



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FISICAS Y MATEMATICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL**

**“CHILE CRECE CONTIGO: LECCIONES PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN
DE POLÍTICAS SOBRE PROTECCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER GESTION Y POLÍTICAS
PÚBLICAS**

MARÍA FERNANDA LÓPEZ MESA

**PROFESOR GUIA:
MARIA FERNANDA MELIS JACOB**

**MIEMBROS DE LA COMISION:
DAGMAR RACZYNSKI VON OPPEN
MARIA ANGELICA PAVEZ GARCIA**

**SANTIAGO DE CHILE
Enero 2009**

AGRADECIMIENTOS

Nada es azar, todo tiene una razón de ser, por eso mismo agradezco a Dios que en su infinita sabiduría me dio el privilegio de nacer y crecer en un hermoso país llamado Colombia, me bendijo con el amor de una madre incondicional quien me ha apoyado en todos los momentos de mi vida y este año además me envió un ángel hermoso llamado Santiago, quien fue fuente de inspiración para la elaboración de mi estudio de caso y despertó en mí un interés particular por trabajar de aquí en adelante por mejorar la situación de la primera infancia en mi país.

Agradezco a la **Agencia de Cooperación Internacional de Chile - AGCI**, porque creyó en mí y me entregó la posibilidad de ingresar al Magíster en Gestión y Políticas Públicas, donde encontré no solo compañeros y profesores, sino también valiosos amigos a quienes atesorare en un lugar especial de mi corazón y maestros que me ensañaron a ver la vida con una perspectiva diferente, más profunda y que a través de experiencia me entregaron nuevas herramientas para mi crecimiento personal y profesional.



Agradezco a la **OXFAM-Chile y al Comité Académico del Programa Multidisciplinario para el Diálogo Social de la Universidad de Chile**, entidades que al otorgarme la beca para el término de tesis, apoyaron la importancia del trabajo que aquí desarrollo, precisamente para destacar la relevancia que el diálogo social entre los diferentes actores que confluyen en el diseño e implementación de las políticas sociales de protección integral a la primera infancia.

A mi comisión para estudio de caso, agradezco la paciencia y muy especialmente los comentarios siempre oportunos, acertados y precisos de la profesora Dagmar Raczynski; el respaldo que me brindó Fernanda Melis y su apoyo en los momentos de debilidad y a Angélica Pavéz, ecuánime y equilibrada, por su buena disposición ante mi indecisión inicial y durante el desarrollo de todo el trabajo.

A ese alguien que llegó en el momento preciso y que con su encanto natural y su personalidad emprendedora, vino inconscientemente a inyectarme la energía que me hacía falta para concluir con éxito todo este proceso.

Este trabajo es el resultado de la suma de su apoyo en estos últimos meses, de modo tal que es un esfuerzo conjunto que confío tendrá rendimientos futuros, especialmente para la primera infancia en Colombia.

El reconocimiento de los beneficios de la inversión pública, en programas para la protección y el desarrollo integral de la primera infancia, es cada vez mayor y se sustenta en múltiples estudios que indican que es la mejor manera de superar las brechas socioeconómicas.

En Colombia existen experiencias de políticas públicas para la protección a la primera infancia. Sin embargo, la situación de la primera infancia colombiana, se caracteriza por altos niveles de pobreza (78,6% de la población menor de 5 años), una elevada tasa de mortalidad infantil y de mortalidad materna (26,5 por 1.000 n.v y 72,7 por 100.000 n.v, respectivamente) con importantes diferencias a nivel de departamentos y municipios, requiere el diseño e implementación de políticas y programas que logren mejorar estos indicadores y avanzar hacia un sistema de protección a la infancia.

Los antecedentes antes presentados motivaron el desarrollo de esta investigación, cuyo objetivo principal es el de analizar los procesos de diseño e implementación del sistema "*Chile Crece Contigo*", con el propósito de extraer aprendizajes de políticas sobre protección integral a la primera infancia que puedan ser adaptados a Colombia.

"*Chile Crece Contigo*" es un Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, que forma parte del Sistema de Protección Social chileno, el cual es coordinado por el Ministerio de Planificación. El objetivo principal de este sistema es generar y articular diversos mecanismos de apoyo a niños, niñas y sus familias, que en su conjunto permitan igualar oportunidades de desarrollo. Este sistema es de gestión descentralizada y está siendo adoptado en la mayoría de las comunas del país.

Los objetivos específicos de este estudio de caso están particularmente asociados a estudiar ¿Cómo se garantiza la correcta implementación del sistema en todas las regiones, considerando la heterogeneidad de necesidades y de recursos disponibles en los municipios? y ¿Cómo se logra integrar a Ministerios y otras instituciones a favor de una política de protección integral a la primera infancia?, por considerar que son dos aspectos fundamentales que requeriría Colombia para la consolidación de una política que pretenda atender requerimientos locales y posicionar la integración intersectorial como mecanismo de trabajo en red.

El enfoque metodológico de este estudio, contempló el análisis de información primaria y secundaria, que permitió configurar el marco conceptual base, sobre el cual se estructuró el análisis final del que se desprenden ocho lecciones, vinculadas a factores críticos de éxito en políticas públicas dirigidas a la primera infancia, entre los que se distinguen: la integralidad para el abordaje simultáneo de los distintos ámbitos del desarrollo de los niños, la sostenibilidad para obtener resultados permanentes, la capacidad para trabajar articuladamente en red con otras instituciones y el empoderamiento de los beneficiarios.

El estudio finalmente concluye que Colombia, para adaptar un sistema de las características del sistema Chile Crece Contigo, requiere contar con un diagnóstico crítico de la situación real de la primera infancia en el ámbito local, para focalizar la inversión de recursos a atender inicialmente las necesidades más urgentes de la población, que permitan disminuir los altos índices de mortalidad materna y en menores de 5 años, para posteriormente ampliar la oferta de las prestaciones y elevar la calidad de las intervenciones. Para esto deberá activar las redes interinstitucionales que existen en la actualidad, exigiéndoles metas y evaluación de resultados.

INTRODUCCIÓN	6
1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1. OBJETIVOS	9
1.2. METODOLOGÍA DE TRABAJO	9
1.3. MARCO CONCEPTUAL	10
1.3.1. PRIMERA INFANCIA	10
1.3.2. IMPACTO DE LAS INVERSIONES EN PRIMERA INFANCIA	10
1.3.3. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO EN POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS A PRIMERA INFANCIA.	13
1.3.4. TRABAJO EN RED	16
1.4. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	17
1.4.1. PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA: COMPORTAMIENTO Y ESTADO ACTUAL	17
1.4.2. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN CHILE	21
1.4.3. JUSTIFICACIÓN	24
2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA CHCC Y SU FUNCIONAMIENTO	26
2.1. PRESTACIONES	26
2.1.1. PRESTACIONES UNIVERSALES	27
2.1.2. PRESTACIONES DIFERENCIADAS	28
2.2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACTORES DE POLÍTICA Y RESPONSABILIDADES	29
2.2.1. CONFORMACIÓN Y FUNCIONES DE LAS REDES COMUNALES	30
2.3. INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS DEL SISTEMA	32
2.4. ESTADO DE AVANCE DEL SISTEMA CHCC	33
2.4.1. PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL	33
3. ANÁLISIS DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA CHCC	35
3.1. DISEÑO DEL SISTEMA	36
3.2. LA IMPLEMENTACIÓN	39
3.2.1. LA MIRADA DESDE EL NIVEL CENTRAL	40
3.2.2. LA IMPLEMENTACIÓN VIVIDA EN EL NIVEL LOCAL	45
4. LECCIONES EN EL CONTEXTO COLOMBIANO	49
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
EN TORNO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LAS REDES DE TRABAJO	56
EN TORNO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	57
EN TORNO A LAS PRESTACIONES ENTREGADAS	57
EN RELACIÓN A LA ADAPTACIÓN DE UN SISTEMA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CHCC EN COLOMBIA	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Desarrollo del cerebro: algunas etapas fundamentales	11
Gráfico 3: Pilares de la protección social en Colombia	18
Gráfico 4: Comportamiento de la tasa de desempleo a nivel nacional en Colombia (1990-2007)	19
Gráfico 5: Comparativo para mortalidad en niños < 5 años	20
Gráfico 6: Comparativo razón de mortalidad materna (100.000 n.v.)	21
Gráfico 7: Servicios y prestaciones que ofrece el sistema ChCC	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Servicio médico y atención de partos (cifras año 2005)	21
Tabla 2: Síntesis de la evolución de las políticas sociales en Chile	22
Tabla 3: Población total y primera infancia bajo la línea de pobreza y de indigencia	24
Tabla 4: Presupuesto MIDEPLAN –CHCC global por año (cifras en pesos de cada año)	33
Tabla 5: Comparativo situación de pobreza en comunas estudiadas para población total y niños < 5 años	36
Tabla 6: Principales acciones del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial	40
Tabla 7: Asignación presupuestal por comuna 2007 - 2008	48

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Pauta de entrevista semiestructurada aplicada a nivel local y central	66
Anexo 2: Resumen de modalidades propuestas por el consejo asesor ordenadas según grupo y ciclo de vida del niño/a.	67
Anexo 3: Resumen de modalidades de atención existentes antes de la instalación del Sistema ChCC.	71
Anexo 4: Pauta de riesgo biopsicosocial.	73

ACRÓNIMOS

CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
ChCC	Chile Crece Contigo
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
ECH	Encuesta Continua de Hogares
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIDECO	Dirección de Desarrollo Comunitario
DNP	Departamento Nacional de Planeación
FOSIS	Fondo de Solidaridad e Inversión Social
FPS	Ficha de Protección Social.
HCB	Hogares Comunitarios de Bienestar
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación de Chile
MINEDUC	Ministerio de Educación de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
MPS	Ministerio de la Protección Social de Colombia
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OREALC	Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe
SPS	Sistema de Protección Social
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples variables por las cuales se puede intentar explicar las marcadas brechas socioeconómicas que existen en nuestra sociedad, las cuales generalmente están asociadas a distintos ámbitos: social, económico, político, cultural, científico, antropológico, religioso, etc. Asimismo, podemos encontrar infinidad de estudios que respaldan cada una de las posturas en las distintas ramas de estudio, sin embargo, ha sido destacada por diversos estudios y ha venido cobrando mayor relevancia la posición que indica, como mecanismo de prevención, que invertir en garantizar el desarrollo en un entorno armónico, seguro y de calidad para la primera infancia, es la mejor manera de superar dichas brechas y alcanzar mejores niveles de crecimiento económico, equitativo para los todos habitantes de un país.

En este sentido, el gobierno chileno dio inicio en el 2007 al Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, denominado: "Chile Crece Contigo", el cual es parte del Sistema Intersectorial de Protección Social. Su diseño contiene las propuestas formuladas en el informe presentado por el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia (2006), "El futuro de los niños es siempre hoy". Este informe contenía un diagnóstico, que señalaba las falencias existentes en Chile en materia de protección a la infancia, para luego proponer un conjunto de políticas y acciones, dirigidas a superar las debilidades detectadas. El informe, posteriormente fue retomado y analizado por el Consejo de Ministros y la Comisión Técnica que se constituyó, de donde posteriormente surgieron un conjunto de acciones de Gobierno, que finalmente fueron los insumos principales para la puesta en marcha de este sistema.

En Colombia, se está dando inicio a un proceso similar, como respuesta a los acuerdos internacionales suscritos por Colombia y a los compromisos establecidos por la sociedad internacional en Dakar en la Cumbre Mundial de "Educación para Todos", en el 2004 Colombia elabora un programa de apoyo para la formulación de la Política de Primera Infancia en el que participaron 19 instituciones nacionales bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

El resultado de ese trabajo, finalmente se materializa en lo que es la actual política pública nacional de primera infancia: "Colombia por la primera infancia" (CONPES 109, 2007), la cual establece las siguientes líneas estratégicas: ofrecer apoyo integral a la primera infancia, mejorar la supervivencia y la salud de los niños y las niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en período de lactancia, mejorar los procesos de identificación en la primera infancia, promover el desarrollo integral de la primera infancia, garantizar la protección y restitución de derechos, mejorar la calidad de la atención integral, fomentar la participación, realizar seguimiento y evaluación, promover al comunicación y la movilización de la primera infancia, promover la formación del talento humano y la investigación.

Adicionalmente asigna una serie de compromisos a distintos Ministerios y entidades de orden nacional y territorial, dirigidos a dar cumplimiento a las líneas estratégicas antes señaladas y a la integración de las prestaciones que estos entregan, en función de los requerimientos de la primera infancia.

Sin embargo, el documento CONPES 109 (2007), más que un diagnóstico crítico de las insuficiencias de los programas que se han implementado o que actualmente se están implementando en materia de protección a la primera infancia, hace un recuento y presenta cifras con mejoras poco significativas, motivo por el cual, con el presente estudio de caso, se pretende analizar el diseño e implementación del sistema "*Chile Crece Contigo*", como política pública vinculada al Sistema de Protección Social chileno, del cual, se espera extraer aprendizajes de políticas sobre protección integral a la primera infancia que puedan ser estudiados y adaptados a Colombia. Así mismo, este estudio, se enfoca a recabar información que permita dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Cómo se garantiza la correcta implementación del sistema, considerando la heterogeneidad de necesidades y de recursos disponibles en los municipios?; ¿Cómo se logra integrar a Ministerios y otras instituciones a favor de una política de protección integral a la primera infancia?.

También es pertinente aclarar que la situación inicial para la implementación de un sistema de las características del sistema Chile Crece Contigo en Colombia, no es comparable con la de Chile, específicamente en relación a infraestructura disponible, condiciones de orden público, población objetivo y particularidades de los sistemas de protección social de cada país, por lo tanto, las lecciones identificadas a partir del análisis de la información obtenida, serán estudiadas de tal manera que se ajusten al contexto colombiano o por lo menos que sirvan de referente para la construcción de un sistema de protección integral capaz de atender los requerimientos de la primera infancia y su entorno.

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo y una respuesta satisfactoria a las inquietudes planteadas, se realizó una recopilación de material bibliográfico que contiene información relevante sobre la importancia del trabajo en red entre las instituciones que prestan servicios dirigidos a la primera infancia y sobre las condiciones o los factores de éxito a considerar para lograr la implementación efectiva de un sistema como ChCC. Una vez reunida y analizada esta información, se elaboró una pauta de entrevista semiestructural ([anexo 1](#)), que fue aplicada en cuatro comunas, a funcionarios que estuvieran participando en la instalación del sistema a nivel local y en MIDEPLAN (entidad que coordina el sistema), a cuatro funcionarios que conocieran las generalidades del proceso de diseño o que participaran en la implementación a nivel central.

Lo anterior, facilitó el contar con evidencia que permitió efectuar un diagnóstico global sobre los procesos de gestión a nivel central, local y del programa; con énfasis en los temas de coordinación interinstitucional. Este diagnóstico incluyó el análisis de las comunas donde se realizaron las entrevistas y por lo tanto no constituye un estudio acerca del universo de comunas que participan en el sistema ChCC.

De acuerdo con lo anterior, en el primer capítulo se presenta el enfoque metodológico del estudio de caso, que incluye: los objetivos que se pretenden alcanzar, una descripción de la metodología utilizada para la elaboración de este estudio, el marco conceptual a considerar y un breve recuento sobre los antecedentes de políticas asociadas al tema de infancia, que se han adelantado recientemente en Colombia y en Chile, junto con la justificación acerca de lo que puede ser pertinente para un país como Colombia, de una política como el sistema ChCC desarrollado en Chile.

El segundo capítulo hace una descripción general del Sistema ChCC, donde se destacan el tipo de prestaciones que entrega, los actores involucrados, su forma de trabajo y una síntesis de los avances que ha logrado. En el capítulo tres se encuentra el análisis de la información en relación

al diseño y a la implementación del sistema, dentro del cual se destacan las principales lecciones identificadas en el proceso.

En el capítulo 4, se analizan las lecciones identificadas a la luz de las condiciones del SPS colombiano, de manera tal que se puedan establecer las posibilidades de adaptación de los aprendizajes extraídos a la realidad del país. Finalmente en el capítulo 5, se presentan las principales conclusiones del trabajo que pueden contribuir al mejoramiento de las políticas a favor de la primera infancia en Chile y en Colombia.

1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los procesos de diseño e implementación del sistema "*Chile Crece Contigo*", con el propósito de extraer aprendizajes de políticas sobre protección integral a la primera infancia que puedan ser adaptados a Colombia.

Objetivos Específicos

- Conocer el sistema *Chile Crece Contigo*, el objetivo con el que fue creado, las prestaciones que entrega, su forma de organización y cómo se ha desarrollado el proceso de instalación en las comunas.
- Analizar los mecanismos de vinculación y desarrollo de trabajo interinstitucional entre entidades públicas, durante el proceso de implementación del sistema *Chile Crece Contigo*, y la manera en que se ha extendido y coordinado el sistema a nivel local.
- Explorar la relevancia del diálogo que existe o debiera existir entre los distintos actores, como base para la construcción del sistema y de las redes de trabajo a nivel central y local.

1.2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología de trabajo utilizada, contempló la recopilación y posterior revisión y análisis de fuentes de información secundaria, tales como: manuales del propio sistema ChCC, presentaciones, informes y estudios elaborados por distintas entidades tanto públicas como privadas vinculadas al tema de la infancia o al estudio de políticas públicas de carácter social, informes estadísticos con indicadores básicos para Chile y Colombia y alguna legislación vigente y en tránsito, relacionada con los sistemas de protección social de los dos países que se están analizando.

Posteriormente y en base al análisis de la información obtenida, se elaboró la pauta de entrevista semiestructural ([anexo 1](#)), la cual está enfocada en tres ámbitos de la gestión: central, municipal y del programa; donde se hace especial énfasis en los temas de coordinación interinstitucional y de trabajo en red, como forma de interacción entre los diferentes actores comunales que de una forma u otra están vinculados al tema de primera infancia y su entorno.

Esta pauta se aplicó, a dos actores del sistema, por considerar que son quienes podían entregar información más precisa sobre el diseño y la implementación del ChCC. En primer lugar el actor del nivel central, MIDEPLAN, entidad que se desempeña como coordinador técnico del sistema y que debe tener la visión más amplia sobre el funcionamiento del mismo y en segundo lugar, las municipalidades, quienes son las que enfrentan el desafío de instalar el sistema de acuerdo a los lineamientos emitidos por MIDEPLAN. Este actor está representado por las comunas de Quinta Normal y Peñalolén de la Región Metropolitana, Valparaíso de la V Región y San Fabián de Alico de la VIII Región.

La revisión de la información secundaria y primaria permitió generar los antecedentes de la investigación y posterior identificación de lecciones sobre el diseño e implementación de políticas de protección integral para la primera infancia junto con el respectivo análisis sobre las posibilidades de aplicación de estas lecciones en Colombia.

1.3. MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. Primera infancia

Se entiende por primera infancia la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano, que en Colombia comprende la franja poblacional que va de los cero a los seis años de edad y en Chile hasta los cuatro años. Esta etapa incluye el período de gestación, donde el énfasis debe estar centrado en el cuidado de la madre y en el fortalecimiento del vínculo familiar. Por lo anterior, esta es una etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social, además de ser decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social.

Adicionalmente, es preciso aclarar que conceptualmente el niño desde sus primeros años, sin importar los distingos de género, raza, etnia o estrato social, es definido como ser social activo y sujeto pleno de derechos¹, concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión.

Asumir esta perspectiva conceptual del niño, tiene varias implicaciones en el momento de diseñar políticas públicas con y para ellos: al ser reconocido como ser en permanente evolución, posee una identidad específica que debe ser valorada y respetada como parte esencial de su desarrollo psíquico cultural. Al reconocer en el niño su papel activo en su proceso de desarrollo, se reconoce también que no es un agente pasivo sobre el cual recaen acciones, sino que es un sujeto que interactúa con sus capacidades actuales para que en la interacción, se consoliden y construyan otras nuevas. Al reconocer al niño como sujeto en desarrollo, como sujeto biológico y sociocultural, debe aceptarse la incidencia de factores como el aporte ambiental, nutricional y de la salud, como fundamentos biológicos, y los contextos de socialización (familia, instituciones, comunidad) como fundamentos sociales y culturales esenciales para su desarrollo. Por tanto, el desarrollo no puede dissociarse de procesos biológicos como la maduración y el crecimiento, ni de las dinámicas socioculturales, donde se dan las interacciones con otras personas y con el mundo social y cultural, propias del proceso de socialización.

1.3.2. Impacto de las inversiones en primera infancia

A partir de la ratificación de Convención Internacional sobre los Derechos del Niño², los gobiernos de la región han venido trabajando en el reconocimiento de los beneficios de la inversión pública en programas para el desarrollo de la primera infancia, mediante el diseño e implementación de diversas políticas, cuyo eje central es el fortalecimiento programas sociales dirigidos a niños y niñas, que van desde su gestación hasta los 6 años.

Prueba de ese reconocimiento, es que en algunos países, ha habido un aumento significativo en los recursos destinados a la atención a la infancia, no obstante, el crecimiento de América Latina durante los últimos 20 años ha sido lento y la distribución de los ingresos ha sido desigual, lo que conlleva a que el incremento de recursos sea claramente insuficiente para los nuevos desafíos, que exigen el desarrollo de estrategias y programas que sean integrales y que incluyan las dimensiones psicosociales, cognitivas, nutricionales, higiene y salud.

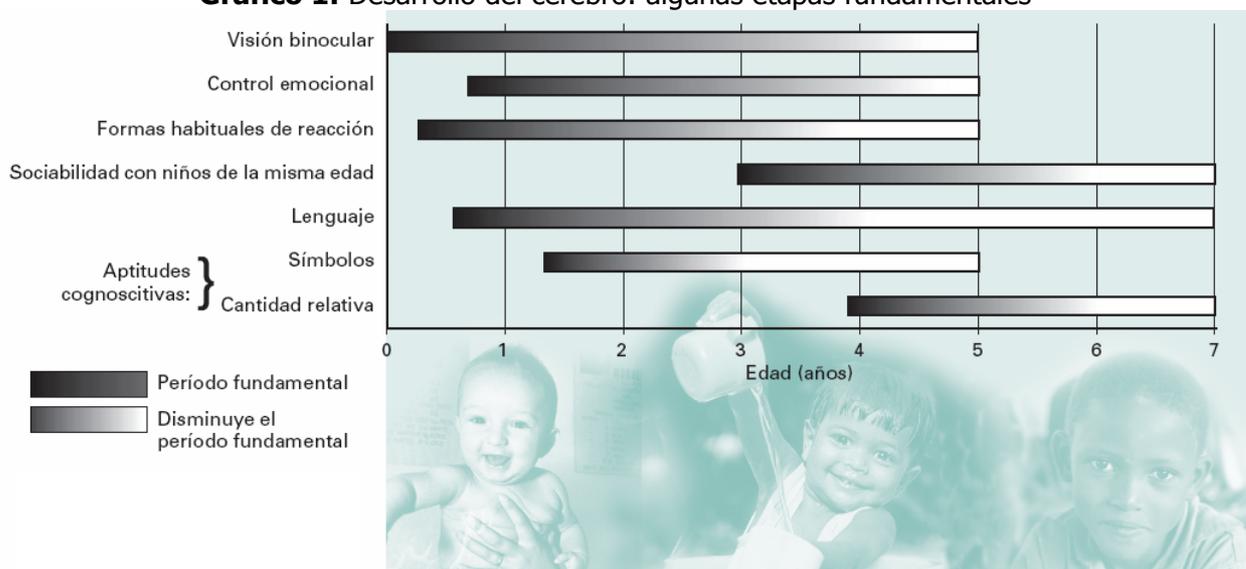
¹ Convención sobre los Derechos del Niño.

² Que fue realizada en 1990 por Chile y en 1991 por Colombia, los dos países que son objeto de investigación en el presente estudio de caso, el primero mediante el análisis del programa *Chile Crece Contigo* y el segundo, porque el gobierno colombiano, a través del Sistrma Nacional de Bienestar (DNP), ha dado inicio a un trabajo similar, para lo cual es de enorme importancia el poder conocer experiencias internacionales capaces de ser adaptadas al contexto del país.

Estos desafíos, están muy bien sustentados en diversos estudios³, que han demostrado que las inversiones que se realizan durante este período de la vida no solo benefician de manera directa, sino que sus rendimientos se verán en el transcurso de la vida, tanto para la población actual, su descendencia y las siguientes generaciones, haciendo que estas inversiones sean autosostenibles en el largo plazo y de máximo impacto.

Los estudios además sugieren que algunas estructuras del cerebro, como las vías sensoriales (visión, sonido, tacto), se desarrollan más temprano, mientras que otras lo hacen más tarde (lenguaje y matemáticas) pero con una gran probabilidad de ser influidas por las bases iniciales. El estímulo externo e interno, que se recibe durante el período de gestación e inmediatamente después del nacimiento, es determinante para el desempeño en la edad adulta (Mustard, 2002).

Gráfico 1: Desarrollo del cerebro: algunas etapas fundamentales



Fuente: MUSTARD, J.F. (2002). «Early Child Development and the Brain: the Base for health, learning, and behavior throughout life». Banco Mundial. Washington D.C.

Es así que durante los tres primeros años, los niños y las niñas aprenden y se desarrollan más rápidamente que en cualquier otra fase de la vida⁴. En estos tres años el cerebro del niño y de

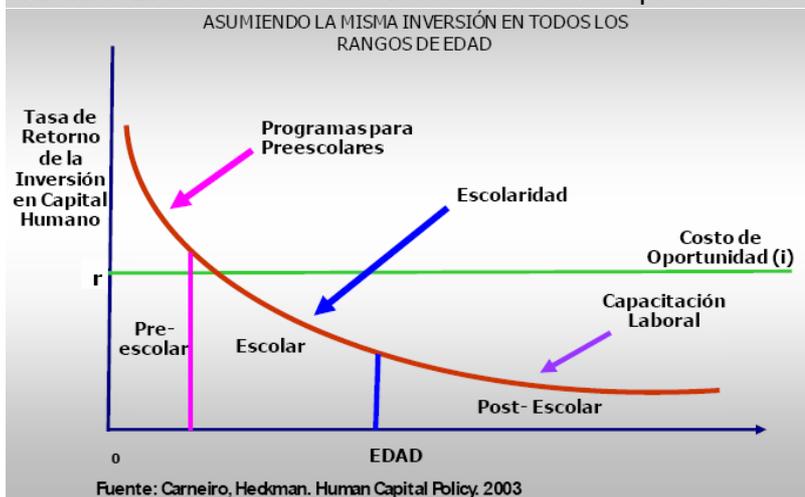
³ Dentro los estudios citados podemos destacar: Mustard, J. F. (2002). Early child development and the brain: the base for health, learning, and behavior throughout life. En: Early Child Development to Human Development: Investing in Our Children's Future. Editado por Mary Eming Young. Banco Mundial. Washington D.C.; Myers, R. G.(1993). Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo. Publicación Científica N° 545. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Washington; UNESCO (2007). «Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2007. Educación para todos, "Bases solidas: Atención y educación de la primera infancia». UNESCO. Paris.; UNESCO-OREALC (2004). Coordinación intersectorial de políticas y programas de la primera infancia: experiencias en América Latina. OREALC – UNESCO. Santiago. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001375/137514s.pdf>; UNICEF. (2003). Los objetivos de Desarrollo para el Milenio tienen que ver con los niños. UNICEF. Nueva York http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_mdg_sp.pdf; UNICEF (2005). La Infancia amenazada. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York, UNICEF. (2006). Estado Mundial de la Infancia 2006: Excluidos e Invisibles. Nueva York, UNICEF. <http://www.unicef.org/spanish/sowc06/index.php>

⁴ Se sabe que un niño o una niña, nacen con cerca de 100 billones de células cerebrales (neuronas), pero 95% de ellas aún no están conectadas entre sí. Después del nacimiento ocurre una extraordinaria interconexión entre las neuronas, para formar las "vías neuronales", las cuales permiten ver, oír, oler, caminar, hablar, pensar, etc. Estas vías se hallan recubiertas de mielina, una sustancia que facilita la conducción eléctrica de los mensajes nerviosos, compuesta por

la niña es muy receptivo, permitiendo un aprendizaje y desarrollo más rápido que en cualquiera otra edad, en particular cuando al niño o a la niña se le suministran amor, afecto, atención y se le estimula mentalmente. Existen etapas durante los primeros tres años en las cuales, en el curso de un año, el cerebro del niño puede duplicar su tamaño (UNICEF, 2006).

En de los estudios de Mustard (2002), Myers(2003) y Carneiro (2003), también se han establecido argumentos de tipo económico que justifican la inversión temprana, tales como: mejor nivel de vida cuando el niño llega a la edad adulta, ahorros en la educación necesaria para remediar anteriores deficiencias, en la atención de la salud y en los servicios de rehabilitación, y mayores ingresos para los padres, las madres y los encargados de

Gráfico 2: Tasa de retorno de la inversión en capital humano



cuidar a los niños, quienes quedan más liberados a fin de participar en la fuerza laboral. También, existen argumentos sociales, que indican que al intervenir al principio de la vida se contribuye a reducir las disparidades sociales y económicas y las desigualdades de género que dividen a la sociedad y se contribuye a la inclusión de quienes tradicionalmente quedan excluidos.

De acuerdo con lo anterior, podemos afirmar que el entregar atención integral y de calidad en la primera infancia, es una oportunidad única para impulsar el desarrollo humano de un país. La educación inicial posee amplios efectos sobre el desempeño futuro del individuo, tanto en su desarrollo social como en el económico. De esta forma, es importante resaltar que, de la misma manera como las sociedades con buenos niveles de educación generan crecimiento económico, los programas para el desarrollo de la primera infancia, son el primer paso para reducir las brechas que existen actualmente en la distribución de los ingresos y por ende en la reducción de la pobreza, además, son inversiones que no presentan el dilema de escoger entre equidad y eficiencia, y entre justicia y productividad económica, ya que la prestación de servicios a la primera infancia es benéfica en todos los sentidos.

La Trampa de la Pobreza

La doctora Mary Eming Young⁵ señala que la pobreza es como un "mal gen". Los niños que nacen en la pobreza están condenados a vivir en ella por siempre, debido a que no son estimulados ni nutridos adecuadamente lo que los afecta negativamente por el resto de su vida; obviamente existen excepciones, pero los estudios evidencian que esa intervención temprana marca la diferencia y genera mayores posibilidades de tener adultos en condiciones diferentes. Los elementos para que se pueda salir de esa trampa consisten básicamente en adoptar

los ácidos grasos esenciales, que proporciona la leche materna. Se trata de un proceso natural, que ocurre de manera muy rápida y casi en su totalidad durante la primera infancia. Es un período privilegiado, en el cual el cerebro es más receptivo para fijar experiencias, y que debe ser aprovechado al máximo.

⁵YOUNG Mary Eming, Aprendizaje temprano, En: Primera infancia y desarrollo: El desafío de la década, Bogotá, ICBF y Alcaldía Mayor de Bogotá, 2000,

políticas públicas integrales de intervención en educación, alimentación y estimulación, por parte de los gobiernos y darle seguimiento de las mismas a futuro. La pobreza puede ser hereditaria, pero no las oportunidades de cambiarla si se actúa tempranamente.

Los programas derivados de la adopción de tales políticas deben empezar desde la gestación, para asegurar entre otras cosas, un peso adecuado al nacer, que se estima por encima de los 2.5 kg., ya que según los estudios, esta variable está asociada en relación directa con el coeficiente intelectual⁶, de la misma manera que los indicadores antropométricos mejoran con la edad de la madre, lo que sugiere, la necesidad de medidas efectivas de prevención de embarazos tempranos.

Así mismo, la educación de la madre, además parece incidir en el peso al nacer, pues al parecer cada año de educación está asociado con seis gramos de mayor peso al nacer, lo cual se explica a partir de los mejores hábitos de salud de las madres educadas y por la calidad de su dieta. Adicionalmente, Mensh, Lentzner y Preston (1985) encuentran que el nivel educacional de la mujer está asociado mucho más fuertemente con la mortalidad infantil, que otros muchos indicadores y concluyen que esta variable influye en la mortalidad infantil incluso más que el ingreso per cápita del hogar.

1.3.3. Factores críticos de éxito en políticas públicas dirigidas a primera infancia.

En atención a la relevancia, previamente destacada, de realizar inversiones para implementar políticas públicas a favor de la primera infancia, vamos a señalar una serie de elementos claves que destaca Bedregal (2006), los cuales surgen del análisis crítico de la investigación científica, y cuyo propósito es el de aportar las bases que se deberían considerar para el diseño de políticas públicas más efectivas, en el área del desarrollo infantil, como son:

- ♦ *Integralidad como un principio básico de la definición de la política.* El abordaje simultáneo de los distintos ámbitos del desarrollo del niño tiene un mayor resultado que intervenciones parciales o aisladas, en tanto que la combinación de metodologías de trabajo de distinta índole (atención, visita domiciliaria y entrega de materiales, entre otros) refuerza tales efectos.
- ♦ *Reconocimiento de la familia como elemento clave en el desarrollo infantil,* por lo que se hace indispensable el trabajar con y desde su realidad. Los estilos de crianza y la percepción de autoeficacia y autosuficiencia paterna son mediadores de los resultados que se obtienen.
- ♦ *Entornos comunitarios seguros, amigables a los niños,* con disposición de servicios de apoyo para ellos (plazas y espacios de recreación, bibliotecas y ludotecas comunitarias, bibliomóviles y centros con actividades) no deciden, pero facilitan los avances en el progreso infantil y abren espacios de sociabilidad e intercambio para las madres.
- ♦ *Valoración de los efectos de las intervenciones y sus requerimientos,* dado que estos varían según la edad de los niños. El corte más importante está en los 2 años aproximadamente (niños mayores y menores a esa edad). Por tanto, se necesita que el diseño de la política distinga entre estos segmentos. En los niños menores de 2 años, lo central es lograr y fortalecer el apego y vínculo entre padres e hijos. En los niños mayores, este lazo también es central, pero a él se suma la interacción con pares y otros adultos, además del aprendizaje de habilidades sociales, elementos que se desarrollan con más facilidad en instancias de cuidado o educación fuera del hogar.
- ♦ *Calidad de las intervenciones y prestaciones ofrecidas.* En ausencia de ella, esta puede tener efectos perjudiciales sobre los niños. Es importante garantizar la calidad tanto en el nivel de

⁶ GAVIRIA Alejandro y PALAU Maria del Mar (2006). Nutrición y salud infantil en Colombia: Determinantes y alternativas de política. Universidad de los Andes. Bogotá – Colombia.

la estructura como de los procesos (en forma simultánea). A nivel de la estructura, los elementos claves son la relación de niños por adulto, la calificación de los adultos a cargo de los menores, el ambiente (que sea seguro y estimulante), los contenidos del currículo (deben ser claros) y la supervisión y apoyo técnico (es importante que sea periódico). A nivel de los procesos, en tanto, la interacción adulto-niño y la continuidad del personal encargado de la atención son factores esenciales para el éxito de la política en este ámbito.

- ♦ *Continuidad del efecto de las intervenciones en el tiempo.* Intervenciones a temprana edad se pueden anular o perder su efecto si el niño, en caso de necesidad, no es derivado en forma oportuna a otras instancias de apoyo a medida que crece. Asegurar esta continuidad depende de conductas de la familia y el funcionamiento del sistema de salud y el sistema preescolar y escolar, así como de la disponibilidad de servicios complementarios para situaciones específicas de la familia y el niño.

Además, el resultado de intervenciones de calidad es mayor y de más costo-efectividad en niños / padres de nivel socioeconómico bajo que en niveles más altos. No obstante esta evidencia, en niños de alto riesgo social las intervenciones deben ser más intensas y prolongadas, a la vez de abordar las problemáticas estructurales que a veces enfrentan estos hogares (violencia doméstica, consumo de drogas, abandono y maltrato, entre otros).

Ahora bien, conceptualmente encontramos que existen una serie de factores críticos de éxito o atributos que de acuerdo con Machinea (2004), han de ser considerados al momento de implementar una política pública de orden social, dentro de las cuales contemplan: vigencia temporal de largo plazo, eficiencia-transparencia, articulación institucional, participación ciudadana, la dimensión territorial y monitoreo y evaluación. Este último factor no lo incluye Machinea, pero que es un complemento a los atributos propuestos y que es destacado por Torreado y Anzelin (2005).

Antes de entrar a detallar cada uno de estos atributos de políticas sociales, es importante resaltar que estos deben adecuarse a las realidades socioculturales de cada región y del grupo objetivo hacia el cual están dirigidas, por lo tanto, para el caso particular de políticas a favor de la primera infancia, vamos a interpretar y a asociar la caracterización presentada por Machinea, frente al sistema objeto de estudio.

Por lo tanto, tal y como lo expresa el autor antes citado, la intervención sobre lo social, especialmente cuando se atiende a factores de tipo estructural y no coyuntural, requiere **sostenibilidad** para consolidarse y rendir los resultados esperados. El problema en este punto radica en que la "razón política", sobre todo la vinculada con la competencia electoral, reclama resultados rápidos y visibles que muchas veces la política social no puede dar (como es el caso las políticas a favor de primera infancia, cuyos resultados se hacen visibles en el largo plazo). Entonces, la única manera de mantener políticas sociales de impacto diferido (pero estructural o exhaustivo) es no someterlas a esa razón política. Por el contrario, tienen que ser políticas de Estado, tal como en este momento se pretende hacer, con el proyecto de Ley presentado por la presidenta de la República, Michelle Bachelet, mediante el cual se espera institucionalizar⁷ el ChCC para garantizar el impacto a futuro y la continuidad de las prestaciones.

El segundo atributo, al que se hace referencia Machinea es que las instituciones deberían atender el requisito de gestión eficaz, dado que el modelo gerencial para la gestión de programas sociales de carácter focalizado, debe adecuarse para llegar a las poblaciones más

⁷ Convertir una cosa en institucional o darle carácter legal o de institución.

vulnerables ya que, de lo contrario, el impacto obtenido no compensará o no será acorde con las expectativas planteadas al inicio del programa.

Para lograr este objetivo, se requieren dos ingredientes. Primero, el desarrollo de **capacidad técnica** permanente en los organismos responsables de la implementación, procurando la continuidad de los actores clave, como los encargados comunales. Segundo, es preciso instituir la **transparencia de la información**, tanto para el diseño de los programas como para la evaluación de los resultados y, muy especialmente, para que los sectores a los que se pretende llegar con el programa tengan conocimiento de los medios con que cuentan para mejorar su situación. Esta es la mejor manera de terminar con la corrupción y el clientelismo político.

Un tercer atributo, es la capacidad para articular instituciones de la política social que también podríamos denominar como capacidad para **trabajar en red**. Esta necesidad surge de las características multidimensionales de los temas sociales. En el caso de las políticas a favor de la primera infancia, se trata precisamente de la necesidad de ofrecer una serie de prestaciones que garanticen el desarrollo integral de niños y niñas. El concepto es claro, aunque su aplicación es difícil, pero en la medida que existen actores múltiples, que la intervención tiende a ser cada vez más comprensiva y que los programas específicos tienen propósitos relacionados, resulta clave la articulación para el trabajo en red. A ella se asocian beneficios netos, ya que se evita la duplicidad de tareas y se reducen costos.

No obstante, la necesidad de coordinación es real y ha alentado diversas soluciones: gabinetes sociales, donde se articulan diversos Ministerios y autoridades sectoriales; consejos de políticas sociales (por ejemplo el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, creado en Chile), o también la conformación de una autoridad social (en el caso de Colombia, es el Ministerio de la Protección Social). Se suele sostener que dicha autoridad social contribuiría a mejorar la coherencia intertemporal e intersectorial. La pregunta es si quienes integran ese gabinete social cuentan con la capacidad técnica acorde con las necesidades del programa o política a implementar y cuál debería ser su verdadero poder. Al respecto, cabe mencionar que, más allá de que las modalidades específicas de esta coordinación dependen de las características políticas de funcionamiento de los gabinetes de cada país, debería haber una secretaría técnica que informe, proponga y a su vez incorpore directivas del gabinete social. De esa manera la asignación del presupuesto para los temas sociales estará mejor coordinada.

El cuarto atributo es el **empoderamiento** de los beneficiarios y en general de la sociedad, o simplemente "voz" para usar el conocido término de Hirschman. Es fundamental fortalecer y estimular la participación de la población en la asignación de recursos y en la definición de prioridades y programas. Una capacidad importante que debe desarrollarse en Latinoamérica, con el fin de potenciar la participación ciudadana, es acercar el trabajo del gobierno a la sociedad civil y a las organizaciones no gubernamentales, armando redes de colaboración que incorporen a los diferentes actores sociales y aprovechen los voluntariados. Este es un camino que puede contribuir a vigorizar la democracia con un contenido real y no supone el debilitamiento de los mecanismos de representación tradicionales. Al contrario, debería reforzar su vigencia. Frente a la mala gestión, la corrupción o el abuso, es necesario incentivar la participación, tanto en el nivel local como nacional. Además, la participación de la sociedad civil puede ser decisiva para ayudar a mantener la continuidad de ciertas políticas sociales ante el cambio de los gobiernos, más aún cuando se trata de políticas a favor de la primera infancia, cuyos rendimientos o impactos solo se pueden contabilizar en el largo plazo.

El quinto atributo es que las instituciones deben concebirse tomando en cuenta las dimensiones de población y territorio. El enfoque de población implica el análisis sistemático de los condicionantes demográficos para la prestación del conjunto de servicios ofrecidos en el ámbito de áreas geográficas pequeñas, para optimizar la oferta y localización de los servicios en términos del provecho que una población con determinadas características demográficas, sociales y económicas puede sacar de ellos y no en términos de la conveniencia operativa de los proveedores.

Este en definitiva es punto primordial, más aún cuando la población objeto de la política son niños y niñas que en ocasiones se encuentran ubicados en comunas rurales con baja densidad demográfica y alta dispersión geográfica, lo que en última instancia, implica dificultades de acceso a las prestaciones ofertadas o entrega de servicios con calidad por debajo del estándar establecido.

En la **dimensión espacial** es donde las políticas públicas, sobre todo aquellas que convergen sobre los procesos de **descentralización**, cumplen un papel central. Esto también ayuda a que la gente se haga oír, al estar cerca de los beneficiarios para que estos puedan exigir y controlar, reconociendo las distintas realidades regionales, contribuyendo, en suma, a profundizar los mecanismos democráticos de participación. Sin embargo, los eventuales problemas que pueden surgir no son despreciables y pueden comprender cuestiones tales como el aumento del clientelismo político, la pérdida de eficiencia por la escasez de personal calificado, el aumento de la inequidad en ausencia de mecanismos de compensación, entre otros. Por lo tanto, es necesario avanzar hacia la descentralización, pero prestando la debida atención a la velocidad y la secuencia. La descentralización debe ser gradual, ya que hay que capacitar, compensar, regular, generar incentivos para un buen comportamiento y evaluar, para lo que la información es esencial. En particular, antes de descentralizar es esencial conocer la capacidad institucional del gobierno que va a recibir la nueva función. La descentralización, en suma, debe responder a la lógica de las políticas sociales, evitando que la racionalidad del proceso se desnaturalice frente a las urgencias fiscales y de ajuste macroeconómico (Machinea, 2004).

Finalmente el tema del **Monitoreo y evaluación**, sobre el cual Torrado y Anzelin (2006) señalan como prácticamente inexistentes a nivel local, aunque debemos agregar que es extensible al nivel central, punto que destacan Raczynski, Bedregal y otros (2007), lo que dificulta ejercer un control sobre la calidad del desempeño de los servicios y programas.

Desde esta perspectiva, considerando los factores de críticos de éxito antes mencionados, es que este trabajo pretende analizar el sistema Chile Crece Contigo, haciendo especial énfasis en el tema de la coordinación interinstitucional a nivel central y local, como elemento clave en el cumplimiento efectivo de los objetivos de las políticas públicas a favor de la primera infancia.

1.3.4. Trabajo en Red

Existen diversas definiciones para lo que es el concepto de trabajo en red, como la de Ballester (2004), quien lo define como un "trabajo sistemático de cooperación y complementación entre los recursos de un ámbito territorial, evitando duplicidades, competencia entre recursos y descoordinación". O la de Benson (1982), que es citada a menudo en los estudios de redes y que se refiere a las redes de políticas públicas como un "complejo de organizaciones conectadas a las demás a través de dependencias de recursos y distinguidas de las otras por rupturas en las estructuras de dependencia de recursos".

En general, podríamos decir que en términos prácticos la metodología del trabajo en red es una manera efectiva de compartir información, de aprender de la experiencia del otro, de trabajar juntos de manera complementaria y que además le permite a sus miembros evitar el excesivo gasto en recursos, a través del intercambio de experiencias previas, facilitando a las acciones e iniciativas de los miembros un efecto multiplicador.

Ahora, a estas definiciones, relacionadas entre sí, debemos agregar que el trabajo en red además supone una forma de trabajar dentro de las propias organizaciones, en la que se deben destacar principios como los de horizontalidad, sinergia (complementariedad o unión de fuerzas), autonomía, pertenencia participativa (la pertenencia se expresa en la participación activa, en la implicación) y compromiso, entre otras.

En términos totales, podemos decir que el incremento en la demanda por intervenciones profesionales en el área social, es un hecho patente que está obligando a políticos, planificadores, profesionales y técnicos; a replantearse los tipos de gestión y distribución de recursos y, en consecuencia, a buscar soluciones a uno de los problemas que sistemáticamente plantea la intervención social: la adecuación de las políticas a los diferentes territorios que conforman un país y la integralidad de esas políticas. Y es aquí donde el trabajo en red, brinda una solución, que de ser adoptada y adaptada de manera óptima, puede rendir excelentes frutos.

1.4. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Con el propósito de establecer una posible relación entre la forma en que se han ido construyendo los sistemas de protección social en Chile y en Colombia, sus características y entender las motivaciones que dieron origen a este estudio de caso, se presentan a continuación los antecedentes de la protección social en estos países y la justificación del por qué el sistema ChCC puede ser un buen referente para el proceso que actualmente se está adelantando en Colombia en materia de protección a la primera infancia.

1.4.1. Protección social en Colombia: comportamiento y estado actual

Con la aprobación de la Ley 100 en diciembre de 1993, es creado en Colombia el sistema de seguridad social integral⁸, cuyo objetivo es el de "*garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.*" Este sistema se fundamentó en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación⁹.

Su estrategia central se refiere al aseguramiento universal, para acceder a un plan obligatorio de servicios igualitario, con lo cual se pretendía resolver dos de los grandes problemas del sistema anterior: la segmentación (sistemas diferenciales de servicios para los distintos grupos de población) y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, debidas principalmente, a barreras económicas.(Echeverry, 2002)

⁸ El cual, de acuerdo con la misma Ley es: "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad."

⁹ La descripción de cada uno de estos principios, puede ser consultada en el art. 4 de la Ley 100 de 1993.

Sin embargo, los objetivos planteados por este sistema¹⁰ y sus principios no se cumplieron satisfactoriamente, al punto que la población, especialmente la más pobre, gastaba más en salud y los afiliados del régimen subsidiado reciben un plan de beneficios, con 30% menos servicios que los del régimen contributivo¹¹ (Hernández, 2000).

Lo anterior derivó a que en diciembre de 2002, mediante la aprobación de la Ley 789, se estableciera una nueva definición para el SPS así: *"El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo"*.

Junto con esta definición y la reforma que esta implicaba, se conformó el actual Ministerio de la Protección Social, mediante el artículo 5º de la Ley 790 de 2002, como resultado de la fusión del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de la Salud. Este Ministerio por lo tanto, queda encargado del correcto funcionamiento del SPS.

Con esta reforma, queda de manifiesto que Colombia ha puesto el énfasis del gasto público social en la provisión de los servicios sociales y en la seguridad social o aseguramiento de los ciudadanos (gráfico 3), como mecanismos para la erradicación de las causas de la pobreza. Lo cual se evidencia en los tres objetivos básicos¹² de este sistema, que son: generar más empleo, aumentar el aseguramiento de los informales y proteger a quienes no encuentran empleo.

Gráfico 3: Pilares de la protección social en Colombia



Fuente: Cuadernos de protección social del Ministerio de Protección Social.

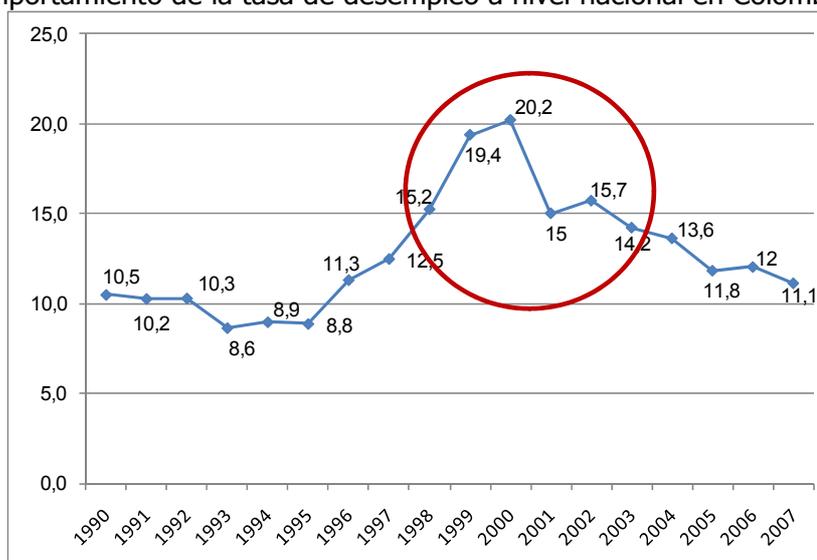
Este énfasis en el mercado laboral, consideramos que es explicable por la grave crisis que afectó al país en la década de los noventa, donde hacia finales de la misma y principios del 2000 se observaron altos índices de desempleo, tal como se puede apreciar a continuación:

¹⁰ Art. 6 de la Ley 100 de 1993

¹¹ La definición y funcionamiento de los regímenes contributivo y subsidiado, pueden ser consultados en el libro II de la Ley 100 de 1993.

¹² Identificados como tales por el MPS en presentación de 2005.

Gráfico 4: Comportamiento de la tasa de desempleo a nivel nacional en Colombia (1990-2007)



Fuente: elaboración propia. Datos DANE. ECH.

Avances en Primera Infancia

Recientemente fue aprobada la política pública nacional de primera infancia: "Colombia por la primera infancia" (CONPES 109, 2007), en la que el gobierno establece como líneas estratégicas: ofrecer apoyo integral a la primera infancia, mejorar la supervivencia y la salud de los niños y las niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en período de lactancia, mejorar los procesos de identificación en la primera infancia, promover el desarrollo integral de la primera infancia, garantizar la protección y restitución de derechos, mejorar la calidad de la atención integral, fomentar la participación, realizar seguimiento y evaluación, promover al comunicación y la movilización de la primera infancia y promover la formación del talento humano y la investigación. Además asigna responsabilidades para asegurar la implementación a nivel nacional.

Ahora en relación a la primera infancia, en Colombia existen otras experiencias interesantes de políticas públicas desarrolladas a favor de la protección a la primera infancia, entre las que se destacan el Plan Nacional para la Niñez y la Adolescencia, el Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, entre otras. Estas políticas y programas, en general, han diseñado bajo un esquema participativo, como factor de consenso y efectividad.

Sin embargo, pese a esta metodología de diseño, la mayoría de estas políticas se quedan muchas veces en el papel, pasando a convertirse en tratados de buenas intenciones, evidentemente no es bueno generalizar, porque Colombia también ha sido reconocida por ser innovadora, pero el impacto real de los programas es mínimo, lo que es posible constatar cuando entidades con el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se concentran en presentar en sus informes de gestión¹³, cifras con número de atenciones, sin especificar hechos más concretos que indiquen mejoramiento en las condiciones de vida o del bienestar de los niños y niñas menores de 5 años y sus familias.

¹³ Gonzalez, J. (2008). "Estado comunitario: Desarrollo para todos". Política social, resultados 2008. DNP. Bogotá – Colombia.

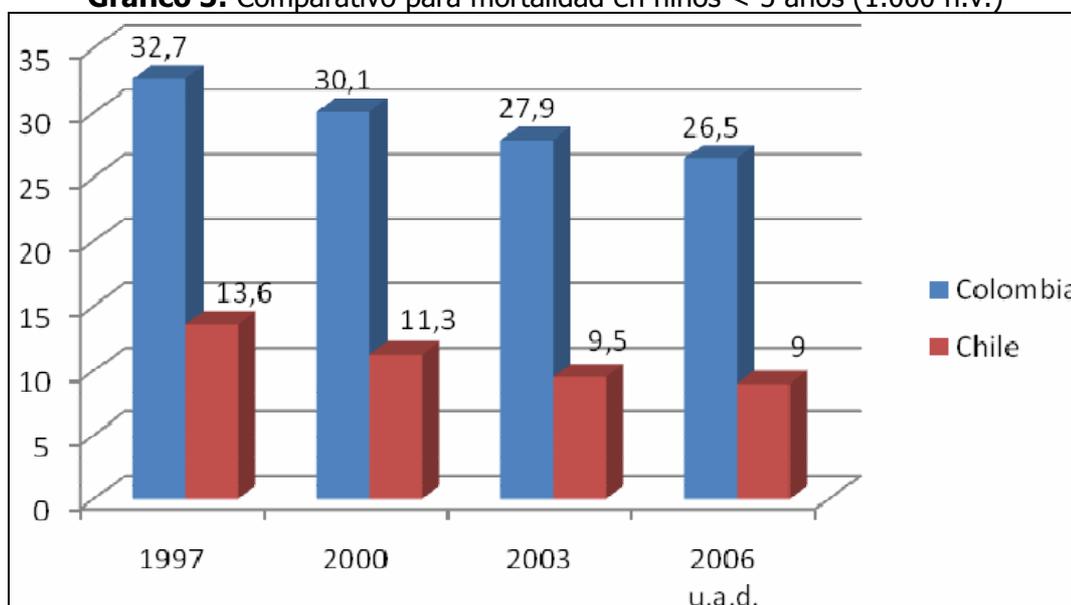
Así mismo, el Ministerio de la Protección Social, es otra entidad que presenta cifras que demuestran ligeros avances en temas como mortalidad materna e infantil, pero son realmente poco significativos, más aún si tenemos en cuenta que en Colombia el seguimiento de las muertes maternas y de niños menores de 5 años, realizado por el Instituto Nacional de Salud, indica que la notificación es irregular e incluso durante los años 90, se detectó un subregistro del 50% (Gallego, 2005) al comparar los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA) con los del DANE, situación que se corrigió con la implementación de un nuevo certificado de defunción por el DANE en 1995, con lo cual aumentó el promedio de muertes maternas registradas anualmente. Lo mismo ocurrió con la implementación del certificado de nacido vivo que mejoró el registro de los nacimientos del país y por ende la calidad de las cifras de mortalidad infantil pero sólo a partir de esa fecha.

Sin embargo, aún es necesario seguir avanzando en el mejoramiento de las cifras de subregistro, considerando que de acuerdo con el informe de la OPS (2008), Colombia en el 2005 continuaba presentando cifras del 20,5%.

Dicha cifra, puede ser explicada en parte por problemas asociados al reporte de cifras, y es que pese a los avances, aún existen dificultades para la medición del número de muertes maternas y de niños menores de 5 años, por la falta de notificación, por ejemplo en poblaciones alejadas, como comunidades indígenas; por ausencia de sistemas eficaces de información y de vigilancia y por el mal diligenciamiento de los certificados de defunción que hace que algunas de estas muertes no se clasifiquen como tales.

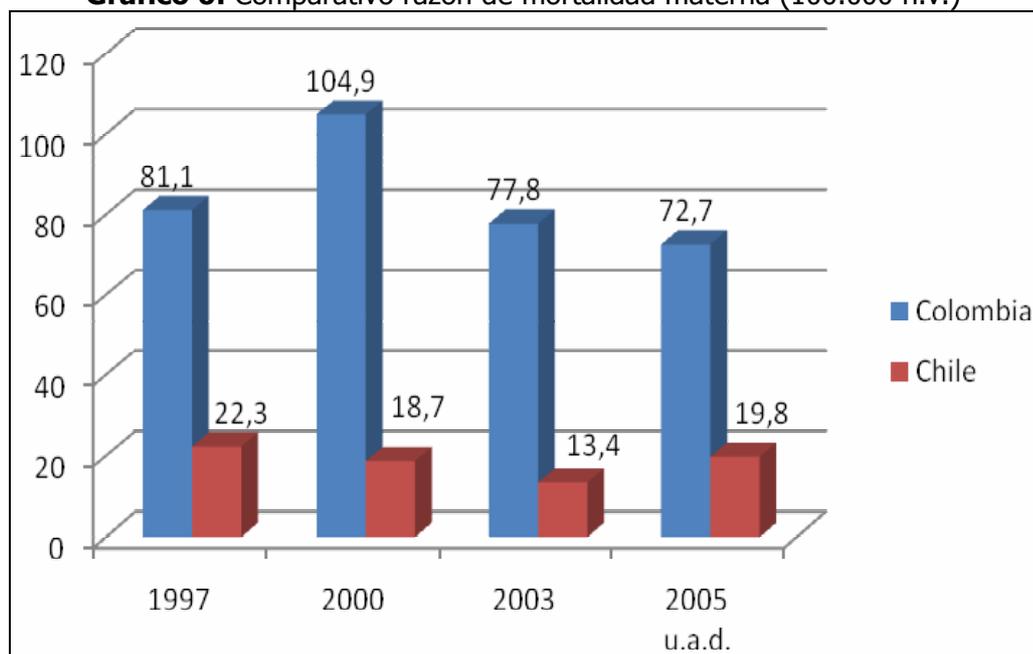
Ahora, al realizar un análisis comparativo de la tasa infantil, la razón de mortalidad materna y algunos datos en relación a la atención de partos, para Colombia y Chile, es evidente que estos temas representan un problema que debe ser atendido urgentemente en Colombia.

Gráfico 5: Comparativo para mortalidad en niños < 5 años (1.000 n.v.)



Fuente: Elaboración propia, datos OPS, 2007.
u.a.d. = última actualización disponible

Gráfico 6: Comparativo razón de mortalidad materna (100.000 n.v.)



Fuente: Elaboración propia, datos OPS, 2007.

Tabla 1: Servicio médico y atención de partos (cifras año 2005)

Concepto	Colombia	Chile
Médicos por cada 10.000 habitantes	12,7	9,3
Enfermeros por cada 10.000 habitantes	6,1	4,3
% Atención prenatal por personal capacitado	93,5	85,9*
% Atención del parto por personal capacitado	96,9	99,6

Fuente: Elaboración propia. Cifras, OPS, 2007.

* Esta cifra solo contempla sector público.

Sin embargo, el punto a destacar no es posible identificarlo en esta tabla, el cual estaría ligado, más que en la atención del parto por parte de personal calificado, en la calidad de estas atenciones, dado que precisamente es en la enorme diferencia que existe en la razón de mortalidad materna (gráfico 6) entre ambos países, lo que motiva a tratar de encontrar lecciones para que en Colombia se logre institucionalizar un sistema de protección social que conlleve a la mejora de los indicadores aquí presentados, a favor de una maternidad e infancia más saludable y con mejores niveles de desarrollo.

1.4.2. Evolución del Sistema de Protección Social en Chile

Ya observamos algunas cifras comparativas entre Chile y Colombia, donde se puede observar una brecha importante, especialmente en el tema de mortalidad materna. Ahora, vamos a realizar una breve revisión de cómo ha ido evolucionando y consolidándose en Chile el actual sistema de protección, que ha dado como resultado el que sea un referente a nivel latinoamericano y que precisamente exhiba mejores índices que los de Colombia.

Chile cuenta con políticas sociales sectoriales de larga data y ya consolidadas, que le han permitido al país presentar indicadores de desarrollo humano favorables, y en general adecuadas condiciones de vida para sus niños y niñas. Se destacan, entre ellas, las políticas de salud y de educación. En estas áreas, el país dispone de una red de vasto alcance territorial que permite que niños y niñas de los más apartados rincones del país puedan acceder a atención de salud y de educación.

En el área de salud, el país cuenta con una red de atención de salud universal, amplia, diversificada y fuertemente extendida territorialmente. Pero a pesar de todo esto, ésta red, presenta debilidades en lo que respecta a la protección y estímulo al desarrollo integral de los niños y niñas. En particular, el fuerte predominio del modelo biomédico de la salud, más centrado en la morbilidad, que hacia la promoción del desarrollo integral, desperdicia oportunidades de apoyar el desarrollo infantil y prevenir daños (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006). Por lo que es precisamente a través del sistema ChCC, que se espera superar estas debilidades.

En relación al área de educación, es preciso distinguir entre el nivel preescolar y el escolar, ambos niveles educacionales presentan diferencias, especialmente en relación a cobertura y calidad, siendo mayor en el nivel escolar, esto se puede deberse a que la educación preescolar no es obligatoria y son las familias las que deciden el tipo de cuidado al que acceden sus hijos e hijas menores de 6 años. No obstante, una parte importante de las prestaciones de este nivel educacional son ofrecidas por instituciones del Estado o con financiamiento estatal, entre las que destacan la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), la Fundación Integra y los establecimientos de educación municipal que ofrecen niveles de prekinder y kinder. Todas estas instituciones tienen coberturas focalizadas principalmente en los quintiles de menores ingresos.

En el caso de los establecimientos particulares subvencionados que imparten prekinder y kinder, por su parte, tienen una matrícula más uniformemente repartida entre niveles socioeconómicos de las familias, y a los establecimientos particulares pagados (incluyendo jardines infantiles) asisten niños y niñas de hogares de mayores ingresos. Lo anterior se complementa con la existencia de diversas modalidades comunitarias, semipresenciales o a distancia para niños y niñas de territorios o localidades con oferta de educación preescolar limitada o inexistente (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006).

Pasando ahora a una visión más global acerca de lo que son las políticas de corte social, en la tabla 2, se presenta una breve síntesis de cómo han ido evolucionando y transformándose las políticas sociales en Chile, donde se distinguen 4 períodos específicos, uno inicial, donde se empiezan a conformar grupos sociales entre las décadas del 20 al 40, quienes propician o impulsan vía presión social, la generación de políticas protectoras orientadas a mejorar las condiciones de vida y trabajo (Schkolnik, 1994), los siguientes períodos corresponden a la situación previa a la dictadura militar, el gobierno militar propiamente tal y período postdictadura.

Tabla 2: Síntesis de la evolución de las políticas sociales en Chile

CONCEPTO	1920-1940	1940 - 1973	1973-1990	1990 -2007
Tipo de política	Pre-universales	Universales solo nominalmente	Asistenciales y subsidiarias	Integradoras

CONCEPTO	1920-1940	1940 - 1973	1973-1990	1990 -2007
Beneficiarios	Trabajadores asalariados y sus familias	Definición ambigua. Satisfacción de necesidades básicas. Segmento materno infantil.	Hogares en extrema pobreza y segmento materno -infantil	Sectores pobres, niños, jóvenes, mujeres, tercera edad, grupos étnicos.
Descentralización	Ausente, administración central y vertical	Ausente, administración central y vertical	Desconcentración de los servicios. Administración municipal	Descentralización política
Política social / política económica	Surgimiento de la política social	Política social "sobre pasa" la económica	Política social subordinada a la económica	Política social integrada y complementaria a la económica
Rol del Estado	Financia, produce, provee	Benefactor	Subsidiario	Integrador

Fuente: Trabajos de M. Schkolnik y D. Raczynski

En este sentido podemos observar cómo la política social se ha convertido en un eje fundamental de la acción del gobierno, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los chilenos, asegurando la igualdad de oportunidades en la satisfacción de las necesidades básicas y la integración social y productiva para todas las personas, cuenta de esto es precisamente el sistema ChCC, cuyo objetivo, en las palabras de la actual presidenta del gobierno chileno, es el de **"...igualar las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas chilenos en sus primeros ocho años de vida, independiente de su origen social, género, o de la conformación de su hogar"** (Michelle Bachelet).

Sistema Intersectorial de Protección Social en Chile

Este es un modelo de gestión con el cual opera actualmente Chile, el cual está constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para promover el acceso a mejores condiciones de vida de la referida población.

Como modelo de gestión, este sistema está compuesto por varios subsistemas, entendiendo el concepto de subsistema como el conjunto de acciones y prestaciones sociales, ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, focalizadas en un mismo grupo de personas o familias o ambas, en situación de vulnerabilidad socioeconómica (Mensaje N° 1162-356, 2008). De manera tal que el sistema de protección integral a la infancia ChCC, hace parte de los subsistemas que componen este sistema intersectorial de protección social.

Con esta síntesis, concluimos la presentación de los sistemas de protección para Chile y Colombia, para adentrarnos a lo que será el marco conceptual del presente estudio de caso y el posterior análisis de la información que obtuvimos en el trabajo de campo.

1.4.3. Justificación

De acuerdo con la información anterior el SPS colombiano, estaría a penas en una etapa intermedia, frente a la que se vivió en Chile entre las décadas de los años 40 a 90, es decir, cuenta con un SPS de políticas universales, entendidas así solo nominalmente, donde el énfasis está en la protección a los trabajadores formales y sus familias, con un ligero avance, considerando que la Ley 789 de 2002, dio la posibilidad a los trabajadores independientes de afiliarse a cajas de compensación y a aseguradoras de riesgos profesionales y la obligatoriedad de cotizar para pensiones¹⁴.

Las políticas de carácter asistencialista y subsidiario, parten a con la creación de Familias en Acción¹⁵ y la Red Juntos¹⁶, dos programas con los que se estaría focalizando la atención a la satisfacción de necesidades básicas, con un mínimo componente dirigido a primera infancia, lo que podría justificar hasta cierto punto los avances que se han dado en relación a la disminución en los porcentajes de población que se encuentra bajo la línea de pobreza y de indigencia, para el período 2001-2004, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 3: Población total y primera infancia bajo la línea de pobreza y de indigencia

Año	Edad	Pobre		Indigente		Total
		Nº Personas	%	Nº Personas	%	Nº personas
2001	< 5 años	3.577.319	83,3	1.783.086	41,5	4.294.133
	Total	29.860.787	72,2	12.114.312	29,3	41.374.865
2002	< 5 años	3.500.794	81,5	1.792.925	41,7	4.295.291
	Total	29.476.005	70	13.285.138	31,6	42.097.539
2003	< 5 años	3.457.867	79,8	1.571.214	36,2	4.335.830
	Total	28.616.438	66,8	11.170.493	26,1	42.817.174
2004	< 5 años	3.345.836	78,6	1.570.157	36,9	4.255.487
	Total	28.766.646	66	11.764.384	27	43.585.043

Fuente: Elaboración propia, datos Encuesta Continua de Hogares – DANE.

Las cifras que se presentan en la tabla 3, a pesar de mostrar avances en las condiciones de vida de los niños y niñas menores de 5 años y de la población que en general sobrevive en situación de pobreza o indigencia, no son alentadoras, pero sí son el sustento o el punto de partida para entender que es urgente el aumentar el gasto público en lo social, es necesario superar el tema de seguridad democrática, bandera del gobierno actual, para empezar a invertir en la infancia temprana; ya que tal como se presentó en el marco conceptual, las mejores inversiones o al menos las que presenta mayores rendimientos en términos sociales, son las que se hacen en primera infancia.

¹⁴ Especialmente en este punto es donde se entiende como nominal el establecimiento de un SPS que pretende dar cobertura universal, donde a los trabajadores independientes, particularmente de aquellos que se dedican al mercado informal, difícilmente se les va a fiscalizar si efectivamente están cotizando a salud o pensión, lo que conlleva al deterioro en la calidad de vida futura de estas personas y por supuesto de sus familias.

¹⁵ Programa de la Presidencia de la República que entrega a las familias una transferencia en efectivo, condicionada a la participación de la familia en los controles nutricionales de crecimiento y desarrollo para los hijos menores de siete años, y a la asistencia escolar de los jóvenes entre siete y diecisiete años de edad.

¹⁶ Política que entro en funcionamiento a partir del 2008 y que se basa en la mecánica de trabajo de Chile Solidario, por supuesto guardando las proporciones, principalmente en relación al sistema de información, el cual, en Colombia, hasta ahora se está adecuando a los nuevos requerimientos y que de acuerdo con el informe de gestión del gobierno para el 2008, “Estado comunitario: Desarrollo para todos” presentado por DNP, ha septiembre presentaba un avance del 40% en la actualización de datos de potenciales beneficiarios del programa.

En esta misma línea y tomando en cuenta los impactos positivos que representan las inversiones en primera infancia en garantizar una mayor equidad para los habitantes de un país, se hace urgente empezar desde ya a trabajar y enfatizar en el desarrollo de políticas de protección integral a la primera infancia. Lo anterior sustentado principalmente en el hecho de que Colombia al igual que Chile presenta altos niveles de desigualdad (Coeficiente de Gini de 0,53 y de 0,522; respectivamente) y en el año 2004, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia el 77,4% de los niños y adolescentes menores de 18 años eran pobres, y representaban el 43,9% de los pobres del país. En Chile la incidencia de la pobreza en la población menor de 18 años corresponde a 20,6% y representan el 43,9% de los pobres en Chile.

El actual gobierno chileno ya ha comenzado, y ha dado claras señales de interés con la implementación del sistema ChCC, al cual ha ido incrementando el presupuesto para garantizar cobertura y calidad de las prestaciones ofrecidas, tal y como se podrá constatar en el siguiente capítulo.

Ahora le corresponde a Colombia, sentar un posición más firme en relación a su interés por invertir en garantizar la protección integral de los niños y niñas colombianas, ya dio el primer paso con la aprobación de la política pública nacional de primera infancia: "Colombia por la primera infancia" (CONPES 109, 2007), pero es necesario continuar y asegurar que la implementación de esta política se ajuste a la realidad del país, de manera tal que logre avanzar en la disminución de las brechas de desigualdad existentes entre sus ciudadanos.

2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA CHCC Y SU FUNCIONAMIENTO

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, cuya finalidad es generar y articular diversos mecanismos de apoyo a niños, niñas y sus familias, que en su conjunto permitan igualar oportunidades de desarrollo. Este sistema es de gestión descentralizada, cuya administración y coordinación, se encuentra inmerso dentro del Sistema de Intersectorial Protección Social chileno, el cual es coordinado por el MIDEPLAN y está siendo adoptado en la mayoría¹⁷ de las comunas del país. Su puesta en marcha e instalación se planteó de manera tal que sea progresiva, por lo que inició en 2007 en una muestra de 159 comunas y se espera que se encuentre funcionando plenamente en el 2010.

2.1. PRESTACIONES

Para el cumplimiento del objetivo de este sistema, se han desarrollado y se mantienen algunas acciones generales destinadas a todos los niños y sus familias, a través del programa educativo masivo, cuyo objetivo es entregar información en dos líneas: la primera línea se trata de información y educación para adultos, principalmente madres y padres, sobre buenas prácticas en el cuidado y estimulación del desarrollo de los niños y niñas, y acerca de sus necesidades de desarrollo en cada una de las etapas del ciclo vital de la primera infancia; la segunda línea consiste en un espacio educativo dirigido especialmente a los niños y niñas, que les ofrezca actividades que favorecen sus habilidades motoras, cognitivas y sociales, de acuerdo a las necesidades propias de su edad.

Dicho programa está constituido por las siguientes iniciativas las cuales se encuentran operando en la actualidad:

- ☺ Página Web www.crececontigo.cl: se considera una prestación del sistema CHCC, cuyo objetivo es entregar información y contenidos educativos acerca de desarrollo infantil temprano. Está dirigida a padres, madres, adultos significativos en relación con niños y niñas, especialistas y a los propios niños y niñas en primera infancia. Quienes pueden acceder y descargar material didáctico y jugar en línea y participar en los foros interactivos entre otros.
- ☺ El Fono Infancia – 800 200 818 – es un servicio de orientación telefónica que ofrece la Fundación INTEGRAL, cuyo objetivo es disponer de un espacio abierto a toda la población, para consultar y recibir orientación especializada en materias relacionadas con el desarrollo y la crianza de niños y niñas en primera infancia.
- ☺ El sistema CHCC también cuenta con un programa radial, de cobertura nacional, cuyo objetivo es generar un espacio de información y educación acerca del desarrollo infantil temprano y apoyo a la crianza de los niños y niñas. Se emite los días sábados de 12:00 a 13:00 hrs. en Radio Cariño y en una red de cerca de 70 radios comunitarias y locales, en la frecuencia y el horario que cada una de ellas define. Además, todos los programas emitidos están disponibles en la página web, de donde pueden ser descargados.
- ☺ Crece Contigo TV es una programación de continuidad diseñada y producida especialmente para las salas de espera de los centros de atención primaria de salud y las maternidades, del sistema de salud pública. Se emite todos los días de atención de público, en el horario que cada centro de salud define.
- ☺ Colección de Cartillas Educativas, dirigidas a la población adulta en general, cuyo objetivo es entregar información y educación en materias relacionadas con el desarrollo infantil temprano, de manera de apoyar a los padres, madres y adultos significativos en la crianza

¹⁷ Se encuentra en proceso de instalación en Isla de Pascua, Juan Fernández y la Antártida, sin embargo, en la Región Metropolitana, no fue adoptado por Vitacura, Providencia y La Pintana.

de niños y niñas en primera infancia. Esta colección se encuentra en fase de elaboración, a esta fecha.

Además de este programa masivo educativo, el sistema ofrece otras acciones dirigidas particularmente a la población de primera infancia que es atendida por el sector público de salud. Para este grupo específico, el sistema aporta apoyos de carácter universal, que consisten en proporcionar atención especializada de salud, independiente de su condición o situación especial y adicionalmente, de acuerdo a sus características particulares, ofrece prestaciones diferenciadas a niños y niñas que presentan mayores vulnerabilidades y/o que pertenecen a hogares del 40% de menores ingresos del país. Para dar mayor claridad respecto a las prestaciones mencionadas se presenta un breve detalle a continuación:

2.1.1. Prestaciones universales

La principal prestación universal, que permite la entrada de niños y niñas al sistema ChCC, corresponde al "Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial", que se implementa bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud – MINSAL - a través de sus Servicios de Salud que se encuentran distribuidos a lo largo del país (28 en total) y sus redes de prestadores de servicios de salud pública, a saber, centros de salud (consultorios), postas rurales, centros de salud familiar y maternidades.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, considera acciones de apoyo de tipo intensivo, para el niño/a y la madre, en las etapas o momentos de la gestación, parto y puerperio, y a partir del nacimiento hasta los 2 años de vida¹⁸.

- ☺ *Reforzamiento del control del embarazo:* Mediante la realización de talleres y actividades de preparación al parto, crianza y cuidado de los niños y niñas en centros de atención primaria, espacios comunitarios y salas de maternidad de hospitales y clínicas; promoción de la participación activa de los padres y la familia en los controles prenatales; y visitas domiciliarias por parte del personal de salud, en los hogares de mujeres embarazadas que presenten algún factor de riesgo, entre otras.
- ☺ *Promoción de la atención personalizada del parto:* Conjunto de actividades dirigidas a garantizarles a las madres gestantes, el acompañamiento por parte de la pareja, familiar o persona afectivamente significativa, durante el trabajo de parto y nacimiento, teniendo derecho a ser respetada en su intimidad, a ser informada del tratamiento que se le brinda, a adoptar la postura física que le sea más cómoda, y a expresarse libremente respecto a lo que necesita.
- ☺ *Reforzamiento del control de salud del niño o niña:* Con énfasis en los dos primeros años de vida, se entrega material educativo a la familia con información sobre los cuidados de salud y de estimulación, necesarios para el desarrollo infantil temprano; programación de talleres y actividades grupales que apoyen a los padres y madres en su tarea de crianza; detección de factores de riesgo y rezagos en el proceso de desarrollo y atención oportuna de los mismos, a través de la implementación de un fondo especial para acciones de apoyo al desarrollo de los niños y niñas; visitas domiciliarias del personal de salud a los hogares de los niños y niñas que presenten factores de riesgo.

¹⁸ La responsabilidad formal sobre el control y vigilancia del estado de salud, del Sistema de salud pública, va más allá de los 2 años. Para efectos de la aplicación del programa señalado, se acotó hasta los dos años, sin perjuicio de la continuidad de los controles de salud hasta la edad fijada en las normas del MINSAL.

- ☺ *Atención integral al niño o niña hospitalizado que enfatiza los cuidados para el desarrollo.* Dicha atención considera una evaluación integral del niño o niña y su familia; un plan de cuidados acorde a sus necesidades de desarrollo integral; el facilitar e incentivar la presencia de ambos padres y/o de un familiar cercano mientras permanezca hospitalizado/a; la entrega de apoyo emocional y cognitivo; así como asegurar el desarrollo de actividades de juego y educación de los niños y niñas según los requerimientos de su edad.

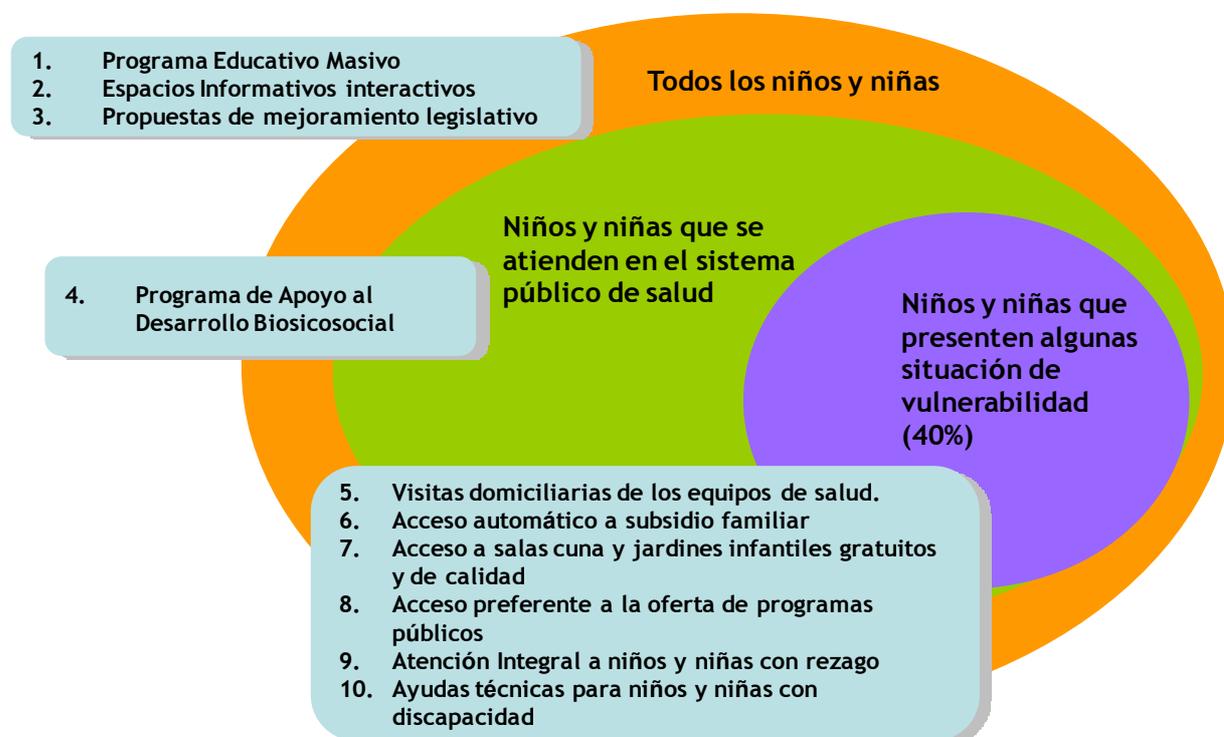
2.1.2. Prestaciones diferenciadas

Para los niños o niñas que presentan una situación de vulnerabilidad, ya sea porque forman parte del 40% de los hogares con menores recursos del país o porque ellos mismos o los adultos responsables de su cuidado y crianza están afectados por una situación de especial riesgo, el Sistema ChCC les ofrece medidas adicionales de protección social.

- ☺ *Subsidio Único Familiar (SUF):* Garantizado a todas las embarazadas desde el 5to mes de gestación y a los niños y niñas desde su nacimiento y hasta los 18 años, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos por la ley para acceder a este beneficio (padre y/o madre sin previsión y formar parte de un hogar perteneciente al 40% de menores recursos del país, requisito certificado a través de la aplicación de la ficha de protección social).
- ☺ *Disponibilidad de sala cuna gratuita:* O modalidades equivalentes para todos los niños y niñas cuyos adultos responsables trabajan, estudian o buscan trabajo y forman parte de los hogares del 40% de menores recursos y para aquellos que no perteneciendo a este segmento socioeconómico presenten necesidades especiales de atención o situaciones de vulnerabilidad especial (por ejemplo, casos en que los adultos responsables presentan una alteración psiquiátrica o necesidades especiales del propio niño o niña).
- ☺ *Jardín infantil gratuito:* En jornada completa o extendida (adecuada a los requerimientos de las jornadas laborales de las madres o padres) para los niños y niñas cuyos adultos responsables trabajan, estudian o buscan trabajo. Asimismo, se garantizará cobertura de modalidades de jardín infantil gratuito de jornada parcial para los hijos e hijas de madres que no trabajan fuera del hogar.
- ☺ *Educación parvularia no convencional y de calidad acreditada:* Para ello se dispone de un mecanismo de acreditación y certificación de la calidad de todas las modalidades de educación parvularia y que se adecuen a las diversas realidades de los niños y niñas, el cual además fiscaliza el cumplimiento de los estándares de calidad definidos para todos los prestadores, sean éstos públicos o privados.
- ☺ *Acceso preferente a oferta de servicios públicos:* para las familias que lo requieran, de acuerdo a sus necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos e hijas, tales como: incorporación al sistema de protección social Chile Solidario, nivelación de estudios, apoyo a la inserción laboral de pendiente o independiente, mejoramiento de las viviendas y las condiciones de habitabilidad, atención de salud mental, apoyo a la dinámica familiar, asistencia judicial, prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil, entre otras.
- ☺ *Ayudas técnicas:* tanto para los propios niños y niñas con necesidades especiales (discapacidad), como implementos que las familias y/o los centros de atención infantil requieran para adecuar los espacios cotidianos de los/as niños/as a sus necesidades de apoyo. FONADIS ha implementado un programa especial para estos efectos.

Todo lo anterior, se resume en el siguiente gráfico:

Gráfico 7: Servicios y prestaciones que ofrece el sistema ChCC



Fuente: Presentación realizada por Verónica Silva, Secretaria Ejecutiva del Sistema de Protección Social

2.2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACTORES DE POLÍTICA Y RESPONSABILIDADES

Chile Crece Contigo es un sistema que se encuentra bajo la responsabilidad directa del Gobierno de Chile, sin embargo es coordinado a través de un Comité de Ministros de infancia¹⁹, cuya función es la de velar por el apropiado diseño, instalación y ejecución de este sistema. Adicionalmente y como instancia de apoyo al Comité de Ministros se constituyó un Comité Técnico con representación de los equipos técnicos y jurídicos de los Ministerios y de sus servicios asociados. La secretaria técnica del Comité de Ministros, así como del Comité Técnico, se encuentra bajo la responsabilidad del MIDEPLAN.

Sin embargo, los Ministerios que integran estos comités, deben cumplir con otras funciones propias de cada entidad, para garantizar el correcto funcionamiento del Chile Crece Contigo, así:

Ministerio de Planificación (MIDEPLAN): es responsable del proceso de diseño e implementación del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia. Asimismo, del seguimiento de la gestión e impacto del conjunto de prestaciones que conforman el sistema y de la coordinación de la oferta pública destinada a los niños/as y sus familias participantes de Chile Crece Contigo. Para lo anterior, contará a nivel de las Secretarías Regionales de MIDEPLAN (SERPLAC) con un equipo de apoyo a la gestión de la Red Comunal.

¹⁹ Este comité es coordinado por el Ministerio de Planificación y está conformado por los Ministerios de Salud, de Educación, del Trabajo, de Justicia, de Vivienda y Urbanismo, de Hacienda, de la Secretaría General de la Presidencia y por el Servicio Nacional de la Mujer.

Ministerio de Salud (MINSAL): Es la puerta de entrada al Sistema *Chile Crece Contigo* a través de su extensa red de Salud Pública, mediante los controles que efectúan durante el embarazo. Tiene la responsabilidad de apoyar el desarrollo biopsicosocial del niño o niña, mediante el reforzamiento del control prenatal, la promoción del parto humanizado y el control del niño sano.

Ministerio de Educación (MINEDUC): Es la instancia encargada de velar por la calidad de la educación en el sistema preescolar (sala cunas y jardines infantiles), así como coordinar las políticas educativas destinadas a la educación preescolar.

Ministerio del Trabajo (MINTRAB): impulsa el perfeccionamiento de las políticas que inciden en la protección laboral de la paternidad y maternidad a través de reformas legislativas.

Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM): promociona el paquete de propuestas legislativas del *Chile Crece Contigo* enviado al Congreso Nacional, especialmente en lo referente a la protección de la maternidad.

Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) en conjunto con la Fundación Integra: Son los encargados de garantizar el acceso a sala cunas y jardines infantiles de calidad, a los niños y niñas pertenecientes a los hogares del 40% de menores ingresos o que presentan alguna vulnerabilidad.

Fondo Nacional para la Discapacidad (FONADIS): Encargado de entregar ayudas técnicas para aquellos niños y niñas que presenten alguna discapacidad y que pertenezcan al del 40% de los hogares con menores ingresos.

Municipalidades: Articulan la red local a favor de la primera infancia, asegurando la asignación efectiva de los beneficios a los que tienen derechos los niños y niñas y presentando proyectos a los Fondos Chile Crece Contigo, dirigidos a mejorar las condiciones de desarrollo de los niños y niñas dentro de su territorio. Además, las Municipalidades deben gestionar la entrega del Subsidio Familiar (SUF) a las mujeres desde el 5to. mes de gestación, con traspaso automático desde el nacimiento del niño o niña y hasta que el o ella cumplan los 18 años.

Sector público en general: Tiene la responsabilidad de coordinarse y organizarse en función de las necesidades de desarrollo de los niños/as, lo que implica dar acceso preferencial a sus familias a prestaciones tales como nivelación de estudios, mejoramiento de viviendas, asistencia jurídica y prevención de violencia intrafamiliar, prevención y atención del consumo de drogas, protección especial en caso de vulneración de derechos de niños y niñas, entre otros

2.2.1. Conformación y funciones de las redes comunales

Para coordinar y articular el conjunto de acciones que las diversas reparticiones públicas realizan para el funcionamiento del sistema, se requiere de la conformación a nivel local de las Redes Comunales ChCC, lo que facilita además la instalación de una modalidad de gestión descentralizada. Por lo tanto, el objetivo principal de estas redes es el de sostener el sistema a nivel comunal, articulando la entrega del conjunto de servicios y beneficios contemplados, de manera oportuna y pertinente, según las particularidades de niños y niñas que habitan en las comunas.

Para lograr ese objetivo, el nivel central ha generado redes a nivel regional, de tal manera que en las comunas cuenten con apoyo y asistencia técnica para diseñar, ejecutar y evaluar sus

planes de trabajo, los cuales deben estar orientados a la consolidación de éstas redes comunales, como responsables de la implementación del ChCC a nivel local.

Al interior de estas Redes Comunales, esta la que se denomina Red Básica, la cual realiza el acompañamiento longitudinal de todos los niños y niñas ingresadas al Sistema ChCC y que se caracteriza por la centralidad de sus funciones, la que se define por el grado de correspondencia entre las entidades y el tipo de prestaciones establecidas en el Sistema. Esta Red puede estar integrada por representantes de:

- ♦ La red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal, como son: los Directores/as de los Centros de Salud (consultorios), Encargados/as de Postas Rurales o Directores/as de Centros Familiares (CEFAM).
- ♦ El área de Educación Parvularia, tales como: Directores/as de Jardines Infantiles y Salas Cuna, pertenecientes a la JUNJI y a la Fundación INTEGRAL, principalmente.
- ♦ Diversas Unidades Municipales responsables de servicios, beneficios o programas, de apoyo al desarrollo infantil y familiar, como son: Director/a de DIDECO, Encargado/a Municipal de Infancia, Encargado/a Municipal de la Unidad de Subsidios Sociales, Encargado/a del Departamento o Unidad de Asistencia Social, Jefe/a de la Unidad de Intervención Familiar del Programa Puente, Director/a de Salud Municipal o Encargado/a Municipal del Área de Educación Parvularia.

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

- ♦ Encargado/a de Oficina de Protección de Derechos
- ♦ Encargado/a de la Oficina Municipales de Información laboral (OMIL)
- ♦ Encargado/a Municipal de la Ficha de Protección Social.
- ♦ Encargado/a del Departamento Municipal de Vivienda.
- ♦ Encargado/a de Programas Municipales de Habitabilidad.
- ♦ Encargado/a del Programa de Apoyo a la Discapacidad.
- ♦ Jefe/a del Departamento Municipal de Organizaciones Comunitaria.

Cabe aclarar que las entidades de la Red Ampliada, son las que recomienda MIDEPLAN, sin embargo, es atribución de la propia Red Comunal, determinar y convocar la incorporación de estas u otras entidades necesarias para garantizar el funcionamiento del sistema, teniendo en cuenta las características particulares de la población objetivo que se encuentra en la comuna.

En síntesis y de acuerdo con el dossier informativo para encargados comunicacionales de Ministerios, Servicios, Gobiernos Regionales y Municipalidades (Gobierno de Chile, 2007), la implementación y despliegue del sistema a modo de oferta concreta y directa para quienes serán sus principales beneficiarios, requiere como condición preliminar, que en el nivel local las redes comunales ChCC, puedan:

- ♦ Reconocerse como parte de una instancia transversal de coordinación, para la gestión y articulación de las prestaciones indispensables de apoyo a la trayectoria de niños y niñas en el sistema ChCC, bajo una lógica de trabajo en red.
- ♦ Compartir información clave para la gestión, que facilite la generación de circuitos virtuosos que encadenan prestaciones específicas de acuerdo a las características de niños, niñas y sus familias.
- ♦ Fijar y compartir estrategias de operación, distinguiendo su propia contribución al desarrollo de niños y niñas y el aporte complementario y/o suplementario de las otras entidades que conforman la red.

- ♦ Proveer y disponer los servicios que mejor se ajustan a los particularidades del desarrollo de niños y niñas, identificadas mediante la aplicación de medios estandarizados de medición del riesgo biopsicosocial y considerando información social adicional proveniente de la FPS.

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso aclarar que la tarea principal de estas redes comunales, es la de sostener el sistema a nivel comunal, articulando la entrega del conjunto de servicios y beneficios contemplados, de manera oportuna y pertinente, según las particularidades de niños y niñas que conforman la población objetivo de ChCC.

Para cumplir adecuadamente con esta tarea principal, resulta imprescindible que el aporte particular de cada una de las instancias institucionales integradas a la red, se traduzca en disponer de manera garantizada o preferente su propia oferta programática, al servicio del desarrollo de la población infantil atendida por el sistema en cada comuna.

2.3. INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS DEL SISTEMA

El sistema Chile Crece Contigo, cuenta con 2 fondos, para el financiamiento de iniciativas a favor de la primera infancia, los cuales son administrados por MIDEPLAN, además de 2 programas que buscan el fortalecimiento de la institucionalidad municipal, tal como se describe a continuación:

- ✓ *Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil:* permite financiar iniciativas locales dirigidas a la detección y atención de rezagos en el desarrollo de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los cuatro años, para revertir y disminuir el impacto futuro. Los proyectos a desarrollar en esta línea pueden enmarcarse dentro de iniciativas como servicio itinerante (para lugares apartados) de apoyo técnico y profesional a la estimulación oportuna; habilitación de salas de estimulación en sedes comunitarias; programa de atención domiciliaria para niños con necesidades especiales o incapacidad de desplazamiento; programas de formación y capacitación para profesionales y técnicos que atienden niños y niñas con riesgo o rezago y mejoramiento o ampliación de las modalidades de atención existentes en las comunas .
- ✓ *Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia:* para la financiación de proyectos dirigidos a apoyar la diversidad de necesidades del desarrollo infantil, priorizando entre ellas el deporte, la cultura, la infraestructura y equipamiento comunitario dedicado a los niños y niñas, entre otros.
- ✓ *Fondo de Fortalecimiento de la Gestión Municipal:* este fondo contempla un mecanismo de distribución de recursos, destinados esencialmente a facilitar el inicio del funcionamiento y la consolidación de la gestión de las redes comunales.

Para acceder a los recursos que entrega este fondo, cada red comunal, debe diseñar y elaborar un plan de trabajo, el que deberá considerar propuestas de actividades orientadas a fortalecer la conformación, funcionamiento y formación del equipo comunal, considerando la participación de todos los integrantes de la red básica, como mínimo requisito exigible y dependiendo de las características de cada comuna, la consideración adicional de la red ampliada. Asimismo, el plan de trabajo puede incluir acciones de difusión del Sistema ChCC a nivel institucional.

- ✓ *Sistema de Información en Línea:* Para realizar la trazabilidad al desarrollo de niños y niñas, el cual además está adscrito al Sistema Integrado de Información Social (SIIS), que permite registrar las características principales del procesos de desarrollo de cada niño o niña, cubiertos por el sistema de protección integral a la primera infancia, los beneficios a los que han accedido dentro de las distintas instituciones y servicios intervinientes en el proceso.

2.4. ESTADO DE AVANCE DEL SISTEMA CHCC

El sistema ChCC, entró oficialmente en funcionamiento desde mes de enero de 2007, y durante ese proceso de implementación de las prestaciones que lo componen se han logrado avances significativos, lo que ha implicado un aumento sustancial en el presupuesto asignado para el año 2009, el cual se incrementó aproximadamente en un 154% con respecto al presupuesto del 2008.

Tabla 4: Presupuesto MIDEPLAN –CHCC global por año (cifras en pesos de cada año)

Componentes	Año 2007	Año 2008	Año 2009
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	\$1.969.162.000	\$6.116.663.000	\$14.231.107.000
Material Educativo en centros de salud	\$ 70.310.000	\$ 625.200.000	\$ 663.962.000
Fondo de Fortalecimiento Municipal	\$ 103.500.000	\$ 539.235.000	\$ 572.668.000
Fondos de Apoyo al Desarrollo Infantil (2)	\$ 828.000.000	\$1.365.541.000	\$ 1.450.205.000
Programa Educativo Masivo	\$ 20.000.000	\$ 195.940.000	\$ 261.462.000
Diagnóstico vulnerabilidad pre escolar	\$ 0	\$ 52.100.000	\$ 74.330.000
Programa de Apoyo al Recién Nacido	\$ 0	\$ 0	\$ 7.741.980.000
TOTAL INVERSIÓN MIDEPLAN - CHCC	\$2.990.972.000	\$8.894.679.000	\$24.995.714.000
Gastos de administración	\$ 114.028.000	\$ 319.173.000	\$ 392.510.000
TOTAL PRESUPUESTO MIDEPLAN - CHCC	\$3.105.000.000	\$9.213.852.000	\$25.388.224.000
% gasto administración	3.7%	3.5%	1.5%
% variación año a año		197%	176%
TOTAL PRESUPUESTO MIDEPLAN – CHCC (cifras a precios constantes)*	\$ 3.611.115.000	\$ 9.997.029.420	\$ 25.388.224.000
% variación año a año		177%	154%

Fuente: Ministerio de Planeación - MIDEPLAN (2008)

* Este cálculo se realizó tomando el ajuste en la proyección de la inflación para 2008 que fue de 8,5%²⁰.

2.4.1. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

En el año 2007, ingresaron a CHCC a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial un total de **47.683 gestantes** en las comunas correspondientes, registradas en el primer control de gestación. Los **partos atendidos** en el marco de la implementación de CHCC en el año 2007 fueron un total de **40.119²¹** en las comunas cubiertas por el sistema. Los recursos para la atención de esta cobertura en el año 2007, ascendieron a **\$1.969.162.000** (un mil novecientos sesenta y nueve millones, ciento sesenta y dos mil pesos). Durante ese año, el catálogo de prestaciones del programa se concentró en las dimensiones “cuidados prenatales” y “atención personalizada del proceso de nacimiento”.

En el año 2008, hasta el 31 de julio, han ingresado a CHCC un total de **121.251 gestantes** en las comunas integradas al sistema, lo que corresponde al 73% del total de gestantes que se espera atender durante el presente año. Al mes de septiembre de 2008, han sido atendidos **96.146 partos** en las maternidades públicas cubiertas por CHCC. Adicionalmente, se encuentran cubiertos, a esta fecha, un total de **95.219 niños y niñas menores de 1 año de edad y 97.947 niños y niñas entre 1 y 2 años de edad**. Los recursos disponibles para la totalidad del año 2008 para efectos de atender la cobertura anual de estos grupos de

²⁰ Este reajuste fue realizado por el Banco Central en septiembre de 2008.

http://df.cl/portal2/content/df/ediciones/20080912/cont_92656.html

²¹ La diferencia entre partos atendidos y gestantes que ingresaron a su primer control prenatal en el año 2007, corresponde a partos de dichas gestantes ocurridos en el año siguiente.

destinatarios, alcanza a **\$6.116.663.000** (seis mil ciento dieciséis millones seiscientos sesenta y tres mil pesos). Durante el presente año, el catálogo de prestaciones CHCC abarcará todas las dimensiones que se señalaron en la sección anterior.

Para el año 2009, el proyecto de presupuesto contempla recursos para este programa, por un total de **\$14.231.107.000** (catorce mil doscientos treinta y un millones ciento siete mil pesos) para la atención programada²² de:

- ☺ 196.165 gestantes en control prenatal.
- ☺ 164.892 partos en el sistema público de salud.
- ☺ 162.593 niños y niñas menores de un año de edad.
- ☺ 168.449 niños y niñas entre 1 y 2 años de edad.
- ☺ 158.584 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad.

²² La fuente de información de estos datos corresponde al Sistema de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud.

3. ANÁLISIS DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ChCC

A continuación, se presentarán los hallazgos efectuados dentro del análisis practicado a la información primaria y secundaria recopilada durante el trabajo de campo, para lo cual se estima pertinente realizar algunas precisiones en relación a los criterios que se consideraron para seleccionar a los entrevistados, a nivel central y local.

En primer lugar, considerando que la Secretaria Técnica, del Comité de Ministros y del Comité Técnico (organismos coordinadores del sistema), se encuentra en cabeza de MIDEPLAN, el trabajo de campo para la exploración del proceso de diseño e implementación del sistema a nivel central, se focalizó en funcionarios de esta entidad, por lo cual se entrevistó a las siguientes personas:

1. La encargada del Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil de ChCC.
2. El Jefe de la Unidad de Gestión Territorial
3. La Coordinadora Área de Asistencia Técnica en la Unidad de Gestión Territorial
4. Una profesional del área de desarrollo programático y gestión institucional.

Ahora bien, en el nivel local se realizaron 4 entrevistas en comunas, las cuales se seleccionaron de manera tal que permitieran visualizar cómo ha sido el proceso de implementación y cómo se ha adaptado la forma de trabajo del sistema ChCC a las diferentes realidades locales, con el propósito de validar una de las preguntas iniciales del estudio de caso, respecto a la implementación del sistema considerando la heterogeneidad de las comunas. En este sentido, el acercamiento a las comunas se hizo tomando en cuenta criterios de: tiempo de implementación, avances alcanzados, ubicación geográfica y composición socioeconómica.

Adicionalmente, es necesario aclarar que antes de efectuar el contacto inicial con las comunas que cumplieran con los criterios citados, se consultó a un funcionario de MIDEPLAN, quien sugirió varias, dentro de las que se encuentran las dos entrevistas realizadas en la Región Metropolitana; el contacto con Valparaíso y San Fabián de Alico, fue el resultado de la participación en el congreso macroregional del ChCC.

En este sentido, es que para el trabajo de campo desarrollado, se entrevistó a las encargadas comunales de: Quinta Normal, comuna urbana de la Región Metropolitana, que inicio en abril de 2008 la implementación del ChCC; Valparaíso, comuna de la Quinta Región o Región de Valparaíso, con altos índices de pobreza y que fue una de las comunas "piloto" que arrancó en el 2007 y San Fabián de Alico, de la región del Bio-Bio, comuna predominantemente rural²³ con baja densidad de población, alta dispersión territorial, que partió en el 2007 y que según los últimos datos de la Casen presenta un porcentaje de 34,4 de pobreza comunal, muy superior a la media nacional que se encuentra en 13,7%, tal y como se aprecia en la tabla 4. Finalmente en la comuna de Peñalolén, se realizó la gestión para contactar a la encargada del sistema en ésta comuna, debido a que a nivel central y regional, destacan a ésta comuna, como "un modelo a seguir en la región metropolitana". Sin embargo, por encontrarse en campaña por reelección del Alcalde, derivaron a un centro de rehabilitación que entregó información parcial y poco acorde con los parámetros establecidos en la pauta de la entrevista. No obstante, algunos de sus comentarios también han sido recogidos durante el proceso de análisis.

²³ Esta comuna abarca una superficie de 1482 km² y posee una población de 3.646 habitantes, de los cuales el 63% corresponde a población es rural. Tomado de www.sanfabianalico.cl

Entendiendo que el sistema ChCC, fue concebido para generar y articular diversos mecanismos de apoyo a niños y niñas y sus familias, que en su conjunto permitan igualar oportunidades de desarrollo, es que uno de los criterios para entrevistar a los encargados comunales, fue el tener claridad sobre las condiciones socioeconómicas en las cuales se encuentran actualmente los niños menores de 5 años en las comunas entrevistadas, puntualmente en relación al porcentaje niños en situación de pobreza, circunstancia que generalmente está asociada a la falta de oportunidades para un adecuado desarrollo, con el propósito de entender si la manera en que se está implementando el sistema, cumple con su objetivo. Esta situación, es posible revisarla a partir de la siguiente tabla:

Tabla 5: Comparativo situación de pobreza en comunas estudiadas para población total y niños < 5 años

Comuna	Población Total	Niños menores de 5 años	% Niños menores de 5 años	Niños que se atienden en Sistema Público de Salud	Niños menores de 5 años en situación de pobreza	Pobreza comunal	Pobreza regional	Pobreza nacional
Valparaíso	266.659	25.428	9,5%	75,5%	17,9%	15,4%	15,3%	13,7%
San Fabián	3.386	233	6,9%	91,0%	38,2%	34,4%	20,7%	
Peñalolén	238.294	17.451	7,3%	77,8%	12,5%	8,7%	10,6%	
Quinta Normal	93.935	7.500	8,0%	84,1%	21,4%	10,8%	10,6%	

Fuente: Datos tomados de la encuesta Casen 2006

Finalmente y en relación a la manera en que se desarrollo el trabajo de campo, es necesario aclarar que por limitaciones de tiempo y recursos, pero con el propósito de lograr el máximo provecho en la ejecución de esta segunda etapa, se logró participar en calidad de invitados, en el congreso macroregional 2008 del sistema ChCC, organizado por el MINSAL y realizado en la ciudad de Santiago del 5 al 7 de noviembre, el cual conto con la participación principalmente de enfermeras, matronas y médicos encargados del sistema ChCC en los establecimientos del sector salud y algunos encargados municipales. En este congreso, se dio la oportunidad de conocer opiniones, experiencias y la percepción de personas de distintas regiones, tanto de nivel urbano como rural, respecto al año y medio de implementación de este sistema, las cuales también han sido recogidas y consideradas en el análisis que se presenta en este capítulo.

3.1. DISEÑO DEL SISTEMA

El primer análisis que realizaremos gira en torno al diseño del sistema ChCC, uno de los ejes del presente estudio de caso, para lo cual enmarcaremos los resultados a partir de algunos de los factores destacados por Bedregal (2006) y por Machinea (2004), enunciados en el marco conceptual, mismos que serán contrastados en el análisis efectuado para el proceso de implementación, de tal manera que permitan tener una visión general respecto a como se ha ajustado el diseño durante el proceso de instalación del sistema.

Integralidad

Para que el diseño de las políticas públicas a favor de la primera infancia sea efectivo, es fundamental considerar la multidimensionalidad del desarrollo infantil temprano, durante su proceso de formulación. Esto exige contar con intervenciones simultáneas en las diferentes dimensiones que influyen en el desarrollo de los niños y niñas, por lo mismo el diseño deberá incluir mecanismos de coordinación y control específicos destinados a integrar los servicios y prestaciones en función de los requerimientos de los niños.

De lo anterior, da cuenta precisamente el informe presentado por el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia (2006), donde, entre las propuestas que son la base del diseño del sistema ChCC, contempla: el apoyo al desarrollo biopsicosocial para todos los niños menores de 5 años, programas de apoyo a las familias y de estimulación al desarrollo infantil, educación sin procesos de selección y con calidad

Primera lección:

Diseñar una política de protección integral a la primera infancia, exige el considerar la multidimensionalidad del desarrollo infantil temprano, por lo que se deben incluir mecanismos de coordinación y control específicos destinados a integrar servicios y prestaciones en función de los requerimientos de los niños.

acreditada, modalidades especiales de educación para niños del 40% más vulnerable, modificaciones de ley para favorecer el derecho maternal y apoyo biopsicosocial reforzado para niños con necesidades o vulnerabilidad especial. Esta información se presenta con mayor detalle en el [anexo 2](#), sin embargo si se desea hacer mayor énfasis, sugerimos consultar el informe "El futuro de los niños es siempre hoy".

Trabajo en Red

Adicionalmente, el diseño hace énfasis no solo en la integración de las prestaciones ofrecidas a los niños y sus familias, sino que amplía el concepto a la

Segunda lección:

Integrar no solamente las prestaciones ofrecidas a los niños y sus familias, sino alcanzar la integración sectorial de los distintos niveles territoriales que participan en la implementación de este tipo de políticas.

integración sectorial de las entidades representadas en los distintos niveles territoriales, que participan en la implementación de políticas y programas de apoyo a los niños, niñas y a sus familias, mediante la conformación de

las redes, que en el sistema ya constituido se traducen en lo que son: a nivel comunal, la red básica y la red ampliada; a nivel provincial, el gabinete provincial del protección social; y en el nivel regional, el gabinete regional del protección social.

Dentro del concepto de integralidad, también es pertinente incluir la participación de diferentes actores, desde autoridades políticas, expertos y hasta la sociedad civil, para asegurar la pertinencia y adecuación de políticas nacionales a las realidades y necesidades locales.

En relación a este tema, la encargada del Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil de ChCC, destaca el diálogo y la participación activa que se produce entre los diferentes actores, comenzando por la conformación misma del consejo, el cual estuvo integrado por expertos de diferentes áreas y tendencias políticas, quienes además recibieron en audiencia a todas las grandes instituciones que tenían algo que decir, tanto de la Región Metropolitana, como de otras regiones del país. Además, se creó un sitio web, a través del cual se recibieron propuestas o sugerencias tanto de padres como de los mismos niños, de tal manera que pudieran plantear las cosas que eran importantes para ellos, todo lo anterior en un período de tres meses.

Sostenibilidad

Respecto al factor denominado sostenibilidad, este debe ser analizado desde dos perspectivas. La primera es considerando la continuidad de los encargados comunales, lo que va a asegurar una dinámica de las relaciones para la fortalecimiento del trabajo en red, de tal manera que conlleven a obtener resultados tangibles. La segunda perspectiva, está relacionada con la consolidación de las políticas dirigidas a la protección integral a la primera infancia, como requisito para garantizar el cumplimiento de los objetivos comprometidos por las mismas. Para

esto se requiere que sean políticas de Estado, a fin de evitar que se vean afectadas por intereses políticos particulares.

En relación a este último punto, los entrevistados, resaltan lo que ha sido precisamente parte del motor que ha logrado impulsar con mayor fuerza el proceso de instalación en las comunas, pero que parte precisamente desde el diseño. Se trata del compromiso presidencial, es decir, este es un sistema que cuenta con todo el apoyo del actual gobierno, lo cual se ha expresado

“... ChCC nace pensado para primera infancia, porque era relevante, porque era justo el área de mayor desarrollo y que además como Estado estábamos mas ausentes”

desde que se arma el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet y posteriormente se ve materializado cuando conforma el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, quienes en su informe “El

futuro de los niños es siempre hoy”, entregan las propuestas para el diseño de un sistema de protección integral para la primera infancia, las que se materializan con el sistema ChCC.

Calidad de las intervenciones y prestaciones ofrecidas

En relación a la calidad de las intervenciones y las prestaciones ofrecidas, corresponde señalar que los entrevistados del nivel central, coincidieron en destacar el trabajo previo que durante años han venido realizando tanto el MINSAL como el MINEDUC en Chile²⁴, por los resultados que han demostrado, al punto que Chile se destaca a nivel latinoamericano, en cifras de calidad y cobertura en ambos ámbitos.

Se hace especial énfasis en el caso de salud, que cuenta con una red de atención integrada por 2.143 establecimientos a lo largo del país, distribuidos en 196 hospitales, 845 consultorios y 1.102 postas de salud rurales. El control prenatal, por su parte, tiene una cobertura del 90% de la población de embarazadas en el sistema público de salud, mientras el control posterior al parto y del recién nacido alcanza coberturas cercanas al 100% (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006). Lo anterior implica que previo a la instalación del sistema ChCC, existía una población cautiva, que confía en el sistema público de salud chileno.

Así mismo, dentro del informe presentado por el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia (2006), es visible el reconocimiento que se hace al trabajo que las entidades arriba mencionadas han realizado en el país, destacando el hecho de que Chile dispone de una red de vasto alcance territorial que permite que niños y niñas de los más apartados rincones del país puedan acceder a atención de salud y de educación.

Tercera lección:

Contar con bases ya consolidadas, en relación a infraestructura, personal capacitado y experiencias exitosas o al menos efectivas, especialmente en temas que tienen gran impacto en el desarrollo de niñas y niños menores de 5 años, tales como son la salud y la educación.

Capacidad técnica

Durante la etapa de diseño y con el propósito de determinar cuáles serían las comunas piloto con las que se esperaba partir la implementación del sistema ChCC, desde MIDEPLAN se calcularon una serie de indicadores para identificar las comunas más vulnerables. Sin embargo, se dieron cuenta que como el sistema de salud se organiza distinto, si se seleccionaban

²⁴ Un resumen con las prestaciones entregadas por estos dos Ministerios, previas a la instalación del sistema ChCC, puede ser consultado en el [anexo 3](#).

comunas, probablemente la atención en los hospitales iba a ser hasta cierto punto discriminatorio, dependiendo de la comuna de la cual provinieran las embarazadas.

Al encontrarse con este inconveniente, cambiaron de estrategia y finalmente lo que hicieron fue seleccionar maternidades, identificando a todas las comunas que confluían a estas, de manera que el circuito de atención no se rompiera. Donde además esas maternidades, debían cumplir con unos estándares de atención previamente definidos, relacionados con capacidad para atender parto humanizado, de realizar seguimiento y visitas domiciliarias a las embarazadas.

Ahora, otro punto interesante tiene que ver con la percepción sobre la capacidad técnica o de gestión y las competencias de los municipios, en primer lugar el nivel central partió de la hipótesis de que las municipalidades contaban capacidades locales de gestión y administración, que habrían sido desarrolladas con la implementación previa del Chile Solidario, situación que no siempre se cumple, dado que cada comuna representa realidades que son muy heterogéneas entre sí y que de todas formas, aunque son dos subsistemas asociados al Sistema de Protección Social, están dirigidos a poblaciones muy diferentes, por lo que también exigen perfiles y competencias distintas.

Monitoreo y control

En relación al monitoreo y el control que debe existir para evaluar la pertinencia de las

Cuarta lección:

Medir la magnitud del problema para analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

prestaciones que se están entregando, este debe contar con diagnósticos previos que permitan focalizar mejor los recursos disponibles (los que normalmente son escasos) y evaluar los efectos de las

intervenciones entregadas durante la implementación de las políticas dirigidas a primera infancia.

Para el diseño del ChCC, parte de dicho diagnóstico, fue realizado por el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia durante la elaboración de su informe "El futuro de los niños es siempre hoy", sin embargo, se hizo con datos agregados a nivel nacional y considerando que este es un sistema cuyo énfasis está en el nivel local, cabe anotar que no se encontró evidencia de un diagnóstico local más detallado, al menos para las comunas entrevistadas.

A este respecto, se puede decir que el diseño del sistema partió cojo en relación a este factor. No obstante, actualmente existe un sistema desarrollado por MIDEPLAN, que va a permitir tener mejores diagnósticos locales y seguimiento sobre las prestaciones entregadas y el impacto de las mismas. Desafortunadamente, durante la elaboración del presente estudio de caso, aún no entraba en funcionamiento, por lo que tampoco es posible emitir un concepto en relación a su pertinencia o sobre la percepción de su utilidad a nivel local.

3.2. LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación parte de las construcciones que se hacen durante el diseño de las políticas públicas, desde esta perspectiva, el análisis del proceso de implementación que se dio desde que partió el sistema ChCC en junio de 2007, está organizada de acuerdo a los aspectos señalados previamente en el diseño. No obstante, aquí se va a distinguir entre la visión que tienen el nivel central y lo que se ha vivido en el nivel local.

3.2.1. La mirada desde el nivel central

Antes de profundizar en el análisis mismo de la implementación, se ha querido hacer una precisión respecto a lo que se logró percibir en el análisis de lo expresado por los funcionarios de MIDEPLAN y que llamó la atención por considerarlo un factor que puede llegar a influir en como se instaló el sistema en las comunas y en las relaciones entre el nivel central y el local.

Se trata de dos visiones de trabajo muy distintas: la primera, la hemos denominado "realista", que es consciente que el proceso de instalación del sistema en las comunas, es difícil y que aún hace falta mucho por mejorar, es clara en identificar debilidades y fortalezas y destaca el trabajo que se realiza en torno al mejoramiento del sistema; la segunda, a la que llamamos como "optimista" es de alguien que trata de racionalizar las inconsistencias²⁵, esta visión se caracteriza por bajarle el perfil a las dificultades y justificar las deficiencias que se presentan en el funcionamiento del sistema, en problemas generados en el ámbito local.

Desafortunadamente, la segunda visión, le resta un poco la calidad a la información entregada, pero al mismo tiempo evidencia la existencia de comportamientos negativos, que pueden demorar la identificación oportuna de problemas de fondo, de manera tal que no se puedan enfrentar a tiempo situaciones que afecten el cumplimiento de los objetivos del sistema, tanto en el ámbito local como en el central. Además, hay que entender que si algo no funciona a nivel de local es porque alguien en los niveles superiores está fallando, tomando en cuenta que el fundamento del funcionamiento del sistema ChCC, es precisamente la interrelación permanente, activa y productiva de diferentes actores, esto con el propósito de consolidar el trabajo en red, donde la falla de uno, no es una responsabilidad individual, sino del conjunto.

Ahora bien, realizadas las precisiones anteriores, se procederá con el análisis de la información recopilada, en el marco en los factores considerados durante el diseño y otros más puntuales al tema de la implementación y que también fueron identificados en el marco conceptual.

Integralidad

En relación a lo señalado sobre la multidimensionalidad del desarrollo infantil temprano y de como se ve reflejada en el diseño del sistema ChCC, la tabla 6 presenta los avances a septiembre de 2008, que reflejan el cumplimiento parcial de este factor, considerando que las cifras reflejan cobertura, atenciones y escasamente dan una idea general del estado psicológico de las madres en el postparto; más no es posible establecer la calidad y la pertinencia de las prestaciones entregadas a madres e hijos.

Tabla 6: Principales acciones del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial

CONCEPTO	N°	%
Partos atendidos	136.265	n.d.
Partos acompañados	97.566	72%
VDI ²⁶ a prematuros	2.376	n.d.
VDI a recién nacidos	10.521	n.d.
VDI a niños/as con déficit en el	5.216	n.d.

²⁵ Leon Festinger (1957) propuso **la teoría de la disonancia cognitiva**, que nos dice a grandes rasgos, que cuando una circunstancia A resulta inconsistente con el planteamiento B, que la persona ha sostenido con anterioridad, esta persona tenderá a crear un puente que cierre esa brecha de inconsistencia.

²⁶ Visita Domiciliaria Integral (VDI): Es una actividad que realiza uno o más de integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia. Permite establecer una interacción con los niños/as y su entorno tendiente a lograr un mejor conocimiento y apoyo para el enfrentamiento de problemas previamente detectados..

CONCEPTO	N°	%
desarrollo		
VDI a niños/as mal nutridos/as	5.897	n.d.
Aplicación test de Edimburgo – depresión post parto (menores de 2 meses)	50.556	37%
Atenciones por depresión post parto	2.489	2%
Aplicación protocolo neurosensorial	32.063	24%
Aplicación test Massie y Campbell - apego (4 meses)	25.939	19%
Aplicación test Massie y Campbell - apego (12 meses)	16.745	12%
Aplicación pauta breve desarrollo psicomotor (12 a 24 meses)	65.349	48%
Aplicación pauta breve desarrollo psicomotor (4 meses)	81.788	60%
Madres/padres en talleres de desarrollo infantil	193.925	n.d.
Lactancia exclusiva (al mes)	114.599	84%
Lactancia exclusiva (a los 3 meses)	100.291	74%
Lactancia exclusiva (a los 6 meses)	68.405	50%

Fuente: Presentación Verónica Silva – Congreso Macroregional e informe MIDEPLAN (2008)

En la misma línea de la información anterior, en el informe de MIDEPLAN (2008), destacan que el primer año de operación del Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil, permitió el financiamiento de proyectos de modalidades de apoyo al rezago tales como: 28 servicios itinerantes de estimulación temprana, 52 salas de estimulación temprana en recintos comunitarios, 8 servicios de atención domiciliaria de estimulación temprana, 41 programas de formación de competencias en desarrollo infantil temprano, dirigidos a profesionales, técnicos y agentes comunitarios que apoyan niños y niñas con riesgo o rezago en su desarrollo, 38 proyectos de mejoramiento de modalidades de estimulación temprana existentes en las localidades, 7 proyectos de extensión de modalidades de estimulación temprana existentes en las localidades y 77 ludotecas.

Con esta información, se podría suponer que el funcionamiento de las modalidades financiadas por este Fondo, permiten contar con una red territorial de servicios diversos y pertinentes a las realidades locales y que facilitan el hacer efectivas las derivaciones que los centros de salud realizan a los niños y niñas a quienes se les ha detectado algún riesgo o rezago en su proceso de desarrollo, sin embargo, para que esto sea una afirmación, sería necesario contar con información de los resultados de las derivaciones, sin embargo, dentro de los documentos consultados y de acuerdo con los entrevistados, aún no hay una herramienta en funcionamiento que permita obtener una evaluación sobre la integralidad de los servicios entregados por el sistema.

Sostenibilidad

De acuerdo con lo establecido en el diseño, con el informe presentado por el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, se sentaron las bases para la construcción y puesta en marcha del sistema ChCC. Sin embargo, después de aproximadamente un año y medio de funcionamiento, el gobierno chileno, considero pertinente iniciar el proceso de institucionalización del sistema, como parte de la estrategia de consolidación del mismo.

Lo anterior se evidencia con la presentación del proyecto de Ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia ChCC, el cual formalizó el pasado 4 de diciembre de

Quinta lección:

Institucionalizar una política de protección integral de la primera infancia, que demuestra buenos resultados, puede darle la sostenibilidad que requiere para evidenciar impactos positivos en el largo plazo.

2008 la Presidenta de la República. En caso de ser aprobado, todas las comunas del país, por Ley, tendrán que vincularse al sistema, además es un respaldo que va a

garantizar la continuidad de la política aun si se da un cambio en la línea de gobierno. Sin embargo, es necesario aclarar que la aprobación del proyecto de Ley, no va a hacer que el sistema sea acogido y adaptado como se espera, más si va a sentar las bases para que el sistema pueda echar raíces y consolidarse en el nivel local.

Ahora, en la misma línea de demostrar interés del gobierno por lograr la consolidación del ChCC, se ha observado el incremento progresivo del presupuesto asignado al funcionamiento de este sistema, tal y como se pudo apreciar en la [tabla 4](#), lo cual también se ha convertido, en palabras de uno de los funcionarios del nivel central, en "... una herramienta de seducción con los alcaldes", para comprometerlos a impulsar el sistema ChCC dentro de sus comunas.

Trabajo en Red

Retomando una de las preguntas a las que se intenta dar respuesta con este estudio, relacionada a cómo se logra la integración de otros Ministerios e instituciones en pro de la construcción y consolidación del sistema ChCC, se consultó a los funcionarios de MIDEPLAN al respecto.

En este sentido, en el nivel central se destaca el trabajo que han venido realizando desde el 2007, principalmente MIDEPLAN y MINSAL, el primero como coordinador técnico del sistema y el segundo como puerta de entrada y encargado de todo el programa eje del sistema ChCC, donde hacen especial énfasis en la cultura organizacional ultra disciplinada del sistema de salud y sus organismos dependientes, que tiene sus pros y sus contras. Como aspecto positivo, destacan su larga experiencia como prestadores de servicios en las diferentes maternidades del país y la capacidad de respuesta que tienen para la implementación y ejecución de tareas asignadas desde el MINSAL; como aspecto negativo paradójicamente está el hecho de que por ser puerta de entrada y por su larga experiencia, salud se ve como dueño del sistema y en ocasiones cuesta trabajar en red con salud, porque son muy apegados a las normas y se les dificulta flexibilizarse y adaptarse a la necesidades de los usuarios.

"...a veces hay asperezas y todo porque unos se ven amenazados en sus límites"

Existe otro actor en el proceso, que aún se encuentra en un segundo lugar y es el MINEDUC. El trabajo que se está haciendo actualmente, básicamente está dirigido a ampliar y mejorar la oferta de sala cunas y jardines infantiles en el país, considerando que es parte del compromiso del sistema, el asegurar disponibilidad de sala cunas y jardines infantiles gratuitos y de calidad, para todos los niños y niñas menores de 3 años de edad cuyos padres o adulto responsable trabaje, busque trabajo, estudie o presente una situación de especial vulnerabilidad, así como la disponibilidad de modalidades de educación parvularia no convencionales, adecuadas a las diversas realidades donde los niños y niñas crecen y se desarrollan (zonas rurales, trabajos de temporada, trabajos nocturnos, entre otros).

Sin embargo, durante las entrevistas no se hizo mucho énfasis sobre el trabajo que han adelantado con MINEDUC y otras entidades del ramo como JUNJI y la Fundación Integra, por lo que no es posible realizar mayores observaciones sobre la dinámica de la relación entre MIDEPLAN y este otro actor. Adicionalmente la información secundaria consultada, sencillamente evidencia el trabajo que están adelantando de manera independiente las entidades del ramo de educación, entre la que se destaca el diagnóstico de vulnerabilidad educativa aplicado por JUNAEB en el 2008 a cerca de 280.000 niños (MIDEPLAN, 2008). No obstante, lo anterior no permite establecer claramente como ha sido el proceso de coordinación entre estos actores.

El tercer actor, son las municipalidades, más específicamente los Alcaldes, dado que son el

“...la gran apuesta que hay detrás, más allá de las prestaciones que hay, es el sistema de trabajo, donde yo hago confluir a salud, a educación y al municipio, al menos en trabajar a favor de un mismo objetivo y eso a ellos les genera una serie de tensiones, porque en el fondo son todos dueños de la verdad”

primer contacto que hace MIDEPLAN para empezar a funcionar a nivel local, en este punto resaltan que la acogida inicial del sistema por parte de los Alcaldes fue buena, puesto que a ellos se les invito a participar y a que, si estaban interesados, nombraran a alguien de

confianza para que se hiciera cargo de la instalación y de la coordinación del ChCC en sus comunas.

Respecto a los demás actores que forman parte del Comité Técnico del ChCC²⁷, solamente hicieron una mención general, dado que las relaciones con éstos, han sido de carácter complementario, destacando por ejemplo, el fono infancia, como un servicio de contacto telefónico, que ofrece la fundación Integra a través de la página web del ChCC²⁸ y que forma parte de las prestaciones ofrecidas por el Sistema, como mecanismo disponible para que las familias consulten a un equipo de psicólogos y educadores, que les orientan sobre cuidados para sus hijos y sobre actividades que ayuden al desarrollo infantil, entre otros temas relacionados. Este servicio es alimentado con recursos del ChCC.

Empoderamiento de los beneficiarios

Dado que actualmente el sistema aún se encuentra en el proceso de instalación en las comunas, puesto que la primera etapa se ejecuto en el 2007 con 157 comunas, y las restantes iniciaron apenas en el 2008, es posible encontrar funcionarios en el nivel local, específicamente en los consultorios salud, que no conocen el sistema y que en este mismo sentido no entregan información adecuada a la comunidad. Situación que va en detrimento de la calidad y la imagen del sistema que entre sus prestaciones universales contempla la entrega de información a la familia, sobre buenas prácticas en el cuidado y estimulación del desarrollo de los niños. Adicionalmente le quita la posibilidad a los beneficiarios de exigir la entrega de estos y otros beneficios que fueron diseñados para el desarrollo integral de la infancia temprana.

A este respecto, desde el nivel central destacan que entre los beneficiarios que si conocen lo que es el sistema ChCC, en general la percepción es muy buena, porque lo que hizo el ChCC fue mejorar la calidad de lo que ya existía y de esto dan cuenta algunos

“...la gente recepciona muy bien, porque lo siente más bien como un regalo que no merecía”

²⁷ La información respecto a los integrantes de este comité se encuentra en la descripción del sistema.

²⁸ www.crececontigo.cl

testimonios de madres que han tenido a sus hijos con los beneficios que entrega el ChCC, los cuales fueron presentados durante el congreso macroregional organizado por MINSAL en noviembre de 2008.

Otro de los problemas que destacan en el nivel central y de las municipalidades, está relacionado con la posición de algunos médicos que atienden partos y que se niegan a que un tercero, sea el padre o un familiar cercano, acompañe a las mujeres durante la labor de parto, por "una serie de temores de antaño o cuestiones de egos", estos médicos se ciñen a la antigua normatividad, lo cual dificulta en algunas regiones la implementación efectiva del sistema, considerando que una de las principales prácticas ofrecidas dentro del sistema y de las que tienen mayor impactos, es precisamente el parto humanizado y el apego entre madre e hijo al momento del nacimiento.

En relación a situaciones como la descrita, es que se hace necesario educar a las familias para que sean más conscientes de sus derechos y los hagan valer, sin embargo, lo que se puede percibir y lo que confirmaron los entrevistados tanto en el nivel central como en el local, se puede resumir en una frase expresada por uno de los encargados de los funcionarios de MIDEPLAN, que dice: "todavía no hay la sensación de que esto es un derecho, que le permita por lo tanto a quien todavía no lo tiene, poder reclamar que no lo tiene".

Dimensión espacial y descentralización

Al iniciar esta sección se realizó una precisión sobre dos visiones identificadas en el nivel central. Retomando este punto, se destaca que la visión que denominamos como "realista", admite que el primer año de instalación fue lento y que lo más complejo fue la instalación de la forma de trabajo en red, porque no todas las comunas cuentan con personal suficiente o porque no cuentan con las competencias necesarias para lograr una instalación efectiva del mecanismo de trabajo, sin embargo, se destacó la existencia de una red de soporte técnico a nivel regional, conformada por el encargado regional de la SERPLAC y el encargado del servicio de salud, donde también se identificaron falencias, dado que la entrevistada fue consciente de que aún en el nivel regional, esos soportes técnicos en ocasiones tampoco cuentan con la formación y la capacidad técnica suficiente para transmitirla al nivel municipal o para facilitarles el trabajo que deben desarrollar los encargados comunales .

De otra parte, la visión "optimista", asegura que el proceso de instalación del ChCC, se demoró como dos meses, resaltando que este hecho se dio porque en las comunas ya se había instalado previamente el Chile Solidario. A este encargado se le consulto además acerca de su percepción sobre el proceso de instalación en comunas urbanas y rurales, a lo cual respondió que: "... en muy pocos lugares estaba complicado". Sin embargo, al consultar con algunas encargadas de comunas rurales, expresaban cierta frustración por el escaso apoyo que han recibido y la escasez de recursos, considerando las condiciones particulares de sus comunas, tema sobre el cual se hará mayor énfasis cuando analicemos la visión del nivel local.

Aquí surge una reflexión, a partir de las dos posiciones, es decir la del nivel central y la de las comunas. Si bien es cierto que parte del proceso de descentralizar el sistema, es procurar el empoderamiento por parte de los encargados comunales para que puedan

Sexta lección:

Los procesos de instalación requieren de diagnósticos previos sobre las capacidades comunales, con el propósito de nivelar las deficiencias y lograr mejores resultados desde el inicio.

conseguir los máximos resultados con los recursos disponibles, también es cierto que para que

ese proceso se dé dentro de los parámetros establecidos por MIDEPLAN, el Comité Técnico debió realizar un diagnóstico previo de cada comuna, para determinar si contaba con la capacidad idónea para gestionar el proceso, de forma que en los lugares donde esto no ocurriera, se programarán y ejecutarán planes de capacitación y evaluación, acordes a las particularidades de cada comuna, que respondieran a las debilidades detectadas en los diagnósticos.

3.2.2. La implementación vivida en el nivel local

En primer lugar, conviene destacar que a nivel comunal, también es posible hablar de dos tipologías de encargados comunales, se asume que deben existir más, sin embargo por las limitaciones de tiempo y recursos, para contactar un mayor número de comunas, vamos a describir las que fue posible identificar: el primer tipo es el encargado "comprometido", que tiene clara la mecánica del trabajo en red, que está totalmente convencido del tema y que hace contactos que considera pertinentes, aunque no estén explícitamente citados en los manuales y demás información aportada por el nivel central; el segundo de tipo de encargado, podríamos denominarlo "ejecutor", lo cual no quiere decir que no sea una persona comprometida, el inconveniente de este perfil, es que se ciñe solamente a lo que está en los manuales, carece de iniciativa para ir más allá, por lo mismo el sistema aunque está instalado y funciona, no logra adecuarse a los requerimientos comunales.

Ahora, entrando en materia, pasamos al análisis de lo que fue proceso de implementación visto desde el nivel local, es posible afirmar que, por lo menos entre las comunas consultadas, fue un proceso que en definitiva fue lento y que se ha ido acomodando a medida que va avanzado la instalación del sistema.

Sostenibilidad

Dentro del marco conceptual se hizo referencia a la necesidad de sostenibilidad de las políticas social para consolidarse y rendir los resultados esperados, sin embargo, en el marco conceptual, se citó como principal problema en este punto, a la "razón política", sobre todo la vinculada con la competencia electoral, que reclama resultados rápidos y visibles que muchas veces la política social no puede dar, punto sobre al cual uno de los entrevistados del nivel local, hizo referencia, precisamente porque en la época en que se hizo el trabajo de campo, fue muy cercano a las elecciones de alcaldes y concejales en todas la comunas del país.

"...los niños no votan, no son contribuyentes, porque claro, si yo soy autoridad política y soy electo por votos, voy a darle al que me da más votos, pero el niño no vota, por eso es que es un poco difícil llegar a engrupirte a las autoridades con estos grupos que no son relevantes para ellos porque no votan."

La encargada comunal entrevistada, hablaba del tema con cierta impotencia y comentaba como a pesar de que el Alcalde actual manifestó su interés ante MIDEPLAN, por instalar el sistema en la comuna, cuando se le solicitaba mayor apoyo, era evasivo y a cambio pedía mayor dedicación a otras labores diferentes, donde pudiese mostrar más resultados de corto plazo. Sin embargo era optimista respecto a la nueva administración a pesar de que tenía incertidumbre sobre su permanencia en la municipalidad, dado el cambio en línea política del nuevo Alcalde.

Este es un tema delicado de manejar, especialmente porque antepone intereses particulares, en este caso, el salir electo dentro en un cargo público, lo que, considerando que en Chile existe la posibilidad de que los Alcaldes de turno sean reelegidos, implica que ante la cercanía de las elecciones cambien las prioridades hacia la atención de quienes asisten a las urnas a dar sus

votos. Esta situación, es posible minimizarla con la institucionalización de las políticas vía legal, tal y como se pretende hacer en el 2009 con el sistema ChCC.

Capacidad técnica y transparencia de la información

En relación a la transparencia de la información, el sistema ChCC, cuenta actualmente con una base de datos, que se alimenta de la información obtenida a través de la Evaluación biopsicosocial Abreviada EpsA²⁹ ([anexo 4](#)), diligenciada manualmente por las matronas o enfermeras en los centros de salud cuando las mujeres embarazadas ingresan a practicarse el primer control prenatal. Posteriormente, la información básica es registrada en el Sistema Estadístico de Salud y es remitida a las municipalidades para que sea digitada en el Módulo Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia del Sistema Integrado de Información Social, al cual se accede a través de página web del sistema ChCC.

Los datos registrados en las dos bases de datos se contrastan, como mecanismo de control del ingreso de mujeres al sistema ChCC. Sin embargo, durante el Congreso Macroregional de ChCC, se evidenciaron diferencias significativas entre ambos registros, lo que debería llevar a una revisión más exhaustiva de lo que está sucediendo en las comunas y a replantear el mecanismo de seguimiento respecto a la información que está en el aplicativo y la información que tiene salud.

A este respecto Raczynski, Bedregal y otros autores (2007), en el análisis de la gestión sobre infancia a nivel local, concluyen que la capacidad de gestión e innovación programática a nivel local es muy heterogénea, destacando además que generalmente se encuentra limitada a la ejecución de programas que son impuestos desde el nivel central o por demanda directa de la comunidad, sin que exista de por medio un trabajo más sistemático que permita focalizar esfuerzos y recursos a las necesidades reales de la población dentro de la comuna.

En relación a este tema, los encargados locales coincidieron la urgente necesidad de contar con información confiable y oportuna respecto a las características de las beneficiarias del ChCC, es decir, que les permita conocer sus principales requerimientos, para así mismo elaborar planes de trabajo que se adecuen a las prioridades de sus comunas, evidentemente, los encargados comunales poseen un conocimiento general, pero también es claro que requieren de herramientas que les permita focalizar y optimizar los recursos disponibles.

Sin embargo, uno de los encargados del nivel central, hizo mención precisamente a un nuevo módulo del sistema, que pretender entre otras cosas: realizar un mejor control de abusos en el Sistema de Protección Social, disminuir la duplicidad de ingreso de información, facilitar mejores diagnósticos, y potenciar el trabajo coordinado de los diversos organismos que componen el Estado y, lo más importante, hacer un seguimiento de los niños, su desarrollo, su situación familiar y su acceso efectivo a beneficios y programas sociales.

Lo anterior evidencia que durante el proceso de instalación del sistema, fue posible notar las deficiencias que presentaba el módulo inicial, motivo por el cual se construyó el sistema de información antes descrito, que a pesar de que aún no entra en funcionamiento, una vez instalado, se convertirá en una fuente importante para focalizar el trabajo en las comunas y en el nivel central.

²⁹ Pauta con preguntas dirigidas a la pesquisa de 8 factores de riesgo psicosocial y de salud mental relevantes durante la gestación.

Trabajo en Red

El trabajo en Red en las comunas está concentrado en lo que son las redes comunales del ChCC, inicialmente en la Red Básica, conformada básicamente por representantes de salud, educación y la municipalidad, donde es el encargado municipal, es quien tiene la responsabilidad de coordinar la red para la articulación de políticas de desarrollo en el nivel comunal, en este caso las políticas locales a favor del desarrollo de la primera infancia.

Para la conformación y consolidación de estas redes, el sistema propone programar inicialmente una jornada de instalación, como punto de partida. A partir de esta jornada, se deben establecer acuerdos sobre la mecánica de funcionamiento inicial, para lo que deben definir fechas y periodicidad de reuniones y participantes, entre otros.

Séptima lección:

Establecer acuerdos y mecanismos de seguimiento al cumplimiento de los mismos.

Dentro de este contexto, la primera tarea específica es el diseño del plan de trabajo de la Red, que consiste en definir las actividades, recursos y apoyos que le permitirán cumplir con las metas de las áreas de gestión y una vez que ha sido aprobado este plan, cada Red Comunal podrá postular al Fondo de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión Municipal (Gobierno de Chile, 2007), de manera que con esos recursos adicionales, puedan fortalecerse como red en pro de potenciar sus capacidades y competencias a favor del desarrollo integral de la primera infancia en sus comunas.

De este mecanismo de trabajo enriquecedor es que todos los integrantes tengan la oportunidad de aprender de la experiencia del otro, de trabajar juntos de manera complementaria con el fin de evitar el excesivo gasto en recursos.

En este sentido, se destaca por ejemplo el trabajo que ha venido realizando la encargada de Valparaíso, quien ya ha estado trabajando con otras entidades que podrían estar vinculadas a la red ampliada y que como fruto de este avance, presento una buena práctica desarrollada en su comuna, durante el congreso macro regional ChCC realizado en Santiago, que consistía en un plan de habitabilidad para madres del ChCC, que consistió en que desde la municipalidad, se convocaba a las posibles beneficiarias de programas de habitabilidad del FOSIS y que estaban inscritas en el ChCC, y les brindaron toda la asesoría para que ellas armaran sus carpetas con los documentos exigidos por los encargados del programa, de tal manera de poder asegurarles a las mujeres, una respuesta positiva a su necesidad de mejoramiento de vivienda.

Dimensión espacial y Descentralización

El análisis sistemático de los condicionantes demográficos, del que se habló en el marco conceptual, como base para optimizar la oferta y localización de los servicios para la primera infancia, sus familias y su entorno, es una de las principales falencias del sistema, porque aunque se encuentra información general, son cifras nacionales agregadas, pero el detalle de las comunas para focalización de recursos, se hace complicado, la información que actualmente se obtiene del módulo del SIIS para ChCC, entrega datos básicos, máximo podría ayudar a identificar por ejemplo que alguno de los padres presenta una discapacidad, pero no identifica cuál lo que dificulta el entregar la atención de calidad y oportuna a alguien que puede presentar un mayor grado de vulnerabilidad.

"...en el ChCC no cuento con ningún material para las mamás discapacitadas, para los papás discapacitados, entonces cuando yo pedía estadísticas a través del sistema de cuantas son las mamás y los papás discapacitados, no los tengo y ahí es donde yo digo: "pucha, me falta un diagnóstico local"."

Otro de los puntos críticos tiene que ver con la forma en que se realiza la asignación de recursos, que en el caso del ChCC, tiene que ver con las coberturas de salud que existen: número de gestantes atendidas y en función de esa proyección y de las cifras de los niños que ya están naciendo desde que se empezó el registro, se asignan los recursos.

A este respecto la encargada comunal de San Fabián de Alico, destaca que para una comuna como en la que ella se desempeña, que presenta alta dispersión territorial, baja densidad demográfica y porcentajes de pobreza en la población superiores al promedio nacional, este tipo de mecanismos de asignación de recursos, dificultan el cumplimiento de los objetivos del sistema, considerando que para el cálculo de las asignación presupuestal no se toman en cuenta factores particulares de este tipo de comunas que tienen predominio de población rural.

No obstante, es necesario recordar que el sistema contempla una serie de recursos adicionales, disponibles a través de 3 fondos: el fondo de fortalecimiento a la gestión municipal, el fondo de intervenciones de apoyo al desarrollo y el fondo concursable de iniciativas para la infancia, a los que es posible acceder mediante la presentación de proyectos. Es el caso de Peñalolén, que en el 2007 presentó una iniciativa para la construcción de una sala de estimulación en el centro comunitario de rehabilitación, para niños con rezagos en su desarrollo, la cual fue aprobada y a la que le asignaron \$36.200.000.

Tabla 7: Asignación presupuestal por comuna 2007 - 2008

COMUNA	FORTALECIMIENTO MUNICIPAL			FONDO DE INTERVENCION		FONDO DE INICIATIVAS	
	2007	2008	Δ %	2007	2008	2007	2008
QUINTA NORMAL	\$ 0	\$ 1.600.000		\$ 0	\$ 10.000.000	\$ 0	\$ 0
PEÑALOLEN	\$ 950.000	\$ 1.900.000	100%	\$ 0	\$ 0	\$ 36.200.000	\$ 0
VALPARAISO	\$ 950.000	\$ 2.200.000	132%	\$ 0	\$ 26.550.000	\$ 0	\$ 0
SAN FABIAN	\$ 550.000	\$ 1.300.000	136%	\$ 0	\$ 3.000.000	\$ 0	\$ 0

Fuente: MIDEPLAN

Aquí es importante mencionar una observación de una de las encargadas comunales quien afirma: "Yo destaco la intención de descentralizar los temas, la intención de darle el protagonismo a las comunas, la intención de darle más protagonismo a los que encaramos esto. Ahí la otra cara de la moneda es que no nos atrevemos, nos da miedo arriesgarnos por nosotros mismos, preferimos que nos digan desde arriba que es lo que tenemos que hacer, ponemos excusas, no nos encantamos".

Por lo mismo es que la descentralización no debe, ni puede quedarse en el discurso, menos cuando se habla de un sistema de gestión descentralizada, tal y como es el caso del sistema ChCC, lo que hace necesario que se hagan ajustes locales, para que esa relación entre las prestaciones y el acompañamiento que hay que hacer sea el adecuado, dependiendo de la tipología de la familia y la tipología de la comuna

4. LECCIONES EN EL CONTEXTO COLOMBIANO

Ahora bien, después del análisis anterior, es necesario avanzar a cómo las lecciones previamente identificadas, se adaptan a la estructura y conformación del Estado colombiano, tanto a nivel nacional como en el territorial. Sin embargo, algunas lecciones se analizarán de manera conjunta debido a que están estrechamente relacionadas.

Primera Lección:

Diseñar una política de protección integral a la primera infancia, exige el considerar la multidimensionalidad del desarrollo infantil temprano, por lo que se deben incluir mecanismos de coordinación y control específicos destinados a integrar servicios y prestaciones en función de los requerimientos de los niños.

Como respuesta a los acuerdos internacionales suscritos por Colombia y a los compromisos establecidos por la sociedad internacional en Dakar en la Cumbre Mundial de “Educación para Todos”, en el 2004 Colombia elabora un programa de apoyo para la formulación de la Política de Primera Infancia en el que participaron 19 instituciones nacionales bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

El resultado de ese trabajo, finalmente se materializa en lo que es la actual política pública nacional de primera infancia: “Colombia por la primera infancia” (CONPES 109, 2007), la cual establece las siguientes líneas estratégicas: ofrecer apoyo integral a la primera infancia, mejorar la supervivencia y la salud de los niños y las niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en período de lactancia, mejorar los procesos de identificación en la primera infancia, promover el desarrollo integral de la primera infancia, garantizar la protección y restitución de derechos, mejorar la calidad de la atención integral, fomentar la participación, realizar seguimiento y evaluación, promover la comunicación y la movilización de la primera infancia, promover la formación del talento humano y la investigación.

Adicionalmente asigna una serie de compromisos a distintos Ministerios y entidades de orden nacional y territorial, dirigidos a dar cumplimiento a las líneas estratégicas antes señaladas y a la integración de las prestaciones que estos entregan, en función de los requerimientos de la primera infancia, entre los que se destacan:

Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Coordinar la implementación de las estrategias para el mejoramiento de las condiciones de vida y del entorno de los niños y niñas de 0 a 6 años para garantizar su desarrollo integral; y promover las estrategias contenidas en los objetivos de desarrollo de milenio (CONPES 091, 2005) en razón a que tienen relación directa con los objetivos de la política de primera infancia.

Ministerio de Vivienda, Medio Ambiente y Desarrollo Territorial y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Fortalecer el Programa “Viviendas con Bienestar” realizando seguimiento a las condiciones y requisitos de los programas de vivienda de Interés Social que contribuyan a la prevención de la violencia intrafamiliar, la vivienda como espacio vital y el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas de 0 a 6 años para garantizar su atención y desarrollo integral.

Registraduría Nacional de Registro civil: Implementar conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social estrategias a nivel nacional y local para que todos los niños y niñas, inmediatamente después de su nacimiento, sean registrados en IPS públicas y privadas.

Acción Social: Coordinar con los ministerios responsables de la política de primera infancia, la implementación de los programas y lineamientos definidos para este grupo de población, con las familias beneficiarias de programas como Familias en Acción y promover la inclusión de la Primera Infancia en la agenda de la cooperación internacional.

Entidades Territoriales: Incorporar en los Planes de Desarrollo Territoriales, programas, metas, indicadores, inversión y estrategias sectoriales e intersectoriales, que permitan abordar y priorizar el tema de la primera infancia.

Aparentemente, en este sentido Colombia ya habría dado el primer paso al formular una política que contempla la integración de los servicios, sin embargo, llama la atención que existen en Internet al menos dos borradores de la política, mucho más completos en términos de diagnósticos y de compromisos y que la versión final fue aprobada después de 3 años de iniciar el proceso de formulación.

Adicionalmente el hecho de que sean tres entidades las encargadas de coordinar la implementación de las estrategias de esta política y del CONPES 091 (2007), hace que nos cuestionemos acerca de si esas entidades ya se han coordinado para coordinar y hasta qué punto es conveniente que este tipo de labores sean asignadas a tres entidades.

Segunda Lección:

Integrar no solamente las prestaciones ofrecidas a los niños y sus familias, sino alcanzar la integración sectorial de los distintos niveles territoriales que participan en la implementación de este tipo de políticas.

Esta lección claramente está enfocada a destacar la relevancia que para el sistema ChCC, tienen la conformación de las redes comunales y por ende, el trabajo en red, que como se puede constatar en el análisis del sistema, no es un tema sencillo de implementar ni en el nivel central ni en el local.

En Colombia, podría ser inclusive un reto aún mayor considerando la diversidad cultural de la población de los 32 departamentos que tiene el país y las culturas organizacionales que se crean al interior de las distintas entidades, tanto de la esfera pública como privada, que trabajan a favor de la primera infancia en el nivel territorial.

Prueba de ello es la amplia oferta de programas que trabajan en pro del desarrollo infantil temprano y que son administradas desde el nivel local, entre los que se destacan: a. el *Movimiento niño de Guatapé* en el Departamento de Antioquia, financiado con recursos del municipio y cofinanciado por el ICBF. Tiene como eje fundamental el bienestar de los niños y niñas, es un modelo de educación inicial en el que participan todos los niños y niñas entre 3 y 5 años, que incorpora iniciativas en materia cultural, deportiva y de promoción de la salud; b. *Nidos Nutrir en Pasto (Nariño)*, como programa de recuperación nutricional y promoción del desarrollo infantil; c. *Güipas saludables* en Neiva (Huila), desarrollado mediante convenio entre la Alcaldía y varias entidades, cubre 770 niños y niñas menores de 5 años y madres gestantes en condiciones de pobreza; d. El programa *Haz paz del ICBF* en

Sampués (Sucre), que tiene por objetivo la prevención del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar y e. El programa *Buen Comienzo de la Alcaldía* de Medellín, que busca promover el desarrollo integral, reconociendo la diversidad y la necesidad de inclusión de los niños y niñas menores de 6 años, además de la intervención psicoterapéutica, tanto para el niño como para su familia.

Como se puede apreciar, son iniciativas que enfatizan en diferentes áreas del desarrollo infantil temprano y que son desarrolladas a nivel departamental o municipal, pero que no tienen una directriz concreta del nivel central, algunas se ven apoyadas por el ICBF, pero llama la atención de que a pesar de ser programas con potencial para ser aplicados en otras regiones del país, no han sido evaluadas o valoradas por esta entidad para ampliar su cobertura o para que se complemente y ofrecer programa más integral, susceptible de ser acogido por un número mayor de municipios.

Tercera lección:

Contar con bases ya consolidadas, en relación a infraestructura, personal capacitado y experiencias exitosas o al menos efectivas, especialmente en temas que tienen gran impacto en el desarrollo de niñas y niños menores de 5 años, tales como son la salud y la educación.

Como fue posible constatar en los antecedentes, Colombia cuenta con suficiente personal capacitado en el área de salud, lo cual, evidentemente no garantiza la calidad de la atención que se entrega a la primera infancia, de esto dan cuenta los [gráficos 5 y 6](#), donde comparativamente con Chile, las cifras de mortalidad infantil y mortalidad materna, son inquietantes y deberían ser una señal clara de la urgente necesidad para establecer políticas especialmente enfocadas al sector salud, dirigidas a mejorar los controles prenatales y la información sobre los cuidados que se deben entregar a los recién nacidos y durante los 6 primeros años de vida.

Ahora, en términos generales podríamos decir que Colombia cuenta con una infraestructura mínima para el cuidado de la primera infancia, dada por los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), sin embargo, muchos de éstos HCB realmente no cuentan con materiales pedagógicos útiles o suficientes, para estimular adecuadamente el desarrollo de los niños y niñas. Adicionalmente la formación de las madres comunitarias que los atienden es muy pobre, al punto que se basa más en la buena voluntad de cuidar que los niños no se lastimen y suministrarles los alimentos. Desafortunadamente y citando un aparte de una de las políticas sobre primera infancia (República de Colombia, 2006), "dada su orientación a la población de escasos recursos, los HCB han tomado la connotación, de 'programas pobres orientados a los más pobres', aumentando así los problemas de inequidad y exclusión".

Por lo tanto, diríamos que antes de considerar la creación de un sistema de protección integral para la primera infancia, es indispensable fortalecer los programas que se encuentran en funcionamiento, como es el caso de los HCB. Para este propósito, los HCB cuentan con los recursos que obtiene el ICBF, de los aportes parafiscales que mensualmente hacen las empresas colombianas por sus trabajadores³⁰, lo que hace que cuente con un presupuesto permanente

³⁰ Pago que las entidades tanto públicas como privadas, sin límite alguno en cuanto a capital, tamaño o número de trabajadores, deben hacer al ICBF, equivalente al 3% sobre el valor de la nómina mensual de salarios. www.icbf.gov.co

que puede ser invertido en mejorar las condiciones de las, sin embargo, tal y como se resalto en el párrafo anterior, no están siendo invertidos adecuadamente.

Para lograr la consolidación de este programa de los HCB, se hace absolutamente necesario empezar a realizar inversiones que estén ligadas a entregar mejor infraestructura, aunque implique focalizar aún más el programa en los más pobres, en quienes van a obtener un mayor beneficio a futuro, dado que tal como están funcionando actualmente, se está entregando un servicio básicamente asistencial, para los niños y para las madres comunitarias que administran sus HCB con pocos recursos, que no cuentan con la formación adecuada, solo con capacitaciones de unas pocas horas, falta profesionalización de las encargadas de los HCB, así implique mayor inversión, lo que hace falta entender en el contexto colombiano es que estas inversiones en calidad de los encargados y de la infraestructura para la atención de los menores de 3 años en situación de pobreza extrema, siempre van a ser inferiores a los que se deban hacer en un futuro para corregir los problemas derivados de la falta de atención adecuada, oportuna y pertinente a los niños de hoy día.

Cuarta lección:

Medir la magnitud del problema para analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

A medida que la primera infancia se ha ido posicionando en las políticas y programas sociales ha crecido la conciencia entre quienes las diseñan e implementan, respecto a la importancia de contar con sistemas de información, monitoreo y evaluación que permitan dar cuenta de los efectos e impactos de las acciones realizadas.

No obstante, se observa con preocupación lo que a este respecto plantea la política de primera infancia (CONPES, 2007), puesto establece una serie de metas e indicadores en términos de "Número niños y niñas que asisten a..." o "Número de jardines sociales operando", pero los efectos de las intervenciones no cuentan dentro de estos indicadores.

Un avance en esta línea fue presentado en el informe "Lineamientos técnicos y plan de trabajo propuesto para la construcción de una escala de desarrollo infantil para la primera infancia en Bogotá"³¹. Llama la atención que es una iniciativa de carácter local, con entidades tanto del nivel local como nacional, por lo que es difícil establecer el verdadero alcance y evaluar la aplicabilidad de de las propuestas al nivel nacional.

Colombia presenta serias dificultades para contar con información suficiente y de calidad, como para elaborar un diagnóstico crítico que le permita dimensionar el tamaño de los principales riesgos y problemas que afectan a la primera infancia y a sus familias, de manera tal que fuera posible focalizar adecuadamente un oferta de prestaciones dirigidas a este grupo objetivo.

No obstante, existen aproximaciones que aunque rezagadas, son un insumo importante y necesario para iniciar esta labor en el país. Pero aquí hay que hacer énfasis en el hecho de que el diagnóstico que se elabore, debe ser muy crítico, porque desafortunadamente los organismos

³¹ Desarrollado por: Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Educación, Secretaría Distrital de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Educación Nacional, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Fundación Antonio Restrepo Barco, Save The Children Reino Unido, Visión Mundial Internacional, Plan Internacional, Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE, Fundación Éxito, Asociación Colombiana de Educación Preescolar, Fundación Ideas Día a Día y Fundación Saldarriaga Concha.

gubernamentales han adoptado una estrategia para la entrega de información que atenta precisamente con la calidad de la misma y que se requiere para dimensionar eficazmente el problema a atender, que es la de presentar información parcial o “maquillada”, ocultando los problemas de fondo.

En términos generales podemos afirmar que son líneas acordes con los requerimientos mínimos para garantizar el desarrollo y protección integral de la primera infancia. El problema radica en que no integra un sistema de información que entregue información para evaluar los avances o resultados de su aplicación, es más, teniendo en cuenta las cifras subregistro citadas en los antecedentes, ni siquiera existe información de base confiable para conocer la situación actual.

Quinta lección:

Institucionalizar una política de protección integral de la primera infancia, que demuestre buenos resultados, puede darle la sostenibilidad que requiere para evidenciar impactos positivos en el largo plazo.

Cuando se habla de institucionalizar una política pública a favor de la primera infancia, es darle un status que garantice su permanente ejecución, vía legal. Sin embargo, hay que enfatizar en que dicha institucionalidad, solo debe ser aplicable a aquellas políticas que entregan buenos resultados, que sean percibidos como tal por los beneficiarios y por la sociedad en general, de otra forma, se pierde credibilidad.

Por ejemplo, el gobierno colombiano, en su afán por mostrar avances en relación a los compromisos que ha establecido ante entidades internacionales para trabajar a favor de la primera infancia, ha realizado reformas y proyectos encaminados hacia este objetivo, entre los que se destacan: a) Código de la infancia y la adolescencia (Ley 1098 de 2006): mediante el cual, adecua la legislación colombiana a los principios consagrados en la Convención de los Derechos del Niño. Establece normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, para garantizar el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales que les son consagrados por los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución Política y las leyes nacionales; b) Política de primera infancia (CONPES 109, 2007): orientada a mejorar las condiciones de vida de los menores de 6 años y c) Estrategia de municipios y departamentos por la infancia y la adolescencia orientada a fomentar la inclusión del tema de niñez en los planes de desarrollo, el mejoramiento en las condiciones y calidad de vida de la infancia y la adolescencia..

Aparentemente muy pertinentes, sin embargo, cuando se consulta por los resultados, las entidades encargadas de llevar a cabo estos compromisos, presentan avances relacionados con ejecución de actividades y máximo con número de personas atendidas, pero el impacto real, el mejoramiento en la calidad de vida de la población objetivo no se ve reflejado en dichas cifras.

Este tipo de situaciones son las que minan la credibilidad de las personas frente a los compromisos gubernamentales, más aún, cuando el inventario de políticas crece³² pero los resultados no se ven o son muy escasos al comparados con las necesidades de la población.

³² Aquí vale la pena aclarar que se encontró en discursos de autoridades nacionales, la mención de un nuevo Plan Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2007 – 2017 “Colombia, niños y niñas felices con iguales oportunidades”, no obstante, no fue posible tener acceso a este documento que debería ser de acceso público.

Sexta lección:

Los procesos de instalación requieren de diagnósticos previos sobre las capacidades comunales, con el propósito de nivelar las deficiencias y lograr mejores resultados desde el inicio.

Así como son útiles los diagnósticos para dimensionar los problemas y requerimientos a nivel local, es claro que también son necesarios los diagnósticos de las capacidades de gestión de los municipios antes de instalar cualquier política pública que sea de cobertura nacional y que pretenda atender de manera focalizada, pertinente y oportuna la primera infancia.

Sin embargo, en un país como Colombia, con una extensión de 1.141.748 km², que presenta atrasos en infraestructura vial y de telecomunicaciones, donde existen deficiencias o carencias en puentes, aeropuertos, puertos marítimos y ferroviario; para poder acceder a información de los municipios más alejados del país, requeriría activar una red de apoyo interinstitucional, es decir, a partir de entes públicos o privados, que desarrollen actividades en estos municipios y que posean representación al menos en las ciudades capitales por departamentos, para tener al menos una aproximación de este diagnóstico.

Para el contexto colombiano, esta lección es posible aplicarla de manera local, dado que el Estado ha impulsando la generación de planes de gobierno municipales, que apunten al mejoramiento de la calidad de vida de niños/as y sus familias, a través de la estrategia municipios y departamentos por la infancia y la adolescencia. No obstante, muchos de las políticas que surgen dentro de este marco, no integran a otras entidades que pueden complementar los servicios que prestan las alcaldías locales, con lo cual desaprovechan recursos y oportunidades para lograr un desarrollo más integral de la primera infancia en los 1.098 del país.

Séptima lección:

Establecer acuerdos y mecanismos de seguimiento al cumplimiento de los mismos.

Aquí vale la pena aclarar que son acuerdos medibles y que generen impacto en la población objetivo, en caso contrario, se dilatan o se confunden con tareas cotidianas relacionadas. Esto es precisamente lo que sucede con la actual política de primera infancia de Colombia (CONPES 109, 2007), que contiene las líneas estratégicas de trabajo y las responsabilidades, pero no establece acuerdos puntuales y los que plantea están tan relacionados con las labores diarias de las entidades que seguramente cuando se quieran medir sus resultados frente a las tareas asignadas, aparentemente van a haber avances, que no van a guardar relación directa con la política sino con las funciones establecidas por ley para las diferentes instituciones encargadas de su implementación.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio de caso tuvo como propósito analizar los procesos de diseño e implementación del sistema "*Chile Crece Contigo*", con el propósito de extraer aprendizajes de políticas sobre protección integral a la primera infancia que puedan ser adaptados a Colombia. A continuación se presentan las principales conclusiones.

En relación a **¿Cómo se garantiza la correcta implementación del sistema, considerando la heterogeneidad de necesidades y de recursos disponibles en los municipios?** es posible concluir que parte de esta garantía está la capacidad que se tenga, ya sea a nivel local o central, para evaluar y entender la magnitud de las necesidades de la población objetivo de cada municipio y la habilidad que se tenga para cautivar a otros y motivarlos para trabajar conjuntamente por el desarrollo integral de la primera infancia.

Lo anterior se concluye al detectar que en las comunas donde se realizaron entrevistas, hizo falta un diagnóstico sobre la capacidad de gestión de los gobiernos locales que iban a implementar el sistema, motivo por el cual actualmente se presentan avances dispares, donde existen comunas en las que el ChCC, está funcionando de acuerdo con lo que se propuso en el diseño de la política, las redes trabajan integradamente y donde es posible evidenciar resultados positivos.

El hecho de que situaciones como estas sean identificadas por el nivel central, genera por parte de este, cierta desconfianza en las capacidades locales, sobre todo en los funcionarios del nivel central que tienen lo que hemos denominado "la visión optimista", lo que va en detrimento de las relaciones de cooperación y complementariedad que se deberían dar entre ambos niveles y por ende en dificultades para la efectiva instalación del sistema ChCC a nivel local.

En segundo lugar, la pregunta sobre **¿Cómo se logra integrar a Ministerios y otras instituciones a favor de una política de protección integral a la primera infancia?**, no fue posible resolverla de manera satisfactoria, probablemente por lo reciente que ha sido todo el proceso de instalación del sistema, dado que tal y como se destacó en los análisis previos, en el nivel central, el trabajo adelantado hasta el momento ha exigido principalmente la interacción con las entidades del sector salud; las relaciones con las entidades del sector educación se han centrado en el cumplimiento de tareas puntuales asociadas a anuncios presidenciales, especialmente en lo que tiene que ver con la ampliación de la oferta en sala cunas y jardines infantiles.

En el nivel local, quizás ha sido más sencillo, por la cercanía o por concentración de funciones en un solo lugar, que generalmente es la municipalidad o la DIDECO. Y aquí es necesario destacar como mecanismo facilitador de esta mayor integración de instituciones, el trabajo en red en el que enfatiza el diseño del sistema ChCC, especialmente con la conformación de la red ampliada, donde los resultados solamente son posibles en la medida en que todos los potenciales integrantes de esta red, establezcan interrelaciones efectivas y eficaces.

Sin embargo, la conformación de estas redes sería mucho más fácil, en la medida en que fueran un reflejo de un trabajo más estrecho, cotidiano y coordinado entre los Ministerios y otras entidades del nivel central. Por lo pronto, la consolidación del trabajo en red, solamente va a depender de las capacidades que posean los encargados comunales, para convencer, motivar

y establecer relaciones productivas y que tengan el impacto esperado y requerido por los niños y niñas menores de 5 años de sus comunas.

Continuamos ahora con la exposición de conclusiones más generales relacionadas con tanto con el diseño como con la implementación y con el caso colombiano.

En torno a la participación de los integrantes de las redes de trabajo

- ♦ En el sistema ChCC, destacaríamos 3 grandes redes, la comunal, la regional y la nacional, las cuales tienen a su haber un gran potencial, que desafortunadamente no ha sido explotado al máximo. Son tres redes que deberían trabajar como una gran red, aprovechando mucho más las experiencias, porque no solamente el gobierno central sabe de gestión o de sistemas de información u otros temas relevantes; a nivel comunal existe un capital humano que además está dispuesto a compartir su experiencia, que está motivado y que tiene muy buenas ideas, pero cuyo potencial no es percibido por el nivel central, por lo que se hace necesario empezar a ser más humildes y escuchar a los integrantes de las redes comunales, sean rurales o urbanas, para que de esta manera se puedan posicionar tanto el sistema ChCC como el mecanismo de trabajo en red, el cual tiene un potencial enorme, por sus características, por las bases que posee de experiencias previas y por la manera en que fue construido.
- ♦ El diseño, de acuerdo con la información que se analizó en este estudio de caso, contó con la participación de varios actores, no obstante, en la medida en que se ha ido dando la instalación del sistema en el nivel local, aparentemente se dejó de lado esta forma de trabajo y el nivel central continúa elaborando sistemas de información, pautas de desarrollo o de detección de riesgo y otras herramientas que son de implementación en el nivel local, sin contar con el valioso aporte de los encargados directos del sistema, de quienes lo viven en su día a día. Parece que el discurso de la descentralización se quedó solo en eso, volviendo al estilo de siempre, es decir, en el nivel central "piensa" y el nivel local "ejecuta", lo que conlleva a que las herramientas generadas no sean lo suficientemente pertinentes o adecuadas a los requerimientos propios de las poblaciones objetivo o de la realidad comunales.
- ♦ Es conveniente sacarles mejor el jugo a los congresos que realizan, por ejemplo, durante el congreso macroregional ChCC, no fueron invitadas las personas del área de educación, precisamente cuando empieza, por así decirlo, la segunda etapa del sistema ChCC, donde los niños están naciendo y necesitan ingresar a sala cunas y empezar a recibir estímulos adecuados para un mejor desarrollo, área en la que evidentemente educación tiene mucho que aportar. Y en esta misma línea, hizo falta dedicar más tiempo a rescatar las buenas prácticas que se desarrollan en el nivel local, es excelente que tengan invitados internacionales, pero cuando se habla de instalar un sistema que se adecue a las necesidades locales, es más valioso el poder discutir y aprender de quienes han obtenido buenos resultados con prácticas que se ajustan a la realidad chilena.
- ♦ Evidentemente el trabajo en red es parte fundamental en el funcionamiento del sistema ChCC, tanto a nivel central o de comité técnico como a nivel local, motivo por el cual el desarrollar una estrategia de comunicación con mayor impacto entre los integrantes de estas redes, se hace indispensable. El transmitir y convencer respecto a la necesidad de trabajar en pro de un mismo objetivo, que en este caso particular es el bienestar y normal desarrollo de la primera infancia en Chile. Lo relevante es el convencer o como diría una de

las personas entrevistadas "seducir y encantar". Y esto solamente es posible si la red del nivel superior trabaja de en la misma sintonía.

- ♦ A lo anterior, hay que agregar otro aspecto importante y es el proceso de descentralización que se está dando en Chile. Es preciso entender que las condiciones administrativas y de disponibilidad de recursos no son similares en todas las comunas, por lo que es indispensable dar mayor acompañamiento desde los niveles superiores (central y regional) y capacitación a los encargados comunales para fortalecer sus competencias y al mismo tiempo las capacidades para ajustar las políticas a sus propias realidades.

En torno a los sistemas de información

- ♦ Para lograr una focalización eficiente es indispensable contar con un sistema de información pertinente, capaz de entregar información confiable sobre la realidad de cada comuna, que permita hacer derivaciones efectivas, que entregue información sobre las características de la población, el número potencial de beneficiarios dependiendo del tipo de prestación que requieren con mayor urgencia. Es decir, se requieren sistemas de información que estén alineados con los objetivos de la política y a la modalidad y mecanismos de intervención ofrecidos. Se supone que ya existe, sin embargo al término de la ejecución del trabajo de campo, no había sido implementado, por lo que no es posible evaluar con los requerimientos planteados.
- ♦ Unificar o centralizar los sistemas de información, es necesario para evitar en primer lugar la duplicación de tareas y de información, no se justifica que exista un sistema estadístico en salud y otro con mayor información y del que además se pueden sacar estadísticas en MIDEPLAN, considerando que implica que hay dos personas una en los centros de salud y otra en las municipalidades que registran la misma información. En segundo lugar, genera las inconsistencias que se observaron en las cifras presentadas durante el Congreso Macroregional del ChCC, donde las cifras reportadas por salud era diferentes a las que tenía MIDEPLAN.

En torno a las prestaciones entregadas

- ♦ Hasta el momento no es posible afirmar que el sistema haya destacado el rol de las familias como elemento clave en el desarrollo infantil. Se han dado los primeros pasos con la instauración del parto humanizado, el favorecimiento del apego, la lactancia materna durante el parto y los materiales educativos que se les entrega a los padres, en la gestión y durante los controles de niño sano, sin embargo, no existe evidencia de un mayor seguimiento que den cuenta de la percepción de autoeficacia y autosuficiencia paterna en relación al desarrollo de sus hijos.

Respecto a las lecciones y la adaptación de un sistema de protección a la primera infancia en Colombia

- ♦ Con la investigación, fue posible detectar que en Colombia se han desarrollado e incluso implementado varias políticas, programas y sistemas de indicadores, relacionados con el tema de infancia y adolescencia, sin embargo, algunos de estos programas han sido de corto alcance, pierden muy pronto el impulso, les falta sostenibilidad. Otros aunque se mantienen, lo hacen mediante el cumplimiento de indicadores de actividad ejecutada o de atenciones prestadas, sin que sea posible evaluar el impacto en la calidad de vida de la infancia temprana.

- ♦ Colombia cuenta con suficiente personal capacitado en el área de salud, lo cual, evidentemente no garantiza la calidad de la atención que se entrega a la primera infancia, las cifras de mortalidad infantil y mortalidad materna, son inquietantes y deberían ser una señal clara de la urgente necesidad para establecer políticas especialmente enfocadas al sector salud, dirigidas a mejorar la calidad de los controles prenatales y de la información sobre los cuidados que se deben entregar a los recién nacidos y durante los 6 primeros años de vida.
- ♦ Colombia presenta serias dificultades para contar con información suficiente y de calidad, como para elaborar un diagnóstico crítico que le permita dimensionar el tamaño de los principales riesgos y problemas que afectan a la primera infancia y a sus familias, de manera tal que fuera posible focalizar adecuadamente una oferta de prestaciones dirigidas a este grupo objetivo. Asimismo, en relación a las políticas implementadas, cuando se consulta por los resultados, las entidades encargadas de llevar a cabo estos compromisos, presentan avances relacionados con ejecución de actividades y máximo con número de personas atendidas, pero el impacto real, el mejoramiento en la calidad de vida de la población objetivo no se ve reflejado en dichas cifras.
- ♦ Los indicadores contenidos en la política pública nacional de primera infancia: "Colombia por la primera infancia", desafortunadamente no muestran avances, se mantiene en la misma línea de contabilización de acciones o de personas atendidas, no demuestran avances significativos ni un compromiso real por un cambio. En este sentido, se hace urgente el construir un sistema de información que permita contar con un diagnóstico real de la situación actual de la primera infancia en Colombia, que permita establecer cuáles son sus necesidades más urgentes, de manera tal que sean el punto de partida en la construcción de metas e indicadores capaces de evaluar la calidad y pertinencia de las prestaciones entregadas y el impacto que conlleva en términos de mejoramiento de la calidad de vida de los niños y sus familias.
- ♦ Colombia, para adaptar un sistema de las características del sistema Chile Crece Contigo, requiere contar con un diagnóstico crítico de la situación real de la primera infancia en el ámbito local, para focalizar la inversión de recursos a atender inicialmente las necesidades más urgentes de la población, que permitan disminuir los altos índices de mortalidad materna y en menores de 5 años, para posteriormente ampliar la oferta de las prestaciones y elevar la calidad de las intervenciones. Para esto deberá activar las redes interinstitucionales que existen en la actualidad, exigiéndoles metas y evaluación de resultados.
- ♦ Cuando se habla de institucionalizar una política pública a favor de la primera infancia, es darle un status que garantice su permanente ejecución, vía legal. Sin embargo, hay que enfatizar en que dicha institucionalidad, solo debe ser aplicable a aquellas políticas que entregan buenos resultados, que sean percibidos como tal por los beneficiarios y por la sociedad en general.
- ♦ Así como son útiles los diagnósticos para dimensionar los problemas y requerimientos a nivel local, es claro que también son necesarios los diagnósticos de las capacidades de gestión de los municipios antes de instalar cualquier política pública que sea de cobertura nacional y que pretenda atender de manera focalizada, pertinente y oportuna la primera infancia.

Para el contexto colombiano, esta lección es posible aplicarla de manera local, dado que el Estado ha impulsando la generación de planes de gobierno municipales, que apunten al mejoramiento de la calidad de vida de niños/as y sus familias, a través de la estrategia municipios y departamentos por la infancia y la adolescencia. No obstante, muchos de las políticas que surgen dentro de este marco, no integran a otras entidades que pueden complementar los servicios que prestan las alcaldías locales, con lo cual desaprovechan recursos y oportunidades para lograr un desarrollo más integral de la primera infancia en los 1.098 municipios del país.

- ♦ Probablemente sea conveniente agregar una lección, en relación a que sea solamente un entidad la que deba coordinar la implementación de una política pública de protección integral a favor de la primera infancia. Sin embargo, considerando que desafortunadamente no fue posible tener claridad frente a la pregunta de ¿Cómo se logra integrar a Ministerios y otras instituciones a favor de una política de protección integral a la primera infancia?, tampoco podríamos afirmar que este hecho sea un factor de éxito para lograr una mayor integración de los servicios ofrecidos por distintas entidades y en distintos niveles territoriales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMAR, J. Y OTROS. (2007), «Impacto de los programas de hogares de bienestar en la superación de la pobreza y el Desarrollo de los niños en Colombia». Revista Investigación y Desarrollo, año/vol. 15, número 001. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.
- AYALA, U. (2001). «Hacia una red de protección social para Colombia». Informe presentado por Fedesarrollo al Banco Mundial y al Banco Interamericano de Desarrollo. Bogotá – Colombia.
- BALLESTER, LL. Y OTROS. (2004). «Metodología para el trabajo socioeducativo en red». Trabajo presentado durante el IV Congreso estatal del educador/a social. Universidad de las Islas Baleares. España.
- BEDREGAL, P. (2006). «Eficacia y efectividad en la atención de niños entre 0 y 4 años». En Foco N° 79, Expansiva. Santiago. www.expansiva.cl
- BENSON, J.K. (1982). «Un marco para el análisis de política». En Coordinación Interorganizacional: teoría, investigación y puesta en práctica, Rogers, D., D. Whitten, editores asociados. Ames, Iowa. Prensa de la Universidad del Estado de Iowa. Estados Unidos.
- BONILLA, R. Y OTROS (2004). «Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia». Trabajo realizado por un grupo de académicos de la Universidad Nacional de Colombia. Entidades gestoras del proyecto: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Programa Presidencial Colombia Joven, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF y Agencia de Cooperación Técnica Alemana – GTZ.
- CARNEIRO P. Y HECKMAN J.J. (2002). «Human capital policy». National Bureau of Economic Research, Working Paper 9495 <http://www.ucl.ac.uk/~uctppca/HCP.pdf>
- CONPES 091 (2005). «Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015». Departamento Nacional de Planeación DNP. Bogotá.
- CONPES 102 (2006). «Red de Protección Social contra la Extrema Pobreza». Departamento Nacional de Planeación DNP. Bogotá.
- CONPES 109. (2007), «Política pública nacional de primera infancia: "Colombia por la primera infancia"». Departamento Nacional de Planeación DNP. Bogotá.
- CONSEJO ASesor PRESIDENCIAL PARA LA REFORMA DE LAS POLÍTICAS DE INFANCIA (2006), «El futuro de los niños es siempre hoy: Propuestas del Consejo asesor presidencial para la reforma de las políticas de infancia», Santiago.
- DE CURREA, V.(2003). «El derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones». Colección textos de aquí y ahora. 1ª Edición: ILSA. Bogotá, Colombia.

- EACHEVERRY, E. (2002). «La salud en Colombia: Abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades». Documento preparado para el panel .Panorama de la salud pública en Colombia., realizado el 9 de marzo de 2002, en la Universidad Nacional de Colombia, y en el marco de la Cátedra Manuel Ancízar. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- FESTINGER, L. (1957). «La teoría de la disonancia cognitiva». Universidad de Stanford. Stanford.
- GALEANO, L. Y OTROS. (2005). Panorama de la mortalidad materna. En modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. Colombia.
- GAVIRIA, A. Y PALAU, M. (2006). «Nutrición y salud infantil en Colombia: Determinantes y alternativas de política». Universidad de los Andes. Bogotá.
- GOBIERNO DE CHILE (2007). «Dossier informativo para encargados comunicacionales de Ministerios, Servicios, Gobiernos Regionales y Municipalidades». Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia. MIDEPLAN. Santiago.
- GOBIERNO DE CHILE (2008). «La Protección de la infancia como Política Prioritaria de Estado: Avances a septiembre 2008 y proyecciones 2009». Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia. MIDEPLAN. Santiago.
- GONZALEZ, J. (2008). «Estado comunitario: Desarrollo para todos». Política social, resultados 2008. DNP. Bogotá – Colombia.
- GRANADOS R. Y GÓMEZ M. (2000). «La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y balance». Revista de salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá – Colombia.
- HERNÁNDEZ, M.(2000) . «El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización». En: La salud está grave. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá. Mayo.
- JARA, O. El trabajo en red: tejer complicidades y fortalezas. Aporte académico ubicado en www.intermonoxfam.org/
- KLIJN, E.(1998) «Redes de políticas públicas: Un visión general». En administrando redes complejas. Sage publicaciones ltda, Londres.
- MACHINEA, J (2004), «Institucionalización de la política social para la reducción de la pobreza» México, D.F., 28 de septiembre <http://www.eclac.cl/noticias/discursos/6/20346/Conferencia-JLM-MEXICO28sept.pdf>
- MENSCH, B., LENTZNER, H. Y PRESTON, S. (1985). «Socioeconomic Differentials in Child Mortality in developing Countries». United Nations. New York.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2008). Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República 2007-2008. Bogotá.

- MINISTERIO DE PLANEACIÓN – MIDEPLAN (2007). «Orientaciones Generales para Apoyar la Instalación de las Redes Comunes ChCC». Secretaría Ejecutiva de Protección Social. Santiago.
- MINISTERIO DE PLANEACIÓN – MIDEPLAN (2008). «La protección de la infancia como política prioritaria de Estado: Avances a septiembre 2008 y proyecciones 2009». Secretaría Ejecutiva de Protección Social. Santiago.
- MORENO, X. Y OTROS (2006), «Alcances y propuestas jurídicas para el desarrollo integral de la infancia en Chile: Análisis normativo de políticas, prestaciones y programas públicos dirigidos a niñas y niños de tres meses a diez años de edad». Universidad Alberto Hurtado. Santiago.
- MUÑOZ IZQUIERDO, C. (2003), «Desarrollo de una propuesta para la construcción de indicadores del impacto social de la educación en América Latina y el Caribe». México, D.F.: Proyecto Regional de Indicadores Educativos (PRIE).
- MUSTARD, J.F. (2002). «Early Child Development and the Brain: the Base for health, learning, and behavior throughout life». From Early Child Development to Human Development: Investing in Our Children's Future. Editado por Mary Eming Young. Banco Mundial. Washington D.C.
- MUSTARD, F. (2005), «Desarrollo Infantil Inicial y Política Pública». Ponencia Segundo Foro Internacional "Movilización por la Primera Infancia". Bogotá.
- MYERS, R. G.(1993). «Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo». Publicación Científica N° 545. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Washington.
- MYERS, R.G. (2000) «Early childhood care and development». A global review 1990-1999, Prepared for UNICEF and the EFA Forum, as a contribution to the EFA Year 2000 Assessment. The Consultative Group on Early Childhood Care and Development.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007), «Situación de salud en las Américas: indicadores básicos». Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington. www.paho.org.
- RACZYNSKI, D. Y OTROS (1995). «Políticas económicas y sociales en el Chile democrático». Cieplan – Unicef. Santiago de Chile.
- RACZYNSKI, D. (2006). «Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños». En foco N° 77, Expansiva. Santiago. www.expansiva.cl
- RACZYNSKI, D., BEDREGAL, P. Y OTROS (2007). «Política de infancia en el nivel local: requerimientos y aportes de la gestión de información». Publicado en Pontificia Universidad Católica de Chile, Camino al Bicentenario, propuestas para Chile. Concursos de Políticas Públicas. Santiago.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA (2006). « Colombia por la primera infancia: Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años» en http://www.oei.es/quipu/colombia/politica_primer_infancia.pdf

- ROSEMBERG, F. (2005). «Políticas de Educación de la Primera Infancia en América Latina y reproducción de la desigualdad». Ponencia Segundo Foro Internacional "Movilización por la Primera Infancia". Bogotá.
- SCHKOLNIK, M. Y BONNEFOY, J. (1994). «Una propuesta de tipología de las políticas sociales en Chile». Santiago de Chile.
- SCHKOLNIK, M. (2004). «Marco conceptual para formular políticas de inversión en la infancia». Colección ideas, Año 5, N° 41. Santiago.
- TORRADO, M; REYES, M Y DURÁN, E. (2006). Bases para la formulación de un plan nacional para el desarrollo de la primera infancia. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Observatorio de Infancia. Revista infancia, adolescía y familia. Volumen 1. ICBF, ABA Colombia.
- TORRADO, M.C. Y ANZELIN, I. (2006). La Primera Infancia en la agenda local Comisión Gestión y desarrollo local. Observatorio sobre Infancia. Universidad Nacional de Colombia.
- UNESCO (2007). «Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2007. Educación para todos, "Bases solidas: Atención y educación de la primera infancia». UNESCO. Paris.
- UNESCO-OREALC. (2004). «Coordinación intersectorial de políticas y programas de la primera infancia: experiencias en América Latina». OREALC – UNESCO. Santiago. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001375/137514s.pdf>
- UNICEF (2003). «Los objetivos de Desarrollo para el Milenio tienen que ver con los niños. UNICEF, Nueva York. http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_mdg_sp.pdf.
- UNICEF (2005). «La Infancia amenazada. Estado Mundial de la Infancia 2005». UNICEF, Nueva York.
- UNICEF (2006). «Estado Mundial de la Infancia 2006: Excluidos e Invisibles. UNICEF, Nueva York. <http://www.unicef.org/spanish/sowc06/index.php>
- UNICEF. (2006). «Primera Infancia. La primera infancia crea el capital humano». UNICEF, Nueva York. http://www.unicef.org/sapanish/earlychildhood/index_humancapital.html
- UNICEF, (2006). «Primera Infancia. Invertir en la primera infancia para romper el círculo de la pobreza». UNICEF, Nueva York. http://www.unicef.org/sapanish/earlychildhood/index_investment.html
- VEGA, E. Y OTROS. (2006). «Evidencia Internacional sobre Políticas de la Primera Infancia que estimulen el Desarrollo Infantil y Faciliten la Inserción Laboral Femenina». Santiago. Banco Mundial.
- YOUNG, M.(2000). «Aprendizaje temprano, En: Primera infancia y desarrollo: El desafío de la década». ICBF y Alcaldía Mayor de Bogotá. Colombia.

Normatividad consultada

Ley 27 de 1974. República de Colombia.

Ley 100 de 1993. República de Colombia.

Ley 789 de 2002. República de Colombia.

Ley 790 de 2002. República de Colombia.

Mensaje N° 1162-356 del 4 de diciembre de 2008, de la presidenta de la República de Chile con el que inicia un proyecto de Ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

Principales páginas web consultadas

www.asesoriasparaeldesarrollo.cl

www.cinde.org.co

www.crececontigo.cl

www.dane.gov.co

www.df.cl

www.dnp.gov.co

www.expansiva.cl

www.icbf.gov.co

www.integra.cl

www.junji.cl

www.mideplan.cl

www.mineduc.cl

www.minproteccionsocial.gov.co

www.minsal.cl

www.poha.org

www.siju.gov.co

www.unesco.org

www.unicef.org

ANEXOS

Anexo 1: Pauta de entrevista semiestructurada aplicada a nivel local y central

Dimensiones de análisis	Preguntas	C	M
Gestión central	Podría hablarme acerca de ¿cómo fue el proceso de diseño del sistema ChCC que desarrollaron en el MIDEPLAN?	♦	
	Cuénteme respecto a la experiencia de la instalación del sistema en las primeras 159 comunas ¿Cómo evalúa este proceso?¿Ya se terminaron de vincular las comunas restantes?¿Cuantas faltan y cuales ha sido los principales impedimentos para su integración al sistema?	♦	
	¿Cuáles han sido las mayores dificultades que se les han presentado durante el proceso de instalación del sistema en las primeras comunas?¿Cuáles pueden ser las causas de esas dificultades?¿Como han ido superando estos problemas?¿Se repitieron en la segunda fase de instalación?	♦	
	¿Están funcionando las "Redes Comunales de ChCC"? ¿En qué comunas?¿Cómo fue el proceso de instalación y la acogida por parte de los municipios?	♦	
	¿Cómo se integra o cómo funciona el ChCC en coordinación con el Chile Solidario?	♦	
	¿Cómo ha sido la coordinación con los servicios que prestan los distintos Ministerios que forman parte del ChCC? ¿En qué se expresa?	♦	
	Se habla de desarrollo integral de los niños y niñas ¿Cómo se mide o en que aspectos se ve reflejado el cumplimiento de este objetivo dentro del sistema ChCC?	♦	
Gestión municipal	¿Cuál fue el proceso mediante el cual se vincularon al sistema ChCC?¿Por qué ingresaron al programa? ¿quién los contacto? ¿quién tomo la decisión (alcalde, concejo municipal, otro)?¿Qué actores estuvieron a favor/en contra?		♦
	¿Cuántas personas de la municipalidad trabajan o trabajaron en la instalación del ChCC? ¿Qué profesiones tienen y cuál ha sido su rol en el proceso?		
	¿Conoce o esta instalada en este municipio la "Red Comunal Chile Crece Contigo"?¿Cómo están estructuradas?¿Cómo evalúa el funcionamiento de la misma en el municipio?¿Realizan reuniones periódicas para evaluar los avances o las dificultades en la prestación de servicios a la comunidad?		♦
	¿Considera que el diseño del ChCC se ajusta a las necesidades de los niños y niñas de su comuna?		♦
	¿Cuál es la estructura de trabajo que tienen en la municipalidad para la instalación y seguimiento al ChCC? ¿Cómo se relaciona esa estructura con el sector salud? ¿De qué manera se coordinan?		♦
	¿Cómo es la interacción con el nivel central?		♦
	¿Existen programas o proyectos que se desarrollen como complemento al ChCC? ¿cuáles son? ¿Quién lo desarrolla?¿En qué consisten?¿Qué percepción tiene usted de cada una esas iniciativas?		♦
Gestión del programa	¿Cree que el programa ha logrado llegar a todos los potenciales beneficiarios? ¿Cuántos beneficiarios se encuentran actualmente inscritos?	♦	♦
	En el pasado ¿se han desarrollado proyectos o programas que usted considere relevantes para mejorar las condiciones de los niños y niñas menores de 4 años y sus familias? ¿cuáles fueron? ¿por qué los considera un aporte?		♦
	¿Cuentan con algún sistema de información propio del ChCC?¿Cómo funciona (qué contiene, cómo lo alimentan)?	♦	♦
	¿Cómo ha percibido la participación de las familias en los programas ofrecidos por el ChCC?¿cómo evalúa esa relación?¿Cómo se realiza el seguimiento y control de las familias una vez ingresan al sistema?	♦	♦
	¿Qué fortalezas y debilidades ha identificado durante la implementación del programa?	♦	♦
	Sugerencias de mejora a la gestión central y local y el vinculo entre ambas	♦	♦

Anexo 2: Resumen de modalidades propuestas por el consejo asesor ordenadas según grupo y ciclo de vida del niño/a.

Tomado del Informe “El futuro de los niños es siempre hoy” páginas 91 y 92.

	Área	Gestación - nacimiento	Nacimiento- 1 año 11 meses	2 y 3 años 11 meses	4 a 9 años 11 meses
Todos los niños	Apoyo al desarrollo biopsicosocial	Detección de factores de riesgo sistemáticamente en los centros de salud (hasta los 6 años)			
		Tamizaje periódicos de rezagos en el desarrollo (hasta los 6 años)			
		Atención humanizada del parto con participación del padre o figura significativa en el trabajo de parto y parto.			
			Atención del recién nacido favoreciendo el apego y la lactancia materna exclusiva.		
		Actividades educativas presenciales en pautas de crianza; lactancia materna; desarrollo infantil; cuidados básicos y alimentación saludable (hasta los 6 años).			
		Campañas educativas masivas a través de los medios de comunicación en estas mismas temáticas.			
			Ludotecas, bibliotecas de lectura inicial, material educativo y equipamiento para niños/as en las salas de espera de los Centros de Salud.		
			Drop in centers, actividades recreativas en tardes y vacaciones gestionados por el Municipio.		
		Prestaciones sectoriales (regulación urbana, rotulación de seguridad de juguetes u otros objetos, normativa de seguridad infantil -medios de transporte-, entre otros)			
	Educación				Pre kinder, kinder y 1º ciclo básico, sin selección y de calidad acreditada con seguro contra accidentes

Continúa página siguiente

	Área	Gestación - nacimiento	Nacimiento - 1 año 11 meses	2 y 3 años 11 meses	4 a 9 años 11 meses	
Niños 40% + vulnerable	Educación			Jardín infantil al menos 1/2 jornada de calidad acreditada: Modalidades flexibles (convencionales, comunitarias, semipresenciales, a distancia) según requerimientos de la familia y necesidades de los niños/as.		
				Alimentación en el centro preescolar convencional o comunitario acreditado.	Alimentación en el centro escolar	
Niños cuyos padres trabajan y cotizan	Educación y cuidado infantil		Salas cuna en modalidades flexibles (convencionales y comunitarias) respetando los requerimientos de la familia, sujetas a requisitos de acreditación.	Jardín infantil jornada completa, de calidad acreditada.		
			Alimentación en la sala cuna	Alimentación en el jardín infantil.		
	Derechos maternos	Traspaso de un máximo de 3 semanas de descanso prenatal al postnatal (sigue recibiendo subsidio prenatal)				
			Para parto prematuro, traspaso automático de semanas de descanso prenatal no tomadas, al postnatal.			
			Derecho a extender la licencia postnatal hasta 6 meses (jornada completa) con reducción máxima del 50% del salario.			
			Derecho a extender la licencia postnatal hasta 6 meses (jornada parcial) sin afectar el subsidio.			
	Fuero maternal hasta los 15 meses del niño independiente de modalidad de postnatal.					

	Área	Gestación - nacimiento	Nacimiento - 1 año 11 meses	2 y 3 años 11 meses	4 a 9 años 11 meses	
Niños con necesidades o vulnerabilidades especial	Apoyo biopsicosoci al reforzado	Visitas domiciliarias durante el periodo prenatal y postnatal por combinación de factores de riesgo y vulnerabilidad.				
		Casas de acercamiento para partos (destinadas a familias residentes en territorios aislados, o embarazos con riesgo de prematurez.				
		Nivelación de estudio para los padres				
		Atención garantizada de salud mental a los padres o adultos responsables del niño/a				
		Educación individual y/o grupal a los padres en estimulación del desarrollo cuando se detecta, y reevaluación al término del proceso.				
			Salas cuna en modalidades flexibles (convencionales y comunitarias) respetando los requerimientos de la familia, sujetas a requisitos de acreditación.	Jardín infantil de hasta jornada completa acreditada		
			Atención preescolar en modalidades pertinentes para los niños y niñas que se encuentra en situación de lejanía o aislamiento respecto de centros preescolares.			
		Acceso prioritario a programas o servicios de apoyo a la red pública local y nacional (habitabilidad, asistencia judicial, prevención violencia intrafamiliar, redes de apoyo, entre otros)				

Continúa página siguiente

	Área	Gestación - nacimiento	Nacimiento- 1 año 11 meses	2 y 3 años 11 meses	4 a 9 años 11 meses
Niños con necesidades o vulnerabilidad especial	Adopción		Derecho de los niños/as abandonados a tener familia adoptiva y a ser declarados susceptibles de adopción en un periodo no superior a los 2 meses.		
			Derecho de padres adoptivos de niños/as < de 2 años a hacer uso de licencia y subsidio post natal igual al de los padres biológicos.		
				Derecho de padres adoptivos de niños/as > de 2 años y < de 18 a licencia y subsidio postnatal de 4 semanas, las que pueden ser tomadas íntegra o parcialmente por la madre o padre adoptivo, a solicitud de la primera.	

Anexo 3: Resumen de modalidades de atención existentes antes de la instalación del Sistema ChCC.

Tomado del Informe "El futuro de los niños es siempre hoy" página 93.

Modalidad Atención	Grupo Objetivo	Algunas Experiencias	Particularidades
1. Programas de Apoyo al desarrollo inicial del niño/a	Madre embarazada, Lactante y niños/as menores de 2 años	Sala Cuna en el consultorio	Para niños y niñas menores de 2 años y madres embarazadas, con espacios educativos y personalizados
		Apoyo a embarazadas y madres adolescentes	Generalmente a través de talleres en lo que se orienta acerca de temas generales de estimulación integral, tales como: lactancia materna, apego, pautas de crianza y técnicas de estimulación temprana
		Apoyo a niños con desfases en su desarrollo	Generalmente a través de talleres Focalizados, Grupales o individuales, dirigidos a la familia y orientados a las necesidades individuales del niño(a)
2. Sala Cuna de alta calidad	Niños/as de 0 a 2 años	Sala Cuna Convencional	Ejecutado por profesionales y técnicos
		Sala Cuna comunitaria	Incorpora personas de la comunidad y voluntarios capacitados
3. Jardín Infantil con objetivos educacionales.	Niños/as de 2-5 años	Jardín Infantil Convencional	Ejecutado por profesionales y técnicos
		Jardín Infantil Comunitario	Incorpora personas de la comunidad y voluntarios capacitados
4. Jardín infantil de apoyo al desarrollo integral del niño(a) y la familia	Niños/as de 2 a 5 años y sus familias	Jardín infantil "Alternativo"	Se implementan con la participación de las municipalidades u organizaciones comunitarias, quienes facilitan recursos materiales
		Jardines Infantiles de diversas jornadas	Principalmente orientados a los requerimientos horarios de los padres, operan más como alternativa de cuidado infantil que con objetivos infantiles
		Ej: con extensión de jornada y jardines nocturnos	
		Jardines infantiles temporales	Son implementados en periodos críticos para la población, como vacaciones o trabajo temporal de los padres.
		EJ: jardines estacionales, veranos y para madres que trabajan por temporadas	
		Jardín Infantil familiar	Implementados en los hogares de los párvulos, son los padres los que guían el aprendizaje con asesoría de educadores. Utilizan recursos comunitarios y algunos incorporan programas radiales.
		Jardín sobre ruedas	Modalidad itinerante en zonas rurales que visita uno o dos días cada localidad.

Modalidad Atención	Grupo Objetivo	Algunas Experiencias	Particularidades
5. Otras modalidades de apoyo al desarrollo integral del niño/a y sus familias	Niños/as de 0 a 10 años y sus familias	Programa de Mejoramiento a la Infancia	Iniciativa comunitaria, participativa y abierta. Opera con agentes comunitarios voluntarios.
		Programa Conozca a su hijo	Dirigido a madres cuyos hijos(as) no asisten a educación parvularia, de zonas aisladas, a través de reuniones educativas dirigidas por monitora de la comunidad, con apoyo de manuales orientadores.
		Centros de cuidados ocasionales	De libre asistencia, apoya a los padres en el cuidado de sus hijos por periodos de tiempo determinados
		Grupos de Juego	Centros de cuidado y estimulación en el que comparten padres e hijos(as) a través del juego.
		Ludotecas	Sistema de préstamo de juegos y juguetes que, en ocasiones, cuenta con espacios diseñados para jugar.
		Vacaciones en la escuela	Con objetivos recreacionales, opera en periodos de vacaciones
		Actividades educativas y de recreación	Como extensión de las actividades educativas en los centros (horario extra a jornada regular o en período de vacaciones)

Anexo 4: Pauta de riesgo biopsicosocial.
Tomada de www.crececontigo.cl

 Pauta de Riesgo Psicosocial Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)			
Nombre <input type="text"/>			
Fecha de nacimiento de la gestante día mes año	Edad gestacional al ingreso semanas / días	Fecha control de ingreso año mes día	Fecha control 3° trimestre día mes año
1. Ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	
2. Escolaridad menor a sexto básico		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	
3. Edad menor a 17 años y 11 meses		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	
		INGRESO	3° TRIMESTRE
4. Conflictos con la maternidad ¿Pensó en algún momento interrumpir su embarazo? ¿Preferiría no estar embarazada? Marque sí, si contesta positivamente a una o ambas preguntas.		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
5. Insuficiente apoyo social o familiar ¿Siente que no cuenta con todo el apoyo que necesita de su pareja y/o familia desde que está embarazada? Marque sí, si siente que no cuenta con el apoyo necesario.		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
6. Síntomas depresivos a. ¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista casi todos los días? b. ¿Ha sentido que no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas? Marque sí, si una o más respuestas son afirmativas.		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
7. Uso o abuso de sustancias ¿Ha consumido alguna de estas sustancias durante el último mes? a. Cigarrillos b. Cerveza, vino, trago fuerte u otras bebidas con alcohol c. Marihuana, cocaína, pasta base, anfetaminas u otra droga d. Tranquilizantes y/o antidepresivos sin receta médica Marque sí, si ha consumido cualquiera de estas sustancias y <u>subraye</u> la o las que ha usado durante la última semana. Registre la cantidad que ha consumido en la línea que sigue a cada opción.		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
8. Violencia de género a. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha insultado, humillado o amenazado? ¿Le ha dicho que no debería estar embarazada? ¿Controla con quién conversa o el dinero que gasta? (Violencia psicológica) b. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha golpeado o empujado? (Violencia física) c. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? (Violencia sexual) Marque sí, si ha sido víctima de cualquiera de estas manifestaciones de violencia y <u>subraye</u> el tipo de violencia al que ha sido sometida.		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
9. ¿Existe algún otro factor de riesgo que deba ser considerado? <input type="text"/>			
Nombre evaluador/a		Firma evaluador/a	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	