95% de las madres recibía este subsidio.

González (2010) desarrolla un estudio para evaluar si este subsidio cumplió con sus objetivos: apoyar económicamente a las familias con recién nacidos, considerando los gastos que conlleva, y promover la natalidad en España. Usa regresión discontinua para establecer causas y efectos, mediante la metodología de diferencias en diferencias, utilizando información de 3 bases de datos: encuesta de presupuestos de hogares, encuesta de fuerza laboral y encuesta de ingresos y condiciones de vida. El grupo de tratados corresponde a quienes recibieron el beneficio, mientras que el grupo de control corresponde a aquellos que no lo recibieron cumpliendo con los requisitos de elegibilidad, salvo que el nacimiento del hijo se produjo antes de la fecha de inicio de entrega del beneficio, que no fue conocida previamente. En el desarrollo mide el uso del incremento en el ingreso familiar a disposición de la madre, considerando que existe literatura económica que indica que habría causalidad con un aumento de bienes para al recién nacido, también evalúa si afecta la oferta de trabajo (se utiliza el concepto de “comprar tiempo” de la madre en el hogar¹⁵) y cuidado infantil, sea este un servicio contratado o no.

Concluye González, que este subsidio no introduce cambios significativos en gastos familiares relacionados directamente con el niño, evaluados éstos a un año del nacimiento. Sin embargo, si encuentra un efecto significativo en la oferta laboral de las madres y en cuidado infantil durante el primer año. A los 9 meses de edad de los hijos, las madres receptoras del beneficio tenían entre 7 y 11 puntos porcentuales menos de probabilidad de estar trabajando y los niños tenían entre 6 y 10 puntos porcentuales menos de probabilidad de asistir a una sala cuna.

El principal efecto de esta transferencia monetaria fue el incremento en el tiempo que las madres le dedican al cuidado del hijo durante el primer año, sin que se demuestre un cambio en el consumo de bienes y servicios relacionados con el niño. La autora concluye que los

¹⁵ En España, el postnatal es de 16 semanas, 6 de estas reservadas exclusivamente para las madres y 2 para los padres. Las restantes 10 semanas (considerando las reservadas para las madres) se pueden distribuir entre padres o madres, aunque mayormente son las mujeres que toman el periodo completo. Adicionalmente, existe la posibilidad que la madre tome un permiso no remunerado hasta que su hijo cumpla 3 años y luego puede regresar a su trabajo, en un cargo equivalente al que tenía previamente. Por último hasta los 8 años del hijo, los padres pueden trabajar parcialmente, reduciendo entre 12 y 50% las horas semanales, lo que reduce su ingreso proporcionalmente. Este sistema no se usa frecuentemente (González 2010:5).

beneficios de este mayor tiempo dedicado por la madre al cuidado infantil solo se podrán evaluar en el largo plazo (González, 2010:21).

Metodológicamente, este análisis constituye un ejercicio cuasi-experimental, considerando que construye un contrafactual randomizado por la fecha en que se da inicio al beneficio, y permite realizar el análisis mediante la regresión discontinua utilizando la metodología de diferencias en diferencias.

Capítulo 3. Diseño e implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)

3.1 Diseño: Surgimiento y objetivos

La implementación de Chile Crece Contigo –que parte el año 2007- entrega el mejor contexto para la instalación del PARN, ya que lo enmarca en un subsistema de servicios universales y diferenciados según las necesidades de las familias, con equipos de salud y de protección social con experiencia en el trabajo con familias vulnerables (Chile Solidario, por ejemplo), lo que podría ser considerado como un factor facilitador de la implementación del programa a nivel nacional.

La idea de implementar este programa en el país surge de una visita presidencial a Finlandia, y los objetivos definidos durante la fase de diseño, el año 2008, fueron¹⁶:

- a. Reducir el costo económico inicial en el que incurren las familias para acceder a los elementos básicos que requiere un recién nacido para su cuidado y atención inicial, puesto que existe una fuerte asociación entre el bajo nivel socioeconómico y el compromiso en el desarrollo infantil temprano.
- b. Facilitar los instrumentos básicos para el despliegue de las condiciones mínimas en el cuidado del niño o niña recién nacido.
- c. Reducir la inequidad en el nivel de información que tienen los adultos sobre el cuidado básico y atención inicial del recién nacido según el nivel socioeconómico. La falta de información o educación de los adultos responsables de la crianza se relaciona con malos resultados en la salud de los niños.

En este contexto, el Programa de Apoyo al Recién Nacido, si bien se asocia mayoritariamente al apoyo instrumental que entrega, en el proceso de diseño se buscó trascender a los bienes, transformándolo en apoyo para la crianza en un período de alto estrés, tanto económico como psicológico, para familias de medianos y bajos ingresos.

Como se señaló en el capítulo uno, existe una asociación entre falta de información o educación de los adultos responsables y los malos resultados en salud de niños, y aún cuando ha aumentado el promedio de años de escolaridad en el país, persisten brechas importantes. Esto justifica que dentro del diseño del programa se considera la educación a las familias,

¹⁶ Información disponible en minutas de equipos del Ministerio de Planificación y de Salud de la época.

tanto para el uso adecuado de los implementos, como para entregar información y educación sobre cuidados básicos de los recién nacidos y fomentar pautas de estimulación.

La Presidenta de la República, Michelle Bachelet, anunció, en el discurso del 21 de mayo de 2009 que “entregaremos a todos los niños y niñas recién nacidos en establecimientos de la red pública de salud, un ajuar que entregará mejores condiciones de protección y cuidado, y que de paso, aliviará la carga financiera de las familias ante la llegada de un nuevo miembro”.

Los equipos técnicos de los Ministerios de Planificación y Salud¹⁷, acordaron que “para lograr un adecuado despliegue de las capacidades que todo niño y niña trae al nacer, las ciencias del desarrollo han reconocido como condiciones fundamentales:

1. Lactancia materna exclusiva al menos hasta el sexto mes de vida.
2. Proteger el sueño regular y facilitar condiciones para un dormir seguro.
3. Proveer experiencias tempranas de estimulación: hablarles, cantarles, jugar, por ejemplo.
4. Mantener una relación de cuidados con personas significativas o estables en tiempo.

3.1.1 Evaluación de alternativas de implementación

Las alternativas que se consideraron para operacionalizar el PARN fueron las siguientes:

- a. Entrega de bienes o especies
- b. Entrega de un voucher para adquirir bienes para recién nacidos
- c. Entrega de un bono en dinero

Finalmente, se decidió la entrega de bienes para recién nacidos en las maternidades de los hospitales de la red pública de salud, acompañada de la realización de talleres educativos pre-alta de la madre. De esta manera se utilizaba una red ya establecida y se potenciaba el uso de las competencias educacionales en salud con que cuentan los establecimientos,

¹⁷ Información reportada para el Informe de Evaluación de la Dirección de Presupuestos, por parte de contrapartes de Ministerios de Planificación y Salud.

reconociendo las ventajas que hemos detallado en el capítulo 2 de las transferencias no monetarias.

Se define entonces que “el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) es una prestación de cobertura universal para los niños y niñas que nacen en establecimientos de la red pública de servicios de salud y está destinado a apoyar a las familias en la provisión de los cuidados iniciales básicos al recién nacido(a)” (Chile Crece Contigo, 2009:8).

La Tabla 3 muestra una comparación entre el diseño inicial y el implementado.

Tabla 3
Comparación entre diseño inicial y diseño implementado del PARN

Características	Diseño inicial	Implementación
Entidades responsables	Ministerios de Planificación y Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales y Central Nacional de Abastecimiento del SNSS)	Ministerios de Planificación y Salud (Subsecretarías de Salud Pública, de Redes Asistenciales y Central Nacional de Abastecimiento del SNSS)
Objetivo	Apoyar las necesidades esenciales de equipamiento, vestuario y material didáctico de estimulación de los niños y niñas que nazcan en el sistema público de salud. (Definiciones internas de equipo de Ministerio de Planificación)	Entregar a las mujeres que hayan sido atendidas en el parto en un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud y que sean beneficiarias de Chile Crece Contigo, un set de utensilios denominado “Implementos Básicos para Recién Nacido” para el hijo(s) o la hija(s) nacidos vivos. La composición del set (...) deberá considerar, entre otras, la diversidad de necesidades para los recién nacidos hasta los seis meses de edad (...) ¹⁸ . (Decreto Supremo N° 36/2009 que aprueba Convenio de Transferencia de Recursos entre Ministerio de Planificación y Ministerio de Salud)
Tipo de bienes o servicios que entrega	Set de implementos (con opción de entrega de un voucher restringido) + 1 libro	Set de implementos + 1 libro (para los primeros 100.000 beneficiarios)
Mecanismos de selección de	Componente universal para RN en maternidades públicas: - Portabebé	Componentes universales para RN en maternidades públicas:

¹⁸ Al indicarse textualmente que son beneficiarias “las mujeres que hayan sido atendidas en el parto en un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud y que sean beneficiarias de Chile Crece Contigo” se produce una reiteración, ya que las mujeres que reciben atención en la red pública automáticamente se entienden beneficiarias del Sistema, por lo tanto no se trata de dos requisitos diferentes. En una modificación al Convenio original de febrero de 2015, se subsana este error.

alternativas por usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Cojín de lactancia - Aceite para masajes - Material didáctico - Cuaderno del Niño/a - Cartilla educativa sobre apego seguro y cuidados básicos del bebé <p>Componente adicional para RN en maternidades públicas y cuyas madres sean del 40% más vulnerable:</p> <p>Alternativa A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entregar un set adicional de insumos para el cuidado del recién nacido (cuidado del cordón umbilical, elementos de baño, de higiene, pañales de tela, de muda y un bolso. <p>Alternativa B:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarjeta nominativa y canjeable durante 6 meses por implementos para RN por \$60.000.- <p>Alternativa C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarjeta nominativa y canjeable durante 6 meses por implementos para RN por \$55.000 y una libreta de ahorro con \$5.000 a nombre del RN. 	<ul style="list-style-type: none"> - Set de implementos en 4 paquetes - Educación sobre cuidados básicos para recién nacidos en Maternidades
Recursos para la gestión	Creación de un fondo especial de apoyo para recién nacidos con necesidades especiales y gastos administrativos	Gastos administrativos mediante una glosa restrictiva que autoriza un monto definido para este tipo de gastos
Requisitos para ser beneficiario componente universal	Madre atienda el parto en el sistema público de salud	Madre atienda el parto en el sistema público de salud y sea beneficiaria de Chile Crece Contigo
Criterio de focalización para componente adicional	RN de madres que sean parte del 40% más vulnerable de la población del país para el componente focalizado	No hay
Lugar y momento de entrega	No se define	Maternidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud, al momento del alta médica

Fuente: Minutas Internas y Decreto Supremo N° 36/2009

Aún cuando la Presidenta había anunciado que este programa se implementaría desde julio de 2009, no fue posible comenzar la entrega sino hasta el día 30 de septiembre, reconociendo el beneficio para todos los niños y niñas nacidas a contar del 01 de septiembre del mismo año. Las principales razones de la demora fueron la internación de los productos y la inexperiencia de proveedores de estos implementos a una escala tan importante.

3.1.2 Definición de bienes y servicios a entregar

La Tabla 4 muestra el contenido del set original de bienes y servicios que se entregó a las familias beneficiarias:

Tabla 4
Componentes del Programa

Detalles de componentes	Justificación
Paquete de Apego Seguro. Aceite para masajes Cartilla educativa Cojín de lactancia Portabebé tipo bandolera	Para la promoción de relaciones vinculares de calidad, promoción de lactancia exclusiva hasta los seis meses, la promoción de estilos de crianza sanos y estimulantes por el contacto físico en el uso de la bandolera, por los masajes.
Paquete de Cuidados del Recién Nacido(a). Toalla de baño bebé Jabón Tijera de uñas para bebé Mudador plástico Crema regeneradora para coceduras Pañales algodón tipo tuto (3) Pañales desechables (20)	Promoción de higiene diaria genital en la muda, de baño y protección de la piel en contacto con pañales.
Paquete de una Cuna Corral Equipada. Cuna Corral Colchón Cojín Frazada para cuna Juego de sábanas y cubre almohada Colcha	Fomento de la calidad del descanso, aprendizaje de sueño diurno y nocturno, aumento en la seguridad al dormir.
Paquete de Vestuario del bebé. Piluchos body hasta 3 meses (2) Pilucho 3 a 6 meses Panty pantalón 0-3 meses (2) Camisetas 0-3 meses (2) Entero 0-3 meses (2) Conjunto de 2 piezas para 6 meses Gorro modelador para recién nacido Par de calcetines hasta 3 meses (2) Bolso de transporte de artículos de bebé	Satisfacer la necesidad de abrigo inicial.
Educación a las familias	Para que las familias aprendan el uso de los implementos de cada set, y en cómo potenciar el desarrollo de su hijo a través de la crianza temprana.

Fuente: PARN

Adicionalmente, se entregó al inicio de la implementación del programa, una cantidad de 100.000 ejemplares del libro “Creciendo Juntos: qué necesitamos saber durante los dos primeros años de vida”. Este libro, desarrollado y financiado por la Fundación Integra buscaba instruir en el desarrollo de niños y niñas a padres, madres y cuidadores principales.

3.1.3 Actores involucrados

La Tabla 5 muestra los distintos actores del sector público que intervienen en el Programa:

Tabla 5
Actores del sector público que participan del Programa

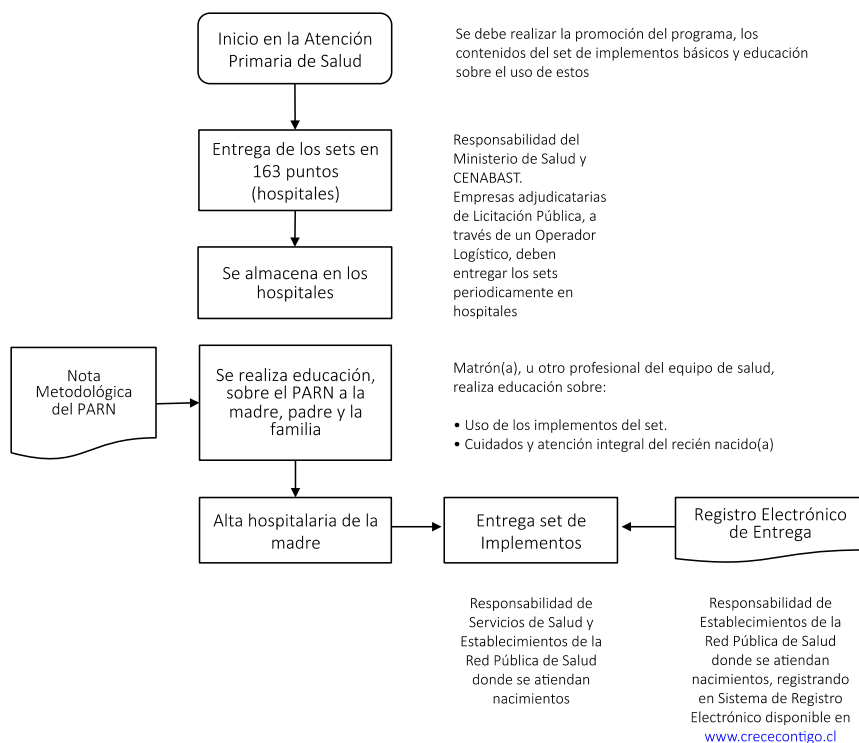
Actor	Rol
Ministerio de Planificación (Actual Ministerio de Desarrollo Social)	Coordinador del Subsistema de Protección Integral a la Primera Infancia y financiador del programa mediante Convenios de Transferencia. Mediante Decreto Supremo N° 36 del 23 de febrero de 2009, se acuerda con el Ministerio de Salud la transferencia de recursos para la implementación del programa.
Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales	Le corresponde coordinar la acción de los Servicios de Salud y la Red Asistencial, para la implementación del programa, como mandar a CENABAST para que ejecute su rol. La ejecución financiera la realiza la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)	Esta institución realiza la licitación, adquisición y coordinación logística de la entrega de los implementos en cada Hospital.
Servicios de Salud	Coordinar el rol de la Red de Salud, junto con monitorear la correcta implementación del programa.
Hospitales con atención de partos	Almacenar y entregar los implementos a las madres y padres de recién nacidos de la Red pública de salud, y desarrollar los talleres educativos post parto.
Atención Primaria de Salud	Informar a las potenciales beneficiarias de este programa sobre el apoyo instrumental que se le entregará e incluir contenidos específicos en los talleres prenatales. Realizar seguimiento al uso de los implementos, a través de los controles de salud de la madre y el niño o niña.

Fuente: Elaboración propia

La Figura 2 ilustra en un esquema simple el proceso de implementación del programa.

Figura 2

Esquema simplificado del PARN



Fuente: Presentación realizada por equipo Minsal a Servicios de Salud, Septiembre de 2009

3.1.4 Actividades de Soporte

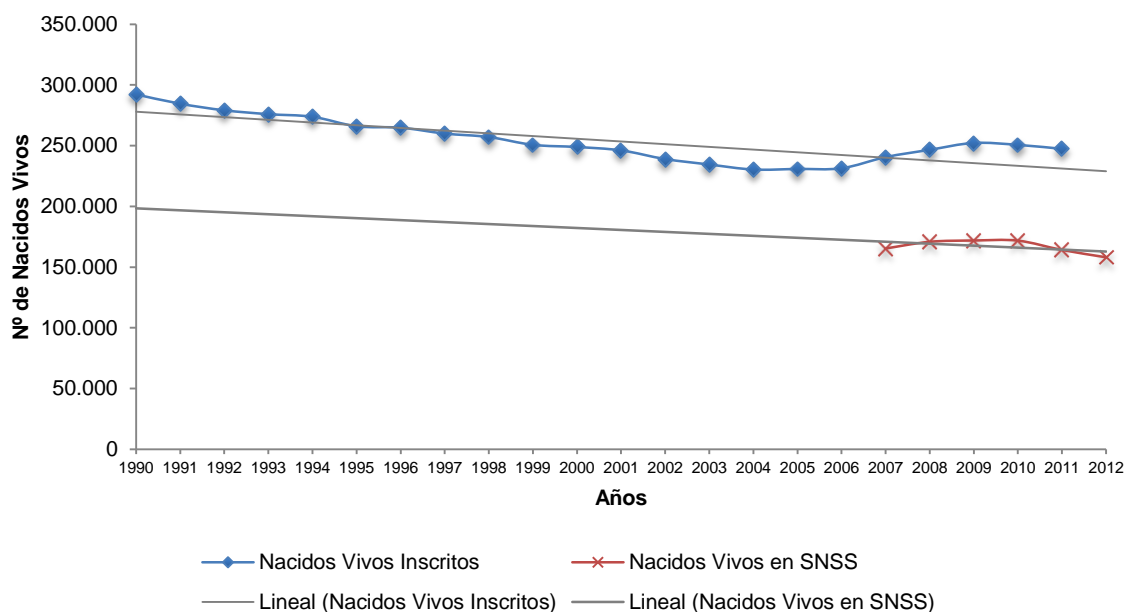
Dentro de la implementación del PARN, los equipos técnicos de los Ministerios de Planificación y Salud, desarrollaron una Nota Metodológica para los equipos de salud, para dar cuenta de los aspectos centrales del programa, dotar de evidencia a los técnicos y entregarles información útil para el proceso de implementación del programa. Esta Nota Metodológica ha sido actualizada y sigue siendo parte del soporte del programa.

Previo a la puesta en marcha del programa se realizó un proceso de coordinación con los Servicios de Salud y Hospitales, para contar con los espacios necesarios para el almacenaje de los implementos y la capacitación en el uso del sistema de registro y abogar por la importancia de los talleres educativos pre-alta a madres y familiares. Para ello se utilizaron las siguientes herramientas: videoconferencia a nivel nacional con funcionarios de la red de salud y del Ministerio de Planificación, entrega de presentación oficial y Nota Metodológica a los Servicios de Salud y trípticos informativos del programa para la Atención Primaria de Salud.

3.2 Cobertura

El Gráfico 1 ilustra la evolución entre 1990 y 2012 del número de nacidos vivos en el país inscritos y en la red pública de salud, de modo de vislumbrar si la implementación del programa hizo más atractiva la atención de partos en el sistema público, riesgo que en su momento fue planteado por la Asociación de Clínicas Privadas.

Gráfico 1
Número de nacidos vivos inscritos en el país y en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)
Chile, 1990-2012



Fuente: DEIS, Minsal - INE para Nacidos 2010-2011
Elaboración propia

Como se observa en el Gráfico 1, la tendencia no se altera con la implementación del PARN en septiembre de 2009, manteniéndose la proporción de partos en la red pública de salud en relación con el total de partos en el país, en el periodo 2009-2011, periodo en que hay datos disponibles para ambas series.

El Gráfico 2 muestra los datos de los nacidos vivos en la red pública de salud, por mes para el periodo 2007-2013:



Fuente: Registros Estadísticos Mensuales, DEIS – MINSAL
 Elaboración propia

Se mantiene una tendencia a la baja en la cantidad de nacidos vivos, cuyos nacimientos se atienden en la red pública de salud del país, en contexto con la disminución del número de nacidos totales en el país, mostrado en el gráfico 1. La partida del programa se muestra con la línea verde y la línea naranja establece el mes en que se produjo el terremoto de 2010 en el país, que implicó la inhabilitación de camas del sistema público de salud, durante un periodo.

3.2.1 Sistema de Registro

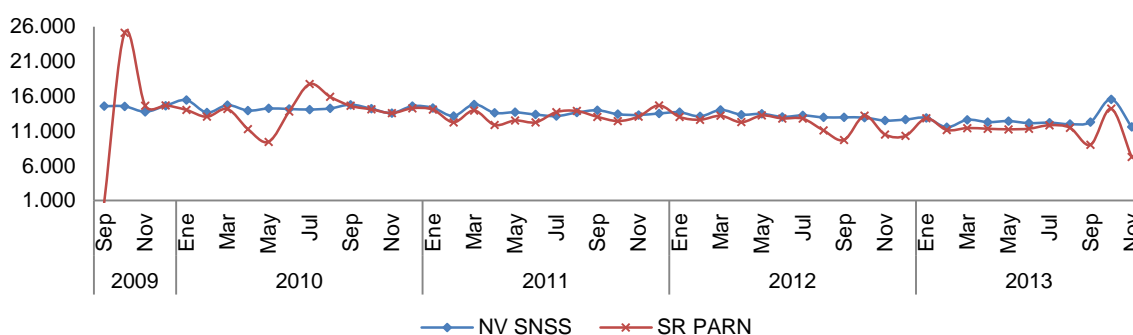
Las instrucciones entregadas a los equipos de salud de los hospitales, incluía llevar un registro de cada entrega en triplicado (formularios autocopiados facilitados desde la Subsecretaría de Salud Pública)¹⁹. La información luego se ingresa a un sistema electrónico, disponible en la página web www.crececontigo.cl.

¹⁹ Estos formularios deben ser firmados por (1) la madre, el padre o cuidador(a), quién recibe a conformidad; (2) el o la funcionaria pública que entrega los sets; y (3) el o la responsable del Programa en el establecimiento.

El Gráfico 3 compara los registros de recepción del set de implementos en el sistema habilitado y el número de nacidos vivos en el SNSS, mostrando una brecha de registro, que en términos de evolución histórica del programa corresponde a un 6% entre septiembre de 2009 y noviembre de 2013.

Gráfico 3

Nacidos vivos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y Registros de recepción del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)
Chile, septiembre 2009 a noviembre 2013



Fuente: Registros Estadísticos Mensuales, DEIS – MINSAL y Sistema de Registro PARN de MDS
Elaboración propia

El Gráfico 3, muestra que a pesar de existir una latencia en el ingreso de la información al registro, esta brecha es baja (6%).

3.3 Universalidad vs focalización: posibles errores de inclusión/exclusión

En el informe de Evaluación de Programas Gubernamentales encargado por la Dirección de Presupuestos el año 2010, se presenta una tabla que muestra el número de beneficiarios y el puntaje de la Ficha de Protección Social (FPS)²⁰, mecanismo de focalización para programas sociales utilizado en Chile, que permite estructurar deciles. La Tabla 6 muestra la distribución de la cobertura del programa por deciles de vulnerabilidad (el decil 1 es el más vulnerable).

²⁰ Se aplica a un grupo familiar a solicitud de esta o para acceder a beneficios que requieren el puntaje que genera la FPS.

Tabla 6

Cobertura del PARN por deciles de vulnerabilidad según FPS, año 2010

Decil de vulnerabilidad	Puntajes de FPS	Total nacidos en hospitales públicos (1)	Total nacidos en hospitales delegados ²¹ (2)	Total nacidos en red pública (1+2)=(3)	Total beneficiarios registrados (4)	Cobertura (4)/(3) %
1	2.072 - 6.035	85.795	1.321	87.116	80.652	92,6
2	6.036 - 8.500	22.725	358	23.083	22.295	96,6
3	8.501 - 10.320	12.775	246	13.021	12.943	99,4
4	10.321 - 11.734	7.805	139	7.944	8.007	100,8
5	11.735 - 12.666	4.881	103	4.984	4.965	99,6
6	12.667 - 13.484	3.625	61	3.686	3.543	96,1
7	13.485 - 14.236	2.546	66	2.612	2.429	93,0
8	14.237 - 14.557	1.718	48	1.766	1.561	88,4
9	14.558 - 14.597	936	16	952	732	76,9
10	14.598 -	306	4	310	226	72,9
Sin inf.		18.640	615	19.255	16.298	84,6
Total		161.752	2.977	164.729	153.651	93,3

Fuente: Elaboración del Panel base a información del PARN

Fuente: Informe Final DIPRES. Pág. 71

Al analizar la información de la Tabla 6 se puede concluir que la mayoría de los beneficiarios se concentra en los seis deciles con menor puntaje en la FPS, lo que se condice con el objetivo de privilegiar la entrega del programa a familias con mayor vulnerabilidad.

La Tabla 7 compara el número de nacidos en el Sistema Público de Salud y cruza los antecedentes con el puntaje de la FPS.

²¹ Hospitales que no siendo públicos, si se consideran parte de la red pública de establecimientos de salud.

Tabla 7

Número de nacidos totales según prestadores, por decil de vulnerabilidad, año 2010

Decil de vulnerabilidad	Total nacidos sistema público ²²	Total nacidos sistema privado	Total nacidos sin información	Total nacidos	Distribución porcentual
1	87.116	11.646	16	98.778	42,5
2	23.083	4.186	6	27.275	11,7
3	13.021	3.351	5	16.377	7,1
4	7.944	2.889	5	10.838	4,7
5	4.984	2.401	2	7.387	3,2
6	3.686	2.198	1	5.885	2,5
Sub total	139.834	26.671	35	166.540	71,7
7	2.612	1.940		4.552	2,0
8	1.766	1.763		3.529	1,5
9	952	1.200	2	2.154	0,9
10	310	545		855	0,4
Sin inf.	19.255	34.040	1.228	54.523	23,5
Total	164.729	66.159	1.265	232.153	100,0
Distrib. %	71,0	28,5	0,5	100,0	
Distrib. %	84,9	40,3	2,8	71,7	71,7

Fuente: Elaboración del panel en base a datos PARN

Fuente: Informe DIPRES, Pág. 76

La Tabla 7 muestra que del total de nacidos en el año 2010, 23,5% de los grupos familiares no tenía FPS. En relación a quiénes tienen FPS, la mayoría se concentra en el decil de mayor vulnerabilidad. Si se consideran solo los datos de los nacidos en el sistema público, se reduce a la mitad la cantidad de los que no tiene FPS (12%). De los que tienen aplicada la FPS, más de un 96% se encuentran en los 6 deciles de mayor vulnerabilidad, por lo tanto existe una focalización de los beneficiarios según vulnerabilidad.

En la Tabla 8 se muestra los datos de beneficiarios del PARN entre septiembre de 2009 a noviembre de 2013.

²² Incluye establecimientos públicos y delegados

Tabla 8
Número de beneficiarios del PARN según decil de vulnerabilidad
septiembre de 2009 a noviembre de 2013

Región	Tiene FPS		Deciles de Vulnerabilidad de los que tienen FPS										Total
	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	3.114	10.672	7.443	1.317	811	408	221	176	133	81	50	32	10.672
2	4.620	13.402	7.139	1.853	1.407	1.042	654	513	403	245	116	30	13.402
3	3.360	11.988	7.254	1.787	1.081	697	385	299	233	143	85	24	11.988
4	9.089	32.049	19.086	5.206	2.938	1.790	964	815	553	381	247	69	32.049
5	9.356	51.282	33.194	8.131	4.028	2.371	1274	969	641	384	233	57	51.282
6	4.893	29.709	18.490	5.248	2.615	1.462	743	526	324	185	85	31	29.709
7	5.156	39.480	28.763	5.352	2.337	1.246	642	443	289	224	124	60	39.480
8	8.569	68.813	48.355	10.498	4.620	2.344	1.122	801	499	331	199	44	68.813
9	4.448	37.645	28.570	4.941	1.940	933	481	305	205	148	98	24	37.645
10	5.519	30.077	21.115	4.469	1.989	989	507	363	260	185	127	73	30.077
11	1.107	5.029	2.931	795	483	247	156	90	88	106	83	50	5.029
12	1.386	4.456	2.064	714	491	360	242	179	164	104	80	58	4.456
13	39.165	186.252	118.453	26.937	15.900	9.379	5.746	4.470	2.788	1.662	743	174	186.252
14	20.46	14.603	10.874	2.010	784	400	169	132	101	75	39	19	14.603
15	1.826	7.651	6.347	662	274	140	74	46	35	38	27	8	7.651
Total	103.654	543.108	360.078	79.920	41.698	23.808	13.380	10.127	6.716	4.292	2.336	753	543.108
%	16,0%	84,0%	66,3%	14,7%	7,7%	4,4%	2,5%	1,9%	1,2%	0,8%	0,4%	0,1%	100,0%

Fuente: Sistema de Registro PARN y Datos de FPS
Elaboración propia

Si se analiza la Tabla 8, del total de registros que se encuentran en el sistema, que administra el Ministerio de Desarrollo Social, 84% cuenta con FPS. Respecto al total de beneficiarios, 82% pertenece al 60% más vulnerable²³, y si se considera solo a los que cuentan con FPS, 97% se concentra en el 60% de mayor vulnerabilidad.

3.4 Monitoreo y seguimiento a la implementación del programa

Se han realizado estudios para evaluar, a nivel de proceso, la implementación de este programa. En esta sección se presentan los principales resultados.

3.4.1 Evaluación de satisfacción de usuarias – 2011 y 2014

La Encuesta levantada el año 2014 (DataVoz, 2014) a beneficiarias (madres) del programa, reporta que:

²³ Bajo el supuesto que los más vulnerables tienen FPS

- En promedio tienen 28 años, el estado civil de la mayoría es soltera (72,9%), y un 42,7% de la muestra declara que se encuentra “conviviendo con una pareja”.
- 97% de la muestra, pertenece al seguro público de salud (FONASA), concentrada en el grupo de menores ingresos (Grupo A: 53%).
- 49% tenía educación media científico-humanista y 17% sólo educación básica. Los años promedio de estudio eran 11,8.
- Respecto de su actividad principal, 45,2% se dedica a quehaceres del hogar y 36,9% trabaja por ingresos.

En la Tabla 9 se muestran los principales resultados de las dos encuestas de satisfacción que se han aplicado, el 2011 y el 2014.

Tabla 9

Principales resultados de Encuestas de Satisfacción del Programa

Encuesta de Satisfacción 2011	Encuesta de Satisfacción 2014
a. Alto uso y valoración de cuna corral equipada, toalla de baño, mudador, pañales tipo tuteo y cojín de lactancia	a. Alta valoración de la oportunidad de entrega de los implementos.
b. Lo más solicitado por las usuarias es más información y educación	b. Alto uso y satisfacción con la mayoría de los productos.
c. Bandolera: las usuarias proponen cambiarla por un “porta bebé tipo canguro/mochila”	c. Los implementos con menor uso son el portabebé tipo Mei Tai (uso de 53% y satisfacción de 66,8%) y alfombra de goma eva (uso de 74,9% y satisfacción de 90,3%).
d. La mayoría de las usuarias sugiere ropa más grande para bebés (sobre 3 meses)	d. La mayoría de las encuestadas señala que guardará para otro hijo los implementos, seguido de la opción regalar.
e. Respecto del mecanismo de entrega del programa, al presentarle 3 alternativas, 9 de cada 10 madres (86%), prefieren la entrega de los bienes valorizados en \$200.000 (las otras opciones eran un cheque o vale por \$80.000 sólo para comprar en el comercio implementos básicos para recién nacidos -7%- y cheque o vale por \$80.000 de libre disposición -7% ²⁴).	e. La mitad de las entrevistadas considera que la calidad de los productos fue mucho mejor de lo esperado.
	f. Sugieren se incorpore al Programa, la entrega de un coche (48,8% de menciones), sacaleche (32,6%), implementos de higiene y cuidado (32,2%) y móvil colgante (25,3%).

Fuente: Encuestas de Satisfacción 2011 y 2014. Elaboración propia

²⁴ Las alternativas se construyeron con base a antecedentes del programa: los bienes en el comercio minorista y retail se valorizaron en \$200.000; el valor unitario aproximado de cada set entregado en las bodegas de las maternidades le cuesta al Estado aproximadamente \$80.000, ambas cifras en pesos de 2009.

3.4.2 Evaluación de equipos de la red de salud - 2011

El año 2011, el equipo a cargo levantó una consulta en línea de opinión de los equipos de salud, sobre la implementación del programa, arrojando los siguientes resultados:

- a. La gran mayoría considera que la implementación logística del programa en los hospitales fue buena o muy buena (80,5%), y la mayoría cree que no tuvo efecto en el número de partos que atienden (66,2%).
- b. Señalan que cuentan con espacio insuficiente, pero con personal suficiente para realizar la entrega y registro.
- c. 62,3% de los consultados cree que este programa le trajo beneficios al hospital.

3.4.3 Evaluación de Programas Gubernamentales - 2011

En la Ley de Presupuestos del Sector Público del año 2010 se determinó que este programa sería evaluado dentro del Sistema de Seguimiento y Control de Gestión de DIPRES, específicamente a través de la Evaluación de Programas Gubernamentales.

Dentro de las principales recomendaciones a las que llegó el panel evaluador, en materia de diseño se encuentran:

- a. Incorporar el PARN en el diseño del PADB
- b. Redefinir la población objetivo, focalizando los beneficiarios
- c. Realizar un estudio sobre las condiciones mínimas que se requiere fortalecer en niños/as chilenos

En tanto, en materia de gestión recomendaron:

- a. Insertar formalmente las funciones del PARN en la estructura de los equipos de salud
- b. Mantener el canal de distribución a través de los hospitales de la red pública de salud
- c. Realizar un estudio que determine la línea de base sobre las condiciones mínimas que se requiera fortalecer en niños y niñas chilenos

3.4.4 Monitoreo de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social

El Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS) del Ministerio de Desarrollo Social, reporta desde 2012 el monitoreo de este Programa²⁵.

La modalidad de monitoreo implica que en 4 ejes se evalúa el desempeño del programa utilizando una escala de evaluación de 5 niveles (Crítico, Insuficiente, Regular, Bueno y Destacado). Para el año 2013, el diagnóstico y la definición de objetivos se clasificaron como bueno, de la misma manera que la focalización. En relación a la medición de resultados se indica que es destacado, regular en logro de resultados²⁶. Por último, la administración de recursos se clasifica como destacado.

3.5 Mejoras y cambios introducidos desde la implementación del programa a la fecha

A medida que se instaló el programa, se contó con insumos de monitoreo del mismo que se presentaron previamente, ejecutándose cambios logísticos y de implementos, para incorporar mayor eficiencia y eficacia. En la Tabla 10 se muestran los cambios que se han realizado en la composición de los implementos.

²⁵ El monitoreo se refiere a un seguimiento anual al programa, considerando una evaluación del diseño, en base a cuatro ejes: objetivo, focalización, medición y logro de resultados y administración de recursos. La información está disponible para toda la ciudadanía a través de la página web www.programassociales.cl y es desarrollado a través de la Subsecretaría de Evaluación Social, de acuerdo a lo señalado en la Ley 20.530, que crea el Ministerio de Desarrollo Social. La metodología detallada de cómo se obtiene la clasificación no se encontraba disponible.

²⁶ La justificación de esta calificación es: "El indicador de mujeres que reciben el set de implemento y participan de la sesión educativa supera la meta propuesta en 2012, sin embargo, el indicador de familias que reciben el set, si bien supera el umbral de insuficiencia, no alcanza la meta".

Tabla 10

Modificaciones a la composición del set de implementos

Paquete Contenido /	Implementos 2009-2010	Implementos 2010-2012	Implementos 2012-2015
Paquete cuna corral	Cuna Corral Colchón Cojín o almohada Frazada para cuna Juego de sábanas y cubre almohada Colcha	Cuna corral desarmable Colchón Frazada para cuna Juego de sábanas Colcha tipo plumón	Cuna corral desarmable Colchón Frazada para cuna Juego de sábanas Colcha tipo plumón
Paquete de cuidados básicos y estimulación	Toalla de baño bebé Jabón Tijera de uñas para bebé Mudador plástico Crema regeneradora para ceceduras Pañales algodón tipo tuto (3) Pañales desechables (20)	Aceite para masajes Jabón líquido hipoalergénico Mudador plástico Crema regeneradora para ceceduras Veinte pañales desechables	Aceite para masajes Jabón líquido hipoalergénico Mudador plástico Crema regeneradora para ceceduras Alfombra armable para juegos de goma eva
Paquete de apego	Cojín de lactancia Portabebé tipo bandolera Cartilla educativa Aceite para masajes	Cojín de lactancia Portabebé tipo Bandolera Cartilla educativa Guías de uso del cojín y del portabebé	Cojín de lactancia Portabebé tipo Mei Tai Cartilla educativa Guías de uso del cojín y del portabebé
Paquete de vestuario	Piluchos body hasta 3 meses (2) Pilucho 3 a 6 meses Panty pantalón 0-3 meses (2) Camisetas 0-3 meses (2) Entero 0-3 meses (2) Conjunto de 2 piezas para 6 meses Gorro modelador para recién nacido Par de calcetines hasta 3 meses (2) Bolso de transporte de artículos de bebé	Tres pañales de algodón Una toalla de baño Bolso de transporte para artículos de bebé Vestuario talla 0 a 3 meses: 2 Piluchos body 2 Panty pantalón 2 Camisetas manga larga 2 Enteros tipo osito manga larga con pie 1 Gorro modelador 2 Pares de calcetines Vestuario talla 3 a 6 meses: 1 Pilucho 1 Conjunto de dos piezas (pantalón con pie y polerón manga larga)	Tres pañales de algodón Una toalla de baño con gorrito Bolso de transporte para artículos de bebé Vestuario con diseño talla 3 a 6 meses: 1 Pilucho body 1 Panty pantalón 1 Camiseta manga larga 1 Entero tipo osito manga larga con pie 1 Gorro modelador 1 Par de calcetines

Fuente: Minutas y PARN
Elaboración propia

Capítulo 4. Evaluación del programa y comparación con otros similares

Respecto de transferencias en especies a familias con recién nacidos, se han encontrado 3 experiencias de programas nacionales similares en el mundo (Grupo Nous, 2014:27-32). Finlandia fue el país pionero, creando un subsidio a la maternidad el año 1937 y a partir de la experiencia de Chile (2009), Uruguay (2013) se ha sumado a los países que entregan (como política pública nacional) bienes a familias con recién nacidos.

En la Tabla 11 se compara la experiencia de Finlandia (*Maternity Grant*), el Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile y el Set de Bienvenida de Uruguay Crece Contigo.

Tabla 11
Comparación entre programas de Finlandia, Chile y Uruguay

Dimensión / País	Finlandia	Chile	Uruguay
Nombre	Maternity Grant / Maternity Package	Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo	Set de bienvenida de Uruguay Crece Contigo
Entidad responsable	Kela	Ministerios de Desarrollo Social y de Salud	Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República
Objetivo	El Subsidio a la maternidad surge a partir de una preocupación por disminuir la mortalidad y la disminución de la natalidad	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	Brindar recomendaciones e información útil para apoyar a padres o cuidadores de niños o niñas en el desarrollo y crecimiento saludable de los primeros años de vida
Fecha de inicio	1937	2009	2013
Requisitos para ser beneficiario	Haber realizado el primer control prenatal antes de los 154 días de embarazo	Madre atienda el parto en el Sistema Público de Salud y niño egrese vivo del Hospital	Madre atienda el parto en alguna maternidad pública o privada
Criterio de focalización	Madre o padre debe estar inscrito en el Sistema de Seguridad Social	No hay (aunque el requisito sea atender el parto con el prestador público, cualquier madre podría atender su parto en este)	No hay para el componente universal Se focaliza por vulnerabilidad social y biológica (mediante la utilización de instrumentos y levantamiento de operadores locales) para el componente adicional, se entrega a familias donde haya una mujer en el último trimestre de embarazo o un niño(a) menor de 1 año que forme parte de Uruguay Crece Contigo
Tipo de bienes o servicios que entrega para cada recién nacido	Las madres y padres pueden optar entre 2 alternativas: a. Paquete de implementos para recién nacidos, versión 2012-2013 incluye:	Set de implementos para recién nacidos, que incluyen: - Paquete de cuna corral equipada - Paquete de cuidados básicos y estimulación	Set de implementos que contempla una prestación universal y otra focalizada: Componente universal: - Bolso - Juguete móvil

	<ul style="list-style-type: none"> - Traje para nieve - Saco de dormir - Traje con capucha - 6 enteritos - Gorro - Gorro cubre cara - Panties, calcetines y guantes - 5 bodys (cortos) - 2 pantalones sin pie - 2 pantalones con pie - Traje 2 piezas - Colchoneta, funda y manta - Paquete de aseo - Paquete con pañales orgánicos e higiene - Babero - Libro ilustrado - Juguete - Caja que puede ser utilizada como cuna <p>b. Transferencia monetaria de 140 €</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paquete de apego y vestuario - Educación sobre cuidados básicos del recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> - Libro de cuentos - CD de música - Guía de nutrición (“Los primeros olores de la cocina de mi casa”) - Libros de Interés (“Bienvenido Bebé”, “Mucho, Poquito y Nada” y “Acompañando un crecimiento sano y feliz”) <p>Componente focalizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bolso - Alfombra para juegos - Una manta - Vaso, plato y cuchara - Juguete móvil - Juguete apilable - Libro para el agua - Libro de cuentos
Lugar y momento de entrega	Directo en el hogar mediante entrega por Correos previo al parto	En las maternidades públicas al alta de la madre	En las maternidades públicas y privadas luego del parto
Beneficiarios anuales	60.000 aproximadamente Dos tercios opta por el paquete y un tercio por la transferencia monetaria	150.000 aproximadamente	44.000 aproximadamente para componente universal y 10.000 para componente focalizado (estimaciones del equipo gestor)

Fuente: Elaboración propia

El programa finlandés es el de más larga data y surge para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la natalidad, objetivos que no se encuentran directamente declarados en los programas de Chile y de Uruguay. En términos de beneficiarios el programa de Chile es el más importante, con unos 150.000 beneficiarios por año y se entrega en las maternidades públicas al alta de la madre, seguido de Uruguay con aproximadamente 44.000 niños y niñas receptoras del set de bienvenida en todas las maternidades del país anualmente; por último, Finlandia con aproximadamente 40.000 beneficiarios por año (los otros 20.000 reciben transferencia monetaria), pero con distribución directa al hogar previo al parto.

Respecto de los requisitos de acceso, el más amplio es el programa uruguayo ya que tiene un componente universal para todas las madres, mientras que en el caso chileno se exige que el parto se atienda en una maternidad pública (aproximadamente el 70% de los partos se atienden en la red pública de salud) y que el recién nacido egrese vivo del establecimiento. En Finlandia, se precisa que la madre haya realizado su primer control prenatal antes de los 154

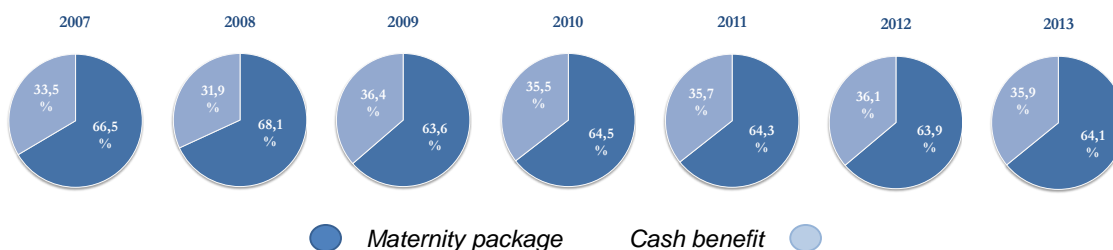
días de embarazo, además que el padre o madre se encuentre inscrita en el Sistema de Seguridad Social. El componente focalizado del set de bienvenida de Uruguay Crece Contigo, se entrega a aquellos más vulnerables, utilizando instrumentos de medición de vulnerabilidad social y biológica de la familia o del niño.

En relación a los bienes, la transferencia en especies de la versión finlandesa contempla una numerosa lista de implementos, con foco en vestuario especialmente diseñado para las condiciones climáticas del país y dos implementos de estimulación (libro ilustrado y juguete), mientras que el programa uruguayo, en su componente universal contempla principalmente material de estimulación del niño (juguete, CD de música, guía de nutrición y libros de cuentos y otros con contenidos de acompañamiento) y en el componente focalizado se incorporan juguetes, libros y otros implementos de apoyo (bolso, manta para juegos y vaso, plato y cuchara). En el programa chileno se incluye un set unico, con implementos para dormir seguro (cuna corral equipada), cuidados básicos y de estimulación (alfombra para juegos y aceite para masajes por ejemplo) y de apego y vestuario (cojín de lactancia, portabebé, librito educativo, bolso y ropa). El programa de Chile es el único, de estos tres, que incluye la educación (sesión educativa) como un componente.

En el caso finlandés, se le entrega la opción a las familias de elegir entre el set de bienes o la entrega de un subsidio económico y entre 2007 y 2013, en promedio un 65% de los beneficiarios ha seleccionado la alternativa del paquete de bienes y solo 35% el subsidio económico, tal como se presenta en el Gráfico 4.

Gráfico 4

Finlandia: Selección de alternativas por beneficiarios del Maternity Grant 2007-2013



Fuente: http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet

Elaboración propia

4.1 Análisis de fortalezas y debilidades del PARN

A continuación se presenta un análisis de las fortalezas y debilidades del programa.

4.1.1 Fortalezas

- i. Pone en el centro de la atención al recién nacido en familias con mayor vulnerabilidad, en la “ventana de oportunidad” de su vida

Tanto el componente de bienes, como el de educación, considera como beneficiarios directos a los recién nacidos, y a sus padres, madres o cuidadores como beneficiarios indirectos.

De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción del Programa, de 2014, las madres beneficiarias se caracterizan por estar principalmente solteras, pertenecen al grupo de menores ingresos en FONASA, con un promedio de años de educación menor a la educación secundaria completa (11,8 años) y 2 de cada 10 tenía sólo educación básica. La principal ocupación eran los quehaceres del hogar (45,2%).

En base a información del Sistema de Registro del programa (entre septiembre de 2009 y noviembre de 2013), cruzada con datos de la Ficha de Protección Social, 84% de los beneficiarios tenía aplicado este instrumento, y 97% se ubicaba en los 6 deciles de mayor vulnerabilidad.

Considerando la información anterior, es posible deducir que el programa beneficia a recién nacidos de familias vulnerables, en un momento de especial vulnerabilidad familiar (física en el caso de la madre, emocional y financiera para todo el grupo familiar). En la encuesta de satisfacción de 2014, 89,8% de las encuestadas está de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación que “El programa PARN de verdad ayuda a las madres/padres/cuidadores y a los niños/as”.

- ii. Se basa en una concepción de derechos y de universalidad de acceso a bienes preferentes (bienes de interés social) sin que el beneficiario (indirecto en el caso de la madre o padre) deba realizar un proceso de postulación

Al tratarse de una política que permite la autoselección, por cuánto todas las embarazadas podrían acceder a la atención del parto en la red pública de salud, aunque esté afiliada al sistema privado de salud (ISAPRE), y dado que la mayoría de los beneficiados se concentran en los deciles de mayor vulnerabilidad (97% de quienes tienen FPS) se puede inferir que el diseño, en términos del requisito de acceso al programa, ha sido efectivo en beneficiar a los más vulnerables. A diferencia, por ejemplo, de su similar finlandés (requiere ser parte del Sistema de Seguridad Social y realizar el primer control de embarazo en un periodo definido), el PARN no establece requisitos adicionales para acceder al programa, lo que lo convierte en una prestación potencialmente universal.

El PARN apunta hacia la universalización del derecho (considerando el universo objetivo), comenzando por aquellos que se atienden en el sistema público de salud, y que se considera son los más vulnerables. Esta focalización del programa se justifica porque “aunque la política social abarca objetivos que van más allá de la lucha contra la pobreza, como construir sociedades de mayor cohesión social y equidad, la escasez de recursos públicos impone la selectividad como forma de asegurar que las transferencias de ingreso y los servicios sociales lleguen a la población más pobre” (Cecchini y Madariaga, 2000:31).

- iii. Releva y valora el nacimiento de un niño como un hecho social, en el contexto de una marcada disminución de la natalidad y de la tasa global de fecundidad en el país

Considerando la tasa de fecundidad del país, que ha caído por debajo de la tasa de recambio poblacional, que un programa a nivel nacional ponga el foco en las familias con recién nacidos envía una señal positiva respecto del interés de la política pública. Además, este programa es una prestación universal, dentro de una serie de garantías y prestaciones diferenciadas que contempla el subsistema de Protección Integral a la Infancia. A las sesiones educativas que se realizan previo al alta de la madre también puede asistir la familia y dado el volumen de los bienes que se entregan, las madres ya no se retiran de los establecimientos solas, siendo parte de los efectos no esperados que relatan los equipos de salud de los hospitales.

- iv. Genera un impacto emocional, ya que la sociedad le da la bienvenida al recién nacido y no deja “sola” a su familia en un momento de alto estrés parental

En la encuesta de satisfacción de 2014, 86,3% está de acuerdo o muy de acuerdo con la frase “El programa PARN ayuda a las familias en la crianza y cuidado de sus niños y niñas”. El componente educativo responde a la necesidad de información sobre cuidados del recién nacido, que apunta a dar mayor certidumbre y conocimientos a las familias, sobre todo cuando se trata de su primer hijo.

- v. Los componentes del programa tienen evidencia que justifica la selección de los bienes y se relacionan con indicadores sociales del país (tasa de hacinamiento, tasa de retraso en el desarrollo psicomotor, requerimientos de información, entre otros)

La selección de los bienes cuenta con evidencia de respaldo y además responde a la expectativa de las familias. De los 21 bienes que se entregan, 20 tienen un nivel de satisfacción superior al 84% y el bien con menor valoración positiva alcanza a un 66,8% de respuestas “muy satisfecha”.

Por otra parte, una cantidad importante de los bienes incluidos en el PARN, también ha sido recomendado por la agencia médica NIH²⁷ de Estados Unidos, como implementos que las familias deben considerar como preparación ante la llegada de un hijo, tal como se resume en la Tabla 12.

²⁷ The National Institutes of Health (NIH) es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Tabla 12

Implementos del programa y los recomendados por NIH de Estados Unidos

Paquete / Contenido	Implementos 2012-2014 Programa PARN	Recomendación NIH de Estados Unidos
Paquete cuna corral	Cuna corral desarmable	Recomendado (de manera genérica)
	Colchón	Recomendado (de manera genérica)
	Frazada para cuna	Recomendado
	Juego de sábanas	Recomendado
	Colcha tipo plumón	Recomendado (de manera genérica)
Paquete de cuidados básicos y estimulación	Aceite para masajes	
	Jabón líquido hipoalergénico	Recomendado
	Mudador plástico	
	Crema regeneradora para coceduras	Recomendado
Paquete de apego y vestuario	Alfombra armable para juegos de goma eva	
	Cojín de lactancia	Recomendado
	Portabebé tipo Mei Tai	
	Cartilla educativa	
	Guías de uso del cojín y del portabebé	
	Tres pañales de algodón	Recomendado
	Una toalla de baño con gorrito	Recomendado
	Bolso de transporte para artículos de bebé	
	Vestuario con diseño talla 3 a 6 meses:	
	1 Pilucho body	Recomendado
	1 Panty pantalón	
	1 Camiseta manga larga	
	1 Entero tipo osito manga larga con pie	Recomendado
	1 Gorro modelador	
1 Par de calcetines	Recomendado	

Fuente: PARN y <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000541.htm>

- vi. Mejora la calidad de las atenciones en la Red Pública de Salud, con un efecto en la opinión que las familias usuarias se hacen del sistema público

La implementación del programa, permitió a los equipos de salud de las maternidades formalizar las sesiones educativas y 62,3% de los equipos de los hospitales consultados en 2011, señala que el PARN le trajo beneficios al hospital, y 80,5% consideró que la implementación logística del programa en los hospitales fue “buena” o “muy buena”.

- vii. La definición de beneficiarios es simple, fácil de explicar y de entender

Una de las dificultades para “focalizar” el programa era establecer requisitos que fuesen de fácil comprensión, simples de ejecutar y eficientes en su implementación y monitoreo.

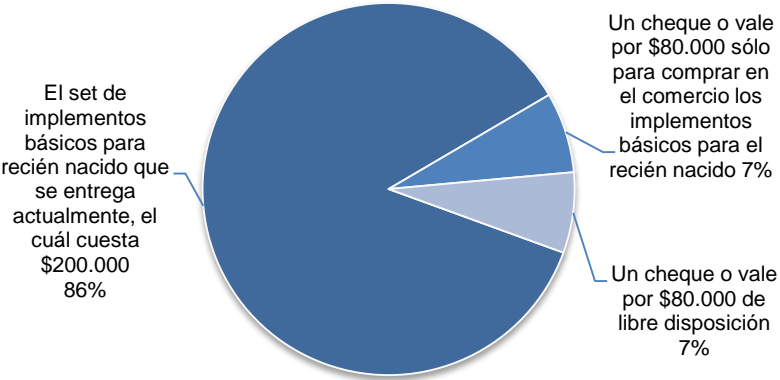
Los requisitos establecidos cumplen con estos requerimientos, en tanto la población reconoce con facilidad los establecimientos públicos de salud y parece del todo lógico que se requiera que el recién nacido egrese vivo del hospital para que sea beneficiario. Lo anterior, disminuye las dificultades para hacer exigible el beneficio y le resta discrecionalidad a los equipos locales.

- viii. Se trata de una inversión rentable, desde la perspectiva de la tasa de retorno, tal como se señaló en el Capítulo 1
- ix. El diseño del programa, como una transferencia no monetaria, está en sintonía con lo expresado por los propios beneficiarios (la prefieren a una transferencia monetaria)

En la Encuesta de Satisfacción del Programa del año 2011, la mayoría de las madres encuestadas señala que el mecanismo de entrega de los bienes es de su preferencia, la que se justifica por una razón económica (\$200.000 en bienes es mejor que \$80.000 en efectivo) y de selección adversa (al tener el dinero para libre disposición podrían destinarlo a bienes que no sean de beneficio del recién nacido o dañinos, como alcohol o tabaco).

El Gráfico 5 presenta la forma que prefieren de acceder al programa.

Gráfico 5
Forma preferida por beneficiarios de acceso al PARN



Fuente: Encuesta de Satisfacción del Programa de Apoyo al Recién Nacido, año 2011

4.1.2 Debilidades

- i. Se implementó sin reforzar capacidades de los equipos locales

La implementación del programa no consideró recursos para contratación de personas o capacitación del personal, considerando que se incorporó el monitoreo como una tarea adicional a equipos con alta carga laboral. Posteriormente se realizó capacitación en la Guía Metodológica para los equipos de salud, se incorporó a profesionales y técnicos de la Atención Primaria de Salud en la difusión y monitoreo y se generaron adecuaciones en cada establecimiento, para ajustar la asignación de horas a las tareas propias de la implementación del programa, de acuerdo a lo señalado por el equipo coordinador del Ministerio de Salud.

- ii. No ha habido un proceso de socialización masiva, permanente e intensiva sobre el uso de los implementos, en particular sobre los que son culturalmente *novedosos*

Algunos de los implementos que se entregan en el set son relativamente novedosos en las prácticas de cuidado y crianza de los recién nacidos, y para un mayor uso (o un uso correcto) se requiere acciones de socialización masiva, permanente e intensiva de parte de los equipos de salud y también mediante campañas de comunicación social. La Encuesta de Satisfacción 2014 señala que los bienes que exhiben un menor uso son la alfombra para juegos (74,9%) y el portabebé (53%), ambos con evidencia de efectos positivos (Grupo Nous, 2014). La media de uso de los 21 bienes es de 89%.

- iii. Hay un desbalance entre el conocimiento e importancia que se le asignan a los dos componentes del programa: se le conoce más como “ajuar” y no se releva la educación asociada

En términos de conocimiento público, al programa se le conoce como “ajuar”, lo que no releva la educación como un componente igual de importante. La Encuesta de Satisfacción 2014 del programa revela que 89% de las madres encuestadas tenía información sobre la entrega de los bienes, mientras sólo 66,9% sabía sobre la realización de actividades educativas en apoyo de la crianza.

- iv. No se diseñó una línea de base para realizar una evaluación de impacto posterior

El programa no contó con un diseño de evaluación de impacto previo a su implementación, ni tampoco se consideró dentro del registro administrativo información que pudiera ser de utilidad. Blasco y Casado (2009:22) señalan que “entre las medidas más importantes a tomar ex ante está la de conseguir que los registros administrativos incorporen información relevante para usos de evaluación y mejoren su calidad”.

- v. El diseño inicial no integraba esta prestación de manera sistémica al Subsistema de Protección Integral a la Infancia

Originalmente, el PARN no se encontraba formalmente integrado como una prestación del PADB, sino como un programa en si mismo. En el Informe Final del Panel de Expertos que realizó, el 2011, la evaluación de este programa, por encargo de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, se señala:

“Se recomienda que la producción de los bienes y servicios (set y actividades educativas) del PARN sean incorporadas por completo en el diseño y producción del PADBP, a lo largo de la trayectoria de atención en salud pública que tiene definida para niñas y niños desde la gestación y hasta los cuatro años de edad. Esta recomendación implica que se siga operando dentro de la misma política pública y en el marco de la misma institucionalidad (MIDEPLAN-MINSAL)”. (2011:88).

Del análisis de fortalezas y debilidades realizado, se puede deducir que este programa beneficia a familias que requieren apoyo, ya sea por la situación de estrés físico, emocional y financiero que atraviesan, disminuyendo una brecha de acceso a bienes básicos para recién nacidos y también contenido educativo. El componente educativo y los bienes, complementan las acciones que pueden realizar las propias familias para potenciar el desarrollo integral de sus hijos, de modo que cumple con el propósito que se propuso en el diseño del programa. Además el diseño de transferencia no monetaria, va en línea con lo que los propios beneficiarios han señalado como preferido y los bienes son altamente valorados, en línea con la evidencia teórica de las ventajas de implementar programas sociales en base a transferencias en bienes. No obstante, hay espacios de mejora para potenciar los resultados del programa.

Capítulo 5. Evaluación de impacto del PADB y análisis sobre la posibilidad de realizar una evaluación de impacto del PARN

Los resultados esperados de Chile Crece Contigo, para mediano plazo, consideraron la reducción de las tasas de riesgo y retraso del desarrollo infantil y la reducción de las brechas territoriales y socioeconómicas en desarrollo infantil (ver Tabla 1).

Para medir el efecto se realizó una evaluación cuasi experimental del programa eje, PADB²⁸, mediante una comparación entre dos cohortes no concurrentes:

- La medición del grupo de controles se realizó el 2010, corresponde a niños que no recibieron prestaciones del PADB, dado que sus madres ingresaron como gestantes al sistema público de salud, en promedio 16 meses antes que se entregaran estas acciones.
- La medición de los tratados se realizó el año 2013 y consideró el levantamiento de información desde fichas clínicas y la aplicación de una encuesta de hogares para niños que recibieron las prestaciones adicionales que contempla el programa en su catálogo, por cuánto sus madres ingresaron a la red pública de salud, en promedio 15 meses después que comienza la entrega de estas acciones adicionales en los centros de salud.

La representatividad nacional se obtuvo a través del diseño del muestreo por conglomerados estratificados en dos etapas, la primera consideraba las comunas por tipologías de redes de atención y la segunda los establecimientos existentes en cada red. Para mantener la comparabilidad se consideró como prioridad que los tratados asistieran a los mismos establecimientos que los controles. En ambos casos, se considera niños entre 30 y 48 meses de edad, de acuerdo al siguiente detalle:

²⁸ La variable independiente de la evaluación de impacto es la intervención PADB, en particular para la cohorte tratada se considera que los niños y niñas hayan participado del PADB desde la gestación, mientras que en la cohorte de controles son las prestaciones habituales.

La variable independiente a corto plazo es el desarrollo infantil, usando el inventario Batelle en su versión completa como instrumento de medición, además de STROOP DCCS y el cuestionario Achenbach.

Se consideran como variables intermedias/moderadoras a los factores de riesgo o protectores del desarrollo infantil, pudiendo mediar o confundir la relación entre variable independiente y dependiente (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013).

Tabla 13

Resumen Evaluación de Impacto PADB

Resumen del levantamiento	Tratados (2013)	% del total	Controles (2010)	% del total
Encuesta de Hogares ChCC	1.429	100%	1.790	99%
Battelle	1.429	100%	1.790	99%
Achenbach (conducta)	1.429	100%	NA	NA

Fuente: Pontificia Universidad Católica de Chile, Informe Final “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/as pertenecientes al PADB, en el contexto del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo”, noviembre de 2013.

La evaluación de efectividad, de carácter exploratoria, se realizó utilizando como variable de resultado:

“la prevalencia de desarrollo normal/alterado en ambas poblaciones (variable dicotómica), estableciendo la magnitud del efecto mediante diferencia de proporciones (ajustadas por covariables) y el percentil en desarrollo (global), estableciendo la magnitud del efecto. El percentil es una medida continua de orden, que además incorpora la edad (corresponde al percentil logrado del niño en comparación con la distribución de la muestra normativa). El percentil es el indicador base utilizado para el cálculo de puntajes T y Z, por lo que se utilizó para facilitar el análisis y comprensión. El análisis se realizó para las diversas dimensiones del desarrollo: personal-social, cognitivo, comunicación, motriz, adaptativa”. (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013: 65-66).

Para llegar a los resultados (comparación de nivel de desarrollo que presentan los niños tratados en relación a los controles) que reporta este estudio, se utilizó la metodología de Mahalanobis Distance Matching (MDM), con el objetivo de obtener el “mejor grupo de comparación posible”²⁹. Las variables consideradas para la estimación de MDM son aquellas que no se verían impactadas por el PADB³⁰. Las diferencias existentes entre los grupos antes de la aplicación del matching, desaparecen post pareo, por la configuración de un sub-grupo

²⁹ Al comparar ambos grupos, encontramos mejores condiciones económicas en las familias de los tratados, los cuidadores principales de los tratados se encuentran con mejor estado de salud mental y mejor control emocional, aunque presentan un mayor consumo de alcohol que los controles, existe una mejor trayectoria de embarazo de los tratados, además de un mayor uso de la oferta de servicios de infancia en la cohorte más reciente, como por ejemplo visitas domiciliarias, talleres, controles de salud, aplicación de vacunas y asistencia a educación inicial y modalidades de apoyo. Se presenta en ambas cohortes similar peso al nacer y no se evidencian cambios entre ambas mediciones en creencias sobre roles parentales y conductas de crianza, se mantiene similar disponibilidad de recursos de estimulación en hogares en tratados y controles.

Las diferencias encontradas entre los grupos de tratados y controles, ponen en cuestión el alcance de este estudio, en relación a si se trata de una evaluación de impacto con un contrafactual con validez externa o un estudio descriptivo de dos cohortes. Metodológicamente cumple con la rigurosidad requerida para una evaluación de impacto al utilizar la técnica de pareo.

³⁰ Discapacidad física o enfermedad crónica del niño; respecto del cuidador principal (CP) considera: edad y escolaridad, situación ocupacional, si es jefe de hogar o no, si la madre biológica es la CP, si tuvo al niño antes de los 18 años; y el nivel socioeconómico del hogar y el tipo de red (de complejidad de establecimientos de salud) a que corresponde la comuna de residencia.

de iguales características (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013: 28-29). El método de matching (o creación de grupo de control ex post) “busca, para cada uno de los individuos que componen la muestra de tratados, una pareja o match (de aquí el nombre de la técnica) que sea lo más parecida posible”, entre los individuos que se benefician y los que no se benefician del programa (Blasco y Casado, 2009:37)³¹.

En la Tabla 14 se presentan los resultados de comparación entre el grupo de tratados versus controles.

Tabla 14

Resultados Evaluación de Impacto del PADB según áreas de desarrollo

Área del desarrollo	Efectividad
Global	Positiva en % desarrollo alterado
Social personal	Positiva en percentiles y % desarrollo alterado
Adaptativa	Positiva en % desarrollo alterado
Motriz	No hay evidencia efectividad
Comunicación	Negativa en percentiles
Cognitiva	Negativa en percentiles y % desarrollo alterado

Fuente: Pontificia Universidad Católica de Chile, Informe Final “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/as pertenecientes al PADB, en el contexto del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo”, noviembre de 2013.

Se concluye que los factores que más afectan la efectividad del PADB son el tiempo de implementación de las intervenciones y el uso de servicios que se entregan. Se requiere estudios complementarios para revisar las causas de estos resultados, con el objetivo de diseñar, rediseñar e implementar prestaciones específicas no incluidas hasta ahora en la oferta pública (por ejemplo de salud mental para niños y niñas).

Considerando las restricciones que tienen los investigadores para una evaluación de impacto experimental del PADB (no existe un grupo de control diseñado randomizadamente al que hacer seguimiento longitudinalmente), este tipo de análisis cuasi-experimental con la metodología de matching permite obtener resultados descriptivos para las decisiones públicas.

³¹ Más detalles sobre la metodología se pueden encontrar en el apartado 5.1.

5.1 Análisis sobre la posibilidad de realizar una evaluación de impacto del Programa de Apoyo al Recién Nacido

Dentro de los antecedentes a tener en consideración para plantear una evaluación de impacto, estará la oportunidad de esta. Blasco y Casado (2009:13-14) plantean una serie de requisitos a considerar para estudiar la realización de una evaluación de impacto:

1. El programa debe ser estable.
2. Es necesario haber descrito una teoría del cambio coherente.
3. Es necesario tener un conocimiento adecuado del proceso de implementación.
4. Los impactos deben haberse podido producir.

Para este caso particular, el PARN lleva más de cinco años de implementación (con alrededor de 830.000 beneficiarios a diciembre de 2014³² según el Sistema de Registro, y un bajo subregistro³³), por lo tanto es posible señalar que se trata de un programa estable en el tiempo, por cuánto, además, no ha variado la estrategia definida desde el inicio.

Sobre el segundo punto, y tal como se ha planteado en este documento, desde la partida se definieron tres objetivos centrales para este programa³⁴, con evidencia que respaldan sean estos los pertinentes, por lo tanto se cumple también el segundo requisito.

En relación al conocimiento adecuado del proceso de implementación, se han realizado una serie de estudios (internos y externos a los Ministerios responsables) que evalúan los procesos, usabilidad y percepción, y que se han detallado previamente, de modo que es factible señalar que también se cumpliría este tercer punto.

Respecto del último requerimiento, y que dice relación con esperar un tiempo prudente para realizar la evaluación, permitiendo que los impactos se produzcan, en el caso particular de las

³² Información entregada por el Ministerio de Desarrollo Social.

³³ Ficha de Monitoreo del Banco Integrado de Programas Sociales. Los recién nacidos en el mismo periodo alcanzan a 863.771.

³⁴A. Reducir el costo económico inicial en el que incurren las familias para acceder a los elementos básicos que requiere un recién nacido para su cuidado y atención inicial. B. Facilitar los instrumentos básicos para el despliegue de las condiciones mínimas en el cuidado del niño o niña recién nacido. C. Reducir la inequidad en el nivel de información que tienen los adultos sobre el cuidado básico y atención inicial del recién nacido según el nivel socioeconómico.

intervenciones de primera infancia resulta discutible en términos si lo que se busca medir son resultados de largo plazo³⁵ o resultados intermedios, que a su vez son causas de estos impactos³⁶.

Considerando los objetivos del programa, los componentes y la modalidad de entrega, el indicador de resultado que se utilizaría para medir los efectos en los tratados del Programa de Apoyo al Recién Nacido sería el mismo del PADB: Prevalencia de desarrollo normal/alterado, de manera global o por dimensiones, que medida en forma temprana permite desarrollar estrategias mitigadoras ante resultados alterados.

Hay que considerar que el PARN, parte del subsistema de Protección a la Infancia, aporta al cumplimiento del fin de este, que es “potenciar el desarrollo integral de niños y niñas desde la gestación hasta su ingreso al pre-kinder”, por lo tanto el “desarrollo infantil de los niños y niñas” beneficiados con las intervenciones de Chile Crece Contigo, es el indicador más integral.

Juega a favor de este indicador además, que se trata de una medida preexistente, que ya se utilizó para realizar la evaluación del PADB. Sin embargo, desde la perspectiva sistémica, se requieren estudios complementarios, que desarrollen una metodología validada y basada en evidencia, que permita establecer cuál es el aporte que al desarrollo infantil temprano hace cada una de las intervenciones del subsistema, incluyendo el PARN y sus componentes.

No obstante lo anterior, y dando cuenta de todas las limitaciones que implica este ejercicio (no contamos con una línea de base ni grupo control randomizado que se haya diseñado previamente), vamos a utilizar la base de datos de la muestra de “tratados” de la cohorte de 2013 perceptores de prestaciones del PADB. De manera exploratoria, realizaremos una comparación entre los tratados con PARN y los tratados sin PARN, esto es posible ya que el

³⁵ Para ChCC corresponden a: i. Se reducen las brechas de desigualdad en el desarrollo infantil temprano entre niños y niñas de diferentes segmentos socioeconómicos y entre niños y niñas de distintas comunas y regiones del país; ii. Se consolida un modelo de protección integral a la primera infancia desde la gestación, descentralizado e intersectorial, coordinado y articulado a nivel local; iii. Los niños y niñas ingresan al sistema escolar con las competencias y habilidades necesarias para el aprendizaje; y iv. Los padres y madres son agentes activos en la educación de sus hijos e hijas al integrarse ellos al sistema escolar.

³⁶ Para ChCC corresponden a: i. Reducción de las tasas de riesgo, rezago y déficit del desarrollo infantil; ii. Reducción de la tasa de cesáreas; iii. Aumento de la tasa de parto acompañado; iv. Padres y madres informados/as y activos/as en su rol de crianza de sus hijos e hijas; v. Reducción de la tasa de abandono de niños y niñas; vi. Reducción de las tasas de maltrato infantil; y vii. El país dispone de una red de modalidades diversas de apoyo al desarrollo infantil temprano, particularmente a disposición de los niños y niñas con riesgo o rezago en su desarrollo, que incluye a todas las comunas del país.

PARN parte beneficiando a los nacidos a contar de septiembre de 2009, y dentro de la muestra de tratados del PADB se encuentran niños que nacieron en un periodo más amplio (antes y después de esa fecha)³⁷.

En primer lugar, en la base de datos innominada de la cohorte de tratados, distinguimos entre quienes recibieron el PARN y quiénes no³⁸. Se detalla en la Tabla 15.

Tabla 15
Registros base de datos de tratados estudio de evaluación de impacto del PADB

	Nº	Porcentaje	% Acumulado
No Recibe PARN	876	62,66	62,66
Recibe PARN	522	37,34	100
Total	1.398	100	

Fuente: Elaboración propia

Dado que estos grupos (los que reciben y no reciben) tienen características observables diferentes, se debe encontrar un grupo de control adecuado, que sea lo más parecido posible a los tratados, para lo que utilizaremos matching.

5.1.1 Metodología de matching

La metodología del matching tiene como limitante que la búsqueda de la pareja se realiza única y equitativamente sobre características observables. Para disminuir el problema del sesgo de selección y definir la similitud entre beneficiarios y el grupo de comparación, se utiliza propensity score (PS), que es la medición de la probabilidad del individuo de ser beneficiario del programa, dadas sus características observables, estimación que se obtiene utilizando un modelo de elección discreta, sea un logit o probit (Blasco y Casado, 2009:37-39).

El propensity score entrega una “puntuación de propensión” que varía entre 0 y 1. Teniendo la puntuación de todas las personas, se buscan las parejas considerando la puntuación más cercana, para ello se pueden utilizar métodos de estratificación o de núcleos (kernel),

³⁷ La base de datos la proporcionó el Ministerio de Desarrollo Social, a través de la aplicación de la Ley de Transparencia. Se utiliza STATA para los análisis.

³⁸ Solo 31 registros no reportan si reciben o no el programa.

posteriormente se comprueba la robustez de los resultados del pareamiento (Gertler, Paul J. et al, 2011:108-109).

Las unidades más próximas se utilizan como contrafactual (grupo de comparación), lo que facilita simular una asignación aleatoria del grupo de control en base a la similar propensión de los tratados.

Posteriormente, la diferencia entre los resultados (promedios) de ambos subgrupos se considera el impacto del programa. Es probable que algunas personas (unidades) no encuentren una pareja con puntuación similar, sea por falta de rango común o por una superposición, lo que reduce la validez externa del ejercicio (Gertler, Paul J. et al, 2011:108-109).

5.1.2 Aplicación de metodología para análisis de beneficiarios del PARN

Para este ejercicio en particular, se seleccionó 15 variables sobre las que no incide el PARN, como también una en la que si podría incidir (tiempo de lactancia) (Ver anexo N°21). Esta selección es más amplia que la utilizada en el PADB, y se hizo considerando aquellas en que se podría controlar de manera más evidente el sesgo de selección.

Luego de estimar el propensity score, que calcula la probabilidad de recibir el PARN según estas variables, tanto para los que lo reciben como para los que no, se ejecuta la prueba de equilibrio de la propiedad de la puntuación del propensity. En este caso, la propiedad de equilibrio está satisfecha.

A partir de la puntuación de propensión se escoge la técnica de pareamiento, en este caso se utiliza la metodología de matching por núcleos o kernel. Para cada observación en el grupo de tratamiento se construye una “observación ponderada” en el grupo de control. La cantidad de unidades que se resultan luego del PS se presentan en la Tabla 16.

Tabla 16

Registros base de datos de tratados estudio de evaluación de impacto del PADB después del matching

	Nº	Porcentaje	% Acumulado
No recibe PARN	773	61,89	61,89
Recibe PARN	476	38,11	100
Total	1.249	100	

Fuente: Elaboración propia

La pérdida de algunas unidades se produce porque no se encuentran parejas dentro del rango común o por superposición, sin embargo al estar satisfecha la propiedad de equilibrio no se afectan los resultados.

A continuación, se crean variables con los resultados de “normal” y “retrasado” para las 5 áreas de desarrollo que considera la prueba Battelle (social personal, adaptativa, motriz, comunicativa y cognitiva), más el resultado global, y se construyen indicadores para las 3 variables de resultado que se miden (resultado de la prueba, percentil de la prueba y si el niño está normal o con retraso en el desarrollo según la prueba).

Luego se ejecuta la estimación del efecto medio de tratamiento, que calcula el promedio de todas las diferencias entre controles y tratados (efectos de tratamiento).

La Tabla 17, presenta por áreas de desarrollo y las 3 formas de medición de efectividad, las diferencias entre los tratados (con PARN) y los controles (sin PARN)

Tabla 17

Cuadro resumen simulación evaluación de impacto PARN

Área del desarrollo	Medidas	Nº de Tratados	Nº de Controles	ATT	Desviación estándar	T
Global	Puntaje prueba	476	773	14.317	8.983	1,594
	Percentil	476	773	5.459	4.173	1,308
	Normal/alterado	476	773	0.028	0.058	0.487
Social-Personal	Puntaje prueba	476	773	5.250	3.629	1.451
	Percentil	476	773	8.017	5.041	1.590
	Normal/alterado	476	773	0.028	0.051	0.550
Adaptativa	Puntaje prueba	476	773	1.818	1.863	0.976
	Percentil	476	773	4.818	4.112	1.172
	Normal/alterado	476	773	0.072	0.048	1.507
Motriz	Puntaje prueba	476	773	0.673	2.003	0.336
	Percentil	476	773	-1.125	4.100	-0.274
	Normal/alterado	476	773	0.001	0.062	0.018
Comunicativa	Puntaje prueba	476	773	4.075	1.572	2.593*
	Percentil	476	773	9.565	3.697	2.587*
	Normal/alterado	476	773	0.073	0.062	1.188
Cognitiva	Puntaje prueba	476	773	2.500	1.494	1.674
	Percentil	476	773	3.940	3.384	1.164
	Normal/alterado	476	773	0.009	0.044	0.213

Estimada mediante bootstrap (N=50) * Indica significancia estadística del parámetro al 95% de confianza.
Kernel epanechnikov(bw. 0.06)

Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en la Tabla 17, se puede concluir que, en general, los niños y niñas que reciben el PARN tienen mejores resultados que los controles (sin PARN) medidos en el puntaje de la prueba Battelle, en percentiles y en prevalencia de resultados normal/alterado del desarrollo, pero las diferencias no son estadísticamente significativas al 95% de confianza, excepto en dos medidas del área de comunicación (resultado que, sin embargo, se anula a nivel general). Llama la atención que en este análisis, específicamente en la dimensión comunicación, exhiban una mejor performance los tratados con PARN, considerando que los tratados con PADB (estudio original) tenían un resultado negativo en percentiles.

Al no observarse diferencias estadísticamente significativas en términos globales, no sería recomendable utilizar este ejercicio para evaluar la efectividad del PARN por si solo, sin que previamente se realice estudios respecto del aporte que este hace al resultado global del PADB.

5.1.3 Estudios complementarios

El PARN se ha ejecutado por más de 5 años, beneficia a más de 150.000 niños y niñas anualmente y significa una inversión importante para el Estado, por lo que resulta justificable que se realice complementariamente una evaluación de resultados intermedios. Por lo anterior, se evalúan los siguientes dos indicadores de resultados intermedios:

- i. Índice de lactancia materna exclusiva a los seis meses, como variable que predice el apego en niños y niñas y este a su vez como predictor de desarrollo infantil en relación al potencial genético

Hay evidencia que reporta que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, favorece el crecimiento y desarrollo del niño o niña, además de evitar enfermedades y mortalidad infantil, sin importar el trabajo de la madre o su nivel socioeconómico (Niño et. al., 2012:162). En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud, señala que “el examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante seis meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes” (OMS, s/f).

En Chile, la tasa de lactancia materna exclusiva al sexto mes, para el año 2010, llega a 43,5% (con una tendencia a la baja), “casi en la mitad de los casos el destete precoz está asociado a decisiones o percepciones maternas, que no necesariamente reflejan la realidad”, y que tienen su base en la sensación de que el niño o niña queda con hambre, sumándose razones estéticas por parte de la madre (Niño et. Al., 2012:162 -167). Lo anterior da cuenta que existen oportunidades para aumentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes incrementando la información, calidad y oportunidad de ésta, que se entrega a las madres o a través de un mayor acompañamiento de parte de profesionales y técnicos de salud.

Dentro del PARN, se aborda este objetivo (lactancia exclusiva al sexto mes) en el componente educativo (cartilla más sesiones educativas) y con la entrega de un cojín de lactancia, que ofrece mayor comodidad y confort durante la lactancia.

Considerando las causas del destete precoz ya referidas, resulta difícil estimar el peso relativo que podría tener el PARN por si solo (cartilla, más sesiones educativas, más el cojín de

lactancia) en la decisión de la madre respecto de continuar con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes (se requieren estudios complementarios), además que apuntaría solo a uno de los objetivos del programa, lo que no haría recomendable considerar este solo indicador como trazador de resultados.

- ii. Confianza o autoeficacia parental, como una variable que influye en la relación que padres, madres o adultos responsables generan con niños y niñas y la calidad de la misma

El concepto autoeficacia hace alusión a las creencias de los padres o adultos responsables en sus habilidades para administrar de manera efectiva las tareas y otras situaciones parentales (Sanders y Woolley, 2005:1). Esta percepción de autoeficacia tiene impacto en las metas, aspiraciones, expectativas, tendencias afectivas y la forma en que visualizan los obstáculos y oportunidades en la vida, existiendo correlación entre esta percepción con las conductas parentales. La eficacia parental es entonces, la creencia sobre las propias capacidades de ser un buen padre, que impacta en la satisfacción, el esfuerzo y perseverancia con que ejecutan ciertas conductas (Farkas-Klein, 2008:458).

Para el caso de las madres, por ejemplo, aquellas que se sienten sin habilidades para enfrentar el llanto de su hijo, hacen menos intentos por calmarlo y tienen menos perseverancia en estos intentos. A su vez, cuando una madre tiene una positiva percepción de autoeficacia, esta tiene efectos en los cuidados que recibe el niño y en la salud mental de ella misma, lo que convierte a la percepción de autoeficacia parental en una herramienta para detección precoz de dificultades en la madre y en el niño (Farkas-Klein, 2008:459).

Considerando instrumentos existentes en otros países, la académica chilena Chamarrita Farkas-Klein desarrolló una Escala de Eficacia Parental (EEP), con el objetivo de “evaluar la sensación de eficacia así como la satisfacción con el rol parental, en madres de niños entre 0 y 2 años de edad, de manera independiente de su nivel socioeconómico y de si es madre de uno o de varios niños(as)” (2008:460), que considera 10 items, siendo medido cada uno en una escala de 10 puntos, donde 0 corresponde a “Totalmente en Desacuerdo” y 10 a “Totalmente de Acuerdo”. Aplicando una pauta de evaluación, se suman todos los puntajes y se divide por 10, y a mayor puntaje mayor es la percepción de autoeficacia y satisfacción

maternal. La auto administración de esta pauta responde principalmente a disminuir los efectos de la deseabilidad social de las respuestas y se sustenta en variada literatura³⁹.

Este instrumento ha sido validado por psicólogos y se aplicó a una muestra de 100 madres de niños entre 0 y 24 meses para evaluar su fiabilidad.

Habiendo analizado dos posibles indicadores intermedios de resultados del PARN, podemos resumir en lo siguiente:

- i. el indicador de lactancia materna exclusiva a los seis meses requiere de estimaciones previas de cuánto afecta este programa la decisión materna, la que, según reporta evidencia nacional, depende de percepciones y a razones estéticas.
- ii. el indicador de confianza o auto-eficacia parental, a pesar de ser un indicador intermedio (bajo el raciocinio que una madre con alta percepción de eficacia parental toma mejores decisiones, y estas afectan positivamente la relación que genera con su hijo), se recomienda la utilización de la Escala de Eficacia Parental, pauta ya validada, de fácil aplicación y análisis, ya que es la que presenta las mayores ventajas comparativas.

Una vez propuesto un indicador de resultado intermedio y conociendo a los tratados, se requiere identificar el contrafactual, resultado que se habría producido si no hubiese existido la intervención pública (Blasco y Casado, 2009:20), para lo cual, requerimos encontrar aquel grupo que pueda servir de comparación para estimarlo (Gertler, Paul J. et al, 2011:8). Cabe señalar que en aquellos diseños cuasiexperimentales (como el que podría usarse en este caso, ya que no hay línea de base), el contrafactual se construye a partir de los que no participan como beneficiarios del programa, lo que se llama grupo de comparación, tal como ocurrió para el PADB y para el ejercicio del PARN realizado (Blasco y Casado, 2009:23).

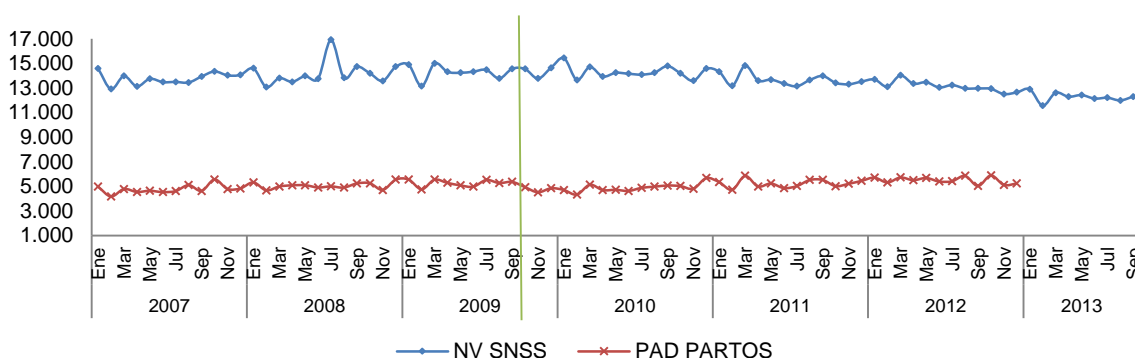
Para la construcción del grupo control, se propone considerar a las mujeres beneficiarias de FONASA que atienden su parto en el sistema privado, utilizando el mecanismo Pago Asociado a Diagnóstico (o PAD parto). Este sistema de bonificación permite que personas afiliadas al

³⁹ La autora cita por ejemplo “la relación entre la autoeficacia materna y diversos aspectos de la competencia parental, como la adaptación a la maternidad (Reece & Harkless, 1998), la interacción madre- hijo (Teti & Gelfand, 1991) y el proveerle al niño un ambiente familiar de apoyo (Prasopkittikun, 2001). Así, variables tales como el temperamento infantil, redes sociales y competencia parental pueden usarse como un criterio para verificar la validez concurrente de la escala” (Farkas-Klein, 2008:465-466).

seguro público, puedan atender su parto en el pensionado de las maternidades públicas o en clínicas privadas con las que tiene convenio el Seguro⁴⁰. En el Gráfico 6, se muestra la evolución del uso de este mecanismo.

Gráfico 6
Nacidos vivos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y uso de bonos PAD partos de FONASA

Chile, enero 2007 a diciembre 2012



Fuente: Registros Estadísticos Mensuales, DEIS – MINSAL y FONASA
Elaboración propia

Observando el Gráfico 6, el número de nacidos en el sistema público va a la baja y el número de PAD parto de Fonasa utilizados entre enero de 2007 a diciembre de 2012⁴¹ al alza levemente⁴². La partida del PARN se muestra con la línea verde y no produjo un cambio en el comportamiento de la venta de bonos PAD parto.

Un número importante de mujeres que se encuentran en la categoría B de Fonasa⁴³ han optado por la modalidad PAD parto (Fonasa A no tiene la Modalidad Libre Elección), las que

⁴⁰ El Sistema de Bono PAD (Pago asociado a diagnóstico) Parto de FONASA, considera que cualquier afiliada al Seguro público de salud, puede atender su parto en la red privada de salud, debidamente inscrita para este sistema o en los Pensionados de los Hospitales Públicos. El arancel para el 2014 de un parto es de \$942.230, siendo bonificado por el FONASA el 75%, debiendo solo realizar un pago la afiliada de \$235.560, pudiendo optar a un mecanismo de pago de este monto en cuotas.

⁴¹ La base de datos disponible en FONASA, no distingue el tipo de centro de salud en que se hace efectivo el PAD (si corresponde al sistema público o privado).

⁴² Un temor de la red privada de centros de salud era que este programa generara un incentivo para aquel grupo de mujeres que estaban haciendo uso del Bono PAD Partos en la red privada, pudiendo comenzar a hacer un mayor uso del sistema público, para recibir los componentes incluidos en el Programa de Apoyo al Recién Nacido.

⁴³ **Sistema Público Grupo A:** Corresponde al Grupo A de la Ley de Salud 18.469. Se define en esta categoría a las personas carentes de recursos. Incluye a los beneficiarios de Pensiones Básicas Solidarias, los causantes del Subsidio Familiar, los miembros de las familias Chile Solidario y los beneficiarios del programa PRAIS (programa de retornados), entre otros.

podrían configurar el grupo de control para obtener el contrafactual, dadas sus características socio-económicas y que no han sido beneficiarias del PARN. Entre septiembre de 2009 (fecha en que parte el PARN) a diciembre de 2012⁴⁴ el número de mujeres Fonasa B que accede a PAD parto es de 46.389, constituyendo el universo sobre el cuál partiría la construcción de la muestra⁴⁵.

Dado que se configura un modelo cuasi-experimental de evaluación de impacto, con la generación de un grupo de comparación, se podría utilizar el método de propensity score (mismo utilizado en la evaluación del PADB), por cuánto este “método busca, para cada uno de los individuos que componen la muestra de tratados, una pareja lo más parecida posible” en el grupo de comparación, en término de aquellas características que son observables y que nos ayude a minimizar el sesgo de selección (Blasco y Casado, 2009:37).

El sesgo de selección (“se produce cuando las razones por las que una persona participa en un programa se correlacionan con los resultados”) es una probabilidad cierta en este caso, ya que normalmente se genera cuando los integrantes del grupo de comparación deciden no participar del programa o no son elegibles, en este caso correspondería al primer caso, e implica un problema ya que se desconocen las razones por las que las personas que pueden ser beneficiarios del PARN deciden no serlo (Gertler, Paul J. et al, 2011:45 y 69). Una alternativa para conocer estas razones es desarrollar estudios cualitativos previos con el grupo de comparación mediante metodologías de investigación (focus group, entrevistas semi estructuradas).

En conclusión, se propone se realice una evaluación de resultados intermedios del PARN, mediante la utilización de la EPP, y para disminuir el problema del sesgo de selección y definir la similitud entre los beneficiarios y el grupo de comparación, se recomienda el uso de la

Sistema Público Grupo B: Corresponde al Grupo B de la Ley de Salud 18.469. Se define como afiliados a este grupo a las personas cuyo ingreso imponible mensual es igual o menor a \$ 210.001.

Sistema Público Grupo C: Corresponde al Grupo C de la Ley de Salud 18.469. Se define como afiliados a este grupo a las personas cuyo ingreso imponible mensual es mayor a \$210.001 y menor o igual a \$306.000. Si una persona dentro de este tramo de ingresos cuenta con más de tres cargas familiares pasa al Grupo B

Sistema Público Grupo D: Corresponde al Grupo D de la Ley de Salud 18.469. Se define como afiliados a este grupo a las personas cuyo ingreso imponible mensual es mayor a \$306.001. Si una persona dentro de este tramo de ingresos cuenta con más de tres cargas familiares pasa al grupo C. (En pesos 2014)

⁴⁴ Información disponible entregada por Fonasa

⁴⁵ Información por grupo de Fonasa, por mes y año de 2009 a 2012 se encuentra en anexo.

técnica del propensity score, que mide la probabilidad de la unidad de ser beneficiario, dadas sus características observables (Blasco y Casado, 2009:37).

Capítulo 6. Conclusiones y Propuestas

Habiendo realizado una revisión del diseño e implementación del PARN, se presentan a continuación las siguientes conclusiones que son un aporte novedoso a la evaluación de este programa:

- i. En este trabajo se analizó la composición de los los perceptores del PARN, los que **se concentran mayoritariamente en familias que tienen Ficha de Protección Social (FPS) y el puntaje los ubica en los seis deciles más vulnerables (97% de beneficiarios con FPS).**
- ii. Para evaluar el impacto del PADB, se desarrolló un estudio cuasi-experimental que comparó dos cohortes no concurrentes (2010 y 2013), midiendo la prevalencia de desarrollo normal o alterado de niños entre 30 y 48 meses. Los resultados reportan que el PADB ha tenido efectividad positiva en % de desarrollo alterado a nivel global, también es positiva en percentiles y % de desarrollo alterado para la dimensión social-personal, y positiva en % de desarrollo alterado en adaptativa. En tanto, no hay evidencia de efectividad en la dimensión motriz, negativa en percentiles para comunicativa y negativa en percentiles y % de desarrollo alterado en la dimensión cognitiva. En este trabajo se desarrolló un ejercicio con la base de datos de los tratados de la evaluación de impacto del PADB, utilizando la técnica de propensity score se construyó un grupo de tratados (que reciben el PARN) y uno de control (que no reciben el PARN), utilizando la técnica de matching por núcleos se pudo finalmente estimar el efecto medio de tratamiento, que nos permite concluir confiablemente que, en general, **los niños que reciben el PARN tienen mejores resultados que los controles medidos en el puntaje de la prueba Battelle, en percentiles y en prevalencia de resultados normal o alterado del desarrollo, pero las diferencias no son estadísticamente significativas al 95% de confianza, excepto en dos medidas del área de comunicación, resultado que se anula a nivel general.**

Considerando el levantamiento de información que presenta este trabajo, a continuación se entregan propuestas para mejorar el Programa de Apoyo al Recién Nacido:

- i. Fortalecer la entrega de información sobre el programa a las beneficiarias de manera previa y protocolizada en la Atención Primaria de Salud, para evitar la compra de bienes que luego le serán entregados, además que los beneficiarios se familiaricen con implementos que son culturalmente novedosos en relación a las pautas tradicionales de crianza.
- ii. Flexibilizar la composición del set de implementos, y hacer pertinente esta composición con la vulnerabilidad familiar: por ejemplo dependiendo de la vulnerabilidad biológica (prematuros o niños con necesidades especiales) o financiera de las familias, agregar bienes o servicios, o acceso preferente a la oferta pública de otras instituciones (Municipios, Ministerio de Vivienda por ejemplo).
- iii. Definir un protocolo de seguimiento para familias vulnerables (madres adolescentes, madres con conflictos con la maternidad, consumo de sustancias, trastornos de salud mental, extrema pobreza, entre otras), mediante visitas domiciliarias, acciones de promotores de salud y en los controles de salud del niño y la madre o padre, respecto del uso de los implementos y los requerimientos de información, contención u orientación que requieran.
- iv. Realizar acciones de promoción del uso de implementos que cuentan con evidencia en mejorar la performance futura de niños y niñas, y cuyo uso es bajo, según dan cuenta las encuestas de usabilidad realizadas: portabebé, aceite para masajes, alfombra para juegos o cojín de lactancia.
- v. Desarrollar estudios complementarios sobre el aporte del PARN al cumplimiento de los efectos esperados por el PADB, en el mediano y largo plazo:
 - Desarrollar una evaluación de resultados del Programa de Apoyo al Recién Nacido, utilizando la eficacia y satisfacción maternal, medida mediante la Escala de Eficacia Parental. Esta evaluación cuasi-experimental, puede considerar como grupo de comparación aquel conformado por mujeres afiliadas a Fonasa B, que optaron por atender su parto mediante el sistema PAD parto en el sector privado, para lo cuál se debiera usar el propensity score, método que busca para cada uno de los tratados, una unidad lo más parecida posible en el grupo de control, considerando las características observables, lo que nos ayuda a minimizar el sesgo de selección. Se recomienda que previamente se investigue sobre las razones por las que las mujeres integrantes del grupo de comparación decidieron no ser beneficiarias del PARN, mediante metodologías cualitativas.

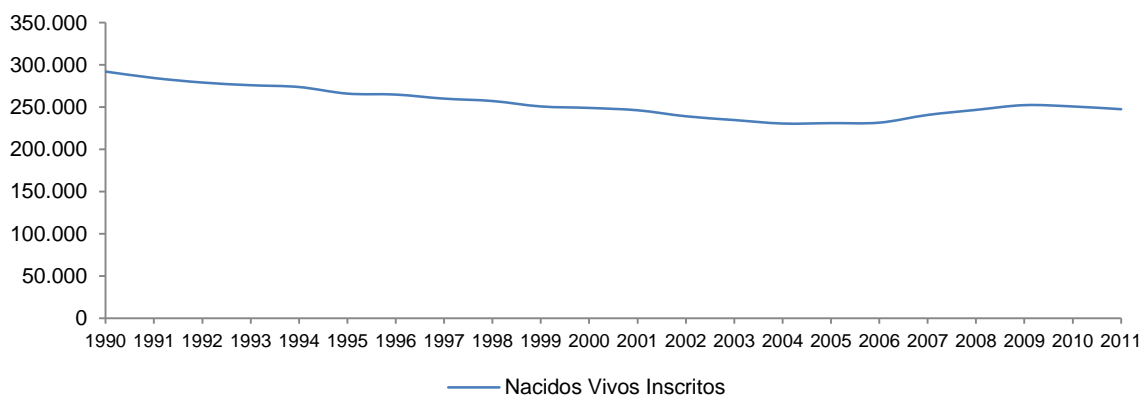
Anexos

Tabla 18
Tasa Global de Fecundidad (TGF)⁴⁶, por
Región.
Chile, 2010

Región	TGF
Total País	1,90
De Arica y Parinacota	2,60
De Tarapacá	2,33
De Antofagasta	2,24
De Atacama	2,40
De Coquimbo	2,03
De Valparaíso	1,79
Región Metropolitana de Santiago	1,86
Del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	1,99
Del Maule	1,87
Del Bio Bío	1,81
De La Araucanía	1,80
De Los Ríos	1,89
De Los Lagos	1,98
De Aisén del Gral. Carlos Ibañez del	2,15
De Magallanes y la Antártica Chilena	1,99

Fuente: DEIS, Minsal

Gráfico 7
Nacidos Vivos Inscritos en Chile
1990-2011

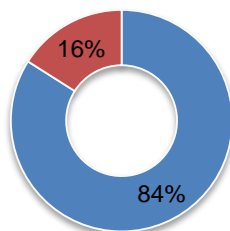


Fuente: DEIS, Minsal - INE para Nacidos 2010-2011

⁴⁶ La tasa global de fecundidad (TGF) es el número promedio de hijas e hijos que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad (15 a 49 años) de un determinado período de estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. Su cálculo se da por la suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5. Fuente: DEIS, Minsal.

Gráfico 8
Distribución de beneficiarios del Programa, según Sistema de Registro
septiembre 2009 a noviembre 2013

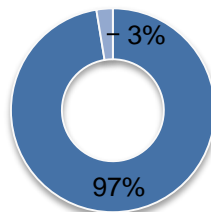
■ Con FPS ■ Sin FPS



Fuente: Sistema de Registro de PARN
Elaboración propia

Gráfico 9
Distribución de beneficiarios por deciles de Ficha de Protección Social
septiembre 2009 a noviembre 2013

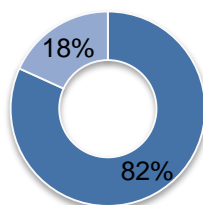
■ 1 a 6 ■ 7 a 10



Fuente: Sistema de Registro de PARN
Elaboración propia

Gráfico 10
Comparación de beneficiarios según vulnerabilidad definida por FPS
septiembre 2009 a noviembre 2013

■ 60% más vulnerable ■ 40% menos vulnerable



Fuente: Sistema de Registro de PARN
Elaboración propia

Tabla 19
Presupuesto del Sistema de Protección Integral a la Infancia y del Programa de Apoyo al
Recién Nacido
(en M\$Ch de cada año)

Año	Total Sistema	PARN	% PARN
2007	3.548.100	0	Nc
2008	9.948.197	0	Nc
2009	27.342.433	14.231.107	52%
2010	34.783.243	12.366.456	36%
2011	37.735.139	13.150.019	35%
2012	39.909.471	13.518.220	34%
2013	39.898.643	13.910.248	35%
2014	41.262.433	14.216.165	34%

Fuente:

Dirección de Presupuestos de Ministerio de Hacienda de Chile (DIPRES). Valores 2007-2012 corresponde al Presupuesto vigente al cierre de cada año. Valores 2013 y 2014 corresponde a la asignación inicial de la Ley de Presupuestos del año respectivo.

Tabla 20
Estimación de costos de los implementos del programa
Valor en \$Ch de cada año

Año	Tipo de distribución	Valor Implementos (1)	Valor Operador Logístico (2)	Valor Total (1)+(2)=(3)
2009-2010	Directa Proveedor	\$ 76.580	\$ 0	\$ 76.580
2010	Directa Proveedor	\$ 77.241	\$ 0	\$ 77.241
2010-2011	Directa Proveedor	\$ 77.280	\$ 0	\$ 77.280
2011-2012	Directa Proveedor	\$ 70.830	\$ 0	\$ 70.830
2012-2013	Operador Logístico	\$ 54.940	\$ 6.122	\$ 61.062
2014-2015	Operador Logístico	\$ 56.730	\$ 5.460	\$ 62.190

Fuente: Información de CENABAST

Elaboración propia

Notas: El año se refiere al periodo que consideró la entrega de los implementos en los hospitales. El tipo de distribución distingue si los proveedores llegaban directamente a los establecimientos (Directa Proveedor) con los paquetes (más de 1) o bien se utiliza la figura de un Operador Logístico que centraliza los paquetes y los entrega a los establecimientos en un solo momento. El valor de los implementos incluye impuestos y se considera sobre el set completo. Para el cálculo del valor del operador logístico, se estimó un promedio en base a las distintas facturaciones, dado que estos montos son variables por cantidad entregada y distancia de los establecimientos. Los valores se expresan en pesos de cada año, sin corrección por inflación y corresponden al set completo entregado en cada hospital de la red pública de salud.

Tabla 21
VARIABLES UTILIZADAS PARA HACER MATCHING ENTRE BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS PARN

1. Nivel socioeconómico del hogar (en categorías)
2. Edad del cuidador principal (CP) en años
3. Sexo del CP
4. Si el CP es el jefe de hogar
5. Nivel educacional del CP (en categorías)
6. Pertenencia a alguna etnia del CP
7. Presencia de deficiencia (ver, oír, hablar, mental, movilidad o siquiátrica) en el CP
8. Si el CP trabaja
9. Si el CP es la madre del niño o niña
10. Si la madre lo fue antes de los 18 años

11. Tiempo de lactancia (en categorías)
12. Si el niño o niña asiste al JJII
13. Prestaciones que recibió madre y niño o niña:
a. Guía de la gestación
b. Acompañándote a descubrir 1 y 2
c. CD de estimulación del lenguaje
d. CD juegos musicales
e. Recibió VD durante el embarazo
f. Recibió VD después de nacer el niño o niña
g. Niño o niña participa en MEI
14. Tipo de red a la que asiste la madre y el niño o niña (rural, urbana, mixta, hospital)
15. Edad del niño o niña en meses
16. Puntaje de funcionamiento del hogar (variable que sintetiza el apoyo económico, decisiones sobre acciones sobre el niño o niña y decisiones sobre las pautas de crianza tanto de quien tiene el rol de figura paterna como de quien tiene el rol de figura materna, y a mayor puntaje es mejor el funcionamiento, considerando una escala entre 12 y 48)

Figura 3
Estimación propensity score

ajuar	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
edadcp	-.0093623	.0059721	-1.57	0.117	-.0210675 .0023428
sexocp	.1367999	.3249886	0.42	0.674	-.5001661 .773766
deduc1	-.1981622	.4168767	-0.48	0.635	-1.015225 .618901
deduc2	.0450513	.3991085	0.11	0.910	-.7371869 .8272896
deduc3	.0383835	.3922898	0.10	0.922	-.7304904 .8072574
deduc4	-.184916	.3862214	-0.48	0.632	-.941896 .5720639
deduc5	-.0894849	.3927903	-0.23	0.820	-.8593398 .68037
etnicip	-.0523781	.1480567	-0.35	0.724	-.342564 .2378077
trabcp	.0512792	.1013777	0.51	0.613	-.1474174 .2499758
defcp	.0952742	.1544646	0.62	0.537	-.2074708 .3980193
cpjh	.0555259	.1102178	0.50	0.614	-.1604971 .2715488
mamacp	-.0660193	.1770391	-0.37	0.709	-.4130097 .280971
mama18	.0671467	.1480884	0.45	0.650	-.2231013 .3573946
edad_meses	-.1617934	.0107934	-14.99	0.000	-.1829481 -.1406387
dlac2	-.1029915	.2442946	-0.42	0.673	-.5818001 .375817
dlac3	-.0717123	.2312844	-0.31	0.757	-.5250214 .3815968
dlac4	.0047771	.2074313	0.02	0.982	-.4017808 .411335
jardin	.0697709	.0962006	0.73	0.468	-.1187787 .2583206
dnse1	-.1546324	.1804335	-0.86	0.391	-.5082755 .1990107
dnse2	-.271948	.1820789	-1.49	0.135	-.6288161 .0849202
dnse3	-.274896	.2110637	-1.30	0.193	-.6885733 .1387813
dnse4	-.3948354	.2337506	-1.69	0.091	-.8529782 .0633075
ptje_func_~m	-.0136602	.0080857	-1.69	0.091	-.0295079 .0021875
iv6b_1	-.0527138	.1431166	-0.37	0.713	-.3332173 .2277896
iv6b_2	.1742071	.1410428	1.24	0.217	-.1022316 .4506459
iv6b_3	.0311956	.1097883	0.28	0.776	-.1839856 .2463768
iv7_3	.7019078	.1249921	5.62	0.000	.4569278 .9468879
iv7_4	.2611161	.131911	1.98	0.048	.0025752 .519657
iv7_5	.4128767	.1014069	4.07	0.000	.2141228 .6116307
dred2	-.6777564	.1620803	-4.18	0.000	-.995428 -.3600847
dred3	-.5760704	.1829471	-3.15	0.002	-.93464 -.2175007
dred4	-1.266956	.1872187	-6.77	0.000	-1.633898 -.9000138
_cons	7.46198	.7900651	9.44	0.000	5.91348 9.010479

Fuente: elaboración propia

Tabla 22
ITEMS EEP

Nº	Item
1	Me siento constantemente criticada o evaluada por otros en mi rol de madre
2	Siento que hago un buen trabajo como madre
3	El ser madre me hace sentir satisfecha y feliz
4	Mis intereses y talentos están en otras áreas de mi vida, no en la maternidad
5	Considero que las decisiones que tomo en relación a la crianza de mi bebé son las más acertadas
6	Ser madre no ha sido tan satisfactorio como yo esperaba
7	Se me hace realmente difícil decidir cómo criar a mi bebé
8	Las exigencias de la maternidad me hacen sentir tensa y angustiada
9	Siento que en general las tareas de la maternidad no me permiten disfrutar a mi bebé
10	Siento que no he logrado ser el tipo de madre que me gustaría

Fuente:

Farkas-Klein, Chamarrita (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. Universitas Psychologica. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia, Volúmen 7, Nº 2, PP. 457-467. Mayo-Agosto 2008.

Tabla 23
Beneficiarias PAD PARTO de Fonasa, por Categoría de Ingresos
2009 a 2012

Año y mes	Clasificación de afiliados de FONASA					Total general
	A	B	C	D	X	
2009	2.771	11.793	9.069	12.617	5.714	41.964
01	255	1.064	855	1.111	535	3.820
02	222	906	714	952	450	3.244
03	231	1.026	787	1.120	540	3.704
04	268	1.026	788	1.051	478	3.611
05	251	967	771	1.063	472	3.524
06	242	994	767	995	487	3.485
07	268	1.105	874	1.154	545	3.946
08	275	1.056	778	1.115	500	3.724
09	245	1.126	798	1.166	517	3.852
10	189	914	688	1.000	433	3.224
11	162	776	597	942	382	2.859
12	163	833	652	948	375	2.971
2010	1.990	12.168	8.794	13.022	4.467	40.441
01	149	851	590	946	368	2.904
02	125	770	555	857	322	2.629
03	170	1.116	780	1.171	431	3.668
04	189	946	744	1.045	422	3.346
05	170	973	709	1.029	413	3.294
06	177	984	722	1.038	332	3.253
07	171	1.003	744	1.123	367	3.408
08	171	1.065	819	1.119	336	3.510
09	167	1.049	785	1.186	364	3.551
10	169	1.090	771	1.122	366	3.518
11	151	1.068	701	1.055	354	3.329
12	181	1.253	874	1.331	392	4.031
2011	1.546	14.328	9.501	14.922	3.358	43.655
01	152	1.210	815	1.286	361	3.824
02	142	1.052	680	1.129	304	3.307
03	159	1.349	884	1.340	374	4.106
04	150	1.133	760	1.158	295	3.496
05	136	1.185	742	1.211	288	3.562
06	113	1.128	718	1.162	274	3.395
07	116	1.143	729	1.210	305	3.503
08	149	1.169	921	1.327	280	3.846
09	130	1.247	832	1.340	263	3.812
10	93	1.155	766	1.224	228	3.466
11	111	1.223	793	1.269	187	3.583

12	95	1.334	861	1.266	199	3.755
2012	621	16.244	11.002	15.975	989	44.831
01	123	1.376	922	1.373	205	3.999
02	80	1.333	815	1.298	170	3.696
03	73	1.499	889	1.321	113	3.895
04	54	1.579	870	1.158	103	3.764
05	49	1.623	927	1.142	87	3.828
06	48	1.315	960	1.302	74	3.699
07	51	1.246	960	1.427	48	3.732
08	47	1.378	1.061	1.480	44	4.010
09	17	1.080	749	1.441	42	3.329
10	36	1.336	1.012	1.537	41	3.962
11	19	1.220	860	1.282	33	3.414
12	24	1.259	977	1.214	29	3.503

Fuente: FONASA
Elaboración propia

Indice de Tablas

TABLA 1	16
RESULTADOS ESPERADOS PARA EL SUBSISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA	
TABLA 2	22
RESUMEN DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS TRANSFERENCIAS EN ESPECIES O NO MONETARIAS	
TABLA 3	28
COMPARACIÓN ENTRE DISEÑO INICIAL Y DISEÑO IMPLEMENTADO DEL PARN	
TABLA 4	30
COMPONENTES DEL PROGRAMA	
TABLA 5	31
ACTORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA	
TABLA 6	36
COBERTURA DEL PARN POR DECILES DE VULNERABILIDAD SEGÚN FPS, AÑO 2010	
TABLA 7	37
NÚMERO DE NACIDOS TOTALES SEGÚN PRESTADORES, POR DECIL DE VULNERABILIDAD, AÑO 2010	
TABLA 8	38
NÚMERO DE BENEFICIARIOS DEL PARN SEGÚN DECIL DE VULNERABILIDAD. SEPTIEMBRE DE 2009 A NOVIEMBRE DE 2013	
TABLA 9	39
PRINCIPALES RESULTADOS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA	
TABLA 10	42
MODIFICACIONES A LA COMPOSICIÓN DEL SET DE IMPLEMENTOS	
TABLA 11	43
COMPARACIÓN ENTRE PROGRAMAS DE FINLANDIA, CHILE Y URUGUAY	
TABLA 12	49
IMPLEMENTOS DEL PROGRAMA Y LOS RECOMENDADOS POR NIH DE ESTADOS UNIDOS	
TABLA 13	54
RESUMEN EVALUACIÓN DE IMPACTO PADB	
TABLA 14	55
RESULTADOS EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PADB SEGÚN ÁREAS DE DESARROLLO	
TABLA 15	58
REGISTROS BASE DE DATOS DE TRATADOS ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PADB	
TABLA 16	60
REGISTROS BASE DE DATOS DE TRATADOS ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PADB DESPUÉS DEL MATCHING	
TABLA 17	61
CUADRO RESUMEN SIMULACIÓN EVALUACIÓN DE IMPACTO PARN	
TABLA 18	70
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF), POR REGIÓN. CHILE, 2010	

TABLA 19	72
PRESUPUESTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y DEL PROGRAMA DE APOYO AL RECIÉN NACIDO (EN M\$CH DE CADA AÑO)	
TABLA 20	72
ESTIMACIÓN DE COSTOS DE LOS IMPLEMENTOS DEL PROGRAMA. VALOR EN \$CH DE CADA AÑO	
TABLA 21	72
VARIABLES UTILIZADAS PARA HACER MATCHING ENTRE BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS PARN	
TABLA 22	74
ITEMS EEP	
TABLA 23	74
BENEFICIARIAS PAD PARTO DE FONASA, POR CATEGORÍA DE INGRESOS. 2009 A 2012	

Indice de Gráficos

GRÁFICO 1	33
NÚMERO DE NACIDOS VIVOS INSCRITOS EN EL PAÍS Y EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS). CHILE, 1990-2012	
GRÁFICO 2	34
NACIDOS VIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS CHILE, ENERO 2007 A OCTUBRE 2013	
GRÁFICO 3	35
NACIDOS VIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS) Y REGISTROS DE RECEPCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO AL RECIÉN NACIDO (PARN). CHILE, SEPTIEMBRE 2009 A NOVIEMBRE 2013	
GRÁFICO 4	45
FINLANDIA: SELECCIÓN DE ALTERNATIVAS POR BENEFICIARIOS DEL MATERNITY GRANT 2007-2013	
GRÁFICO 5	50
FORMA PREFERIDA POR BENEFICIARIOS DE ACCESO AL PARN	
GRÁFICO 6	65
NACIDOS VIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS) Y USO DE BONOS PAD PARTOS DE FONASA. CHILE, ENERO 2007 A DICIEMBRE 2012	
GRÁFICO 7	70
NACIDOS VIVOS INSCRITOS EN CHILE 1990-2011	
GRÁFICO 8	71
DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA, SEGÚN SISTEMA DE REGISTRO. SEPTIEMBRE 2009 A NOVIEMBRE 2013	
GRÁFICO 9	71
DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIARIOS POR DECILES DE FICHA DE PROTECCIÓN SOCIAL. SEPTIEMBRE 2009 A NOVIEMBRE 2013	
GRÁFICO 10	71
COMPARACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGÚN VULNERABILIDAD DEFINIDA POR FPS. SEPTIEMBRE 2009 A NOVIEMBRE 2013	

Indice de Figuras

FIGURA 1 PRESTACIONES DE CHCC	14
FIGURA 2 ESQUEMA SIMPLICADO DEL PARN	32
FIGURA 3 ESTIMACIÓN PROPENSITY SCORE	73

Fuentes de Información

- Asesorías para el Desarrollo. Presentación preliminar del Informe Final “Evaluación de Impacto del Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo). Circulación Interna.
- Beccaria, L., & Galván, M (2007), La medición del ingreso para los estudios de pobreza en América Latina: aspectos conceptuales y empíricos. Naciones Unidas, CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Disponible en web <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/32089/LCL2802e.pdf> 10.11.2013
- Bedregal, P. y Pardo, M (2004), Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño. UNICEF. Consultado en web www.unicef.cl/archivos.../96/Serie%20reflexiones%20Final.doc
- Behrman, J. (U. Pennsylvania), Bravo, D. (Coordinador, U. de Chile), Urzúa S. (Northwestern Univ.). Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia: Aspectos metodológicos y primeros resultados. Diciembre, 2010. www.elpi.cl. Presentación David Bravo, consultada en http://www.microdatos.cl/doctos_noticias/David_Bravo_Diciembre_13.pdf. Los principales resultados que se presentan corresponden a una selección realizada por el equipo de la Encuesta, se encuentran en el apartado VII. Principales Conclusiones, pág. 184 del documento disponible en http://www.elpi.cl/documentos/Documento_Metodologico.pdf
- Blasco, Jaime & Casado, David (2009), Guía Práctica 5. Evaluación de impacto. Colección Ivalua de guías prácticas sobre evaluación de políticas públicas.
- Carneiro, P. y Heckman, J. 2003. Human Capital Policy. NBER Working Paper N°9495, JEL 12.128. http://www.ecdgroup.com/pdfs/heckman_article-20_05_2003-17_59_04.pdf.
- Castillo, Carla (2005), Determinantes Económicos de la Fecundidad de Corto Plazo en Chile. Tesis de Magister, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cecchini, Simone y Madariaga, Aldo (2011), Programas de Transferencias Condicionadas. *Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*. CEPAL. Santiago de Chile. Pág. 63
- Churchill, H., & Clarke, K. (2010). Investing in parenting education: a critical review of policy and provision in England. *Social policy and society*, 9(01), 39-53.
- Contreras, D., Larrañaga, O., Puentes, E. y Ray T (2012), “The evolution of opportunities for children in Chile 1990-2006” en CEPAL Review, No 106, abril, pp 107-124. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/47725/RV1106Contrerasetal.pdf> 04.08.2013
- Cunha, J., De Giorgi, G. and Jayachandran, S (2011), The price effects of cash versus in-kind transfers. Working Paper 17456, Septiembre, Págs. 1, 27-28, <http://www.nber.org/papers/w17456> 19.09.2013
- Currie, J. y Gahvari, F (2007), Transfers in cash and in-kind: Theory meets the data. Departments of Economics Columbia University and University of Illinois. www.princeton.edu/~jcurrie/publications/lnkinddsurveyrevised3.pdf 19.09.2013
- DataVoz (2014), “Estudio de Satisfacción Usuaría y construcción de línea de base”. Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Informe Final. Santiago, Junio 2014.
- Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda (2011), Evaluación de Programas Gubernamentales 2011. http://www.dipres.gob.cl/595/articles-76582_doc_pdf.pdf
- Donoso Siña, Enrique (2007), “Editorial Descenso de la natalidad en Chile: un problema país”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 72 n.2. pp. 73-75. Santiago, <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n2/art01.pdf> 23.07.2014
- Donoso, Enrique et al., Pontificia Universidad Católica de Chile (2010), Tendencias de la Natalidad, Mortalidad Materna y Mortalidad en la niñez en Chile. Evolución y factores

- asociados. Circulación Restringida. Financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, así como por el Sistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo.
- Ferrada, Luz María y Zarzosa, Pilar (2010), Diferencias regionales en la participación laboral femenina en Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile, Cuadernos de Economía, Vol. 47 (noviembre), PP. 249-272, <http://www.economia.puc.cl/docs/136ferra.pdf> 23.07.2014
 - Farkas-Klein, Chamarrita (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. Universitas Psychologica. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia, Volúmen 7, Nº 2, PP. 457-467. Mayo-Agosto 2008.
 - Finch, N. (2004). Family Policy in the UK. *Third report for the project Welfare Policy and Employment in the Context of Family Change*, University of York. <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/nordic/ukpolicy.pdf> 29.07.2014
 - Fiszbein et al (2009), Conditional Cash Transfers Reducing Present and Future Poverty, Banco Mundial. Washington, EEUU, http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf
 - Gentilini, Ugo (2007), Documento Especial Nº18 Programa Mundial de Alimentos. Introducción a las transferencias de dinero y de alimentos, pp. 8, 12, 18 y 20 http://www.wfp.org/sites/default/files/OP_18_Spanish_1.pdf 19.09.2013
 - Gertler, Paul J.; Martínez, Sebastián, Premad, Patrick; Rawlings, Laura B.; Vermeersch, Christel M. J. (2011), La evaluación de impacto en la práctica. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
 - González, Libertad (2010), The Effects of a Universal Child Benefit: A Regression Discontinuity Design. Universitat Pompeu Fabra. First Draft. August, http://www.econ.upf.edu/~gonzalez/Research_archivos/Draft_110826.pdf 19.09.2013
 - Grupo Nous Ltda. (2014), Evaluación de las Condiciones Priorizadas en el Programa de Apoyo al Recién Nacido. Informe Final de Resultados. Estudio encargado por el Ministerio de Desarrollo Social.
 - ICCOM (2011), Informe Estudio Satisfacción de Usuarias. Programa Apoyo al Recién Nacido. Integración Fase Cualitativa y Cuantitativa, julio, <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/11-Informe-final-Satisfaccion-usuarias-programa-de-apoyo-al-recien-nacido.pdf>
 - Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas Vitales. Informe Anual 2011. http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2011.pdf 11.08.2014
 - Kremer, Michael & Holla, Alaka (2008), Pricing and Access: Lessons from Randomized Evaluations in Education and Health. Harvard University y Innovations for Poverty Action.
 - Landers, C. et al. (2006), "Desarrollo Integral en la Infancia: Una prioridad para la Salud. Manual de Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud". OPS/OMS, Banco Mundial y Johnson – Johnson Pediatric Institut.
 - Ley 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia.
 - Madariaga, A. (2009). Redefiniendo los espacios de la política social: Reducción de la pobreza, transferencias y corresponsabilidades. Documento de Trabajo presentado en el Taller de Expertos: "Protección Social, Pobreza y Enfoque de Derechos: Vínculos y Tensiones". CEPAL, Santiago de Chile, Pág. 48-50, <http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/7/37567/SesionDesafiosPTC.pdf> 11.08.2014
 - Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Casen

2011. Resultados infancia
<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/CASEN Infancia 2011.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Casen 2013. Resultados Salud
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Salud.pdf
 - Ministerio de Desarrollo Social, Informe de Política Social 2012.
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ijos-2012/media/ijos_2012_pp_30-65.pdf
 - Ministerio de Desarrollo Social, Banco Integrado de Programas Sociales, BIPS.
<http://www.programassociales.cl/programas/1617/2013/3>
 - Ministerio de Desarrollo Social (2012), Nota metodológica para equipos de salud de atención primaria y maternidad. ¡Las experiencias tempranas importan mucho!. 2a edición, 2012 Santiago de Chile 1ra. Edición, 2009. Santiago de Chile.
<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/02/nota-metodologica-PARN-2012.pdf>
 - Ministerio de Planificación y Ministerio de Salud. Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo 2006-2010
 - Muñoz, L. P. (2004). Transferencias en especie versus transferencias en metálico: Modelos Empíricos. In *XI Encuentro de Economía Pública:[los retos de la descentralización fiscal ante la globalización]* (p. 70).
 - Niño Rosa, Silva Gioconda y Atalah Eduardo, (2012) Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*, Volumen 83, Número 2: 161-1693. Santiago de Chile.
 - Organización Mundial de la Salud.
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ 19.10.2014
 - Piedra Muñoz, L, y Jaén García, M. (2009), Transferencias redistributivas en metálico y en especie: una síntesis. *Hacienda Pública Española*, 3 (190), 95-126, Instituto de Estudios Fiscales,
http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/hac_pub/190_ART_4.pdf
 19.09.2013
 - Pontificia Universidad Católica de Chile, Informe Final “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/as pertenecientes al PADB, en el contexto del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo”, noviembre de 2013.
 - Raczynski, D. Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños. *Publicación En Foco N° 77. Expansiva*. 2006. Consultada en web
http://www.expansiva.cl/publicaciones/en_foco/detalle.tpl?iddocumento=19062006104331
 - Sanders M.R. y Woolley M.L. (2005) The relationship between maternal self-efficacy and Parenting practices: implications for parent training. *En Child: Care, Health & Development* (2005) 31 (1):65-73. Parenting and Family Support Centre, School of Psychology, University of Queensland, Brisbane, Australia.
 - Vegas, Emiliana y Santibáñez, Lucrecia. La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe. Banco Mundial y Mayol Ediciones. 2010. Disponible en web
http://siteresources.worldbank.org/INTLACINSPANISH/Resources/La_promesa_del_desarrollo_en_la_primera_infancia_web.pdf
 - Walker Susan P, Chang Susan M, Powell Christine A, Grantham-McGregor Sally M (2005) Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study.

- Lancet 2005; 366: 1804–07. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67574-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67574-5/abstract)
- ____ Informe Final Preliminar ENPI. Esta Encuesta fue realizada en conjunto por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Consultado en web de Fundación Integra http://web.integra.cl/doctos_cedoc/archivos/documentos/Informe%20Final%20Preliminar%20ENPI.pdf
 - ____ El Futuro de los Niños es Siempre Hoy. Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Junio 2006. Consultado en web <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/12/EI-Futuro-de-los-Ninos-es-Siempre-Hoy-Propuestas-del-Consejo-Asesor-Presidencial-para-la-Reforma-de-las-Pol%C3%ADticas-de-Infancia.pdf>
 - ____ Web de Chile Crece Contigo <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/presentacion-del-sistema/>
 - ____ <http://www.deis.cl/estadisticas-natalidad/>
 - ____ Chile Crece Contigo. Nota Metodológica Programa de Apoyo al Recién Nacido. 2009
 - ____ Información sobre el Programa Maternity Grant de Finlandia. Disponible en <http://www.kela.fi/web/en/maternity-grant-how-to-claim> Consultada el día 24.07.2014
 - ____ Información sobre el Programa Sure Start Maternity Grant del Reino Unido <https://www.gov.uk/sure-start-maternity-grant> Consultada el día 25.07.2014