



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**SISTEMA DE REGISTRO DERIVACIÓN Y MONITOREO,
PLATAFORMA EN LÍNEA DEL SUBSISTEMA DE
PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA CHILE CRECE
CONTIGO: UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN
INTERSECTORIAL PARA LA RED LOCAL EN LA COMUNA
DE VIÑA DEL MAR**

"INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE
SOCIAL"

SEMINARISTA:
PAMELA DEL CARMEN ARÉVALO IBARRA

PROFESORA GUÍA:
MARÍA ANTONIETA URQUIETA ÁLVAREZ

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Presentación	1
CAPÍTULO I: CONTEXTOS	2
1.Contexto Institucional	3
2.Contexto Territorial	6
3.Contexto Programático	25
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA	36
1.Determinantes Sociales de la Salud	37
1.1 Influencia de los Determinantes Sociales en el Desarrollo de la Primera Infancia	42
2. Protección Social	44
2.1 Protección Social para el Desarrollo Integral del Niño en la Primera Infancia	47
2.1.1 Importancia del Desarrollo del Niño durante la Primera Infancia	48
2.1.1.1 Concepto Estimulación Temprana	49
2.1.1.2 Bases Científicas que respaldan la importancia de la Estimulación Temprana en el Niño durante la Primera Infancia	50
3. Gestión de Programas Sociales	52
3.1 Gestión de Programas Sociales y el Aporte de los Sistemas de Información	57
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	65
1.Fundamentación Metodológica	66
2. Objetivos de Trabajo y Procedimientos Metodológicos Asociados	67
2.1 Objetivo de Trabajo N° 1	67
2.2 Objetivo de Trabajo N° 2	70
2.3 Objetivo de Trabajo N°3	71
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS ESTRATÉGICO	72
Introducción	73
1. Análisis Resultados FODA Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo: Plataforma en Línea de Chile Crece Contigo	74
2. Análisis de Nudos Críticos SRDM	105
2.1.Descripción de Nudos Críticos por Categoría de Análisis	106

CAPÍTULO V: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE REGISTRO DERIVACIÓN Y MONITOREO	122
Introducción	123
1. Plan de Mejoramiento del SRDM de Chile Crece Contigo	124
CAPÍTULO VI: REGISTRO DE GESTIÓN	134
Introducción	135
1. Registro de Gestión Objetivo 2	136
1.1 Descripción Estado de Avance Actuaciones Gestión Técnica	136
1.2 Descripción Estado de Avance Actuaciones Gestión Administrativa	138
2. Registro de Gestión Objetivo 3	139
2.1 Intervención Social Focalizada	139
2.2 Presentación Modelo Intervención Social Focalizada	140
2.3 Ejecución Modelo Intervención Social Focalizada	150
CAPÍTULO VII: REFLEXIONES FINALES	182
Introducción	183
1. Reflexiones en torno a la Gestión de Sistemas de Información en el Marco de la Políticas Sociales.	184
2. Reflexiones en torno al proceso Metodológico del Seminario de Título	186
3. Reflexiones en torno a la Gestión de la Información y Trabajo Social	189
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	192
ANEXOS	199

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Articulación del Sistema a Nivel Territorial	7
Tabla 2: Programas y Componentes del Sistema CHCC, por usuario	9
Tabla 3: Principales Prestaciones del Programa por usuario e institución ejecutora	11
Tabla 4: Superficie en hectáreas, de los sectores de la comuna de Viña del Mar	26
Tabla 5: Población Total, según sexo, a nivel país, región y comuna	27
Tabla 6: Población Total por área urbana y sexo, en Viña del Mar; quinquenio de edad de 0a 4 años, y edad simple	28
Tabla 7: Población Total de Viña del Mar, según grupos quinquenales de edad y sexo	29
Tabla 8: N° Total de hogares a nivel país, región y comuna; Promedio de personas por hogar, total país, región, comuna	30
Tabla 9: Promedio de hijos en mujeres mayores de 15 años, total país, región y comuna	30
Tabla 10: Jefes de Hogar, según región, provincia y comuna: por sexo	31
Tabla 11: Vivienda Total país, variación intercensal, censos 1992/2002/2012, según provincia y comuna	32
Tabla 12: N° de Establecimientos de Salud, según Tipo	33
Tabla 13: Población en FONASA según Nivel	33
Tabla 14: Población según Sistema de Salud CASEN 2003-2009	34
Tabla 15: Tasas de Natalidad, Mortalidad General e Infantil, año 2009	34
Tabla 16: Estado Nutricional de la población de 5 o menos años CASEN 2003-2009	35
Tabla 17: FODA Sistema de Registro Derivación y Monitoreo Chile Crece Contigo	104
Tabla 18: Nudos Críticos del SRDM según percepción de la Mesa Comunal, Sectorialistas y Digitadores, diferenciado por Módulo	120
Tabla 19: Brecha Ingreso Gestantes SRDM-DEIS, 2012	108
Tabla 20: Brecha Ingreso Niños y Niñas SRDM-DEIS, 2012	109
Tabla 21: Derivaciones Totales a Nivel Comunal	110
Tabla 22: Matriz de Priorización Vulnerabilidades SRDM	151
Tabla 23: Resultados Priorización de Vulnerabilidades SRDM	152
Tabla 24: Número Total de Asistentes a Charla Informativa de Subsidio Habitacional, según fecha de realización	167

Tabla 25:Consulta Estado de Postulaciones tras participación a Charla Informativa de Subsidio Habitacional	168
Tabla 26:Gestiones realizadas por USSE, posterior a charla Informativa de Reinserción Escolar	181

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: ¿Ha recibido alguna capacitación en el SRDM?	77
Gráfico 2: ¿Ha recibido alguna capacitación en el SRDM? Según Rol	77
Gráfico 3: Evaluación del SRDM	79
Gráfico 4:Percepción sobre CHCC	82
Gráfico 5: Prestaciones que ha realizado en el SRDM	88
Gráfico 6: Razones de No Uso del SRDM	90
Gráfico 7: Porcentaje de Dedicación a CHCC	91
Gráfico 8: Tiempo de Dedicación al SRDM, según Rol	92
Gráfico 9: ¿Qué opción se asemeja a la situación de su red comunal?	94
Gráfico 10: Comunicación con los Miembros de la Red	96
Gráfico 11: Razones de Uso del SRDM	98
Gráfico 12:Frecuencia de Uso de los siguientes sistemas de derivación	100
Gráfico 13: Informes que ha sacado del SRDM en los últimos seis meses	112
Gráfico 14: Uso de Reportes del SRDM	112
Gráfico 15: Asistencia Técnica del SRDM	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organigrama Institucional	4
Figura 2: Lógica de Acompañamiento Longitudinal a la Trayectoria del desarrollo de niños y niñas	19
Figura 3: Pantalla Inicio SRDM	20
Figura 4: Ingreso al SRDM, previa introducción de clave de acceso	21
Figura 5: Resumen Digitación Datos Gestantes- Niños	23
Figura 6: Módulo de Gestión- Diagrama de Flujos	24
Figura 7: Mapa comuna de Viña del Mar, según sector	25
Figura 8: Principales Determinantes de la Salud	39
Figura 9: Marco Conceptual para abordar los Determinantes Sociales	41
Figura 10: Situación Socioeconómica e Impactos en la Salud	41
Figura 11: Componentes de un Sistema de Información	62

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1: Charla Informativa Postulación Subsidio Habitacional Título I y II Gestantes CHCC	159
Fotografía 2: Charla Informativa Postulación Subsidio Habitacional Título I y II Gestantes CHCC	160
Fotografía 3: Charla Informativa Postulación Subsidio Habitacional Título I y II Gestantes CHCC	160
Fotografía 4: Charla Informativa Postulación Subsidio Habitacional Título 0 Gestantes CHCC	165
Fotografía 5: Charla Informativa Postulación Subsidio Habitacional Título 0 Gestantes CHCC	166
Fotografía 6: Charla Informativa Postulación Subsidio Habitacional Título 0 Gestantes CHCC	166
Fotografía 7: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC	178
Fotografía 8: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC	178
Fotografía 9: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC	179
Fotografía 10: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC	179

PRESENTACIÓN

El documento presentado a continuación pretende plasmar la experiencia académica, que se inscribe dentro del proceso de Seminario de Título, efectuado entre los meses de marzo y octubre del presente año, cuya finalidad es optar al Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social por parte de la estudiante seminarista.

El trabajo desarrollado se instaura dentro del Área de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social, institución que accede a la propuesta presentada, la cual dice relación con el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo(CHCC), particularmente con la plataforma en línea denominada: Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo(SRDM) instrumento de gestión intersectorial que recopila y almacena información relevante de gestantes y niños beneficiarios de CHCC, incluyendo la incorporación de las prestaciones entregadas a estos usuarios dentro de los centros de salud, o en otras unidades asociadas a la red local del programa.

Resulta importante consignar que el SRDM es una plataforma de incipiente funcionamiento en la comuna de Viña del Mar, bajo ese contexto, nos ofrece una oportunidad de estudio orientado a conocer las características que han acompañado su implementación desde que se integró a las unidades que componen la red CHCC en la comuna. La indagación y posterior conocimiento obtenido tras la experiencia desarrollada, resultará relevante siempre que logre ser incorporada a la gestión de dicho sistema. Por lo tanto, el presente seminario aspira en primer lugar a habilitar una propuesta de trabajo fundada en la información obtenida, abriendo posibilidades de mejora concretas las que en definitiva esperan consolidar la implementación del SRDM, la cual no sólo se relegue a la introducción de datos a la plataforma, sino que además permita la instauración de una línea de trabajo que transforme a este sistema en una potente herramienta de gestión intersectorial entre los diversos actores de la red local CHCC.

CAPÍTULO I
CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social (CMVM) es una corporación privada sin fines de lucro, fundada el 3 de septiembre de 1981, que se rige por las disposiciones contenidas en el DL N°3.063 de 1980 y sus modificaciones posteriores, además de lo estipulado en sus propios estatutos y la legislación común aplicable a cualquier tipo de entidad privada. Su objetivo central es administrar los servicios en el ámbito de la Educación Pública, Salud Primaria y Cementerio, traspasados en administración a la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar.

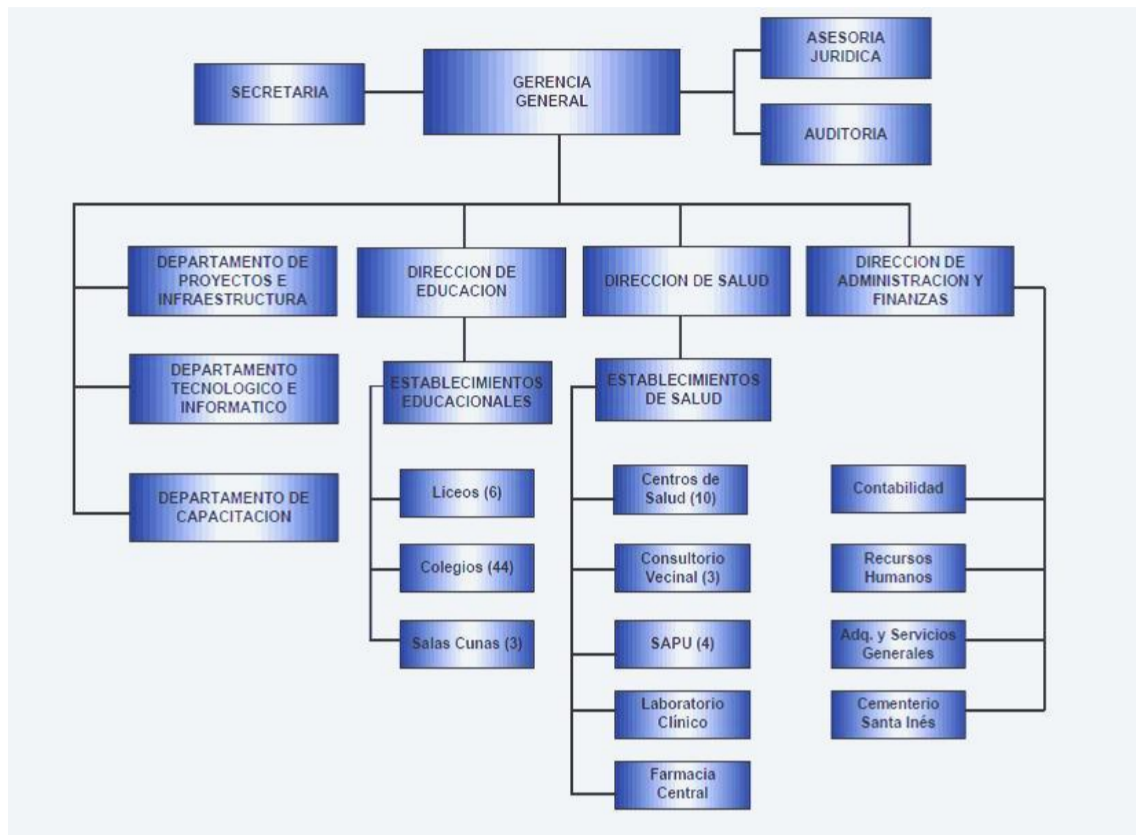
La Corporación de la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar cuenta con socios de diversas universidades y asociaciones gremiales, que representan diferentes actividades de la vida de la ciudad.

De acuerdo a la ley, la Corporación es supervisada por el Ministerio de Justicia, en tanto que sus actividades en el ámbito de la Educación se encuentran bajo la supervisión del Ministerio de Educación; y las del ámbito de la Salud, por el Ministerio de Salud.

Esta institución es administrada por un Directorio integrado por cinco miembros en representación de los socios y un Gerente General. Es presidido por la Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar.

La figura 1 que aparece a continuación, presenta el organigrama institucional de la CMVM.

Figura 1: Organigrama Institucional CMVM



Fuente: <http://www.cmvm.cl> (2013)

Atendiendo que el presente seminario se inserta dentro del Área de Salud de de esta institución, el siguiente apartado hará referencia a dicha unidad.

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VIÑA DEL MAR, AREA SALUD

El Área de Salud de la Corporación de Viña del Mar fue fundada en el año 1982 para impulsar en la comuna el crecimiento económico y el desarrollo social y también con el fin de mejorar la calidad de vida de los residentes de la ciudad, a través de la administración de la Atención Primaria de Salud

Su *visión* contempla mejorar la calidad de vida de la población de Viña del Mar, con un Sistema de Salud innovador, resolutivo y de excelencia, que satisfaga oportunamente las necesidades de la comunidad, constituyendo un modelo de referencia para el desarrollo de la salud del país. En tanto que su *misión* está dirigida a construir un Sistema Comunal de Salud dinámico, participativo e integrado que facilite el trabajo y desarrollo del equipo de

salud, permitiendo con estrategias innovadoras y sustentables, el logro de los objetivos y metas de la institución(disponible en <http://www.cvm.cl/salud/>).

En la actualidad, se encuentra a cargo de la gestión de diez Centros de Salud Familiar(CESFAM),los cuales se nombran a continuación:

- CESFAM Dr. Jorge Kaplan
- CESFAM Dr. Marco Maldonado
- CESFAM Amigable Las Torres
- CESFAM Brígida Zavala
- CESFAM Dr.Juan Carlos Baeza Bustos
- CESFAM Gómez Carreño
- CESFAM Lusitania
- CESFAM Miraflores
- CESFAM Nueva Aurora
- CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos

Además,administra cuatro Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF):

- CECOSF Las Palmas Chilenas
- CECOSF Villa Hermosa
- CECOSF Santa Julia
- CECOSF Achupallas

Cuatro Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):

- SAPU Las Torres
- SAPU Reñaca Alto
- SAPU Nueva Aurora
- SAPU Miraflores

Y un laboratorio Clínico.

Los establecimientos de salud y consultorios mencionados, atienden en la actualidad a una población, validada por FONASA, de 239.430 habitantes, que representan al 83% de la población de la comuna(disponible en <http://www.congresosalud.cl>).

Continuando la revisión de los contextos que circunscriben el presente seminario, a continuación se describirá en detalle el contexto programático.

CONTEXTO PROGRAMÁTICO

El Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (CHCC) nace legislativamente durante el gobierno de Michelle Bachelet en septiembre del año 2009, bajo el proyecto de ley 20.379, el cual crea el «Sistema Intersectorial de Protección Social». La ley define a este sistema como un modelo de gestión compuesto por un conjunto de acciones y prestaciones sociales, ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, destinado a la población más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos (Ley N° 20.379, 2009).

Dentro el Sistema Intersectorial de Protección Social, se encuentran los subsistemas Chile Solidario (creado bajo la ley 19.949) y Chile Crece Contigo, (institucionalizado bajo la ley 20.379). Ambos subsistemas se entienden como conjuntos de acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, focalizadas en un mismo grupo de personas y familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Si bien, el Sistema Intersectorial de Protección Social contiene medidas concernientes a distintos sectores, la administración, coordinación y supervisión corresponde principalmente al Ministerio de Planificación, sin perjuicio de las atribuciones y funciones de las demás entidades públicas.

En cuanto al Subsistema de Protección Integral a la Infancia «Chile Crece Contigo», su objetivo principal es de acompañar la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, apoyando su desarrollo en cada etapa de su crecimiento, desde la gestación hasta el ingreso a la enseñanza pre-básica.

Por otro lado, Chile Crece Contigo se define, primeramente, como una red integrada de servicios y prestaciones de distintas áreas del sector público, las que proveen una oferta temática ligada a la primera infancia, ofreciendo apoyos diferenciados en relación a las necesidades particulares de cada niño o niña y sus familias.

Por esto mismo, se cuenta con un modelo de gestión intersectorial, el cual utiliza todos los recursos disponibles en el territorio. Esta red intersectorial supone la coordinación, articulación y fortalecimiento de la oferta programática disponible en las comunas; y la integración de proyectos y programas a escala comunal, provincial, regional y nacional. De esta forma, se debe concretar un apoyo a las familias y a las comunidades, promoviendo entornos amigables, inclusivos y acogedores donde los niños y niñas crecen y se desarrollan.

A continuación, revisaremos las principales instituciones y organismos que intervienen en CHCC a lo largo del territorio nacional:

Tabla 1: Articulación del Sistema a Nivel Territorial.

NIVEL NACIONAL	COMITÉ DE MINISTROS POR LA INFANCIA		
	MINSAL	MIDEPLAN	MINEDUC
NIVEL REGIONAL Y PROVINCIAL	SEREMI SALUD	SEREMI SERPLAC	SEREMI Educación
	Servicios de Salud	Encargado Regional CHCC	JUNJI INTEGRAL
	Gerente CHCC	Coordinador Provincial de Protección Social	
NIVEL COMUNAL	Salud	Municipalidad	Educación

Fuente: Galerna Consultores(2012).

Como se aprecia en el cuadro anterior, existe una completa red a nivel nacional, encargada de las decisiones y resoluciones que recaen directamente en la implementación del programa, funcionando con autoridades representantes en los diferentes niveles del estamento público.

La instauración de este Sistema de Protección Integral a la Infancia «Chile Crece Contigo», se logró concretar gracias a una serie de hitos previos que ayudaron directa o indirectamente a su diseño y posterior implementación. Una de las iniciativas precedentes fue la creación del Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y Adolescencia (2001-2003), el que establecía una instancia de seguimiento de la política nacional a través de la constitución del Consejo de Ministros para la Infancia y la Adolescencia (2003) bajo la dirección del ministro de Planificación y Cooperación.

En el año 2006, se hace público el Sistema de Protección Integral a la infancia, que tendrá como base los planteamientos desarrollados por el

Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, creado ese mismo año. En este contexto, el Sistema Chile Crece Contigo hace suyas varias de las propuestas planteadas por el Consejo, comenzando su implementación el año 2007. Todo lo anterior, finalmente, se traducirá en la institucionalización del Sistema Intersectorial de Protección Social, el año 2009, el cual abarcaría múltiples políticas en materias de primera infancia desde distintos sectores ministeriales y servicios públicos. Teniendo como eje el «Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial», el cual consiste en el acompañamiento y seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas que cumplan los requisitos previstos en la ley. (Galerna Consultores,2012).

En el siguiente apartado, se explicarán las características y componentes principales del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

I. PRINCIPALES COMPONENTES DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

- a. Programa Educativo Masivo (PEM).
- b. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP).
- c. Programa de Apoyo al Desarrollo del Recién Nacido (PARN).
- d. Prestaciones Diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas.
- e. Redes Comunales Chile Crece Contigo.
- f. Fondos de Apoyo.
- g. Evaluaciones del Sistema.

En el cuadro presentado a continuación, es posible distinguir las prestaciones y servicios asociados a CHCC, segmentados por tipo de usuario-beneficiario.

Tabla 2: Programas y Componentes del Sistema CHCC por usuario/a

TODOS LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADULTOS RESPONSABLES	NIÑOS(AS) Y FAMILIAS QUE SE ATIENDEN EN LA RED PÚBLICA	NIÑOS(AS) Y FAMILIAS QUE PRESENTAN VULNERABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Programa Educativo Masivo (PEM). <li style="padding-left: 20px;">- Portal Web. <li style="padding-left: 20px;">- Fono Infancia. - Leyes de Protección a los Niños(as) y Familias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP). - Programa de Apoyo al Desarrollo del Recién Nacido(a) (PARN). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestaciones Diferenciadas del PADBP. - Subsidio Único Familiar (SUF). - Sala Cuna y Jardín Infantil Gratuito. - Ayudas Técnicas para Niños(as) con Discapacidad.

Fuente: Galerna Consultores(2012).

A continuación se dará una descripción detallada de los componentes antes mencionados.

a. Programa Educativo Masivo (PEM)

El Programa Educativo Masivo es un conjunto de plataformas comunicativas, dirigidas a sensibilizar sobre las necesidades de desarrollo de los niños y niñas en la primera infancia y a orientar a los adultos, especialmente a padres y madres, en materias de cuidado y estimulación de los niños y niñas.

Este programa dentro de sus componentes considera una plataforma web (www.crececontigo.gob.cl) como medio informativo/comunicativo acerca de temas de primera infancia, consulta a especialistas y disponibilidad de material de apoyo y didáctico para niños y niñas. Asimismo, contempla un teléfono gratuito de información y apoyo para los padres y madres, conocido como «Fono Infancia» que la Fundación Integra ha puesto a disposición de Chile Crece Contigo para atender consultas y entregar orientación.

Componentes principales del Programa:

- ✓ *Programa Radial “Creciendo Juntos”* orientado a la difusión de información relevante en temas de gestación, parentalidad, cuidado, estimulación y crianza
- ✓ *Crece Contigo TV* programación de continuidad con contenidos sobre desarrollo infantil, que se emite en salas de espera de centros de salud.

- ✓ *Fono Infancia 800 200 818*, atención telefónica entregada por especialistas a padres, madres y adultos significativos de los niños y niñas en primera infancia, gratuito y con cobertura nacional, que la Fundación INTEGRAL ha puesto a disposición de Chile Crece Contigo para atender consultas y entregar orientación.
- ✓ *Sitio Web <http://www.crececontigo.gob.cl>* que ofrece servicios de información, consulta a especialistas, material educativo y didáctico para niños y niñas, entre los principales.
- ✓ *Redes sociales* de interacción directa con la ciudadanía a través de Facebook y Twitter, difusión de contenidos de infancia temprana, cuidado y estimulación, encuestas en temáticas específicas, entre las principales.
- ✓ *Colección de Cartillas Educativas*: material educativo de distribución nacional con contenidos esenciales para apoyar las competencias parentales y las necesidades de desarrollo de niños y niñas.
- ✓ *Colección de Música*: herramienta de estimulación como apoyo al desarrollo infantil temprano (música prenatal, estimulación del lenguaje, juegos musicales y cuentos musicales).

b. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)

El PADBP es el programa eje del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, siendo el conducto de ingreso al Sistema, desde el cual se realiza el seguimiento a la trayectoria del desarrollo infantil, detectando los factores que guiarán las prestaciones diferenciadas en la Red de Protección Social.

Esta prestación acompaña desde la gestación y hace seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud, específicamente, en establecimientos de atención primaria, secundaria y hospitales con servicios clínicos de maternidad, neonatología y pediatría. Está constituido por intervenciones biopsicosociales de calidad y complementarias al control prenatal, atención del nacimiento, controles de salud infantil y atención hospitalaria, las cuales protegen la trayectoria del desarrollo infantil, reforzando acciones de

evaluación, estimulación y seguimiento para todos los niños, niñas y familias del Sistema. Este cuenta con un catálogo de prestaciones, donde se detalla cada una de las asistencias en las 5 áreas en que se divide el programa, estableciendo indicadores y estándares para cada prestación. El PADBP es ejecutado por la red asistencial de salud pública: atención primaria, maternidades y establecimientos con hospitalización pediátrica.

En el cuadro siguiente, se presentan las principales atenciones recibidas por los usuarios del programa, de acuerdo a la etapa de desarrollo, e institución encargada de entregar el beneficio:

Tabla 3: Principales prestaciones del programa por usuario e institución ejecutora

Gestación	Nacimiento	0 a 4 Años de Edad		
Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal.	Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento.	Atención al Desarrollo Integral del Niño(a) Hospitalizado.	Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña.	Atención de Niños y Niñas en Situación de Vulnerabilidad.
Atención Primaria	Hospitales	Hospitales	Atención Primaria	Atención Primaria

Fuente: Galerna Consultores(2012).

El PADBP está dirigido a todas las mujeres embarazadas, niños y niñas de hasta 4 años de edad que se atiendan en el sistema público de salud. Su objetivo es fortalecer y realizar un seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas, desde su gestación hasta los cuatro años de edad (Ingreso al sistema escolar/prekinder), a través de la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país (establecimientos de salud de atención primaria, maternidades y servicios de hospitalización pediátrica), mediante prestaciones de calidad y complementarias al actual control prenatal, parto, puerperio, control del niño sano y atención hospitalaria de los niños y las niñas.

c. Programa de Apoyo al Recién Nacido/a (PARN)

Este programa consiste en una serie de insumos para los cuidados iniciales del recién nacido(a) y material educativo para la primera etapa de vida del niño o niña, a través de los cuales, se brinda apoyo a las familias para asegurar que todos los niños y niñas cuenten con las condiciones óptimas de atención y cuidado durante esta etapa de desarrollo. A través de estos componentes, se fomenta el cuidado y atención de calidad al recién nacido(a); la seguridad y protección infantil; la lactancia exclusiva hasta los seis meses; un vínculo de apego entre el recién nacido(a) y su padre, madre o cuidadora y la equidad en el acceso a información sobre cuidados y crianza temprana.

Sus principales componentes son:

- ✓ *Set de Implementos Básicos para el Recién Nacido(a)*: consta de cuatro paquetes de insumos y una cartilla educativa. El set contiene elementos para favorecer el vínculo de apego, para los cuidados de muda e higiene, una cuna completamente equipada, bolso y vestuario inicial.
- ✓ *Educación para las familias*: respecto a temas de crianza temprana, fomento de apego seguro, atención y cuidados básicos del recién nacido(a).

Este programa está dirigido a las familias de todos los niños y niñas nacidos(as) vivos(as) en los hospitales del Sistema Público de Salud (incluidos los delegados), independiente de la condición previsional de su madre o padre y de la sala de hospitalización de la madre (incluyendo pensionado). El beneficiario final es el/la recién nacido(a) vivo(a), la madre, el padre o el cuidador(a) del niño o la niña. Si se trata de un nacimiento múltiple corresponde un set completo para cada niño o niña.

d. Prestaciones Diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas.

Son todas aquellas acciones y prestaciones que el Sistema contempla para la población en primera infancia y sus familias, que se atienden en el sistema público de salud y que presentan situaciones de vulnerabilidad.

Chile Crece Contigo reconoce que los niños y niñas pertenecientes a las familias más vulnerables requieren de apoyos diferenciados, por lo cual establece una oferta de prestaciones que complementan aquellas que se entregan con cobertura universal, a través de los otros componentes del Sistema. Esta oferta de prestaciones es variada e incluye programas en áreas tan diversas como mejoramiento de las condiciones de habitabilidad, programa de nivelación de estudios, inserción laboral dependiente o independiente, atención de salud mental, dinámica familiar, asistencia judicial, prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil.

Dichas prestaciones se articulan y coordinan a través de la Red Comunal Chile Crece Contigo, y pueden a su vez desagregarse en dos tipos: prestaciones garantizadas y prestaciones de acceso preferente, según lo establecido en la Ley 20.379.

Las prestaciones garantizadas son:

- ✓ Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad (que pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional).
- ✓ Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes (niños y niñas cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional).
- ✓ Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes (niños y niñas cuya madre, padre o guardador/a se encuentren trabajando, estudiando o buscando trabajo y pertenezcan a hogares del 60% más vulnerable de la población nacional a contar del año 2013).
- ✓ Acceso a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar.
- ✓ Acceso garantizado al Chile Solidario a las familias de niños y niñas en gestación y que cumplan con los requisitos de acceso.

➤ Prestaciones de Acceso Preferente:

Forman parte de las prestaciones diferenciadas para las familias con niños y niñas en primera infancia y que formen parte de hogares del 40% más vulnerable de la población nacional. Por ejemplo, el *Subsidio Único Familiar* (SUF) garantizado a contar del quinto mes de gestación y hasta que el niño o niña cumpla los 18 años de edad, en la medida que cumplan con los requisitos establecidos por la ley para 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 Social).

En su artículo 13, la ley N° 20.379 señala que las familias tendrán acceso preferente a la oferta de servicios públicos de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos en programas tales como: nivelación de estudios, inserción laboral, mejoramiento de las viviendas y condiciones de habitabilidad, atención de salud mental, dinámica familiar, asistencia judicial, prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil. Dirigido a niños y niñas de hogares del 40% más vulnerable de la población.

e. Redes Comunales Chile Crece Contigo.

Este tipo de redes son una instancia multisectorial que reúne a nivel comunal, al conjunto de servicios públicos y municipales que trabajan a favor de niños y niñas de primera infancia. Funciona como un dispositivo de gestión local, cuya función principal es implementar las distintas prestaciones tanto generales como diferenciadas a la trayectoria del desarrollo de niños y niñas.

La gestión de la Red Comunal, permite que los niños y niñas de primera infancia entren en contacto con el Sistema Chile Crece Contigo. La institucionalidad a favor de la infancia que se congrega en la Red Comunal corresponde a las instancias que se vinculan directamente con el desarrollo infantil, como son salud y educación.

La Municipalidad tiene un rol clave, pues de acuerdo a sus atribuciones le corresponde la articulación de políticas de desarrollo en el nivel comunal, en este caso, las políticas locales a favor del desarrollo de la primera infancia. Participan, además, otras instancias cuyo aporte permite apoyar la generación de condiciones favorables del entorno en que niños y niñas se desenvuelven.

- Actores Institucionales de la Red Chile Crece Contigo:

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

El Ministerio de Educación (MINEDUC) y el Ministerio de Salud (MINSAL) deben velar por la correcta implementación de las prestaciones asociadas a su cartera. Por su parte, al Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) le corresponde la coordinación del sistema en su conjunto.

Por otro lado, el Comité de Ministros por la Infancia, es coordinado por el Ministerio de Planificación y 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 y es la instancia desde la cual se diseñan y planifican todos los componentes del Sistema de Protección Integral a la Infancia.

Dentro de la Red Comunal Básica, sus principales componentes son:

1. Directores(as) de los Centros de Salud (consultorios), Encargados(as) de Postas Rurales, Directores(as) de Centros de Salud Familiar (CESFAM).
2. Directoras(es) de Jardines Infantiles y Salas Cuna, y los Equipos Técnicos Territoriales, pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y a la Fundación INTEGRAL, representantes del área de la Educación Inicial.

3. Representantes de las diversas Unidades Municipales responsables de la provisión de servicios o programas de apoyo al desarrollo infantil y familiar, entre los que se cuentan:

- Director(a) de Desarrollo Comunitario (DIDECO).
- Encargado(a) Municipal de Infancia.
- Encargado(a) Municipal de la Unidad de Subsidios Sociales.
- Encargado(a) del Departamento o Unidad de Asistencia Social.
- Jefe(a) de la Unidad de Intervención Familiar del Programa Puente.
- Director(a) de Salud Municipal y la Encargada(o) Municipal del Área de Educación Inicial.

En tanto, la Red Comunal Ampliada, se compone principalmente por todos los Actores Institucionales anteriores, más los siguientes:

- Encargado(a) de Oficina de Protección de Derechos (OPD)
- 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 Comunitarias

Al mismo tiempo, las Redes Comunales han implementado modalidades de registro y derivación sobre la base de resultados de las atenciones específicas que se originen a partir de la detección de situaciones de vulnerabilidad de la población infantil atendida. El objetivo general de esta red, está centrado en Incorporar al Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, a todos los niños y niñas que se atienden en el Sistema Público de Salud, desde el primer control pre-natal de sus madres.

f. Fondos de Apoyo.

El Sistema Chile Crece Contigo, considera el desarrollo de instrumentos de gestión que permitan potenciar y facilitar la implementación del sistema a nivel comunal. Entre estos instrumentos se destacan:

- ✓ Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil, cuyo objetivo general es contribuir a la implementación del Sistema CHCC a nivel

comunal, proveyendo recursos financieros para perfeccionar la oferta local de prestaciones específicas dirigidas a niños y niñas de primera infancia con riesgo de rezago o rezago en su desarrollo.

- ✓ Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia, cuyo objetivo es lograr la implementación de proyectos comunales dirigidos a apoyar las necesidades de desarrollo de los niños y niñas cubiertos por el sistema.

- ✓ Fondo de Apoyo a la Gestión Municipal en Primera Infancia, cuyo objetivo es apoyar el fortalecimiento de la gestión de las Redes Comunales Chile Crece Contigo, contribuyendo a generar las condiciones técnicas necesarias para iniciar y consolidar el funcionamiento del sistema a nivel comunal.

g. Evaluaciones del Sistema.

El Sistema Chile Crece Contigo, cuenta con un modelo de autoevaluación, basado en una estrategia comprehensiva enfocada a distintos objetivos, entre ellos: proveer información de corto, mediano y largo plazo que sea de utilidad para la gestión pública; generar antecedentes relevantes y pertinentes para el seguimiento de los avances y resultados de la implementación del Sistema; analizar la implementación y el funcionamiento del Sistema de manera integral.

Tras la revisión de cada uno de los componentes que constituyen CHCC, a continuación revisaremos las principales características referidas al Modelo de Seguimiento a la Trayectoria del Desarrollo de Niños y Niñas, lo cual determina sustancialmente el sello del Subsistema de Protección Integral a la Infancia.

II. MODELO DE SEGUIMIENTO A LA TRAYECTORIA DEL DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMERA INFANCIA.

Chile Crece Contigo ofrece apoyo y acompañamiento durante el periodo crítico del desarrollo para favorecer el despliegue máximo de sus capacidades. El acompañamiento permite disponer en un mismo circuito los diversos apoyos que a nivel local Chile Crece Contigo otorga a niños y niñas de primera infancia.

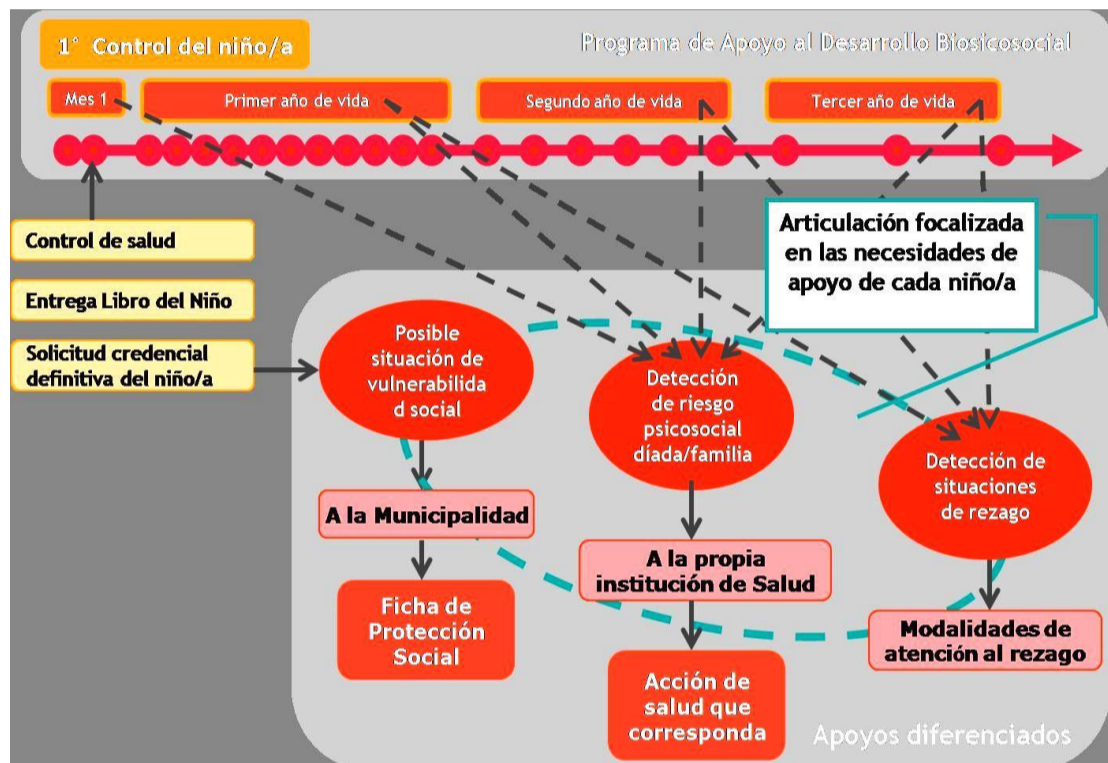
Además, establece cuáles son los apoyos específicos que se pondrá a disposición de cada niño o niña, de acuerdo a las características de la trayectoria de su desarrollo, a partir de las necesidades detectadas por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.

Dentro del acompañamiento longitudinal a la trayectoria del desarrollo del niño(a), resulta clave:

1. La articulación oportuna y pertinente de las prestaciones universales y prestaciones diferenciadas, según corresponda para cada niño y niña, lo que constituye la principal tarea de la Red Comunal CHCC.
2. El contacto entre CHCC y niños y niñas se produce a través de la secuencia de los controles y atenciones de salud (gestación, parto/nacimiento y primeros años) considerados en el Programa eje del Sistema (Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial)
3. Los productos de los contactos periódicos, dispone de *información relevante*, respecto de situaciones específicas del desarrollo infantil, que requieran de apoyo diferenciado.
4. La información que se registre en el Sistema de Registro Derivación y Monitoreo(SRDM) y que se complementa con el cruce de la Ficha de Protección Social(FPS),permite tomar decisiones sobre qué apoyos específicos requiere cada niño o niña en particular.
5. La detección de alguna vulnerabilidad de salud o social, determina un curso de acción que incluye la derivación para la atención que corresponda de manera oportuna y pertinente.

La figura 2, presentada a continuación refiere la lógica de acompañamiento longitudinal que acompaña el desarrollo de niños y niñas beneficiarios de CHCC:

Figura 2: Lógica del acompañamiento longitudinal a la trayectoria del desarrollo de niños y niñas (de 0 a 4 años)



Fuente: Jornadas de instalación (2007).

Uno de los elementos claves dentro del acompañamiento longitudinal es el SRDM, al respecto el siguiente apartado se abocará a profundizar sobre esta herramienta de gestión en línea de CHCC, que por lo demás constituirá uno de los ejes fundamentales del presente seminario de título.

III. SISTEMA DE REGISTRO, DERIVACIÓN Y MONITOREO (SRDM)

Para facilitar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Subsistema de Protección a la Infancia CHCC, se ha dispuesto de instrumentos de soporte y apoyo a la gestión. En consecuencia surge el *Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo*, herramienta de gestión en línea que pretende principalmente:

- ✓ Visibilizar la atención de gestantes, de niños y niñas, registrando y monitoreando el *proceso de desarrollo de las gestantes y niños o niñas* caso a caso.
- ✓ Generar alertas necesarias para apoyar oportunamente, activando y registrando las prestaciones de salud y de la red social integradamente.
- ✓ Registrar y monitorear *la activación de las acciones y beneficios* de CHCC para salud y para la red social, de carácter universal.
- ✓ Apoyar gestión local de la red CHCC.


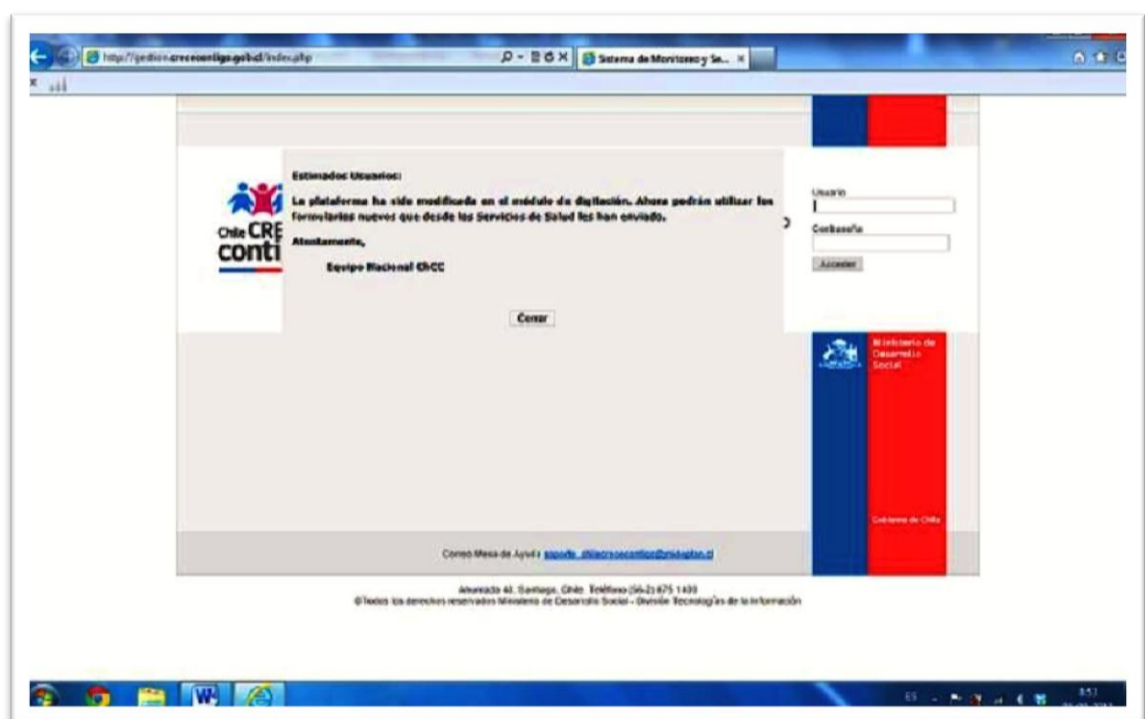
Se accede mediante el navegador Internet Explorer  con la siguiente dirección: **gestion.crececontigo.gob.cl**

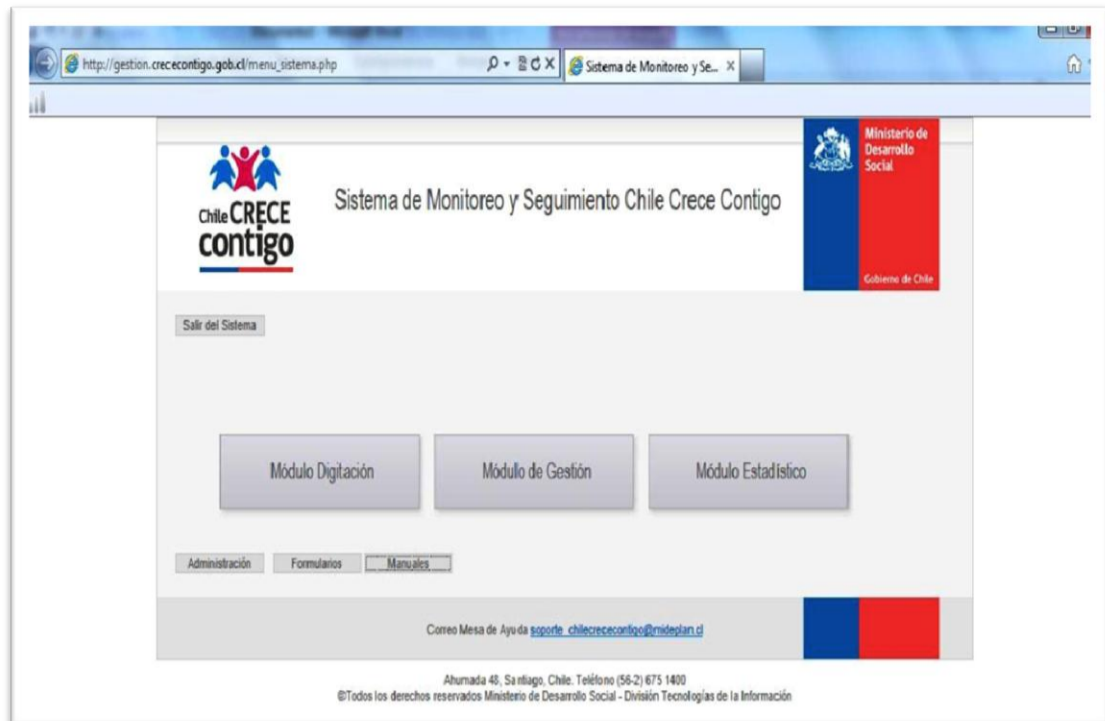
Figura 3: Pantalla de inicio SRDM



Fuente: gestion.crececontigo.gob.cl (2013).

Tras previa digitación de una clave de acceso (la cual se solicita al encargado comunal del programa) es posible ingresar a la plataforma virtual, la cual se presenta inicialmente con 3 módulos:

Figura 4: Ingreso al SRDM, previa introducción de clave



Fuente: gestion.crececontigo.gob.cl (2013).

Los módulos que componen el SRDM, serán detallados a continuación:

1. Módulo de Digitación

Se encarga de capturar Información atendiendo a los criterios de: calidad/oportunidad/pertinencia. Se utilizan formularios que están en línea o bien directamente en los box de atención cuando éstos tienen un computador. Ocurre en el área salud o bien en los municipios, según como se organice la red local CHCC.

Dentro del mismo módulo existen dos secciones las cuales segmentan la información según beneficiarios: gestantes o niños. En cada uno de ellos se ingresan datos, los cuales se describen a continuación:

❖ Módulo de Digitación - Gestantes

- Primer Control: obligatorio para el 100% de las gestantes atendidas en atención primaria (se registran al menos 200.000 gestantes promedio por año a nivel nacional).

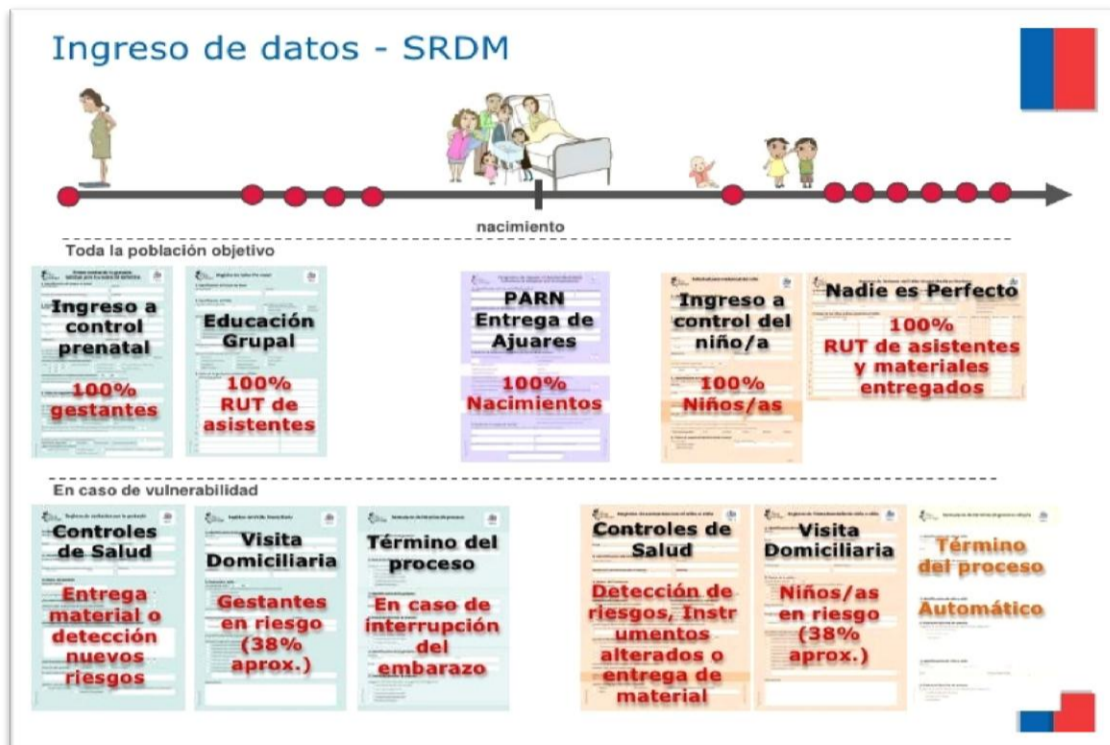
- Contactos: solamente es necesario subir los “contactos” para que el sistema pueda contar con las Gestantes que tienen Riesgo o Vulnerabilidad Social, o para consignar la entrega de la guía de la gestación, cuando esta no ocurre en el primer control.
- Talleres prenatales: obligatorio para el 100% de las gestantes que asisten a talleres. Solo se consigna el RUT, pues el sistema unifica el dígito verificador y nombre completo.
- Visita Domiciliaria Integral (VDI): Además de consignar las VDI, sirve para actualizar domicilio.
- Término de Proceso: Si el proceso de Gestación es normal, el término de proceso es “automático”. No es necesario consignarlo en el sistema. Si el proceso de Gestación es interrumpido, sólo es necesario consignarlo si gestante acude con un nuevo proceso gestacional antes de 1 año desde el primero.

❖ Módulo Digitación – Niños

- Primer control: obligatorio para el 100% de los niños y niñas atendidos en atención primaria (actualmente 700.000 niños forman parte de la red de Salud Nacional Pública de Chile Crece Contigo en atención primaria).
- Contactos: solamente es necesario subir los “contactos” en caso que los niños(as) se encuentren en Riesgo o Vulnerabilidad Social, o bien para consignar material entregado. De igual modo, cuando un instrumento CHCC da algún resultado alterado.
- Talleres Educativos: siempre y cuando no sea parte del taller Nadie es Perfecto (NEP). El NEP tiene una plataforma propia.
- Visita Domiciliaria Integral: además de consignar las VDI, sirve para actualizar domicilio y registrar si la visita fue o no efectiva.
- Término de proceso: para el caso de los niños, el término de proceso es Automático. No es necesario realizarlo en la plataforma.

La figura 5 presentada a continuación, expone las prestaciones que deben ser ingresadas gradualmente a la plataforma, durante toda la trayectoria de los beneficiarios(as):

Figura 5: Resumen Digitación datos Gestantes-Niños



Fuente: Sistema de Protección Integral a la Infancia, Aprendizajes y Desafíos (2011).

2. Módulo de Gestión

Este módulo permite realizar en línea la labor que hoy en día realizan manualmente los municipios con la población objetivo del sistema. Genera alertas de vulnerabilidad que no son visibles directamente a los distintos actores. Aporta al cumplimiento de las garantías de la Ley 20.379 y, además, posee una serie de reportes que permiten dar cuenta de la realidad comunal, tanto en el ingreso de datos como de la gestión local respectiva.

Genera listados de gestantes y/o niños o niñas que permiten apoyar gestión con otras instituciones que trabajan en directa relación con el CHCC y que son parte de la red básica y ampliada.

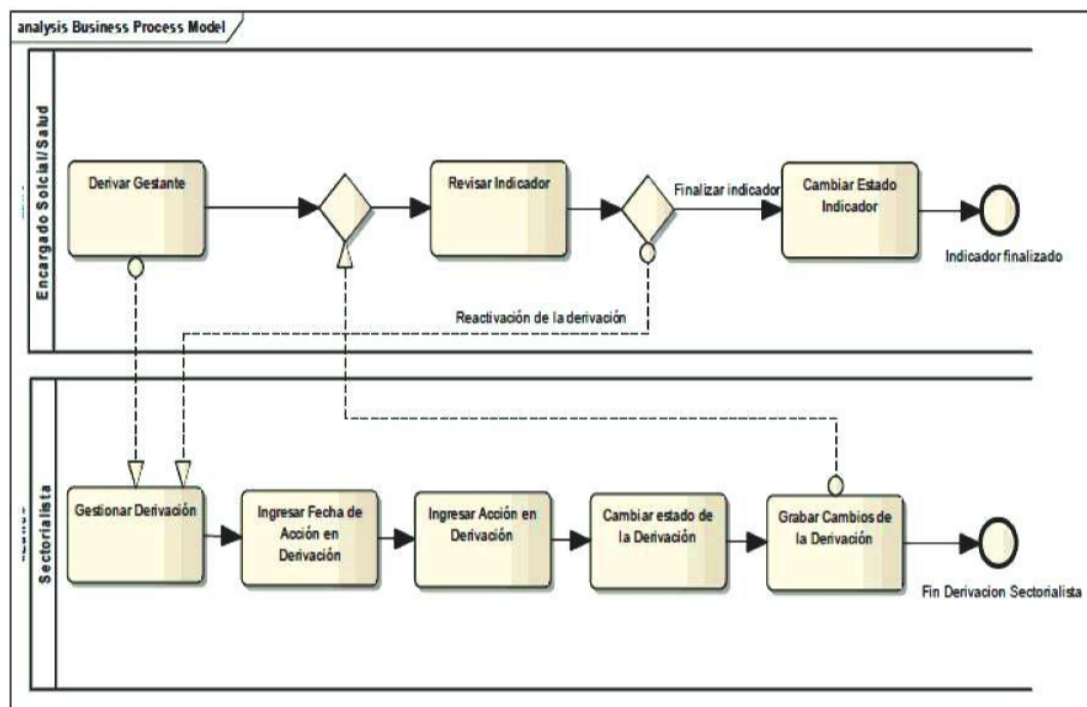
Opera a través del Encargado Comunal, generando derivaciones en línea hacia los sectorialistas de la red comunal (individuales o masivas).

Los sectorialistas ingresan las acciones pertinentes de sus áreas (Social, FPS, Discapacidad, Puente, Educación, Vivienda, Omil y Salud).

Finalmente el Encargado Comunal aprueba o rechaza las acciones ejecutadas por los sectorialistas.

En la siguiente figura, se observa un diagrama de flujo el cual expone la interacción entre la encargada comunal y los sectorialistas, quienes son los principales operadores dentro de este módulo.

Figura 6: Módulo de Gestión-Diagrama de Flujos



Fuente: SRDM (2013).

3. Módulo Estadístico

El modulo estadístico tiene como finalidad la entrega de información, extraída desde la base de datos, permitiendo realizar consultas, guardarlas y generar informes.

El acceso a cada módulo, está relacionado a la función o rol asignada al perfil, para el caso del Módulo Estadístico tiene dos funciones:

- Querys Dinámicas (Consultas SQL)
- Consolidado de Datos (Bases de Datos)

Actualmente el sistema posee dos perfiles con estas funciones asignadas y que por lo tanto tienen acceso al módulo estadístico:

- Encargados Regionales: Consultas SQL
- Encargado Comunal: Consultas SQL
- Supervisor Nacional: Consultas SQL y Bases de Datos

Tras la descripción efectuada en torno al SRDM, continuaremos el desarrollo de este capítulo con la exposición del contexto territorial, el cual refiere el escenario geográfico donde se efectuará el seminario, además de revisar características sociodemográficas de importancia para la experiencia.

CONTEXTO TERRITORIAL

Ubicación:

Localizada a 120 kilómetros al noroeste de Santiago y a 8 kilómetros al norte de Valparaíso en el Océano Pacífico, Viña del Mar está en la zona central de Valparaíso con fáciles accesos a los valles centrales y localidades al norte y sur de la ciudad. Consta de una superficie de 122 km². En la siguiente figura se observa el plano de la comuna donde se identifica la ubicación de cada sector que conforma la ciudad.

Figura 7: Mapa comuna de Viña del Mar, por sectores



Fuente: Sitio Web Scribd (2013).

A continuación, revisaremos la superficie en hectáreas de cada sector que compone la ciudad de Viña del Mar.

Tabla 4: Superficie en Hectáreas de los Sectores de la Comuna de Viña del Mar

SECTORES	HECTÁREAS(HA)
Nueva Aurora	278,77
Recreo	342,33
Forestal	378,41
Chorrillos	245,32
Viña Oriente	440,87
Miraflores	419,76
Santa Inés	127,11
Plan	504,40
Achupallas	509,54
Gómez Carreño	185,37
Reñaca Alto	734,16
Reñaca	749,39
Total Comunal	4.915,62

Fuente: Sitio Web Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, (2013).

El cuadro anterior, posiciona a los sectores de Reñaca y Reñaca Alto, como los lugares con mayor concentración de hectáreas(749,39 y 734,16 HA respectivamente).En contraposición el sector con menos cantidad de hectáreas corresponde a Santa Inés(127,11HA)

Población:

Según los datos recolectados el año 2012, por el Censo del Instituto Nacional de Estadísticas, la comuna posee una población de 331.399 personas, en consecuencia es la más importante en tamaño(a nivel regional). Viña del Mar acoge al 19,1%, de la población total de la región. El 100 % de la población es urbana.

Revisaremos a continuación, algunos datos sociodemográficos que caracterizan a la comuna.

a) Indicadores de Población:

Se comenzará por revisar el número total habitantes dentro del territorio nacional, la región y en la comuna de Viña del Mar, esto diferenciado por sexo.

Tabla 5: Población total ,según sexo; a nivel país,region y comuna

INDICADORES	TOTAL PAIS	TOTAL REGION	COMUNA DE VIÑA DEL MAR
Población total	16.634.603	1.734.917	331.399
Número de hombres	8.101.890	835.186	156.350
Número de mujeres	8.532.713	899.731	175.049

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2012).

El cuadro anterior, contiene los datos arrojados por el XVIII Censo de Población y VII de Vivienda del año 2012, el cual estima que la población total de la comuna alcanza los 331.399 habitantes, de los cuales 156.350, corresponden a hombres,y 175.049 a mujeres.

Considerando que un segmento importante de beneficiarios CHCC, son niñas y niños, agregamos a esta revisión de datos demográficos, la población total, por área urbana y sexo, entre 0 y 4 años, asimismo diferenciado por edad simple, en la comuna de Viña del Mar, lo cual se expone en el cuadro 6, presentado a continuación:

Tabla 6: Población Total, por área urbana¹ y sexo, en Viña del Mar; quinquenio de edad de 0 a 4 años y edad simple².

Grupos quinquenales de edad y edad simple	Total		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	331.399	156.350	175.049
0 – 4 años	19.815	10.040	9.775
0	4.047	2.062	1.985
1	3.863	3.863	3.863
2	4.001	2.005	1.996
3	4.069	2.012	2.057
4	3.835	1.968	1.867

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2012).

El cuadro anterior permite identificar dentro del quinquenio de edad de 0 a 4 años, un total de 19.815 habitantes, lo cual representa el 5,9% de la población total. Este segmento etario corresponde a uno de los beneficiarios directos del programa Chile Crece Contigo.

El cuadro exhibido a continuación, muestra la población total de la comuna, segmentada por sexo y grupos quinquenales.

¹ La comuna de Viña del Mar, no posee población rural, por lo tanto se entiende que su residencia es completamente urbana.

² La edad simple será detallada sólo en el quinquenio 0-4 años, considerando que es el grupo de edad de los beneficiarios del programa Chile Crece Contigo.

Tabla 7: Población total de Viña del Mar, según grupos quinquenales de edad y sexo.

Grupos quinquenales de edad	Total Ambos sexos	Mujeres	Hombres
5 – 9 años	18.746	9.554	9.192
10 – 14 años	21.088	10.613	10.475
15 – 19 años	27.056	13.663	13.393
20 – 24 años	35.553	18.041	17.512
25 – 29 años	25.774	12.838	12.906
30 – 34 años	21.413	10.567	10.846
35 – 39 años	19.602	9.435	10.167
40 – 44 años	19.812	9.220	10.592
45 - 49 años	21.590	9.822	11.768
50 – 54 años	21.859	9.708	12.151
55 – 59 años	17.972	8.123	9.849
60 – 64 años	15.328	6.642	8.686

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas(2012).

El recuadro 7, permite señalar que existe un 42.1% de **mujeres en edad reproductiva**³, por lo tanto este segmento etario también es potencial beneficiario del programa Chile Crece Contigo

Siguiendo con la revisión de datos sociodemográficos, se contemplarán algunos indicadores sociales relevantes para el presente seminario.

b) Indicadores Sociales:

- ✓ Tipo de Composición Familiar

A continuación la tabla 8, expone el número total de hogares a nivel país, región y comuna, y respectivamente el promedio de personas por hogar.

³ Según el INE, las mujeres en edad fértil, son aquellas entre 15 y 49 años. Extraído el día 22 de abril de 2013, desde http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf

Tabla 8: Número total de hogares a nivel país, región y comuna; Promedio de personas por hogar, total país, región y comuna.

	Total País	Total Región	Comuna de Viña del Mar
N° total de hogares	5.035.637	547.766	109.514
Promedio de personas por hogar	3.28	3.14	3

Fuente: Resultados Definitivos XVIII Censo de Población y VII de Vivienda, Instituto Nacional de Estadísticas(2012).

La tabla anterior permite establecer que de un total de 5.035.637 hogares, 109.514 de ellos corresponden a la comuna de Viña del Mar, lo que representa un 2.2% del total de hogares a nivel país, y el 19,9% de hogares, del total región .

El promedio de personas por hogar a nivel país corresponde a 3.28, la comuna de Viña del Mar se encuentra levemente por debajo del promedio nacional, alcanzando un promedio de 3 personas por hogar.

✓ Numero de hijos por familia

Tabla 9: Promedio de hijos de mujeres mayores de 15 años, total país, región y comuna.

	Total País	Total Región	Comuna de Viña del Mar
Promedio de hijos de mujeres mayor de 15 años	2,22	2.17	1.98

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2012).

El recuadro 9 permite señalar que el promedio de hijos de mujeres mayores de 15 años, a nivel país, corresponde a 2.22, en tanto la comuna de Viña del Mar se encuentra levemente por debajo de esa cifra, alcanzando un promedio de 1.98.

✓ Jefatura de Hogar

Tabla 10 :Jefes de Hogar,según región,provincia y comuna: Por Sexo

JEFES DE HOGAR			
Región, Provincia y Comuna	TOTAL	Sexo	
		Hombres	Mujeres
País	5.035.637	3.203.459	1.832.178
Región de Valparaíso	547.766	336.708	211.058
Provincia de Valparaíso	236.118	138.056	98.062
Comuna de Viña del Mar	109.514	63.978	45.536

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas(2012).

La tabla anterior, permite identificar que a nivel país, existen 5.035.637 hogares, en 3.203.459 el jefe de hogar es hombre (63,6%) y en 1.832.178 es mujer (36,4%). En la Región de Valparaíso hay 547.766 hogares, en 336.708 el jefe de hogar es hombre (61,5%) y en 211.058 (38,5%) mujer.

La región de Valparaíso tiene el mayor porcentaje de jefes de hogar mujer (38,5%). A nivel nacional el promedio de mujeres jefes de hogar es 36,4%, mientras que para el Censo 2002 esa cifra era 31,5%. Se observa un crecimiento intercensal del porcentaje de mujeres jefes de hogar. Respecto a la comuna de Viña del Mar, por su parte, de 109.514 jefes de hogares, 63.978 de ellos corresponde a jefatura de hombres, lo que porcentualmente representa el 58,4%; en la tanto la jefatura de hogar femenina alcanza los 45.536 hogares, equivalente al 41.5%.

✓ Vivienda

Tabla 11: Chile, Viviendas Total País, Variación Intercensal, censos 1992,2002,2012, según provincia y comuna, resultados definitivos.

País, Región, Provincia y Comuna	VIVIENDAS		% Variación Intercensal 2002- 2012
	Censo 2002	Censo 2012	
Total País	4.399.952	5.737.013	30.4
Región de Valparaíso	532.641	708.856	33.1
Provincia de Valparaíso	221.052	298.660	35.1
Viña del Mar	99.619	132.969	33.5

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas(2012).

El presente recuadro establece que la variación intercensal para la región mostró un 33,1% de crecimiento; Destacando la comuna de Viña del Mar, pues fue la que más creció, con 33.350 viviendas. El Censo de Vivienda en la Región de Valparaíso, muestra que la comuna de Viña del Mar con 132.969 viviendas es la más importante, pues concentra el 18,7 % de las viviendas a nivel regional.

c) Indicadores de Salud:

El acceso de las personas a los servicios de salud está determinado por el tipo de seguro al cual están afiliados. En el año 2009 el 78,9 % de la población pertenece al seguro público, y 13,04% a seguros privados (ISAPRES). De acuerdo a datos CASEN, el sistema público ha tenido un incremento sostenido de sus beneficiarios desde el año 2003. En el mismo período se observa una creciente disminución del porcentaje de población no cubierta por ningún seguro de salud.

FONASA clasifica a sus beneficiarios en tramos según ingreso (A/B/C/D), lo que determina su forma de acceder a la atención de salud. El año 2010, del total de los afiliados a FONASA, el 34,9% se inscribe en grupo A (personas

carentes de ingresos), personas para las cuales no está disponible la modalidad de libre elección.

A continuación, la tabla 12 expone el número de establecimientos de salud, según tipo, diferenciando por comuna(Viña del Mar), región y país:

Tabla 12: Número de establecimientos de salud según tipo, DEIS 2013.

Número de Establecimientos	Comuna	Región	País
Hospitales	1	22	194
Centros de Salud Ambulatorios	16	108	982
Postas Rurales	0	60	1.164
Total	17	190	2.340

Fuente: Sitio Web Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), (2013).

Según el recuadro anterior la comuna de Viña del Mar cuenta con 16 centros de atención primaria, lo que a nivel regional representa el 14.8% del total de establecimientos en la región.

No cuenta con postas rurales, dado que en la comuna la población es totalmente urbana.

La tabla presentada a continuación, diferencia la población usuaria de FONASA, según tramo al que pertenece, mostrando valores por comuna, región y país.

Tabla 13: Población en FONASA según nivel DEIS 2010.

Población según Tramo	Comuna		Región		País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo A	69.903	29,97	417.860	31,09	4.367.808	34,88
Grupo B	80.772	34,63	480.594	35,75	3.958.375	31,61
Grupo C	38.322	16,43	216.012	16,07	2.040.215	16,29
Grupo D	44.269	18,98	229.667	17,09	2.157.663	17,23
Total	233.266	100	1.344.133	100	12.524.061	100

Fuente: Sitio Web Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), (2013).

El recuadro anterior, señala que de un total de 12.524.061 usuarios de FONASA, 1.334.133 pertenecen a la región de Valparaíso, y de ellos 233.266 se concentran en la comuna de Viña del Mar, lo que representa un porcentaje de 1.8% y 17.4%, respectivamente. En cuanto a la población según tramo de atención al que pertenece, la comuna concentra usuarios mayoritariamente en el GRUPO B, con un total de 80.772 beneficiarios, lo que representa el 34.6% del total de usuarios.

Tabla 14: Población según sistema de salud CASEN 2003-2009

Sistema Previsional	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Público	192.040	227.553	264.225	79,32	81,83	78,79
Isapre	43.932	23.007	43.175	12,96	8,76	13,04
Particular	51.034	35.732	25.721	7,72	9,41	8,17
Total	287.006	286.292	333.121	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Planificación (2009).

La tabla anterior refiere que a nivel nacional, el 78,79% de la población pertenece al sistema previsional público, mientras que en la región el 81,83%. Viña del Mar se encuentra levemente bajo el porcentaje nacional y regional, alcanzando el 79,32%.

Indicadores de Salud asociados a los sujetos de atención del Programa Chile Crece Contigo.

Tabla 15: Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil año 2009.

Territorio	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad Infantil
Comuna de Viña Del Mar	14,80	7,20
Región de Valparaíso	13,70	8,40
País	15	7,90

Fuente: Sitio Web Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), (2013).

El recuadro anterior indica que la tasa de natalidad en la comuna de Viña del Mar alcanza un promedio de 14.80 nacimientos por cada 1000 habitantes, encontrándose por sobre el promedio regional que alcanza un promedio de 13.70.

Respecto de la tasa de mortalidad infantil, el promedio regional y nacional alcanzan el 8.40 y 7.90 respectivamente, mientras que la comuna de Viña del Mar está bajo el promedio de ambos referentes, obteniendo un promedio de 7.20 muertes de niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos.

Otro indicador de salud revisado es el estado nutricional de la población entre 0 y 5 años, lo cual queda detallado a continuación:

Tabla 16: Estado nutricional de la población de 5 o menos años CASEN 2003-2009.

Estado Nutricional	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Bajo Peso o Desnutrido	1.230	560	684	2,97	2,99	3,40
Normal	23.919	21.613	14.500	62,98	80,73	83,10
Sobrepeso u Obeso	337	2.640	5.319	23,10	13,12	11,10

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Planificación,(2009).

La tabla anterior, permite señalar que a nivel país, el 83,10% de la población de 5 años o menos se encuentra en un estado nutricional normal, mientras que el 11,10% está sobrepeso u obeso y el 3,40% bajo peso o desnutrido. Así, la comuna de Viña del Mar, está por sobre el porcentaje regional y nacional de niños de 5 o menos años en estado nutricional de sobrepeso u obesidad, alcanzando un 23,10%.

Con los indicadores sociodemográficos revisados, asociados a la población de la comuna de Viña del Mar, damos término a este capítulo el cual ha descrito ampliamente los contextos en donde se enmarca la presente experiencia de seminario de título.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Hacia el año 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. (Frenz, 2005)

No obstante, existen otros precedentes asociados a dicho concepto. Según Álvarez(2009) la relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud, se establecieron desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este período surgieron la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera

A pesar de la clara relación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XIX se implantó en Europa y en Estados Unidos el llamado modelo higienista, que promovió una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos, tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas. El modelo higienista tuvo como punta de lanza su efectividad en el control de enfermedades infecciosas de alta prevalencia en el siglo XIX y comienzos del XX como la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Su éxito se fundamentó en la investigación sobre vacunas y en la implementación de medidas higiénicas para controlar la propagación de infecciones. A pesar de su hegemonía, el higienismo y su fundamentación biológica agotaron su capacidad para explicar la génesis de las enfermedades y su eficacia para prevenirlas y tratarlas. Esta derrota se debió en parte al destacado lugar que en este momento ocupan en el perfil epidemiológico de los países desarrollados y los países en desarrollo las enfermedades crónicas de origen multicausal (Álvarez, 2009).

Posteriormente, para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, se han perfilado marcos conceptuales, los cuales tras su revisión y posterior evolución han permitido entender el actual modelo de determinantes sociales y su respectiva utilidad para una salud pública que persigue la equidad.

Uno de los primeros y más influyentes enfoques es el de Lalonde, 1974, citado por Frenz (2005) el cual identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en una perspectiva que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, dando énfasis en la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. (p.105). A partir de dicho planteamiento se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico.

El enfoque de determinantes sociales de la salud emerge en la década de los 80, instalando una mirada crítica a las intervenciones en salud que están dirigidas hacia los problemas y riesgos individuales, relevando la necesidad de investigar el origen de las causas. Ofrece, por lo tanto, un análisis sistémico del daño en salud. (Frenz, 2005)

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead (1991) adoptado por Acheson (1998) en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. En la figura 8, al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud. Sin embargo, los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos, hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar, además, las interacciones entre los factores. (Frenz, 2005)

Figura 8: Principales Determinantes de la Salud.



Fuente: Desafíos en Salud Pública de la Reforma. Equidad y Determinantes Sociales de la Salud (2005).

El modelo anterior, que amplía la visión de la salud, sumado a los avances logrados en la construcción de evidencias científicas para la medición de los fenómenos sociales, los cuales han mostrado enormes diferencias en las condiciones de salud entre personas y grupos de población lo que hace más compleja la prestación de los servicios de salud. Estas diferencias de condiciones han sido conceptualizadas como determinantes sociales de la salud (DSS), y en la actualidad la OMS (2008) los define como:

“Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.”

Según Agudelo y Romero (2010) los DSS, pueden clasificarse en determinantes estructurales y determinantes intermediarios:

▶ **Determinantes Estructurales**

Conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social. Incluye las relaciones de género y de etnia. Están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.

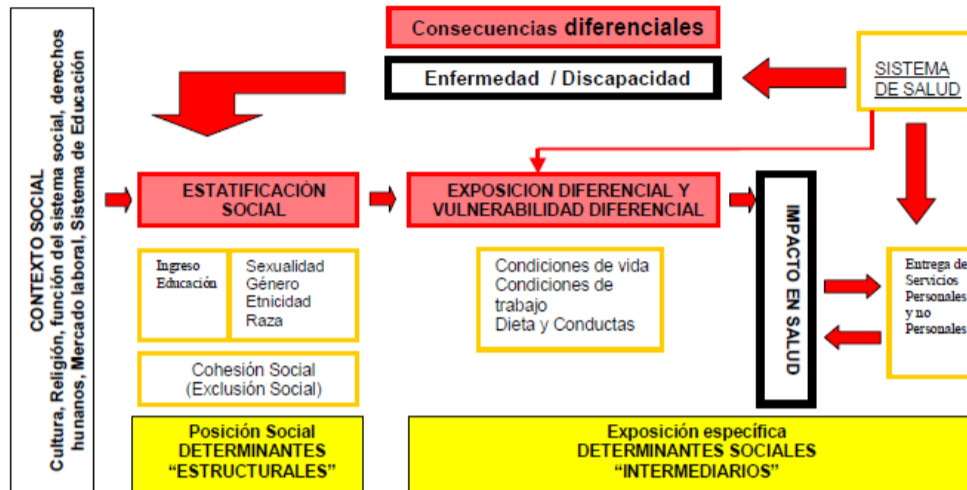
▶ **Determinantes Intermediarios**

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

Considerando lo anterior, específicamente que el sistema de salud es un determinante social intermediario, se estima que dicho determinante juega un rol relevante pues su gestión contribuye facilitando el acceso a los servicios sanitarios de las personas desde un enfoque de derechos. Se calcula que los resultados en salud dependen en un 25 % de los servicios de salud propiamente tales. (Quiero, 2011)

La figura 9 presenta un marco conceptual que incorpora al sistema de salud como un determinante social más, porque por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso; y, por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales.

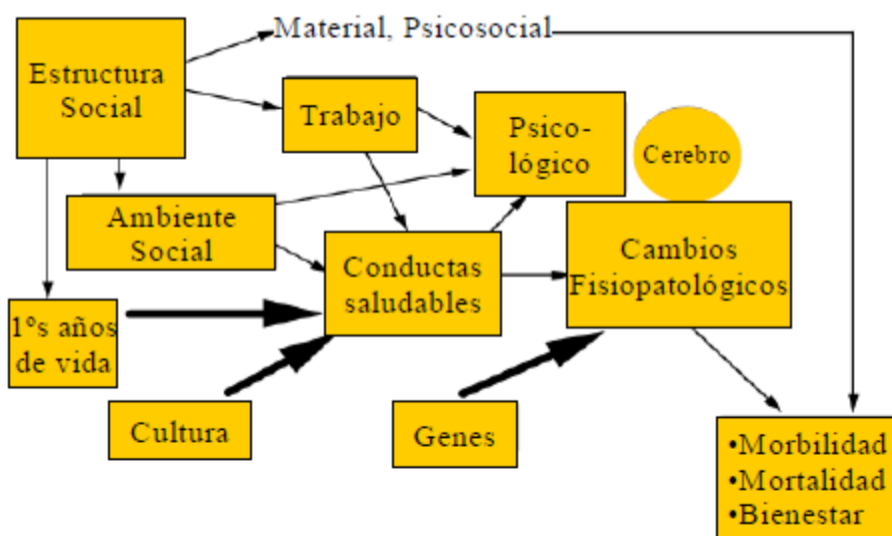
Figura 9: Marco Conceptual para abordar los Determinantes Sociales



Fuente: Desafíos en Salud Pública de la Reforma. Equidad y Determinantes Sociales de la Salud (2005)

Otra aproximación al entendimiento de los procesos sociales que afectan a la salud, referido por Acheson, 1998, citado por Frenz (2005) es representada en la figura 10:

Figura 10: Situación Socioeconómica e Impactos en la Salud.



Fuente: Desafíos en Salud Pública de la Reforma. Equidad y Determinantes Sociales de la Salud (2005)

“Este modelo considera a las inequidades en salud como producto de exposiciones y vulnerabilidades diferenciales que surgen a partir de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, generando interacciones socio-psico-biológicas. Destaca la importancia de los primeros años de vida y la conexión entre lo social y lo biológico, explorando las vías causales que van desde la estructura socioeconómica hasta los cambios fisiopatológicos que producen un impacto en la salud.” (Frenz, 2005, p.6)

Al revisar los diversos enfoques asociados a los determinantes sociales, es evidente que inciden de forma substancial en el desarrollo humano. A continuación se profundizará respecto al impacto que tienen dichos DSS, en la etapa de la primera infancia.

1.1 INFLUENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

Según Ausubel y Sullivan (1989) el desarrollo infantil se ve afectado por una serie de variables que determinan el cambio, y participan en el proceso evolutivo. Una cuestión vinculada con este tema es la influencia de la interacción del organismo y el ambiente en el desarrollo del niño. El ambiente es, sin duda, una variable colectiva sumamente importante que controla y regula el desarrollo por lo cual es lícito referirse a su “influencia sobre el organismo”. Sería más correcto, sin embargo, concebir que la influencia evolutiva del ambiente es indirecta, puesto que constituye sólo uno de los muchos vectores de regulación, que, mediante su interacción, generan la matriz del conocimiento que determina efectivamente la dirección del desarrollo.

“Cabe señalar que existe una controversia inserta en el desarrollo del individuo, vinculado a la razón de su crecimiento: sobre lo innato y lo adquirido, lo que nos lleva a revisar los conceptos de *herencia* y el *medio*. La herencia no consiste, como generalmente se cree, en una simple similitud entre ascendientes y descendientes, considerada en sus rasgos físicos. La herencia ante todo, aparece como un fenómeno de continuidad que asegura de generación en generación la estabilidad del tipo y, en lo que respecta al individuo mismo, la unidad de su personalidad. Consiste, pues, menos en la apariencia externa y en los caracteres visibles (fenotipo), que en las

propiedades físico-químicas profundas (genotipo), que representan la constitución hereditaria fundamental.” (Ausubel & Sullivan, 1989, p.26).

Dichos autores señalan que las variables: *herencia y medio* son tan confusas que resulta arriesgado considerarlas independientemente, por lo que “deben ser enfocadas como una relación que, para un medio dado, depende del margen de diferencias hereditarias y del de variaciones del medio. En otros términos, si las diferencias del medio son mínimas, será sobre todo la herencia la que desempeñe un papel preponderante, pero si aquellas son considerables, será el factor medio, principalmente, el que distinguirá a los individuos entre sí.” (Ausubel & Sullivan, 1989, p.27)

“Nadie es más sensible que el niño para reaccionar ante las menores influencias, a la atmósfera que le rodea, y al mismo tiempo más dispuesto a responder a ellas. Añadamos asimismo que durante largo tiempo se encuentra totalmente dominado por la impotencia y que tiene constante necesidad de ayuda.” (Ausubel & Sullivan, 1989, p.28)

Los papeles que cumplen los factores hereditarios y los ambientales, respectivamente, en la regulación bipolar del desarrollo se pueden resumir en la siguiente enumeración de las formas en que cada uno de ellos participa en el proceso evolutivo:

1. Los factores génicos fijan límites de crecimiento absolutos, tantos para el individuo como para la especie, que no pueden ser excedidos en ningún ambiente, y también determinan la capacidad de aprovechar la estimulación ambiental. Análogamente los factores ambientales coartan la posibilidad de concretar la potencialidad génica existente en los individuos o en la especie. En un medio general óptimo, la realización fenotípica del genotipo se acentúa en todos los individuos, con lo cual la gama de variabilidad prevaleciente se hace mayor.
2. Ambos factores contribuyen en grados variables a pautar rasgos, o sea a determinar la dirección, la diferenciación, el contenido, la secuencia del desarrollo.
3. Las variables génicas hacen que el individuo sea selectivamente sensible o más propenso a ciertos aspectos del ambiente que a otros. Las variables ambientales, de acuerdo con las necesidades y los valores culturales, seleccionan del espectro total de la potencialidad

génica, ciertas capacidades y rasgos que se desarrollarán al máximo y otros que quedará, relegados.

4. Hasta cierto punto, las características temperamentales condicionadas genéticamente de un individuo ayudan a determinar su ambiente, en la medida en que afectan en forma diferencial las actitudes y reacciones que tienen hacia él las personas significativas de su medio interpersonal. (Ausubel y Sullivan, 1989, p.30-31).

Los factores de desarrollo psíquico del niño son por tanto, múltiples y complejos. En cada etapa se establece un equilibrio estable entre las posibilidades actuales del ser y las condiciones de vida; al mismo tiempo ciertos cambios, cuya causa es ajena a esta relación funcional, tienden a operarse.

Tomando en consideración la importancia que adquiere en el desarrollo de niños y niñas la multiplicidad de factores ya mencionados, surge la necesidad de velar por la integridad y resguardo de esta etapa fundamental dentro del crecimiento del individuo, para lo cual los estados han desarrollado estrategias que abordan dichos desafíos. Bajo ese contexto, emerge el concepto de Protección Social, el cual será revisado a continuación.

2. PROTECCIÓN SOCIAL

Los autores Conway de Haan & Norton, 2000, citado por Martin, (2010) refieren que:

La noción de protección social ha sido vinculada al desarrollo de acciones públicas tomadas en respuesta a los niveles de vulnerabilidad, riesgo y la privación, que es considerada socialmente inaceptable dentro de un régimen dado por la sociedad. (p.21)

En la misma línea, Viana & Levcovitz, 2005, citado por Martin (2010) plantean lo siguiente:

La protección social consiste en la acción colectiva de proteger a los individuos contra los riesgos inherentes a la vida humana y/o asistir necesidades generadas en diferentes momentos históricos y relacionados con múltiples situaciones de dependencia. (p.22)

Girotti, 2001, citado por Martin (2010) vincula la protección social con:

La necesidad de asegurar las necesidades individuales y familiares, que pueden ser satisfechas por la intervención de una pluralidad de actores, públicos y privados, capaces de proveer sobre títulos diversos y grados variados de eficacia la tutela y el sustento de los sujetos más débiles. Dicho de otro modo, la protección social está asociada a la intervención del poder público para enfrentar los riesgos que refieren a vulnerabilidades relacionadas a las fases del ciclo de vida, a la pertenencia a colectivos discriminados (género, etnia, discapacidad) o asociadas a situaciones sociales, como el desempleo, enfermedad, discapacidad u otras. La necesidad de protección social de los más vulnerables está generada por la desigualdad social, que es causada por factores políticos, sociales, culturales o económicos. La mayor parte de los conceptos y sistemas de protección social van a tratar de reducir esas desigualdades, ya sea por razones de control social o éticas. (p.23).

Los autores Mejía & Franco, 2007, citado por Galerna Consultores (2012) señalan:

Las políticas de protección social se encuentran directamente ligadas a los modelos de desarrollo de los países. En función de éste, cada Estado define tipos de políticas y énfasis de acuerdo al gasto social, (re)distribución de los ingresos y énfasis sobre políticas universales o focalizadas. (p.24).

“Dentro de los enfoques de protección social, encontraremos que ésta se ve atravesado por la definición de dos variables básicas, a saber, la de seguridad y la de igualdad. Las formas en que estas variables se han operacionalizado en diferentes estrategias y énfasis, ha dado lugar a las diferentes políticas sociales de protección social. Así, un sistema orientado a la igualdad de oportunidades, y que por lo tanto se orienta a los méritos individuales para garantizar el aseguramiento de las condiciones mínimas, tiende a gestionar la desigualdad, mientras que un sistema que busca garantizar los mínimos sociales a través de las garantías de los derechos sociales, pone al Estado en el centro de la definición de las políticas, por lo que requiere de sistemas orientados a la redistribución equitativa de los ingresos.”(Galerna Consultores, 2012, p.25)

En función de estos énfasis, según los autores Mejía & Franco (2007) es posible identificar tres grandes enfoques sobre las políticas de protección

social, en función de los modelos de desarrollo, a saber, una orientada a la seguridad social y basada en la políticas de los derechos, otra orientada al seguro social, y otra de asistencia social.

A continuación serán descritos los tres enfoques referidos por Mejía & Franco (2007) citado por Galerna (2012):

a. Seguridad social o enfoque basado en los derechos

Ligada a las políticas del Estado de Bienestar, busca garantizar condiciones mínimas de vida sobre políticas de carácter universal o escasamente focalizadas. Se basa sobre el modelo de la previsión social centrada en un fuerte actuar del Estado en desmedro de un papel de la familia y el mercado. (Draibe y Riesco, 2006). Es posible encontrar este modelo en países como Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia. (Esping-Andersen, 1990; 1999)

b. Seguro social o el enfoque solidario

Ligada a las políticas emanadas del Estado Liberal, donde el énfasis no se orienta a la protección de derechos, sino a cubrir eventos específicos mediante una estrategia de aseguramiento frente a demandas. Define políticas ligadas a la solidaridad social con énfasis en la previsión social, donde la familia y el Estado juegan un papel marginal respecto al mercado. En este modelo podemos clasificar a países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y el Reino Unido. (Draibe y Riesco, 2006)

c. Asistencia social o enfoque basado en el riesgo

La asistencia social, ligada al Estado Neoliberal, define políticas focalizadas a grupos vulnerables. Pone énfasis en la provisión social y es posible encontrar este modelo en países como Alemania, Italia, Francia y otros países de Europa continental ejemplificarían este régimen. (Draibe y Riesco, 2006)

Dentro de este modelo, es posible encontrar dos grandes orientaciones:

- Redes mínimas de protección social: Políticas destinadas originalmente a paliar los efectos de las crisis económicas y que buscan hacer más eficiente la gestión de los distintos ministerios, especialmente, los de asuntos sociales.
- Gestión del riesgo social: Surge como propuesta del Banco Mundial, y busca orientar políticas hacia la extrema pobreza, con el objetivo de asistir a las personas para mejorar su gestión del riesgo social. (Holzmann y Jorgensen, 2000)

2.1 PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA

“Durante los últimos dos decenios, la atención sobre los programas centrados en la primera infancia y la demanda de los mismos ha crecido en todo el mundo como resultado de: a) un mayor número de padres que trabajan fuera del hogar en ambientes donde la presencia de niños pequeños no es aconsejable ni práctica; b) un aumento constante de la supervivencia infantil, de modo que la sociedad puede empezar a considerar temas más amplios como la calidad de la vida; y c) el reconocimiento de que las experiencias de la primera infancia pueden ejercer efectos considerables sobre el desarrollo posterior, especialmente en la escolaridad.” (Eming, 1995, p.3)

Según Eming (1995) el desarrollo del niño en la primera infancia implica, por una parte, atender las necesidades básicas de salud y seguridad, y por la otra, favorecer el crecimiento multidimensional de su desarrollo mental, emocional y social. El cuidado infantil, que comprende las medidas necesarias para la custodia del niño, y su desarrollo, es decir su estimulación social y psicológica, no deben considerarse por separado. Los programas que proporcionan atención infantil también deben incorporar metas de desarrollo. Asimismo, los programas destinados a mejorar el desarrollo en la primera infancia deben considerar las necesidades de las familias. En resumen, los programas deben responder al bienestar completo del niño. Esto incluye la familia y la comunidad.

“Hay pruebas de que la inversión temprana en el desarrollo integral del niño puede introducir mejoras en su vida y proporcionar beneficios a toda la sociedad. La investigación acumulada indica que el principal crecimiento mental ocurre durante el primer año de vida y la primera infancia, y que en general los primeros años son -decisivos en la formación y el desarrollo de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. La investigación científica indica que, dada la influencia decisiva de la estimulación temprana del niño sobre su desarrollo físico, psicológico y social, es posible que la escuela primaria y aun los programas de jardín de niños (para niños de 4 a 5 años de edad) lleguen demasiado tarde para contrarrestar factores físicos, neurológicos, psicológicos y sociales estrechamente relacionados con la privación y la estimulación insuficiente en la primera infancia.” (Eming, 1995, p.5)

Schweinhart, 1993, citado por Eming (1995) refiere lo siguiente:

La investigación sobre la importancia del desarrollo del niño en la primera infancia para el aprendizaje y el éxito en la vida de los niños de bajos ingresos empezó algunos años antes del advenimiento del programa Head Start a comienzos de los años sesenta en los Estados Unidos, con una serie de proyectos especialmente diseñados y controlados. Posteriormente, se financiaron estudios de evaluación para analizar la repercusión del programa Head Start, y estas dos corrientes convergieron en una demostración notable de la eficacia de la estrategia en el largo plazo. Los resultados básicos concluyen que el desarrollo del niño en la primera infancia puede mejorar la vida de los niños de bajos ingresos y de sus familias, así como la calidad de vida de la comunidad en su totalidad. (p.4)

“Han surgido pruebas que sustentan el fomento de la atención y el desarrollo del niño en la primera infancia, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Los resultados de los programas analizados indican que la participación en programas de educación preescolar e inicial dirigidos a los lactantes y niños pequeños y los programas preescolares pueden mejorar las aptitudes y la disposición del niño para la escuela. Otros beneficios incluyen la reducción de la edad de matrícula en la escuela primaria, la reducción de la tasa de repetición y deserción, y el mejoramiento del rendimiento académico. Parece que los grupos tradicionalmente desfavorecidos (niñas, niños rurales y niños de familias pobres) reciben los efectos más beneficiosos. También parece que la participación paterna en los programas fortalece la repercusión positiva de las intervenciones en la primera infancia” (Eming, 1995, p.5).

2.1.1 IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS DURANTE LA PRIMERA INFANCIA

Las pruebas científicas indican que el 50% de la variación en el desarrollo intelectual ya se ha producido a la edad de cuatro años. Es probable que la estimulación intelectual insuficiente y la escasez de atención afectiva, junto con la malnutrición temprana, den lugar a daños graves y posiblemente irreversibles sobre la capacidad física y emocional, cuyo desarrollo es crucial para facilitar el aprendizaje. Debido a la importancia de los primeros años, la escuela primaria y aun el jardín de niños pueden llegar demasiado tarde para desarrollar estas capacidades en los niños (Eming, 1995).

“El principal crecimiento mental ocurre durante el primer año de vida y la primera infancia, y en general, los primeros años son decisivos para la formación y el desarrollo de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. Dado que el primer año de vida es un período sumamente sensible de maduración, se necesita un grado elevado de estimulación ambiental para que más adelante en la vida se desarrollen estructuras conceptuales y relaciones sociales sólidas”. (Eming, 1995, p.5)

2.1.1.1 Concepto Estimulación Temprana

“El término Estimulación Temprana aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, enfocado como una forma especializada de atención a los niños (as) que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegian a aquellos que provienen de familias marginales, carenciales o necesitadas. Es decir, como una forma de estimulación a los niños (as) discapacitados, disminuidos o minusválidos. De esta manera la concepción de estimulación temprana no surgió como algo necesario para todos las niñas(os), sino para aquellos carenciales, con limitaciones físicas o sensoriales, con déficit ambientales, familiares y sociales, lo cual va a tratar en el curso de los niños, y cuando ya la estimulación en las primeras edades se valora para todos los niños(as).” (Aguado, 2008, p.13).

“La investigación efectuada por Carnegie Corporation alude a las consecuencias trascendentales que tienen las situaciones de alto riesgo o desventajas para los niños y de cómo estos pueden ser evitados por medio o de una intervención temprana. Datos de esta investigación, revelan que menores considerados en la categoría de alto riesgo y que tuvieron la posibilidad de asistir a programas educativos durante los primeros seis meses de edad, redujeron el riesgo de retraso mental hasta un 80% y que a la edad de tres años estos niños mostraban coeficientes inteligentes superiores en un 15 o 20 puntos comparados con otros, también evaluados en situación de alto riesgo y que no habían tenido la oportunidad de asistir a estos programas. El seguimiento de estas casos comprobó que a los doce años funcionaban todavía a un nivel superior de inteligencia lo cual era aún más significativo, al alcanzar los quince años de edad.” (Aguado, 2008, p. 14)

Los datos anteriormente presentados, sugieren que los programas de estimulación temprana no solamente resuelven el déficit o carencia en el momento, sino que pueden tener efectos educativos de larga duración, lo

cual está dado por supuesto, por su aplicación en el momento necesario, por realizarse en los períodos sensitivos del desarrollo. De esta manera los resultados de las experiencias e investigaciones de la intervención temprana en niñas (os) de alto riesgo, influyó decididamente en el enfocar estos programas de estimulación, no solamente para esta población particular, sino para todos los niños (as) fueran o no población particular y situación de riesgo o desventaja social. (Aguado, 2008)

Aguado (2008) señala que:

La estimulación temprana no pretende desarrollar niños precoces, ni adelantarlos en su desarrollo natural sino ofrecerles una amplia gama de experiencias que sirvan como base para futuros aprendizajes. En general, la estimulación al lactante implica:

- Promover que las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas sean adecuadas.
- Orientar el espíritu de curiosidad y observación del lactante.
- Favorecer la adaptación al ambiente.
- Desarrollar el control postural, practicando ejercicios de la motricidad gruesa y fina.
- Prácticas actividades lúdicas y de socialización.

Por ello el objetivo de la Estimulación Temprana es desarrollar al máximo el potencial psicológico del lactante, cuidar de su condición biológica, de los aspectos emocionales y sociales. (p.17)

2.1.1.2 Bases Científicas que respaldan la importancia de la Estimulación Temprana en el Niño durante la Primera Infancia

“La Estimulación Temprana prepara al niño para desarrollar habilidades y recibir estímulos afectivos, sensoriales que tendrán como beneficio el desarrollo neuronal, con una mejor conformación e integración de las sinapsis cerebrales determinando un sistema nervioso central mejor constituido. Tanto la Genética como la Órgano génesis, nos dirigen a comprender mejor la integración de la neurona como elemento fundamental en la funcionalidad del sistema nervioso central (SNC).” (Aguado, 2008, p.17)

“El SNC adquiere plasticidad cerebral vinculada a su capacidad adaptativa, también está la habilidad de modificar su propia organización estructural y

funcional en respuesta a una demanda de su medio ambiente; esta capacidad del SNC de lograr su funcionalidad es mayor durante el primer año de vida; y es así que, a más corta edad, mayor será la plasticidad por lo que la posibilidad de intervenir y mejorar la calidad de los estímulos aportados logra una mejor calidad de movimiento y desarrollo intelectual posterior.” (Aguado, 2008, p.17)

Según Aguado (2008):

Existen teorías que hablan acerca del desarrollo cognitivo del lactante y que mencionan que el desarrollo intelectual coincide con el biológico, el motriz, el lenguaje y con los logros personales - sociales, muchos de los cuales tienen que ocurrir antes para que el aprendizaje se produzca de forma óptima y lograr un desarrollo integral y armonioso, ya que debemos recordar que fase del aprendizaje puede aparecer en tiempos distintos, como por ejemplo: lo que un niño logra en un mes, otro lo realiza en un día. Esto se debe a la influencia compleja de diferentes factores que señala Piaget como: los factores hereditarios, factores de acción del ambiente físico, factores de acción del ambiente social, factores de equilibrio que gobiernan las interacciones de los tres anteriores y favorece la adaptación del individuo, siendo todos ellos que afectan el desarrollo humano, es por ello que se puede decir que el desarrollo es como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas, y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican según las experiencias vitales.

En este contexto, el aprendizaje tiene lugar cuando la conducta cambia como consecuencia de la experiencia o del crecimiento. Al progresar la motricidad la participación más activa del lactante en el entorno favorecerá el aprendizaje. Por ello, la teoría utilizada con más frecuencia para explicar la cognición o capacidad de conocer es la Piaget, ya que él menciona que la inteligencia capacita a los individuos para adaptarse al ambiente, lo que aumenta la probabilidad de supervivencia y mediante su conducta, las personas establecen y mantener el equilibrio con el entorno.

La primera infancia es considerada como el periodo crítico para el desarrollo intelectual y afectivo. Ante ello, se considera que la Estimulación Temprana es importante para promover, mantener y/o restaurar el desarrollo psicomotor del lactante, buscando un mejor

desarrollo. No se pretende desarrollar niños precoces, ni alentarlos a su desarrollo natural, sino ofrecerles una amplia gama de experiencias que sirven como base para su futuro aprendizaje.” (p.18)

“En síntesis, el desarrollo del niño en la primera infancia comprende, por una parte, atender las necesidades básicas de salud y seguridad, y por la otra, favorecer el crecimiento multidimensional de su desarrollo mental, emocional y social. Los programas que proporcionan atención infantil también deben incorporar metas de desarrollo que contemplen las necesidades de las familias, asegurando de esa forma responder al bienestar completo del niño.” (Aguado, 2008, p.19)

Atendiendo a dichos requerimientos, una política pública que aspire a tener efectos sobre el desarrollo infantil, debe garantizar la calidad de sus intervenciones, y frente a ello resulta preponderante, la eficiencia en el ámbito de gestión de los programas sociales.

3. GESTIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

La División de Desarrollo Social (1998) estima que los programas y proyectos sociales son la traducción operacional de las políticas sociales. Por ello constituyen los focos sobre los que se debe fijar la atención para introducir una mayor racionalidad en el gasto social a través de acciones que aseguren el impacto y eficiencia.

“Esta mayor racionalidad plantea dos ejes estratégicos: la evaluación y la gestión social. La primera se preocupa del cuánto, de contrastar el logro, alcanzando o estimado, de los objetivos de una política, programa o proyecto, con las metas propuestas y el costo de su implementación. La segunda aborda el cómo, la manera de que se estructuran los diversos componentes del programa y la dinámica de los actores, funciones y procesos que buscan dar cuenta de las metas de producción e impacto, planteadas.” (División de Desarrollo Social, 1998, p.9)

“La gestión social exige modelos específicos de organización y gestión. A pesar de ello, en la práctica es frecuente que la gestión de los programas y proyectos se oriente exclusivamente por los criterios de maximizar la cobertura y minimizar los costos.” (División de Desarrollo Social, 1998, p.9)

Otros antecedentes referidos por la División de Desarrollo Social (1998) adscriben lo siguiente:

Existe una convicción de que es imperativo aumentar el impacto y la eficiencia de las políticas sociales. Esto ha sido el producto de la interacción de diversos factores, a saber:

- La persistencia de la pobreza como fenómeno generalizado en América Latina.
- Las políticas de ajuste estructural que en algunos países, han producido disminución del gasto social y han puesto énfasis en la necesidad de racionalizar el gasto público.
- El escaso conocimiento disponible sobre el impacto del gasto social y el convencimiento de que una baja proporción del mismo llega efectivamente a los pobres.
- La creciente exigencia de parte de los beneficiarios de los programas sociales por más y mejores bienes y servicios.

Resulta necesario, entonces, identificar los problemas que enfrenta la gestión de las políticas sociales, los cuales son muchos y de diversa índole, dado que su carácter y magnitud dependen de las características de las organizaciones participantes en su formulación, ejecución y evaluación, de la naturaleza del proceso productivo y de las condiciones en que debe realizarse la prestación del servicio. Sin embargo, a pesar de la diversidad, los diagnósticos disponibles permiten identificar algunos problemas de ocurrencia frecuente:

- Excesiva burocracia, con resistencia al cambio y a la innovación, con fragmentación de tareas, numerosas capas jerárquicas, funciones departamentales aisladas e incomunicación entre los decidores y los operadores.
- Ausencia de sistemas de información fiables y precisos para monitorear y evaluar la implementación e impacto de las políticas sociales, con limitado uso de tecnologías de información, produciéndose una baja calidad/producción de los servicios sociales.
- Escasez de expertos en políticas sociales, con capacidad técnica para el análisis de proyectos y programas.(p.8)

Conscientes de dichos problemas, los países de la región han emprendido esfuerzos en materia de reformas de Estado. Los instrumentos han sido varios: la descentralización, la desregulación, la transferencia de actividades al sector privado, la revalorización el papel de la sociedad civil y la introducción de nuevas modalidades de gestión y prestación de servicios. La modernización de la gestión social se presenta como un componente central en la agenda de la reforma del Estado para el desarrollo de este proceso. En el ámbito social, la modernización se traduce en la aplicación de un conjunto integrado de principios, prácticas técnicas de gestión que permiten incrementar el impacto externo y la eficiencia interna de los programas y proyectos sociales. (División de Desarrollo Social, 1998)

“Algunos de estos principios han gozado de amplio consenso a lo largo del tiempo, tales como la “equidad” (atender a la población de necesidades más urgentes), la “focalización” (concentrar recursos disponibles en aquellos que presentan la carencia que el programa pretende atender), y el “impacto” (medir y analizar la magnitud del cambio en las condiciones de bienestar de las población objetivo).Otros resultan de las recientes orientaciones que los gobiernos han adoptado para satisfacer las necesidades públicas. Entre ellos están las “participación ciudadana” (durante la formulación, gestión y evaluación de los programas y proyectos), la “articulación” (gestión de redes con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales), y la flexibilidad (adaptación de las formas de organización del trabajo a las características de la prestación de los servicios sociales).” (División de Desarrollo Social, 1998, p.10-11)

Una de las orientaciones señaladas anteriormente, alude a la inclusión de la articulación de redes, lo que simultáneamente nos remite al concepto de **Intersectorialidad**. Esta noción consigna, en un principio, la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales. Sin embargo, el término tiene diversas connotaciones según las premisas que se adopten.”(Cunill, 2005).

Según Cunill (2005), dos premisas se han detectado hasta ahora:

- La integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. Esta premisa le asigna un fundamento expresamente político a la intersectorialidad y se traduce en la asunción de que todas las políticas públicas que persigan estrategias globales de desarrollo,

tales como la modificación de la calidad de vida de la población, deben ser planificadas y ejecutadas intersectorialmente.

- La otra premisa que sustenta una parte del discurso sobre la intersectorialidad es que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales. Esta premisa remite a un fundamento técnico de la intersectorialidad consistente con la idea de que crea mejores soluciones (que la sectorialidad) porque permite compartir los recursos que son propios de cada sector. (p. 2)

“En la primera premisa los sectores se corresponden con especialidades del conocimiento que, a su vez, remiten al criterio convencional de organización gubernamental (sector educación, sector salud, etc.). En la segunda premisa, en cambio, los sectores pueden referir también a las grandes lógicas de acción colectiva y mecanismos de coordinación social y, por tanto, la intersectorialidad, eventualmente, puede significar la articulación entre el sector público, el sector social, y el sector mercantil.” (Cunill, 2005, p.3)

Kalegaonkar & Brown, 2000, citado por Cunill (2005), señalan que:

Para lograr que la cooperación intersectorial pueda hacerse posible tiene que existir algún tipo de evidencia (o conciencia) de que la solución del problema que ocupa la atención no puede lograrse a través de un solo sector. La frustración con las soluciones mono-sectoriales y la distribución dispersa de los recursos (de información, mandato legislativo, financiamiento, acceso a las comunidades, etc.) que son necesarios para solucionar el problema se constituyen, en la práctica, en uno de los principales factores desencadenantes de la intersectorialidad. (p.4)

Cunill (2005) refiere que cuando se trata de identificar las situaciones en las que la cuestión de la intersectorialidad tiene mayores probabilidades de aflorar, resaltan reiteradamente las siguientes:

- a. Temas o problemas que traspasan la esfera de la competencia de un órgano

Los problemas de carácter transversal corresponden típicamente a esta situación. De hecho, por una parte, la necesidad de la

intersectorialidad está asociada a políticas transversales, tales como, por ejemplo, las políticas de género, edad y diversidad. Políticas para jóvenes, adultos mayores o mujeres jefes de hogar presuponen acciones tanto de salud como de asistencia y educación, donde el virtuosismo consiste en el perfecto equilibrio entre los diferentes tipos de intervenciones, de forma de mejorar la calidad de vida de esas poblaciones.

b. Proyectos que involucran a la ciudad como un todo

Cuando los municipios (o las ciudades) asumen proyectos globales, tales como la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía, el desarrollo sustentable o la lucha contra la exclusión, tienden a aflorar enfoques integrados. El municipio, de hecho, es un ámbito privilegiado para la integración de las políticas públicas, y en particular de las políticas sociales. Como lo destaca Junqueira, 1998, citado por Cunill (2005) “es en el ámbito del municipio, percibido como el espacio donde la población tiene acceso a los servicios y donde se manifiestan sus problemas, donde se hace viable la articulación de las políticas sociales para dar mayor eficacia a su gestión.”

c. Descentralización de la ejecución de políticas sociales

La situación descrita arriba se potencia cuando los municipios tienen competencias decisorias y recursos para encargarse de los servicios sociales. Palma, 1985, citado por Cunill (2005) tempranamente señalaba que “la comuna podría ser un ámbito de integración de la política social, a través de servicios sociales más o menos unificados”, admitiendo que la descentralización representa una modalidad que puede eventualmente superar la desarticulación burocrática del campo social. Este proceso ha irrumpido en la escena latinoamericana en los últimos veinticinco años, creándole más viabilidad a la intersectorialidad.

d. Centralización de la formulación o coordinación de las políticas sociales

Cuando se hace necesario elaborar agendas concertadas de desarrollo social o construir un marco común a las acciones, se

tienden a crear ámbitos o procesos articuladores de los distintos sectores que operan en el campo de lo social.” (p.5-7)

“La intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones, lo que contiene siempre la posibilidad de resistencias y de luchas de poder. La praxis sugiere que hay que diseñar dispositivos institucionales que no sólo minimicen esas posibilidades sino que contribuyan expresamente a la creación de comunidades de sentido. La práctica en este sentido aconseja la creación de estructuras organizacionales o procesos formales que habiliten a todas las partes a influir sobre la definición de los problemas y la planificación de las soluciones.” (Cunill, 2005, p.8)

“Asimismo, las experiencias sugieren que es clave disponer de variados *“mecanismos integradores internos”* que ayuden a la creación de reales comunidades de sentido. Bajo este marco cobran más importancia, por ejemplo, los planes elaborados participativamente entre todos los actores implicados en las acciones intersectoriales, ya que pueden contribuir a generar *visiones compartidas*. En paralelo, también pueden ayudar las plataformas electrónicas que facilitan la interlocución y el compartir la información, como se está intentando, por ejemplo, en Chile.” (Cunill, 2005, p. 9)

3.1 GESTIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES Y EL APOORTE DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Según Valiño (2008) en los últimos años una de las palabras más utilizadas en el sector público es "gestión", asignándole un aire más moderno a la de "administración" de la cual es sinónimo. Se trata con ello de romper con lo tradicional que entraña la última y afrontar reformas que permitan alcanzar objetivos de eficacia y, más aún, de eficiencia. Este último es el gran reto actual del sector público.

“Los manidos términos de eficacia y eficiencia son componentes de la acepción que quiere dársele al término de "gestión". Ambas aluden a la consecución de objetivos, aunque analizando distintas fases del proceso por el cual se llega a alcanzarlos. Por eficacia en la actuación pública se entiende, o debe entenderse, la medida en la cual se han alcanzado los resultados que con ella se pretendían. Es muy importante resaltar que lo que se pretende medir son los resultados (outcomes); es decir: el efecto que tiene un programa sobre sus destinatarios. Erróneamente, lo que suele medirse como tal es lo que el programa produce (outputs), ofreciendo así una

información parcial, y por ello inexacta. La eficiencia mide cómo se consigue lo que produce el programa: qué recursos se utilizan para conseguir esos productos, si su utilización es óptima, todo ello en función de las alternativas disponibles. Resumiendo, la eficiencia valora la relación entre inputs y outputs, frente a la eficacia que valora la relación entre outputs y resultados.” (Valiño, 2008, p.1)

“El término "calidad" completa la terminología utilizada cuando se habla de gestión. Éste cierra el círculo de relaciones al dar el punto de vista de los receptores del servicio. La calidad se valora en función del cumplimiento de expectativas de los administrados, a los que las modernas técnicas de gestión denominan "clientes", para acercar el lenguaje a lo que en la práctica se pretende realizar: implantar técnicas privadas adaptadas a lo público. Aplicando definiciones de empresa privada, un servicio público es de calidad si el servicio prestado coincide con lo que se espera de él por quien lo recibe.” (Valiño, 2008, p.1)

El otro componente que define la gestión es la información. Una de las definiciones que más aportan en este sentido, es la de Metcalfe & Richards, 1987, citada por Valiño (2008) que describe lo siguiente:

"La gestión puede definirse en términos de procesamiento de información, dividido entre reunir información, transmitirla, analizarla, almacenarla, liberarla y finalmente emplearla en la toma de decisiones, el control y la evaluación". Conseguir información, procesarla y transmitirla constituyen parte de la gestión, sin la cual no podría valorarse la eficacia, eficiencia y calidad de la actuación pública, no podría realizarse un control de la misma y no se podrían corregir las actuaciones equivocadas.” (p.3)

Vinculado a lo anterior, se adhiere lo expresado por Harvard Policy Group, 2000, citado por Sancho (2010)

“La utilización intensiva de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de las Administraciones Públicas no solo supone un cambio técnico, sino que impulsa sobre todo un cambio organizacional. Ello requiere de una planificación coordinada que afecte a todos los niveles de la organización, más allá del simple proceso de informatización de un expediente administrativo. Para el aumento de la eficacia y la eficiencia de la gestión gubernamental a través de las tecnologías de la información y la comunicación, es importante reconsiderar cualitativamente las formas de organización

del trabajo, las relaciones humanas en el seno de las organizaciones públicas y consiguientemente las estructuras de poder dentro de la propia Administración.” (p.3)

Sancho (2010) sostiene lo siguiente:

La introducción efectiva de la administración electrónica en su vertiente interna favorecerá la disminución del número de niveles administrativos, gracias a la mejora de los sistemas de control y coordinación en manos de los gerentes. Incentivará el rediseño de los sistemas y puestos de trabajo y el incremento del grado de flexibilidad tanto de la organización como de su personal. Cambiará de forma profunda las dinámicas de relación de la organización con los agentes sociales y los proveedores y por último introducirá nuevos parámetros informativos en la toma de decisiones organizativas. Todo ello indica que la introducción de estrategias de gobierno electrónico produciría en el seno de la Administración un impacto organizativo de gran magnitud, que afectaría tanto a su estructura, a sus procesos de gestión y a sus relaciones internas y externas de poder. De otro modo, si esto no fuera así, no estaríamos hablando de introducción efectiva de procesos de cambio y mejora, sino de mero maquillaje de modernización ficticio, disfrazado de innovación tecnológica (p.3)

“Mediante la incorporación de sistemas integrados de información, la gestión pública podría aumentar su capacidad de detección y análisis de las necesidades y demandas de los ciudadanos, lo que constituye un elemento básico para garantizar un diseño de políticas públicas más acorde con los requerimientos ciudadanos.” (Sancho, 2010, p.4)

“Con el uso de sistemas avanzados de información, se podrían sistematizar nuevos mecanismos de control del seguimiento de los procesos de intervención pública, de forma que fuesen más fácilmente detectables las desviaciones y corruptelas en los procesos de implementación de las políticas.” (Sancho, 2010, p.5)

Se han mencionado algunas ventajas que proporciona la gestión de la información en el estamento público, pero es necesario profundizar en algunos conceptos inscritos anteriormente, uno de ellos es el Sistema de Información (SI).

Según Alazraqui, Mota & Spinell (2006) el gran desarrollo de la informática en los últimos años ha permitido trabajar con volúmenes muy grandes de datos e información, así como transmitirlos sin dificultades. En este sentido, se nota un avance muy importante en la resolución de problemas de orden normativo. Sin embargo, los problemas de los Sistemas de Información persisten y se centran en el poco avance en su implementación y utilización como soporte de la gestión.

“Un Sistema de Información, es aquél que permite recopilar, administrar y manipular un conjunto de datos que conforman la información necesaria para que los estamentos ejecutivos de una organización puedan realizar una toma de decisiones informadamente. En resumen, es aquél conjunto ordenado de elementos (no necesariamente computacionales) que permiten manipular toda aquella información necesaria para implementar aspectos específicos de la toma de decisiones.” (Universidad de Ciencias de la Informática UCINF, 2000)

Según el informe SEIS, 2003, citado por Fuentes (2005) en el ámbito de las organizaciones, este componente, el Sistema de Información (SI), se interrelaciona con otros dos, la Tecnología de la Información (TI) y la Gestión de la Información (GI), los cuales se describen a continuación:

- Sistemas de Información (SI) representados por el conjunto de tareas administrativas y técnicas realizadas con el objetivo de evaluar la demanda para la cartera de aplicaciones de la organización. Por consiguiente, los sistemas de información se ocupan de “lo que” se requiere (temas de demanda).
- Tecnología de la Información (TI): representada por el conjunto de conocimientos y tareas técnicas con el objetivo de satisfacer la demanda para las aplicaciones. Incluye la creación, la administración y el suministro de los recursos necesarios para el diseño y la operación de la cartera de aplicaciones de una organización; se ocupa de “cómo” puede lograrse lo que se requiere (temas de suministro).
- Gestión de la información (GI): la participación estratégica en toda la organización de cuatro componentes: datos, sistemas de información; tecnología de la información y personal de información.

“La función de los sistemas de información es captar y transformar, lo que se traduce en tres niveles concretos: primero, *datos* sin procesar; segundo,

datos procesados; y tercero *conocimiento*. Los datos procesados reciben el nombre de información, transmiten conocimiento acerca de un tema particular. El conocimiento representa un concepto intelectual de un orden mayor, en el que las pruebas y la información de diversos campos y fuentes se vinculan, validan y correlacionan con verdades científicas establecidas y, por lo tanto, se convierten en un acervo generalmente aceptado de conocimientos. Se dice así que la información comprende datos en contexto y el conocimiento es la información en contexto.”(Fuentes, 2005)

Un sistema de información realiza cuatro actividades básicas: entrada, almacenamiento, procesamiento y salida de información. A continuación se explicará cada una de ellas, haciendo incorporación de antecedentes proporcionados por UCINF (2000).

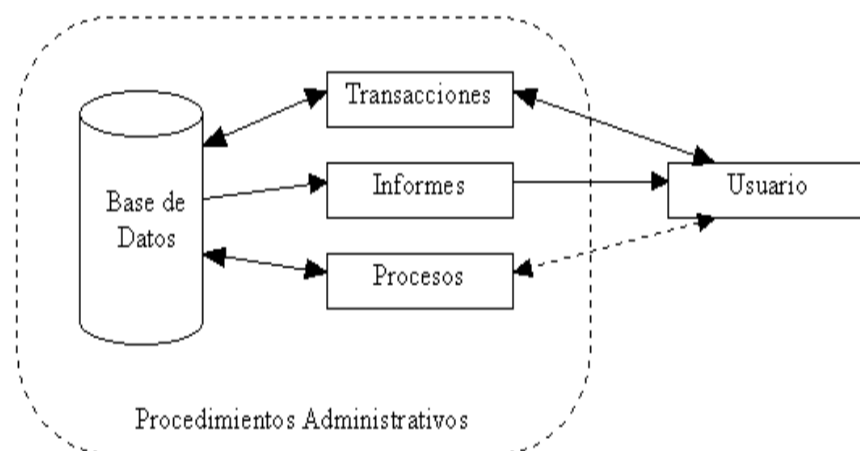
- Entrada de Información: Es el proceso mediante el cual el Sistema de Información toma los datos que requiere para procesar la información. Las entradas pueden ser manuales o automáticas. Las manuales son aquellas que se proporcionan en forma directa por el usuario, mientras que las automáticas son datos o información que provienen o son tomados de otros sistemas o módulos. Esto último se denomina interfases automáticas. Las unidades típicas de entrada de datos a las computadoras son las terminales, las cintas magnéticas, las unidades de diskette, los códigos de barras, los escáners, la voz, los monitores sensibles al tacto, el teclado y el mouse, entre otras.
- Almacenamiento de información: El almacenamiento es una de las actividades o capacidades más importantes que tiene una computadora, ya que a través de esta propiedad el sistema puede recordar la información guardada en la sección o proceso anterior. Esta información suele ser almacenada en estructuras de información denominadas archivos. La unidad típica de almacenamiento son los discos magnéticos o discos duros, los discos flexibles o diskettes y los discos compactos (CD-ROM).
- Procesamiento de Información: Es la capacidad del Sistema de Información para efectuar cálculos de acuerdo con una secuencia de operaciones preestablecidas. Estos cálculos pueden efectuarse con datos introducidos recientemente en el sistema o bien con datos que están almacenados. Esta característica de los sistemas

permite la transformación de datos fuente en información que puede ser utilizada para la toma de decisiones, lo que hace posible, entre otras cosas, que un tomador de decisiones genere una proyección financiera a partir de los datos que contiene un estado de resultados o un balance general de un año base.

- Salida de Información: La salida es la capacidad de un Sistema de Información para sacar la información procesada o bien datos de entrada al exterior. Las unidades típicas de salida son las impresoras, terminales, diskettes, cintas magnéticas, la voz, los graficadores y los plotters, entre otros.

Un SI está compuesto por 6 elementos claramente identificables, tal y como se muestran en la siguiente figura:

Figura 11: Componentes de un Sistema de Información



Fuente: UCINF(2000).

La figura presentada anteriormente prescribe la interacción de los componentes del Sistema de Información en un Procedimiento Administrativo. Los componentes aludidos serán detallados a continuación:

Base de Datos: Es donde se almacena toda la información que se requiere para la toma de decisiones. La información se organiza en registros específicos e identificables.

Transacciones: Corresponde a todos los elementos de interfaz que permiten al usuario: consultar, agregar, modificar o eliminar un registro específico de Información.

Informes: Corresponden a todos los elementos de interfaz mediante los cuales el usuario puede obtener uno o más registros y/o información de tipo estadístico (contar, sumar) de acuerdo a criterios de búsqueda y selección definidos.

Procesos: Corresponden a todos aquellos elementos que, de acuerdo a una lógica predefinida, obtienen información de la base de datos y generan nuevos registros de información. Los procesos sólo son controlados por el usuario (de ahí que aparezca en línea de puntos).

Usuario: Identifica a todas las personas que interactúan con el sistema, esto incluye desde el máximo nivel ejecutivo que recibe los informes de estadísticas procesadas, hasta el usuario operativo que se encarga de recolectar e ingresar la información al sistema.

Procedimientos Administrativos: Corresponde al conjunto de reglas y políticas de la organización, que rigen el comportamiento de los usuarios frente al sistema. Particularmente, debieran asegurar que nunca, bajo ninguna circunstancia un usuario tenga acceso directo a la *Base de Datos*.

Según lo revisado en los párrafos precedentes, los Sistemas de Información están conformados por un conjunto de procedimientos y elementos, que en su conjunto permiten un articulado funcionamiento en el marco de la gestión de una de una organización. Sin embargo, para que estos se instauren con éxito dentro de las dinámicas del sector público, se requieren ciertas condiciones.

Al respecto, Sancho (2010) destaca lo siguiente:

- Para que una iniciativa de administración electrónica funcione es necesario previamente introducir cambios organizativos, formación, motivación de recursos humanos y reingeniería de procesos en el área administrativa en donde se quiera implantar. Hay que prestar una especial atención al rol de gerente público que debe liderar el proceso y que es el que recibe gran parte de la presión político administrativa.

- Los servicios públicos “online” generan muchas expectativas, por lo que hay que demostrar capacidad de respuesta rápida y segura. Debe evitarse “vender” la bondad de los nuevos servicios electrónicos sin que ello se corresponda con la realidad.
- La difusión de los servicios “online” han de garantizar la no exclusión de colectivos ciudadanos, por lo que deben ser complementados con políticas de promoción del acceso a la red.
- Compartir información, consensuar los proyectos, incentivar la participación y la implicación del personal dentro de la propia organización es un elemento clave para el éxito de un proyecto de administración electrónica.
- Debe existir un liderazgo político fuerte y situado al más alto nivel, para conseguir superar las resistencias al cambio y garantizar la implantación horizontal de los proyectos.
- Son necesarios recursos económicos, pero también recursos en términos de conocimiento, formación y capacitación técnica de funcionarios y gerentes, así como recursos éticos fomentando una cultura de servicio público.
- Las iniciativas de gobierno electrónico deben insertarse dentro de los programas generales de mejora y modernización de la administración pública, teniendo en cuenta los cambios institucionales y legales que deban llevarse a cabo (p.10)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

El trabajo a desarrollar en el presente seminario, responde a la necesidad de mejorar la implementación del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo, plataforma de información en línea correspondiente al Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, en la comuna de Viña del Mar. Lo anterior teniendo como fin último, potenciar el uso del sistema de información, adjudicándolo como una herramienta útil, para alcanzar la eficiencia en la gestión intersectorial de la red comunal que compone dicho subsistema.

En concordancia con lo expuesto, es que se ha optado por el desarrollo de tres Ejes de Trabajo, referidos a: la identificación de nudos críticos, el diseño e implementación de un plan de mejora y finalmente, el desarrollo de acciones focalizadas de intervención social. A partir de estos, se desprenden los Objetivos de Trabajo correspondientes.

Considerando que uno de los lineamientos fundamentales del Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, es la coordinación intersectorial entre los diferentes actores institucionales que lo componen, resulta imperante fortalecer la gestión del SRDM, pues su eficiencia permitirá que dicha plataforma se transforme en un instrumento de acción, que facilite el cumplimiento de los principios rectores del programa en cuestión.

2. OBJETIVOS DE TRABAJO Y PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ASOCIADOS

2.1 Objetivo de Trabajo N° 1:

”Identificar los nudos críticos del SRDM del programa Chile Crece Contigo, desde la perspectiva de los actores de la red local de la comuna de Viña del Mar”

DEFINICIONES TÉCNICAS ASOCIADAS A OBJETIVO 1	DESCRIPCIÓN
Nudos Críticos	<p>Por nudo crítico se entenderá todo aquel elemento o situación que entraba la ejecución eficiente del SRDM. Asimismo, un nudo crítico no sólo es aquel que paraliza completamente el accionar del sistema, pues también comprende aquello que demora y entorpece la implementación efectiva del mismo.</p>
Sistema de Registro Derivación y Monitoreo (SRDM)	<p>Sistema de información en línea y principal herramienta de gestión del Programa Chile Crece Contigo, que contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visibilizar la atención de gestantes, de niños y niñas, registrando y monitoreando el <i>proceso de desarrollo de las gestantes y niños o niñas</i> caso a caso. ✓ Generar alertas necesarias para apoyar oportunamente, activando y registrando las prestaciones de salud y de la red social integradamente. ✓ Registrar y monitorear <i>la activación de las acciones y beneficios</i> de CHCC para salud y para la red social, de carácter universal. ✓ Apoyar gestión local de la red CHCC <p>El sistema de información en línea, está compuesto por tres grandes Módulos: Digitación, Gestión y Estadística, los cuales permiten realizar las siguientes acciones:</p> <p>1.-Registro: Incorporación todos los datos correspondientes a las gestantes y niños(as), ingresados a través del Módulo de Digitación. En el caso de las gestantes, el módulo incorpora los siguientes eventos o requerimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer Control • Contactos • Talleres Prenatales • VDI • Término de Proceso

DEFINICIONES TÉCNICAS ASOCIA OBJETIVO 1	DESCRIPCIÓN
<p>Sistema de Registro Derivación y Monitoreo (SRDM)</p>	<p>En el caso de los niños y niñas, el módulo recopila lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer Control ▪ Contactos ▪ Talleres Educativos ▪ VDI ▪ Término de Proceso <p>2.-Derivación: Comprende todas aquellas alertas emanadas desde la encargada(o) comunal, a los diferentes sectorialistas de la red local, esto se concreta mediante el Módulo de Gestión.</p> <p>3.- Monitoreo: Alude a la posibilidad de los sectorialistas y encargada(o) comunal de verificar, modificar, y/o revisar el nivel de avance de las diferentes acciones y prestaciones a favor de la gestante y/o niño perteneciente al programa CHCC.</p>
<p>Red Local</p>	<p>Constituida por todos aquellos participantes directos del SRDM, encontramos principalmente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesa Comunal: Equipo de trabajo, encargado de implementar el programa CHCC en la comuna, en el marco del diseño, sus modalidades, componentes e instrumentos. Dicha unidad se encuentra liderada por la encargada comunal, quien dentro de sus tareas asociadas al SRDM, aprueba o rechaza las acciones ejecutadas por los sectorialistas dentro del SRDM. • Sectorialistas y/o Encargados: Se entenderá por sectorialistas a todos aquellos representantes de las diversas Unidades Municipales responsables de servicios, beneficios o programas, de apoyo al desarrollo infantil y familiar. Así mismo, comprende a los representantes de las instancias que conforman la red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal. Su vinculación con el SRDM se relaciona con el ingreso y registro de las acciones pertinentes a sus respectivas áreas (Social, FPS, Discapacidad, Educación, Vivienda, OMIL, Salud, etc.) • Digitadores: Comprende a todos los funcionarios dependientes de la Municipalidad o del Área Salud en la comuna, responsables de ingresar los datos de gestantes y niños usuarios del programa, al SRDM.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ASOCIADOS A OBJETIVO 1	DESCRIPCIÓN
Taller de Análisis Estratégico	<p>Actividad Grupal, dirigida a la red local del programa Chile Crece Contigo, con el fin de intercambiar opiniones, reflexiones e impresiones del funcionamiento del SRDM.</p> <p>Dicha actividad estará constituida por dos momentos, primeramente elaborar un FODA, el cual podrá cimentarse en las opiniones e impresiones de los participantes, y posteriormente se solicitará la revisión de nudos críticos por módulo (principalmente los módulos de digitación y gestión) que constituyen el sistema.</p> <p>Con el fin de optimizar el desarrollo de la actividad dentro de la red local, esta última será segmentada, según el perfil de usuario que le adjudica el SRDM(encargado comunal, sectorialista o digitador)</p> <p>Lo anterior se implementará mediante la integración de estrategias sociodinámicas que faciliten la participación activa de los integrantes.</p>
Análisis Estratégico Integrado	<p>Consiste en el análisis de la información obtenida, mediante los talleres de análisis estratégico, desarrollado con los equipos representantes de la red local del programa CHCC.</p>
PRODUCTOS ASOCIADOS A OBJETIVO 1	DESCRIPCIÓN
Reporte de Nudos Críticos	<p>Síntesis de los resultados obtenidos en los talleres de análisis integrado, se expondrá en forma gráfica (diagrama) y descriptiva, la identificación de nudos críticos del SRDM. Dichas debilidades pesquisadas, serán presentadas al equipo de trabajo que compone la Mesa Comunal de CHCC.</p>

2.2 Objetivo de Trabajo N°2:

“Diseñar e implementar un plan de mejoramiento para la gestión del SRDM, en la red local del programa CHCC, perteneciente a la comuna de Viña del Mar”

DEFINICIONES TÉCNICAS ASOCIADAS A OBJETIVO 2	DESCRIPCIÓN
Plan de Mejoramiento	Conjunto de acciones tendientes a compensar y/o enmendar las debilidades identificadas en el análisis de nudos críticos local del SRDM.
Gestión SRDM	Contempla todas aquellas actividades que han de efectuarse por la red local, para implementar el SRDM.
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICOS ASOCIADOS A OBJETIVO 2	DESCRIPCIÓN
Diseño del Plan de Mejoramiento	Se configuran las acciones de mejora destinadas a mitigar los aspectos identificados en el reporte de nudos críticos, con una proyección estimada de un año.
Ejecución del Plan de Mejoramiento	Dice relación con la implementación de las actividades declaradas en el plan de mejoramiento.
PRODUCTOS ASOCIADOS A OBJETIVO 2	DESCRIPCIÓN
Plan de Mejoramiento	Estrategia de trabajo que propende a disminuir o mitigar las debilidades identificadas en el reporte de nudos críticos del SRDM.
Acciones de Mejora al mes 3	Conjunto de actividades planificadas, que configuran el plan de mejoramiento del SRDM, con ejecución estimada para el presente año.

2.3 Objetivo de Trabajo N° 3

“Implementar acciones focalizadas de intervención social, a partir de la optimización en la gestión del SRDM, en la comuna de Viña del Mar”

DEFINICIONES TÉCNICAS ASOCIADAS A OBJETIVO 3	DESCRIPCIÓN
Acciones Focalizadas	Conjunto de actividades destinadas a la concreción de un objetivo determinado, este último obtenido tras la identificación de indicadores de riesgo en las(os) usuarias(os) del programa CHCC, información que se extraerá del SRDM.
Intervención Social	Acción organizada, orientada a acompañar, ayudar y/o capacitar a los(as) usuarios(as) que presenten determinado indicador de riesgo, pesquisado a través del SRDM.
Optimización del SRDM	Avance y mejoramiento en la implementación del SRDM, concretado a través del uso efectivo de los reportes generados por la plataforma de CHCC.
PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ASOCIADOS A OBJETIVO 3	DESCRIPCIÓN
Detección de Grupos Vulnerables	Pesquisar mediante el SRDM condiciones de vulnerabilidad, dadas por los factores de riesgo que otorga el sistema y que puedan estar afectando a un segmento importante de usuarios del programa CHCC.
Diseño Propuesta de Intervención Social Focalizada	Atendiendo a uno de los segmentos de usuarios vulnerables de CHCC, se elabora un plan de trabajo que establezca una intervención social focalizada en el grupo de riesgo seleccionado.
Implementación Intervención Social Focalizada	Ejecución de la propuesta de intervención social, emanada de la identificación de segmentos vulnerables, a través del uso eficiente del SRDM.
PRODUCTOS ASOCIADOS A OBJETIVO 3	DESCRIPCIÓN
Intervención Social Focalizada	Conjunto de acciones estratégicas, tendientes a dar cumplimiento al objetivo de trabajo propuesto, vinculado a la identificación de grupos vulnerables, en los usuarios del programa CHCC.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS ESTRATÉGICO

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los objetivos de trabajo propuestos en el capítulo anterior, el presente apartado pretende describir y representar en detalle el trabajo desarrollado en torno al objetivo de trabajo número uno, el cual dice relación con: *“Identificar los nudos críticos del SRDM del programa Chile Crece Contigo, desde la perspectiva de los actores de la red local de la comuna de Viña del Mar”*. Para ello, se revisará de forma extensiva el análisis FODA y Nudos Críticos a fin de determinar las características que acompañan el funcionamiento y ejecución actual del SRDM dentro de la red local CHCC.

A continuación se detalla lo anteriormente expuesto.

1. ANÁLISIS RESULTADOS FODA SISTEMA DE REGISTRO DERIVACIÓN Y MONITOREO: PLATAFORMA EN LÍNEA DE CHILE CRECE CONTIGO

Ante la imperiosa necesidad de conocer íntegramente el funcionamiento del *Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo*, herramienta de gestión perteneciente al programa Chile Crece Contigo en la comuna de Viña del Mar, el presente estudio ha optado por utilizar como metodología de análisis la aplicación de una herramienta objetiva, práctica y viable, conocida como Matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), consistente en realizar una evaluación de factores fuertes y débiles, que en su conjunto diagnostican la situación interna de una organización, contexto o, en este caso, de la plataforma en línea, así como también su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas.

En consecuencia, se convocó a cuatro grupos segmentados de acuerdo al perfil de usuario con el cual acceden al SRDM. Los perfiles identificados son los siguientes: sectorialistas del área salud, sectorialistas municipales, digitadores y encargada comunal (junto a su equipo de trabajo, mesa comunal). Dichos grupos participaron de una actividad definida como Taller de Análisis Estratégico, en el cual cada asistente tuvo la oportunidad de entregar su visión y experiencia respecto al uso y funcionamiento de la plataforma antes mencionada.

Respecto a lo anterior, es necesario precisar que en el caso de la Encargada Comunal y su equipo de trabajo: mesa comunal CHCC; y los sectorialistas de la municipalidad, la estrategia de taller de análisis, debió ajustarse atendiendo el número de representantes que conformaban los respectivos perfiles. En el caso de la mesa comunal, se diferenció el procedimiento de análisis incorporando una estrategia lúdica: *juego de mesa*, adaptado a los fines señalados. Del mismo modo, la situación de los sectorialistas de la municipalidad debió adecuarse, pues no existía un grupo de representantes que pudiera desarrollar el taller, esto porque la implementación del SRDM en este sector (al momento de efectuar la actividad) no estaba siendo ejecutada por todos los actores, sin embargo se pudo acceder a una persona que ha trabajado con la plataforma, y a través de una entrevista semiestructurada, se logró extraer el análisis FODA y Nudos Críticos.

Con la intención de asignarle mayor perspectiva y consistencia al presente análisis, se han incorporado además, algunos antecedentes extraídos del estudio efectuado por Consultora Ekos (2013) denominado: *Evaluación del Uso e Identificación de Nudos Críticos y Mejoras al Sistema de Registro Derivación y Monitoreo del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo*.

A continuación se dará inicio, a la selección de las principales opiniones y reflexiones en torno al Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo que los participantes del presente estudio dieron a conocer mediante la estrategia descrita anteriormente y a partir de la cual se desprenden los aspectos que se describirán a continuación.

❖ Fortalezas:

Una fortaleza puede tener relación con alguna función realizada de manera correcta, como son ciertas habilidades y capacidades del personal con atributos psicológicos y su evidencia de competencias. Asimismo, otro aspecto que puede ser identificado como fortaleza son los recursos considerados valiosos, alguna situación favorable en el contexto y/ o escenario observado (Ponce, 2006).

Al respecto, cuando los participantes analizan el SRDM, determinan que la plataforma cuenta con las siguientes fortalezas:

1.- Existencia de recurso humano competente y comprometido con el trabajo a desarrollar. De acuerdo a lo anterior, los equipos del área de salud y digitadores consideran que existe un compromiso frente al Programa Chile Crece Contigo, el cual se ha traspasado al funcionamiento del SRDM. Lo cual queda manifiesto en las siguientes opiniones:

“Contamos con un recurso humano competente y comprometido, porque de lo contrario, quizá la gente que está con la labor de digitar, lo haría mal, y después a nosotros, al buscar la información, nos aparecería quizá cualquier cosa...” T.A.1¹

¹ Alude al Taller de Análisis 1, efectuado con usuarios sectorialistas del área de salud.

“Por cada una de las personas que digitamos, hay un compromiso, o sea, si nos llega la solicitud... no lo dejamos pendiente, y que se olvide en el tiempo, sino que estamos preocupados, de que de alguna manera ese formulario se ingrese al sistema...” T.A.2²

Respecto a lo expresado anteriormente, estimamos que, si bien existen centros de salud en que la incorporación de la plataforma ha sido asumida con responsabilidad y compromiso, también existen otros centros en que los equipos de trabajo vinculados al SRDM han manifestado mayor resistencia a asumir las exigencias que acompañan la implementación de este sistema. Sin embargo, esto último, lentamente ha variado con diversas acciones tendientes a apoyar la introducción de la plataforma en los centros. Por lo anterior, consideramos fundamental, continuar apoyando el trabajo de los equipos, de modo que se haga extensivo a todos los actores asociados al SRDM, con el fin de hacer mucho más eficiente su inserción dentro de la red Chile Crece Contigo en la comuna de Viña del Mar. Esto debiese ser incorporado dentro de las estrategias insertas en un plan de mejoramiento destinado a ello.

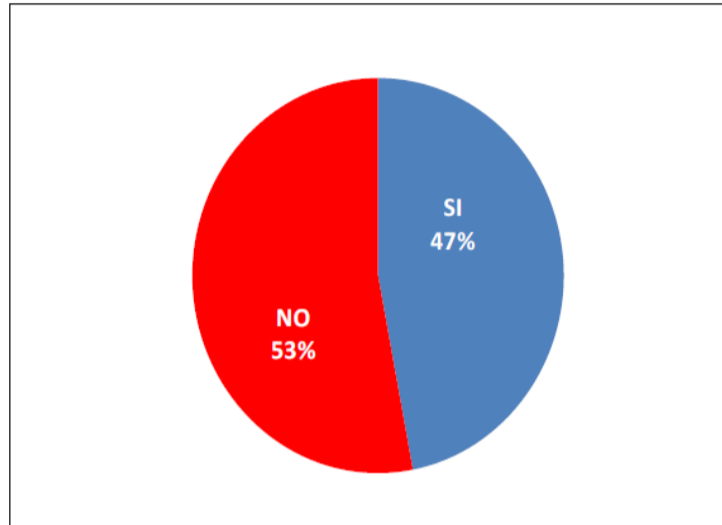
2.- Según lo señalado por los sectorialistas de salud, rescatan la existencia de un calendario de reuniones. Estas instancias de trabajo incorporan la posibilidad de acceder a capacitaciones que permiten a los diversos actores vinculados al SRDM estar al día de los múltiples acontecimientos asociados a la plataforma. Lo anterior se expresa en la siguiente opinión:

“Contamos con capacitaciones suficientes, ya que si bien quisiéramos saber más, como monitorizar el sistema, hay un calendario que aún nos permite estar mejor, en mejores condiciones de hacerlo” T.A.1

Sobre la posibilidad de acceder a capacitaciones, aspecto destacado por los participantes locales, se suma un antecedente otorgado por el estudio nacional a cargo de Ekos Consultores (2013), el cual refiere que un 53% de los consultados declara no haber recibido capacitación sobre el uso del SRDM. Lo anterior se visualiza en el siguiente gráfico:

² Alude al Taller de Análisis 2, en el cual participaron los usuarios digitadores del SRDM.

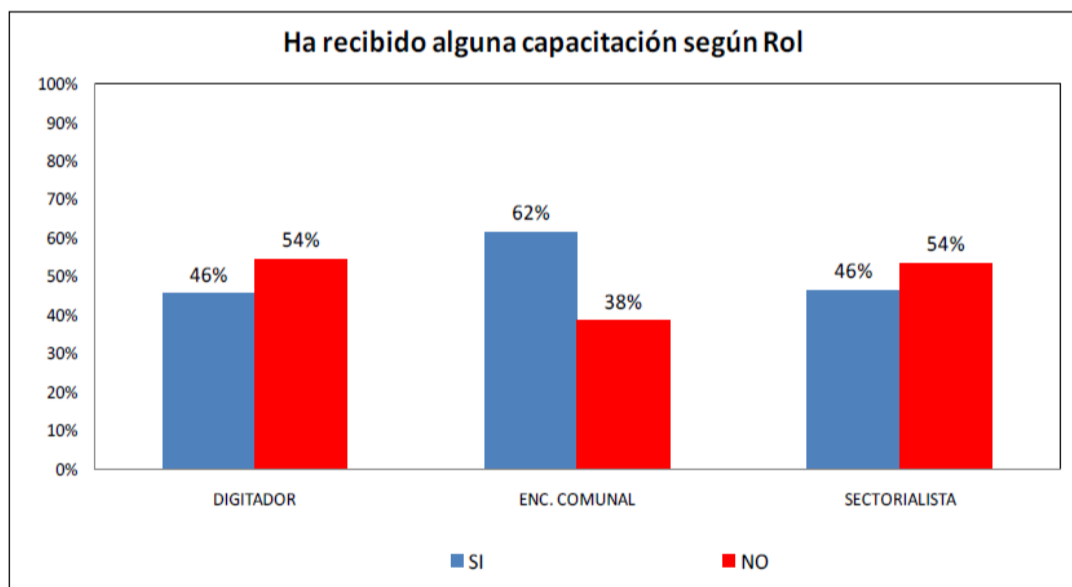
Gráfico 1: ¿Ha recibido alguna capacitación en el SRDM?



Fuente: Ekos Consultores (2013).

A continuación, el gráfico 2 detalla el acceso a capacitaciones del SRDM, diferenciadas según perfil de usuario:

Gráfico 2: ¿Ha recibido alguna capacitación en el SRDM? Según Rol



Fuente: Ekos Consultores (2013).

El gráfico presentado anteriormente, refiere que el 54% de digitadores y sectorialistas señalan no recibir capacitación, situación que disminuye para los encargados comunales, puesto que un 38% de los consultados, señala no haber recibido capacitación.

Los valores antes mencionados nos ofrecen una perspectiva de la realidad nacional respecto a las capacitaciones recibidas en torno al uso del SRDM. Si bien nuestro análisis local no posee datos estadísticos, al menos desde la perspectiva de los sectorialistas de salud, se aleja de la apreciación observada en el reporte nacional, ya que desde su experiencia sí cuentan con capacitaciones asociadas al SRDM, las cuales se efectúan periódicamente. No obstante, esta percepción sólo concierne a los sectorialistas de salud. En consecuencia, a nuestro juicio, resultaría importante instaurar las capacitaciones como una práctica en las diferentes áreas de la red local vinculadas al SRDM; y asimismo, visualizamos una oportunidad de mejoramiento, la cual va dirigida a asegurar la instrucción en torno al SRDM, para todos los actores de la red local que componen Chile Crece Contigo en Viña del Mar.

3.- Otra fortaleza asociada al SRDM es la percepción compartida entre digitadores y sectorialista de la municipalidad para quienes la plataforma resulta amigable, dinámica, efectiva y fácil de usar. Además, refieren la existencia de orientación otorgada por manuales en línea, disponible ante eventuales dudas. Lo anterior queda de manifiesto en las impresiones dadas a continuación:

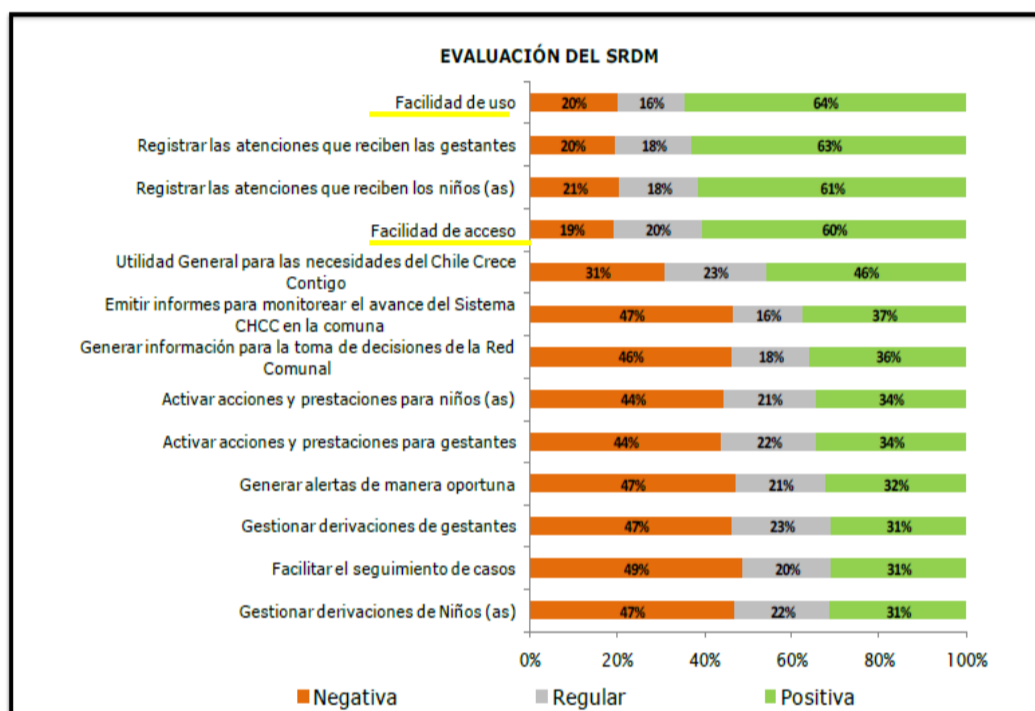
“La plataforma ofrece también, un sistema de orientación, entonces si uno no sabe cómo llenar, dentro de la misma plataforma están los manuales” T.A.2

“A mí la verdad no me costó ejecutarlo, ingresé y de ahí nunca me ha costado mayoritariamente...Encuentro que es bien fácil y dinámico para usarlo” E.1³

³ Alude a la entrevista efectuada a la sectorialista del área social (municipalidad).

Referente al punto anterior, existe una evaluación al SRDM efectuada por Consultora Ekos (2013), donde el 64% de los consultados considera que la plataforma es de fácil uso (Gráfico 3). Otro ámbito también evaluado es la facilidad de acceso, la cual alcanza un 60% de calificación positiva.

Gráfico N° 3: Evaluación del SRDM.



Fuente: Ekos Consultores (2013).

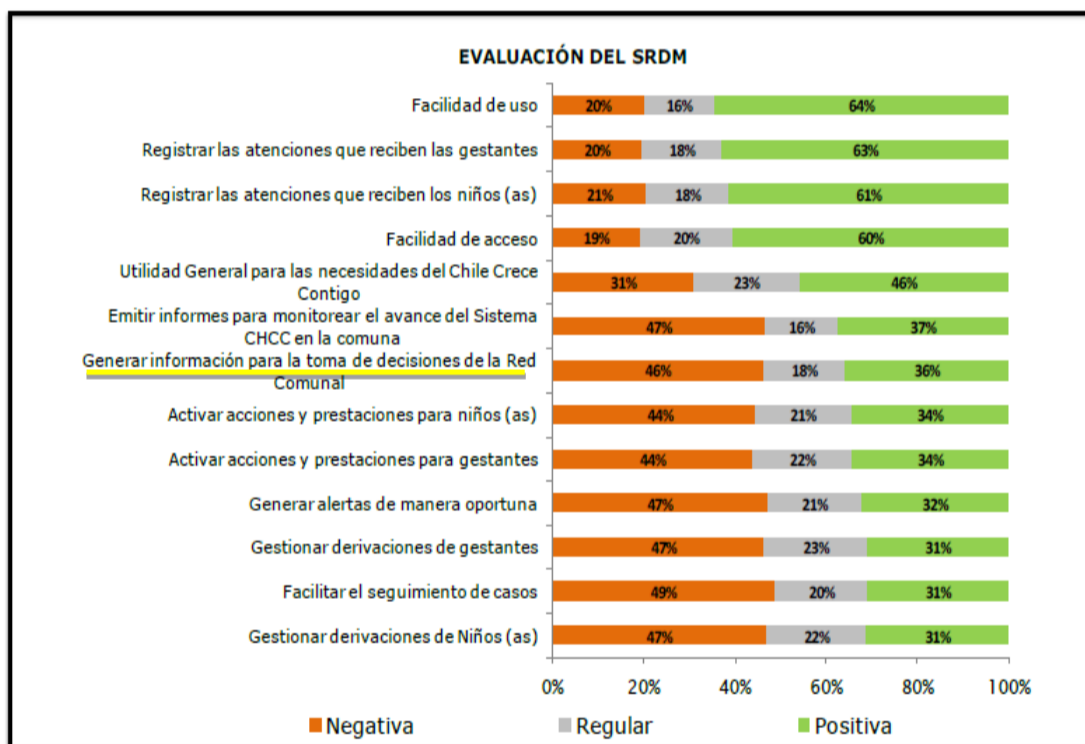
Al comparar, entonces, la percepción de los usuarios a nivel local con la opinión de los consultados en el estudio nacional, existe, en general, una similitud entre ambas valoraciones asociadas al uso del SRDM. Sin embargo, creemos oportuno precisar que a nivel local, si bien existe una opinión positiva en términos de considerar la plataforma amigable al momento de ser utilizada, esta apreciación no resulta del todo compartida por los sectorialistas de salud, quienes manifiestan una apreciación contraria al respecto. Lo cual en parte, podemos asociarlo a que aún persiste un desconocimiento en torno al uso de las funciones vinculadas al módulo gestión (alertas derivaciones-gestión derivaciones).

Según lo señalado con antelación, consideramos necesario potenciar la instrucción de la plataforma con el fin de alcanzar un nivel de funcionalidad superior, esto exige por lo tanto reforzar la operatividad y funcionamiento del módulo gestión el cual en la actualidad presenta menor avance dentro de los componentes que configuran el SRDM.

4.- Desde la mesa comunal, el SRDM es considerado en sí mismo una fortaleza, sustentada en una base de datos útil para la toma de decisiones:

“La primera fortaleza es, que exista esta base de datos, y esta puede ser útil para la toma de decisiones” T.A.3⁴

Gráfico 3: Evaluación del SRDM



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Respecto al punto anterior, el informe nacional considera dentro de la evaluación efectuada a la plataforma un ítem que alude a la información generada en el SRDM para la toma de decisiones. Al respecto, sólo el 30% de los consultados confiere una evaluación positiva, lo cual se observa en el gráfico que aparece a continuación:

⁴ Alude al Taller de Análisis 3, efectuado por el equipo de la mesa comunal liderado por la encargada comunal de CHCC en la comuna de Viña del Mar.

El antecedente arrojado por dicho informe nos permite efectuar una comparación entre la percepción local y nacional, concerniente a la valoración otorgada a la información contenida en el SRDM y su respectiva utilidad en la toma de decisiones. A nivel nacional, se refleja una baja calificación al respecto, lo cual puede atribuirse a que la plataforma se encuentra en una etapa primaria de inserción dentro de las redes CHCC. En consecuencia, los avances más significativos se relacionan con el ingreso y registro de gestantes y niños, mientras que la gestión de las derivaciones y resolución de casos ha resultado más complejo de concretar. Por lo anterior, resulta atendible que esta plataforma, al no alcanzar un nivel de implementación óptimo en todos sus niveles, tampoco ha logrado instaurarse como una herramienta con información útil para la toma de decisiones.

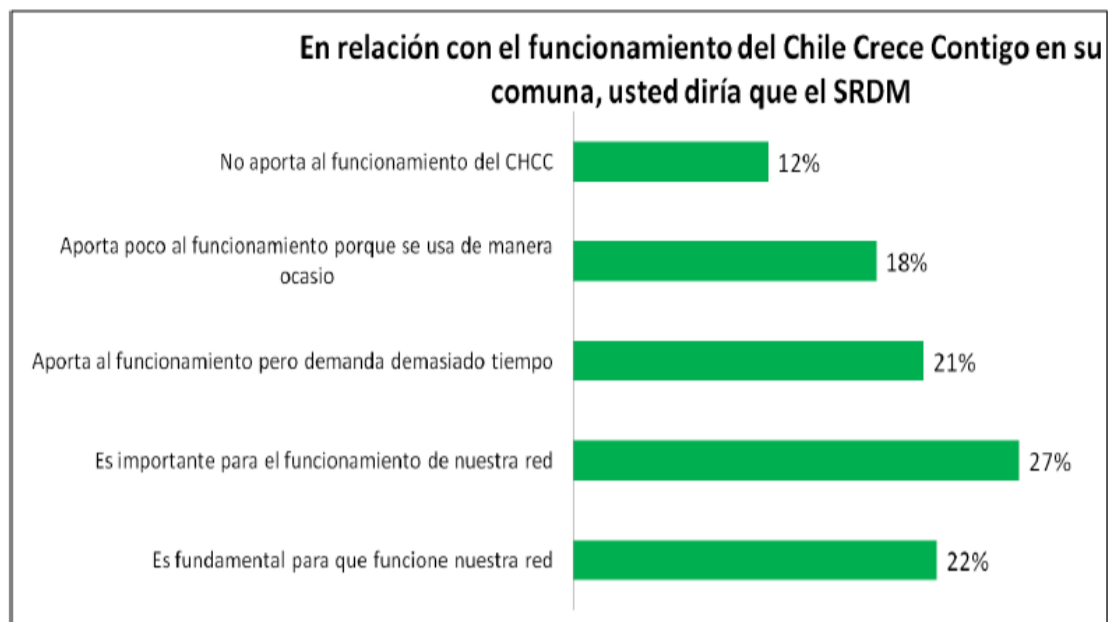
Respecto a la opinión surgida a nivel local, si bien refiere una valoración positiva en torno a la posibilidad que confiere contar con una base de datos desde el SRDM, podemos añadir que el contexto actual de la red local CHCC en la comuna de Viña del Mar, también ofrece un escenario incipiente en torno al uso y gestión de la información proporcionada por la plataforma. Por lo anterior, a nuestro juicio, se abre una oportunidad para avanzar sobre esta materia, la cual pudiese estar fundada en un plan de trabajo que permita hacer uso efectivo de los datos almacenados en el sistema, y que además garantice, la integración de todos los actores de la red que compone CHCC en la comuna.

5.- Otra fortaleza identificada dentro del SRDM, por la mesa comunal, es la posibilidad de incluir a todos los actores que componen la red Chile Crece Contigo, lo cual fomentaría el trabajo interdisciplinario:

“El tema de involucrar más actores en la red, por así decirlo, el mover la red(...) más funcionarios por así decirlo, más equipo, más trabajo en equipo, trabajo con red, el movilizar a la comunidad que estamos en pos de los usuarios o pacientes(...) más oportunidad para los usuarios, creo yo” T.A.3

Referente al punto anterior, el informe nacional Ekos (2013) entrega dentro de sus antecedentes la opinión de los consultados en torno al aporte que efectuaría el SRDM al funcionamiento de CHCC, lo cual se visualiza en el siguiente gráfico:

Gráfico 4: Percepción sobre CHCC



Fuente: Ekos Consultores (2013).

El gráfico expuesto ofrece una valoración positiva en torno a la apreciación del SRDM, pues refiere que el 27% de los consultados estima que el sistema es importante para el funcionamiento de la red, mientras que un 22% señala que la plataforma es fundamental para que funcione la red. Ambas percepciones provenientes del estudio son afines a la opinión surgida en el contexto local, la cual considera que el SRDM ampliaría el trabajo en red, permitiendo una gestión intersectorial más potente y que, además, incidiría directamente en la calidad de atención proporcionada a los usuarios Chile Crece Contigo. Creemos que esto último debiese ser considerado uno de los fundamentos principales a la hora de estimar la relevancia de mejorar la implementación del SRDM en la comuna.

❖ Debilidades

Una debilidad puede asociarse a un factor considerado vulnerable en determinada organización o simplemente una actividad que se realiza en forma deficiente, situándola en una condición débil (Ponce, 2006). En este ámbito, los participantes del taller identificaron las siguientes situaciones que aquejan al SRDM:

1. A juicio de los digitadores, existe desinformación que afecta a los beneficiarios de Chile Crece Contigo, puesto que desconocen las prestaciones asociadas al programa:

“Bueno lo primero, hay una desinformación(...) bueno hay una desinformación en cuanto al tema del Chile Crece, a nivel de la población, que no tienen muy claro, que es el Chile Crece, que te ofrece, y para dónde va el tema” T.A.2

Dentro de la desinformación que afecta a los beneficiarios, se encuentra la incompreensión del trabajo intersectorial, el cual implica la posibilidad de extender la información entregada por la gestante, a todas las instituciones que conforman la red local CHCC. Al respecto la desinformación de la usuaria sobre dicho aspecto, podría ocasionar conflicto entre la gestante y las instituciones, acusando vulneración de confidencialidad. Esta situación queda de manifiesta en la siguiente opinión:

“No le informan a las gestantes que sus datos se van a otro lado, entonces cuando uno las llama, para consultarle que por qué te llegó el caso, por un tema de violencia, o por un tema de no sé, qué tenía problemas económicos, para tratar de ayudarla...ellas se molestan, porque ellas entregaron la información en el consultorio y no acá...entonces igual es una vulneración a la privacidad de ellas, la cual no sucedería si ah ellas les informaran que la red del Chile Crece, no sólo la componen el consultorio, que hay otras unidades que intervienen, y que posiblemente la podrían estar llamando” E.1

Respecto a la desinformación, vinculada al desconocimiento que los beneficiarios manifiestan frente a CHCC, si bien es algo ajeno al SRDM, es una observación, a nuestro juicio, relevante y que confiere responsabilidad a los actores de la red local, quienes podrían inicialmente reforzar la difusión del programa desde los diferentes espacios en que este se encuentra implementando. Creemos que esta situación debiese ser atendida e

integrada en un plan de trabajo conjunto que involucre a todos los actores de la red local CHCC.

Lo que sí se vincula al SRDM y se relaciona con la desinformación del cómo opera la red Chile Crece Contigo, nos aproxima al concepto de intersectorialidad, que, en términos prácticos, implica para el usuario la posibilidad de que la información personal conferida a una de las entidades de la red local, pueda transferirse a otras unidades que conforman el sistema de protección en la comuna. Por lo anterior, creemos fundamental que además de informar a los usuarios sobre la cobertura y prestaciones asociadas a Chile Crece Contigo, se incorpore este alcance al momento de aludir a dicho sistema.

2.- Según los equipos consultados, existen falencias que determinan el ingreso de datos desde los formularios a la plataforma, dificultando la veraz y oportuna incorporación de información al SRDM. Las falencias detectadas en este ámbito son:

2.1 A juicio de los digitadores, existe demora en la entrega de formularios (con datos), asociada a la baja motivación de los equipos de salud:

(...) “llegamos a la conclusión de que el equipo, no todo está motivado, o sea parte de la matrona, que es la que está encargada del CHC, pero tampoco motiva al resto del equipo como para poder hacer más talleres(...) porque más adelante, otra idea q tenemos, es que tenemos poco que digitar para las horas, que nos dan para trabajar, entonces yo le decía de repente me demoro una hora en digitar una semana, si es que...a lo mejor una hora...ya y eso que llega a la baja cantidad de formularios, ya y por lo mismo, va de la mano con motivación, porque solamente son pocos los que hacen los talleres y muchas veces esas personas que hacen los talleres, y que también hacen las visitas -ah es que se me olvidó registrar el formulario, el papelito, el cuestionario- entonces son cosas que nosotros hilamos de la mano” T.A.2

Sobre esta percepción, donde la demora en la entrega de formularios se vincula a la motivación de los profesionales, nos parece necesario aclarar que si bien puede resultar una de las causales que interfiere en la oportuna entrega de formularios a los digitadores, no es una variable que necesariamente interfiera en el desempeño de los profesionales en todos los centros. Uno de los motivos que incidirían en el no cumplimiento de las tareas asociadas a los formularios contempla el no contar con el tiempo suficiente para transcribir los datos a los formularios. Por lo tanto, al

momento de evaluar qué elementos interfieren en las tareas asociadas a la plataforma, creemos que es importante vislumbrar un espectro multicausal de situaciones que podrían estar ocasionando entorpecimiento o inconveniente en el funcionamiento del SRDM. Asimismo, una vez descubiertas proponer alternativas que mitiguen dichos atascos en la efectiva implementación de la plataforma.

2.2 A juicio de los sectorialistas de salud, los profesionales vinculados a CHCC en los centros, no han asumido la responsabilidad de los formularios con total diligencia y minuciosidad:

“La verdad es que muchos, o gran parte del equipo no tiene incorporado el registro de estos formularios, y documentos adecuados, y poco menos que uno tienen que andarlos persiguiendo, para que las registren, o bien, no está tan incorporado en sus acciones, pese a que algunos funcionarios ya se les ha hecho capacitación o se les ha informado de que hay que hacerlo” T.A.1

Sobre esta opinión, creemos necesario poner en contexto que, en general, asumir nuevas actividades asociadas al programa y, específicamente, vinculadas al SRDM, en todos los centros de salud, ha constituido un proceso que gradualmente ha alcanzado aceptación por parte de los profesionales. Estos últimos, lentamente, han logrado incorporar las actividades asociadas al registro de gestantes y niños, por lo tanto, esperamos que esta situación se revierta a medida que el trabajo asociado al SRDM se normalice. A nuestro juicio, para esto deben entregarse algunas condiciones mínimas, sobre las cuales la implementación de la plataforma alcance un nivel óptimo.

Asimismo, creemos que un plan de mejora en torno al SRDM debe proporcionar los ajustes requeridos en las diferentes unidades de la red local CHCC, espacios en donde la plataforma ha sido puesta en marcha con mayor o menor diligencia, pero que en definitiva requieren regularizar su integración en torno a la gestión del sistema en cuestión.

2.3 Desde la perspectiva de los digitadores, existe una mala calidad caligráfica de quienes transcriben los formularios, lo que obliga a utilizar más tiempo del estimado en la digitación, puesto que exige revisar y/o corregir los datos que aparecen poco legibles o incompletos:

(...) “Matronas, médicos, enfermeras, con mala caligrafía hacen que nosotros, nos retrasemos, incluso para nuestra compañera de grupo, que me dice que ella recibe los formularios de CHC de los otros centros, entonces de repente no entiendo el nombre, o el número de RUT está malo, y ella tiene que hacer un memo, juntar todos los malos, enviarlo al centro, que el centro los arregle (...) Esas pequeñas falencias caligráficas hacen que, nos demos una vuelta más con el tema” T.A.2

(...) “que muchas veces me ha pasado a mí y a los chiquillos también que viene el nombre de Juanita Pérez, con el rut de otra persona, entonces eso entorpece, porque uno ingresa y dice chuta, y esta paciente, no era la de arriba era la de abajo, y eso es consecuencia del mal registro, porque de repente...- terminamos el taller, anótense rapidito- y todos quieren puro irse del taller, y se anotan rápido con el rut arriba, con el rut abajo, y queda la escoba...entonces encontramos que una debilidad el asunto del mal registro” (...).T.A.2

Sobre este punto, podemos establecer algunas observaciones, las cuales dicen relación con el momento en el cual los profesionales realizan la transcripción de datos en los formularios. En el caso de que esto se de en contextos de talleres, es más probable que, por razón de tiempo, el registro se efectuó con menor rigurosidad, ya que no necesariamente es el profesional a cargo de la actividad quien escribe los datos de las gestantes o participantes. En ocasiones se da la posibilidad, de que las asistentes a los talleres se inscriban en los formularios, lo que, creemos, podría influir en un registro menos ordenado.

En el caso de que los formularios sean completados directamente por los profesionales, y en donde igualmente el factor tiempo incide, nos parece recomendable que el nivel de exigencia en la transcripción de dichos documentos se focalice en completar los registros a cabalidad, apelando a la comprensión de los profesionales sobre la importancia de ello, ya que la omisión de un dato, implica que los demás antecedentes no puedan ser ingresados a la plataforma. Esto, porque el sistema no permite ingresar formularios incompletos.

A pesar de lo mencionado anteriormente, desde nuestro punto de vista, no resulta una solución que logre cambios sustanciales en el tema, pues lo que verdaderamente podría revertir este nudo crítico es que la transcripción de datos al sistema sea efectuada por el mismo profesional que realice la prestación al usuario, ya sea en el momento en que está atendiendo al beneficiario, o en otro horario. Lo importante es que él se responsabilice de dicha función. Creemos que esto vendría a ser una propuesta de mejora favorable para la implementación del SRDM a nivel comunal.

2.4 A juicio de los digitadores existe una doble transcripción de datos, puesto que la información entregada por los usuarios es copiada a los formularios, en primera instancia por el profesional que realiza la prestación, posteriormente estos formularios son entregados a los digitadores quienes son los encargados de traspasar los datos a la plataforma:

(...) “Referente a que la matrona, o la persona que realiza el taller, lo escribe, y después nosotros tenemos que volver a ingresarlo, entonces eso ya es doble pega, porque tal vez si ingresara al tiro el taller a la plataforma e ir corrigiendo al tiro los errores, ya, como el tema de las direcciones, que uno muchas veces uno las ingresa, como de forma mecánica, y si el paciente hace un día cambió la dirección, pero no está registrada en AVIS, entonces... porque el AVIS si bien nos aporta todos los datos, pero no sé si los datos del día a día, entonces esos datos, el único que me los va a dar es el paciente in situ” (...) T.A.2

Sobre esta percepción, podemos señalar que la modalidad establecida para el traspaso de datos inicialmente ha sido consignada desde el nivel central. El perfil de digitador fue creado para que este realice la transcripción de formularios al sistema. Sin embargo, como se mencionó en el punto anterior, una medida que vendría a eliminar este nudo crítico es la posibilidad de que los profesionales realicen directamente el traspaso de datos a la plataforma. Lo anterior tiene ya un precedente dado que este año, sectorialistas (salud) han tenido acceso a claves que les permiten ingresar al módulo de digitación. Por lo tanto, con este acceso pueden efectuar ingresos de gestantes y niños, usuarios de Chile Crece Contigo. En ese contexto, es posible vislumbrar el traspaso directo de datos a la plataforma, efectuado por el profesional que realiza la prestación, sin necesidad de un tercero que transfiera la información de los formularios. Esto significaría un avance positivo puesto que muchas de las dificultades que afectan el ingreso eficaz y oportuno de datos a la plataforma, provienen de la doble digitación. Eventualmente,

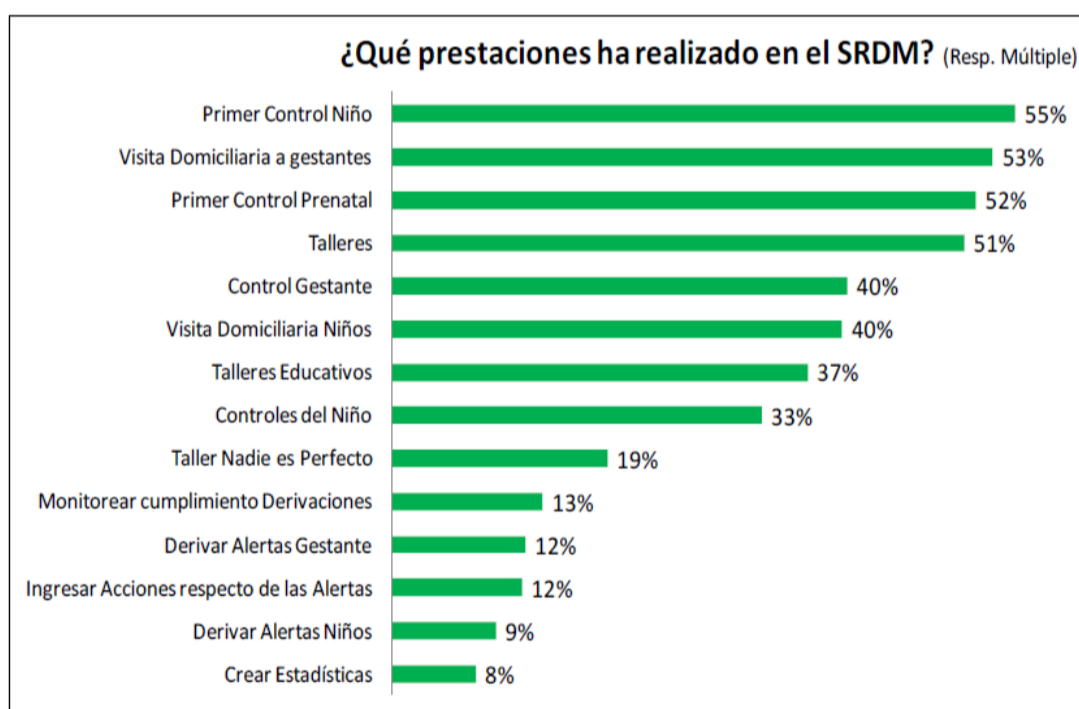
creemos que sería importante consignar dentro del plan de mejora una línea de acción tendiente a consolidar este proceso, el cual alude al traspaso directo de las prestaciones a cargo de los profesionales.

2.5 A juicio de los sectorialistas de salud, el registro de prestaciones asociadas a talleres y visitas domiciliarias que figuran en el SRDM no corresponden a la totalidad de prestaciones que efectivamente son realizadas:

(...) tampoco aparecen todos los talleres, ni las visitas, esa es una debilidad, que son acciones que se realizan, entonces si nos quisieran monitorear a nosotros por las actividades, no quedaría las visitas que se hicieron, la cantidad de EPAS que se aplicaron (...) T.A.1

Sobre este punto, el estudio efectuado a nivel nacional, muestra que las principales prestaciones ingresadas al SRDM, son las siguientes:

Gráfico 5 : Prestaciones que ha realizado en el SRDM.



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Respecto al gráfico presentado, el informe nacional refiere la siguiente observación: *“Las prestaciones que más se registran en el sistema son las que tienen que ver con el programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en su primera fase y las que menos se registran son las que tienen que ver con derivaciones y seguimiento.”* (Ekos Consultores, 2013, p.68)

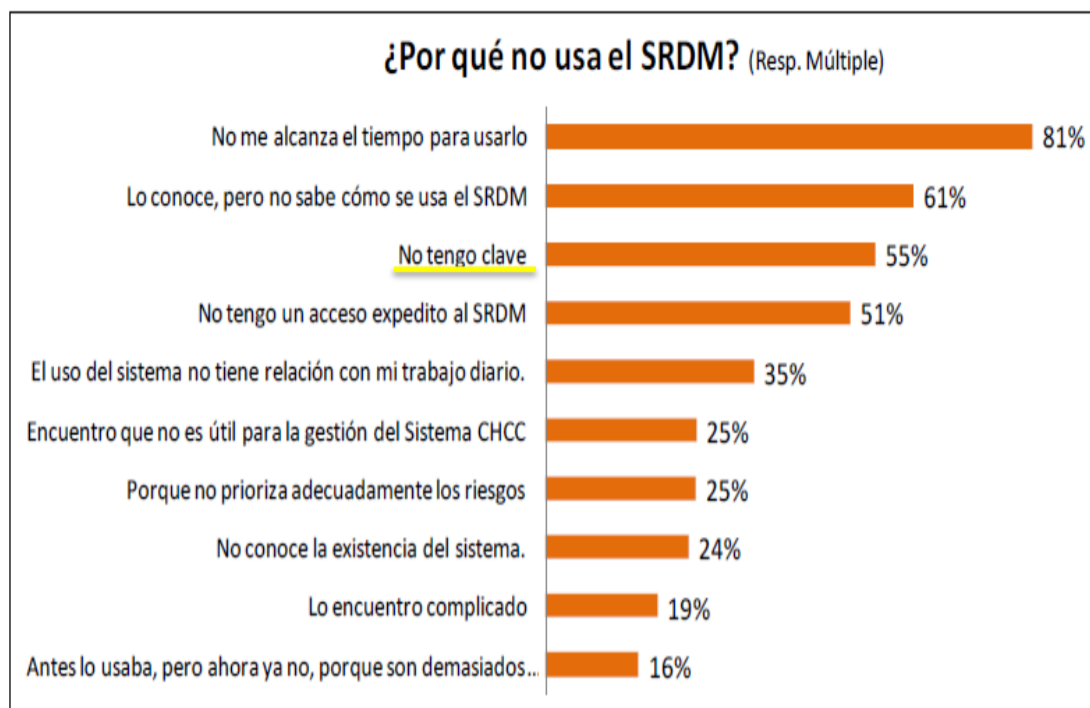
De acuerdo a los datos revisados, resulta evidente que el ingreso de las prestaciones al sistema alcanza un resultado impreciso, puesto que no refleja el total de prestaciones efectivas proporcionadas a los usuarios del programa. Creemos que esta brecha debiese disminuir una vez que el SRDM consolide su implementación dentro de los centros de salud y demás entidades asociadas a la red Chile Crece Contigo. Esto es aplicable tanto para el escenario local, como para el resto de las comunas.

3. Otra debilidad percibida por los sectorialistas de salud respecto del SRDM es la entrega de claves personalizadas que, desde su visión, resultaría un elemento obstaculizador para el acceso expedito a la plataforma:

(...) Esa es una debilidad del sistema, el exceso de celo con el tema de las claves y del acceso para entregar la información, yo creo que ahí cada uno es responsable en cada centro, basta que entreguen la clave por cada centro de salud, y el que está a cargo se hace responsable de la entrega para, digitar, administrar, gestionar (...) T.A.1

Sobre este ámbito, el informe desarrollado por Ekos (2013) señala que el no contar con clave de acceso al SRDM es, claramente, obstaculizador. De hecho, el gráfico presentado a continuación, demuestra que es una de las principales razones de no uso del sistema:

Gráfico 6: Razones de no Uso del Sistema



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Considerando los datos ofrecidos por el estudio nacional, y la opinión efectuada por los sectorialistas de salud, existe consenso, en que las claves pueden constituir un elemento obstaculizador en el acceso expedito a la plataforma.

Es importante destacar que la asignación y entrega de claves es una responsabilidad que recae directamente en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), organismo en donde son solicitadas. Se puede agregar, que a nivel comunal la entrega de claves a sectorialistas (salud/social) y centros de salud (principalmente CECOSF), ha tenido una lenta asignación, situación que, a nuestro juicio, no favorece la agilidad en el funcionamiento del SRDM. Sin duda, lo expuesto con anterioridad, es un nudo crítico que merece revisión por parte de la representante regional de MIDESO.

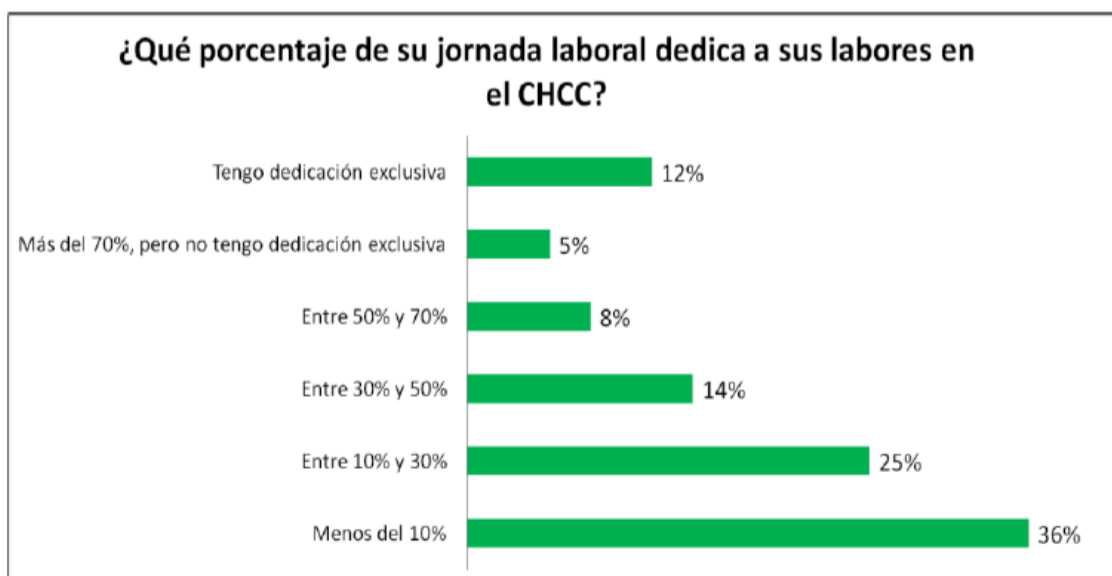
4. En cuanto a la disponibilidad de tiempo para revisar y gestionar el SRDM, digitadores y sectorialistas de salud afirman no contar con el tiempo suficiente para monitorear los registros y planillas:

(...) es que hay un tiempo que es insuficiente para monitorear los registros de las planillas, a veces tenemos las horas de encargados como Chile Crece pero esas horas a veces nos las bloquean, o a veces las tenemos que ocupar en miles de otras cosas que debemos hacer y que debemos cumplir con mayor celeridad(...) T.A.1

(...) “antiguamente nosotros teníamos un horario establecido, era por lo menos en mi caso, después de la jornada, y me quedaba en vespertino algunos días para digitar el Chile Crece, y después que hubo algunos problemas al parecer monetarios, nos bajaron las horas, y nos dijeron que teníamos que hacer un horario en nuestro trabajo, en nuestro horario normal para hacerlos, y hay ocasiones en que cuando los administrativos atendemos además público y otras gestiones, es difícil” (...) T.A.2

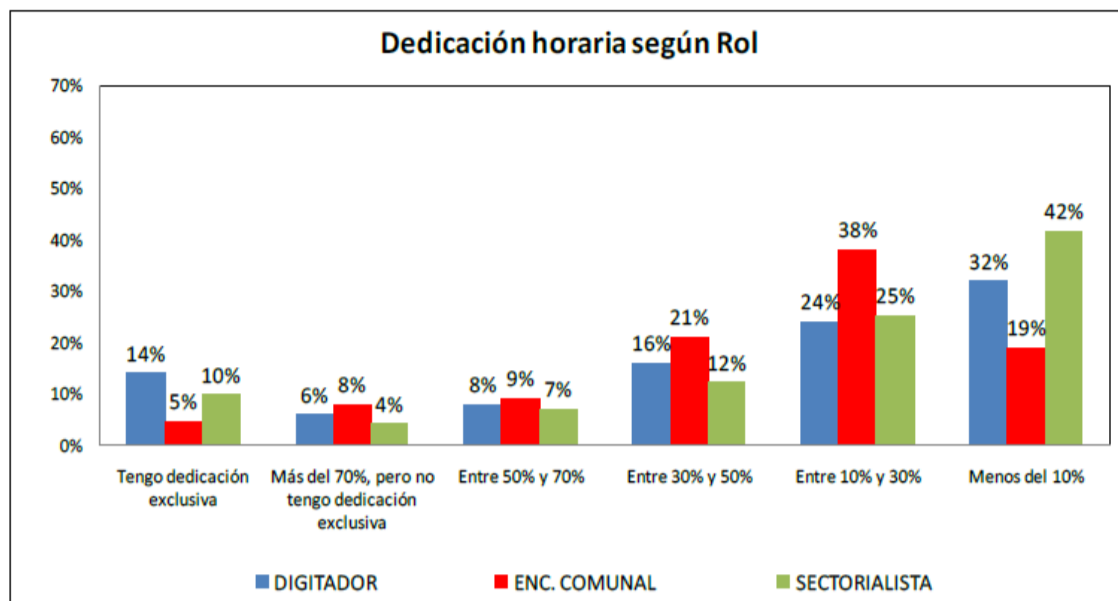
En relación a este punto, el estudio nacional señala (gráfico7) que “la mayoría de los usuarios del SRDM, dedica solo una fracción de su jornada laboral a tareas del Sistema Chile Crece Contigo. De hecho el 75% dedica menos del 50% de su jornada a este tema y sólo el 12% tiene exclusividad” (Ekos Consultores, 2013, p. 87).

Gráfico 7: Porcentaje de Dedicación a CHCC



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Gráfico 8: Tiempo de dedicación al SRDM, según Rol.



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Sobre este último gráfico, el informe nacional refiere lo siguiente: “Al segmentar el dato de dedicación horaria por rol, se observa que si bien se conserva la distribución general, según la cual la mayoría de los usuarios dedica menos del 30% de su tiempo a las tareas del Sistema, en el segmento de quienes tienen dedicación exclusiva, el porcentaje de digitadores y el de sectorialistas es mayor que el de encargados comunales(...)Estos últimos declaran que dedican menos de media jornada a las labores del Sistema Chile Crece Contigo, concentrándose en el segmento entre 10% a 30%”(Ekos Consultores,2013, p.88).

Tomando en cuenta los antecedentes señalados, vemos que existe concordancia entre la opinión local y lo que refleja el estudio nacional, pues en ambos contextos se percibe que el tiempo dedicado a Chile Crece Contigo es insuficiente para dar cumplimiento a todas las actividades asociadas al programa. Por ello, las tareas vinculadas al SRDM no alcanzan a ser cubiertas en su totalidad. No obstante, nos parece que dicha situación podría ser revertida si se estableciera un horario definido y con exclusividad para hacer revisión periódica de las gestiones y derivaciones, asociadas a la plataforma, lo cual dependerá, en parte, de la disposición de los directivos de cada centro y/o unidad dependiente de la municipalidad.

Hacemos hincapié en que lo anterior resulta una línea de mejoramiento la cual requiere de la colaboración y apoyo de las jefaturas a cargo de los centros de salud y unidades vinculadas al área social, que conforman la red local CHCC en la comuna de Viña del Mar.

5. Otro aspecto percibido, desde la mesa comunal, es el compromiso insuficiente de los profesionales frente al trabajo que involucra el SRDM, se percibe que este último se encuentra sujeto a la disponibilidad de las personas, puesto que su implementación, no está institucionalizada como práctica:

(...) el tema del sistema de registro, emm no sólo en salud, si no que pareciera que también el municipio, está sujeto a la disponibilidad de las personas, mientras debiera ser una gestión que está dada por el sistema, una responsabilidad asociada al cargo; el uso del sistema de registro y monitoreo, pasa por la disposición de las personas, no por un convencimiento de mejoramiento del uso, de mejorar las acciones del sistema” (...) T.A.3

(...) “cómo hacer que cada sectorialista, o que cada departamento que tenga a un sectorialista, se comprometa y empiece a operar con el sistema...no sé...porque tú no tienes ninguna autoridad para decirle al departamento territorial que tienen que tener su sectorialista, y tiene que atender los caso que les estamos derivando, entonces pasa como a la voluntad, a las buenas relaciones, como hacemos que el sectorialista se haga” (...) T.A.3

En relación a estas opiniones, podemos agregar que como se ha señalado antes la inserción del SRDM en la comuna ha tenido, desde un comienzo, una lenta introducción dentro de la red Chile Crece Contigo, tanto por dificultades ajenas a la misma (demora en la entrega de claves), como también por situaciones generadas dentro de los equipos de trabajo, los cuales han demorado en incorporar el sistema y sus actividades asociadas a la agenda diaria o semanal, como una responsabilidad profesional, que se adhiere a otras ya existentes. No obstante, tras la incorporación gradual de algunas medidas, tendientes a mejorar la implementación de la plataforma en las diferentes unidades que componen la red local Chile Crece Contigo, dicha situación ha ido variando. Por tanto, creemos que resulta fundamental seguir fomentando el uso de la plataforma a través de estrategias que faciliten su funcionamiento, para lo cual es necesario incorporar todos los antecedentes que han ido apareciendo durante el análisis desarrollado en el presente capítulo.

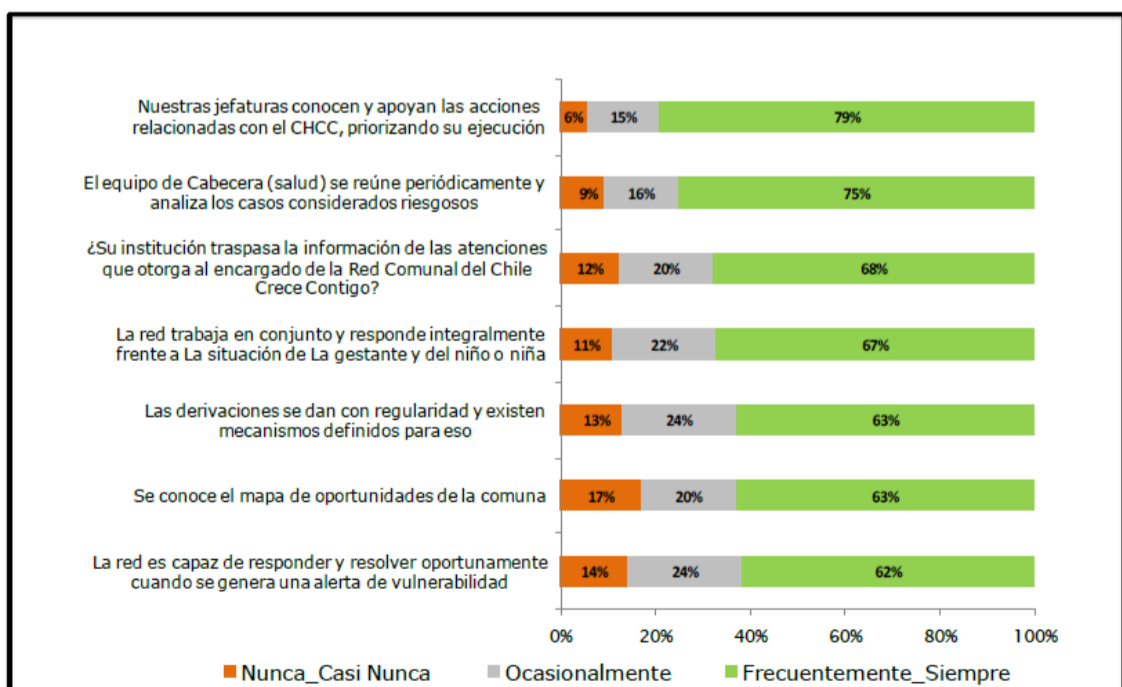
6. A juicio de los sectorialistas de salud y la mesa comunal, los directivos de los CESFAM, manifiestan escaso interés en la gestión asociada al programa CHCC, y en particular al SRDM. Ello queda de manifiesto a continuación:

(...) “lo otro, que es lo que estaban conversando recién, es que es la falta de empoderamiento por parte de la dirección de los CESFAM para determinar los tiempos y responsabilidades respecto de los registros y monitoreos, porque no sé si aquí a alguien le preguntan semanalmente los directores, si han revisado las planillas, si han hecho lo que tienen que hacer (...) T.A.1

(...) “pese a que estaba la instrucción desde marzo, aún me estoy encontrado que no han designado a nadie para asumir la función de digitador... programamos una capacitación con laboratorio y todo, y el director dijo que no, porque al él no le parecía esa forma de capacitar, y eso si... a ver qué era lo que a él no le parecía, de que bajaran las 8 personas acá al área una tarde para hacer la inducción(...) T.A.3

Sobre este ámbito, el informe nacional, al hacer mención al contexto en donde trabaja la red Chile Crece Contigo, de los consultados el 79% refiere que sus jefaturas conocen y apoyan las acciones relacionadas con CHCC, priorizando su ejecución, lo que se visualiza en el siguiente gráfico:

Gráfico 9: ¿Qué opción se asemeja a la situación de su Red Comunal?



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Considerando el resultado anterior, y la opinión local sobre el mismo tema, resulta posible poder contrastar ambas apreciaciones, ya que estas difieren en su percepción. A nivel local, la atención y disposición de las jefaturas hacia el programa resulta deficiente, situación que se agudiza en los centros de salud de la comuna. Esto pone de manifiesto la necesidad de situar al SRDM como una herramienta de gestión importante, la cual requiere ser atendida dentro de los centros de salud. En nuestra opinión, para lograr dicho posicionamiento se requiere de la contribución de los directivos, lo cual había sido señalado anteriormente.

7. Según la opinión de la mesa comunal, se considera que trabajar intersectorialmente, pues sólo desde la plataforma, despersonalizaría la vinculación entre los profesionales de la red local Chile Crece Contigo:

(...) “yo creo que con este sistemita, el sistema de registro y monitoreo, o sin el sistema de registro y monitoreo igual trabajamos en red, igual nos derivamos los casos, y quizás de repente este sistema, tecnológicamente, mira qué bueno...pero yo siento que igual es distinto cuando yo te llamo y te digo, mira tengo este caso, y te cuento, te cuento, desde una institución desde el CESFAM a Municipio” (...) T.A.3

(...) ” el tema de que atenta un poco de la comunicación persona a persona... después va a pasar que va a ser tan así como estructura, ya lo coloco, vamos inscribiendo niños, entonces se va a ir perdiendo... el hecho de que nos comuniquemos más” (...) T.A.3

En relación al punto anterior, según el gráfico 10 extraído del informe nacional de Ekos (2013), da cuenta de cómo se mantiene la comunicación entre los miembros de la red CHCC. Al respecto, el 54% de los consultados refiere mantener comunicación entre sí, principalmente vía mail (persona a persona), siendo este el principal medio de comunicación. En segundo lugar está el uso de teléfonos. El SRDM prácticamente no se utiliza como medio de comunicación entre la red. El gráfico presentado a continuación expone lo referido anteriormente:

Gráfico 10: Comunicación con los miembros de la Red



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Al considerar el antecedente proporcionado por el informe nacional, es posible determinar que los actores de la red CHCC consultados, mantienen comunicación mediante diversos medios tecnológicos (teléfono, correo electrónico) a través de los cuales, realizan derivaciones de casos. Lo anterior excluye al SRDM, como herramienta de contacto entre los diversos representantes de la red, y posterga el uso de la plataforma asociada a la gestión de casos que requieren atención intersectorial.

Nos parece importante señalar, que la utilización del SRDM como herramienta de gestión para la atención y resolución de casos, resulta un desafío que consigna la introducción de una transformación en la práctica profesional de la derivación. Esta última se ha hecho tradicionalmente mediante los medios ya mencionados (llamados telefónicos, notas, correos) y la introducción de la plataforma, incorpora un nuevo procedimiento, el cual se enfrenta con la resistencia de los profesionales, acostumbrados a realizar esta práctica por la vía habitual. Sin embargo, con apoyo constante, acompañamiento e inducción en torno al SRDM, es posible que los equipos logren adaptarse a la implementación de la plataforma, y eventualmente logren valorarla como un instrumento facilitador de la gestión intersectorial. Para alcanzar dicho posicionamiento es necesario asumir con tenacidad y perseverancia los desafíos que esto implica, por lo tanto la elaboración de un plan de mejora que se haga cargo de los elementos obstaculizadores que hemos venido revisando resultaría una clara señal del compromiso asumido en torno al funcionamiento de la plataforma, la cual exige estrategias consistentes y sostenidas para alcanzar un impacto relevante en su eficiente funcionamiento.

❖ Oportunidades

Las oportunidades pueden constituir aquellas fuerzas ambientales de carácter externo que no dependen de la organización o, en este caso, al grupo consultado, pero que sí representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría (Ponce, 2006).

La oportunidad en el medio es un factor de gran importancia y, al respecto, los participantes de la actividad reconocen los siguientes aspectos:

1.- Para el nivel central, la existencia de una base de datos para la investigación; y posibilidad de gestionar y administrar más eficientemente los recursos.

En este punto, los sectorialistas de salud visibilizan la oportunidad de mejorar la gestión de recursos, haciendo uso de los datos proporcionados por el SRDM, y, de este modo, encausar los recursos de forma más eficiente. Ello queda expreso a continuación:

“Nosotros creemos que este sistema de monitoreo, la oportunidad más grande, la tienen otros, que son los que administran la información, y de alguna manera son los que administran los recursos del Estado” T.A.1

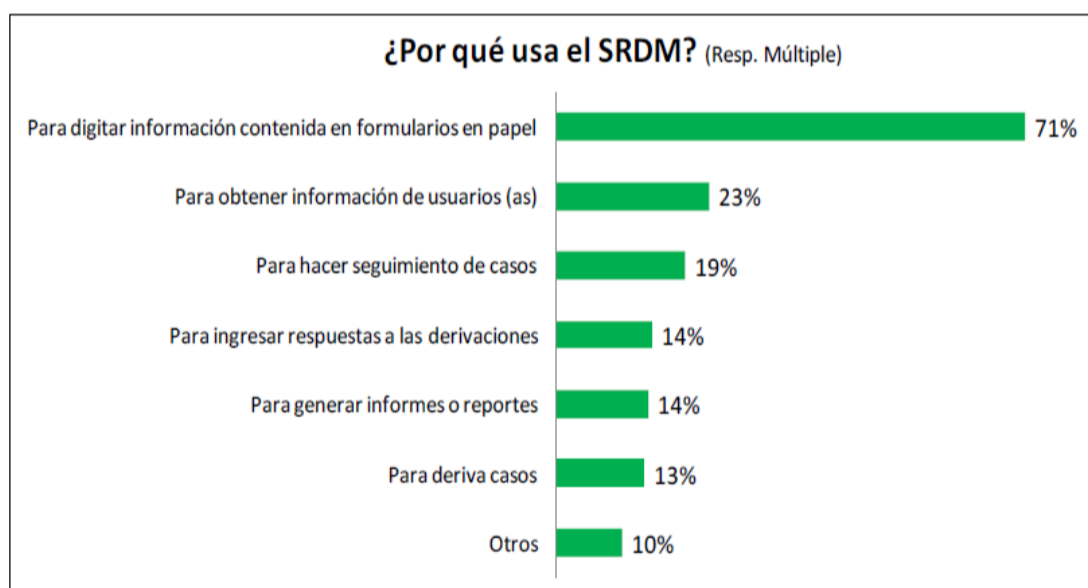
La observación anterior, que da énfasis a la posibilidad que ofrece el SRDM al nivel central, esperamos que logre ser extensiva a la gestión de la red local CHCC porque, desde este contexto, la información proporcionada por el SRDM también puede ser útil en la implementación de estrategias de intervención, dirigidas a segmentos vulnerables identificados por dicha plataforma. Para esto, se requiere primeramente, una introducción efectiva del sistema en los equipos de trabajo vinculados a CHCC, y en segundo lugar, fomentar la vinculación intersectorial de los actores que conforman la red local, para dar una respuesta integral a las necesidades biopsicosociales que inciden en la calidad de vida de los beneficiarios del sistema de protección integral. Creemos que lo anterior constituye un aspecto importantísimo de considerar, al momento de determinar las mejoras necesarias para alcanzar el funcionamiento óptimo del SRDM, y que en consecuencia promueva la gestión intersectorial eficiente dentro de la red local CHCC en la comuna de Viña del Mar.

2. Según la opinión de los digitadores, el SRDM permite la posibilidad de indagar en la evolución del embarazo de la gestante y de registrar aspectos importantes referentes al desarrollo del niño o niña. Se destaca, al respecto, la oportunidad de mantener un seguimiento de los casos, y disponer de información en línea de gestantes y niños ingresados:

“A veces uno tiene que meterse en el caso...por ejemplo... que ya te sale el paciente Pedro...y empezai a ingresarlo, a veces tú puedes tener el contacto con el paciente para conocerlo y lo ingresas” T.A.2

Sobre este punto, el estudio nacional ofrece algunos antecedentes relacionados. Al respecto, al hacer alusión a las razones de uso SRDM, de los usuarios consultados, un 19% refiere que utiliza la plataforma para hacer seguimiento de los casos, opinión que se posiciona en el tercer lugar dentro de las razones de uso del sistema. Esto se expresa en el siguiente gráfico:

Gráfico 11: Razones de Uso del SRDM



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Sobre la base de lo anterior, creemos que la apreciación local y nacional que posiciona, en términos generales, al SRDM como una herramienta útil para el seguimiento en la trayectoria de gestantes y niños es una percepción que se consolidará una vez que la implementación de la plataforma logre un nivel de ejecución que supere el sólo ingreso de prestaciones otorgadas, ámbito en que el sistema ha alcanzado mayor avance. Por lo anterior, la evolución del funcionamiento de la plataforma sugiere mayor resolutivez en el ámbito de la gestión, vinculado a la resolución de derivaciones desde la plataforma, además de integrar el uso de información proporcionada por el SRDM, que,

tal como se ha mencionado antes, permitiría desarrollar intervenciones focalizadas a grupos vulnerables beneficiarios del sistema de protección.

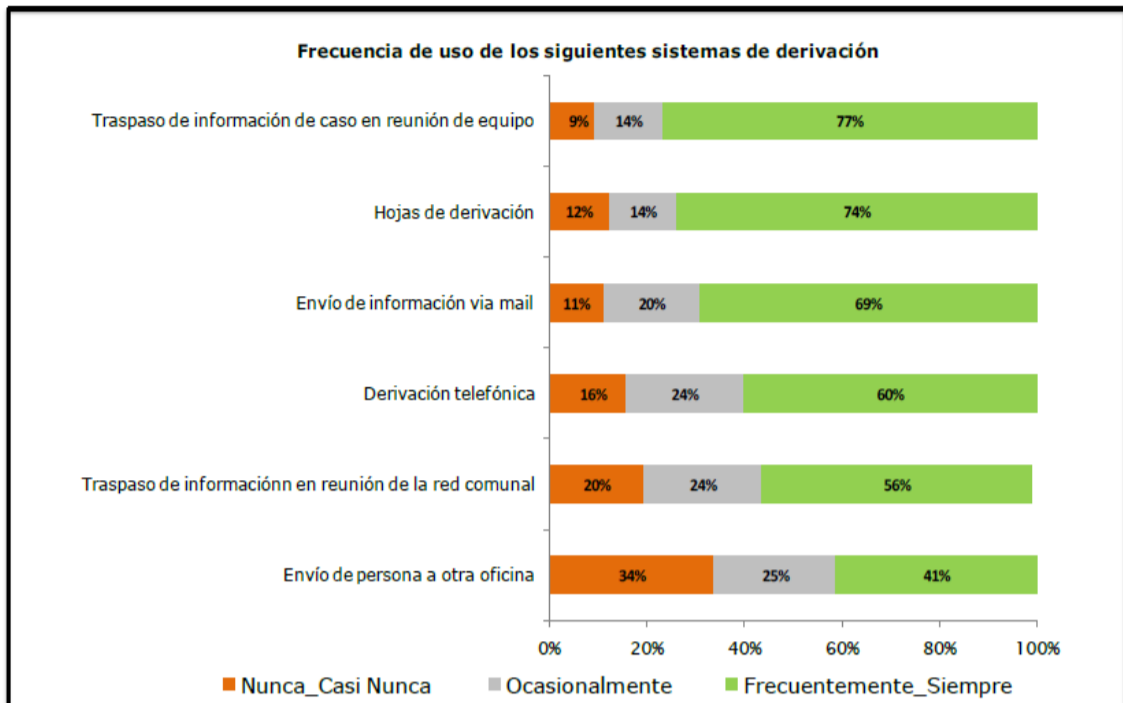
3. A partir de la discusión generada en torno a las oportunidades que otorga el SRDM, desde la mesa comunal emerge la idea del uso de la tecnología para digitalizar los datos lo cual proporcionaría un almacenamiento seguro de los mismos, y para el caso de las derivaciones también se prevé resguardo, pues proveería un registro de las gestiones efectuadas, en los diferentes niveles de la red CHCC. Lo anterior queda de manifiesto en el siguiente enunciado:

“Tecnologizarnos, por decirlo de alguna forma, de dejar el papel de lado(...)Porque se pierde...de repente se habla mucho en distintas instancias no sólo en el sistema de registro y monitoreo, yo creo que porque después tampoco hay una retroalimentación, porque se manda un papelito, se deriva y ahí queda...al que se derivó, y donde queda la vuelta, que pasó con ese caso, que se hizo, el papelito se pierde, se queda ahí, o quedó debajo de la mesa, puede pasar cualquier cosa, mientras que en un sistema, que está ahí instaurado, está ahí no se puede mover, no se puede perder, no puede fallar”

T.A.3

Sobre este ámbito, el estudio nacional refiere al respecto que los principales medios de derivación para los consultados son, en primer lugar, el traspaso de información de caso en reunión de equipo, que obtiene un 77% de aprobación para la categoría frecuentemente/siempre. En segundo lugar, la modalidad hojas de derivación, alcanza en la categoría frecuentemente/siempre un 74% de aceptación. Y, en un tercer lugar, es considerada modalidad de derivación relevante, el envío de información vía mail, que adquiere dentro de la categoría frecuentemente/siempre un 69% de aprobación. Datos que figuran a continuación:

Gráfico 12: Frecuencia de Uso de los siguientes Sistemas de Derivación



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Los datos presentados en el gráfico 12, apuntan a que el SRDM no se ha posicionado como una herramienta de derivación entre los actores que conforman la red CHCC, situación que, como vemos, se repite a nivel local, puesto que el avance alcanzado particularmente en el ámbito de gestión, se encuentra en un nivel incipiente, por razones que ya han sido revisadas. No obstante, nos parece importante reconocer que es una constante que coexiste no sólo en la comuna de Viña del Mar, sino que se hace extensiva a las demás comunas del país. Por tanto, creemos que el gran desafío proyectado es hacer de esta plataforma una verdadera herramienta de gestión intersectorial, lo cual requiere de la colaboración de los equipos, y de la formulación de estrategias que se hagan cargo de aquellos aspectos que dificultan el funcionamiento eficiente de la plataforma.

❖ Amenazas

Las amenazas pueden representar la suma de las fuerzas ambientales no controlables por la organización o grupo consultado, pero que representan fuerzas o aspectos negativos y problemas potenciales. En este eje de análisis, los participantes señalan e identifican los siguientes elementos a considerar:

1. Las vulnerabilidades no siempre son determinadas por profesionales del área social, lo cual genera confusión al momento de definir un caso; vincular a una gestante a alguna vulnerabilidad en el SRDM, sin aplicar la rigurosidad suficiente, influirá en que dicho sistema, y la red Chile Crece Contigo, operen ineficazmente. Apreciación que es señalada a continuación:

(...) “desde el consultorio, generalmente la ficha de la gestante que viene con la vulnerabilidades, la hace la matrona....no la hace la asistente, entonces lo que para ella es una situación de riesgo, muchas veces nosotros no lo vemos así, entonces en ese sentido no hay un mismo criterio para evaluar los casos” (...) E.1

(...) “las falencias que hay en las derivaciones, son en base a lo que el profesional que ingresó las vulnerabilidades, a lo mejor, no las supo calificar bien, entonces en base a lo que él ingresa a nosotros nos llega, si el problema es que del inicio hay que ser más riguroso, en el tema de indagar mejor cuales son las vulnerabilidades” (...) E.1

Respecto a la opinión referida por la sectorialista entrevistada, nos parece que resulta una observación atendible, pero difícil de manejar, puesto que los criterios profesionales no sólo varían de acuerdo al área a la cual pertenece, sino que dicho criterio también se entrecruza con la ética personal de quien está realizando la prestación. Por lo anterior, resulta complejo intervenir frente a dicho contexto. No obstante, podría evaluarse la posibilidad de establecer un conducto de atención en los centros de salud, el cual estipule que el ingreso efectuado para Chile Crece Contigo, sea realizado por profesionales del área social, de manera que al momento de detectar y/o clasificar alguna vulnerabilidad en el usuario, efectivamente esta concuerde con su realidad, y de este modo, al ser traspasadas las vulnerabilidades al sistema, las derivaciones generadas desde la plataforma, alcanzarán mayor asertividad.

2. A juicio de la mesa comunal, otro aspecto consignado como amenaza es el acceso limitado a la información proporcionada por el SRDM, lo cual está predeterminado por el perfil de usuario con el que se ingresa a la plataforma:

(...) “yo creo que todos los que acceden al sistema que son profesionales, deberían poder mirar, ver lo que hay, para que nos sirva la información que está allí, porque depende los permisos que tú tienes, es lo que puedes ver, entonces yo creo que sería bueno, porque si es una información que todos trabajamos poh, entonces, y queda como que el coordinador tiene tanto acceso, pero, ¿quiénes son los que más trabajan el tema? los más operativos poh, esos deberían poder ver, ver...porque además son las mismas personas” (...) T.A.3

Sobre esta opinión nos parece necesario agregar que si bien es una percepción que se extrae de uno de los perfiles asociados a la plataforma, esta visión coincide con la visión que incluye a los demás actores, quienes señalan que la información almacenada en la plataforma resulta en ocasiones, efectivamente inadmisibles, esto determinado por el perfil de usuario, el cual establece a priori el acceso a aquello que sólo se relacione con el módulo y perfil asignado (se debe recordar que el SRDM, se compone de tres módulos: Digitación, Gestión y Estadística). Esta situación produce desconcierto en los sectorialistas de salud, y también en los digitadores, quienes estiman conveniente mayor apertura de la información contenida en el sistema, para favorecer el dinamismo y fluidez de mismo.

Respecto a lo señalado anteriormente, creemos que es necesario precisar que esta situación, en particular, resulta improbable de modificar desde el escenario local, puesto que es una configuración que emana del nivel central, de los creadores del SRDM. Sin embargo, es un aspecto que sí debe ser declarado en este análisis, el cual pretende ser exhibido a representante de MIDESO.

3. También es considerada amenaza, la escasa participación de MIDESO en el trabajo que desarrolla la red local de Chile Crece Contigo.

(...) estoy pensando en nuestro coordinador, concretamente el coordinador, estoy de acuerdo, si es que por eso, yo estaba pensando...porque MIDESO, ya tiene una página, lo promueve, el Chile Crece, pero nuestro nexo es el coordinador, y nuestro coordinador...es muy débil (...) T.A.3

Respecto a este punto, alusivo a la participación alcanzada por MIDESO en las actividades y gestiones efectuadas por la red local de Chile Crece Contigo, advertimos que si bien existe disconformidad asociada al nivel de coordinación alcanzado con este organismo, la inclusión de este hallazgo en el presente informe, permite plantear la posibilidad de aspirar a una mayor articulación y proximidad entre ambos actores, pues resulta fundamental establecer una integración que permita dar mayor prioridad al trabajo realizado en torno al SRDM, y otras tareas vinculadas a CHCC, las cuales requieren de la participación activa del nivel central, considerando que, desde este sector, se definen muchas disposiciones y lineamientos que recaen directamente en el funcionamiento del sistema de protección a la infancia.

**TABLA 17: FODA SISTEMA DE REGISTRO DERIVACIÓN Y MONITOREO
(LOCAL)**

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>1. Recurso humano competente y comprometido.</p> <p>2. Calendario de reuniones con integración de capacitaciones.</p> <p>3. Plataforma amigable, dinámica, efectiva y fácil de usar.</p> <p>4. SRDM, base de datos útil para la toma de decisiones.</p> <p>5. Incorporación de todos los actores de la red local CHCC.</p>	<p>1. Base de datos para la investigación y gestión eficiente de recursos.</p> <p>2. Seguimiento evolución embarazo de la gestante, y desarrollo del niño o niña.</p> <p>3. Uso de tecnología para digitalizar datos; registro de gestiones efectuadas en diferentes niveles de la red CHCC.</p>	<p>1. Desinformación que afecta a beneficiarios CHCC.</p> <p>2. Demora en entrega de formularios.</p> <p>3 Profesionales no han asumido responsabilidad de formularios con total diligencia.</p> <p>4. Deficiente caligrafía de quienes llenan formularios.</p> <p>5. Doble transcripción de datos.</p> <p>6. Entrega de claves personalizadas.</p> <p>7. Sectorialistas de salud, con tiempo insuficiente para monitorear registros y planillas.</p> <p>8. Compromiso asociado a SRDM, sujeto a disponibilidad de las personas.</p> <p>9. Directores de CESFAM con escaso interés en gestión de la plataforma.</p> <p>10. Trabajar intersectorialmente sólo desde SRDM, despersonaliza relación entre profesionales de la red local CHCC.</p>	<p>1. Vulnerabilidades no determinadas por profesionales del área social.</p> <p>2. Acceso limitado a información</p> <p>3. Baja participación de MIDESO en el trabajo de la red CHCC.</p>

Fuente: Elaboración Propia

2. ANÁLISIS DE NUDOS CRÍTICOS SRDM

A continuación, revisaremos los resultados de nudos críticos identificados según lo expresado por los cuatro perfiles de usuarios definidos en este informe.

Este análisis apuntó a que los participantes reconocieran desde su experiencia aquellos elementos obstaculizadores en la implementación del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo. Para dicho objetivo, se orientó la reflexión mediante un diagrama de flujo, que dispuso de momentos o puntos claves para el funcionamiento de la plataforma. Dando como punto de partida una -Antesala- inicio determinado por el momento en que el CESFAM se integra al SRDM.

Si bien se solicitó que cada usuario se refiriese, principalmente, a los módulos de Digitación y Gestión hubo situaciones en las que por limitancias asociadas al perfil de acceso a la plataforma, los participantes no pudieron hacer mayor mención a los módulos que desconocían. Esto se dio especialmente en el perfil correspondiente a los digitadores.

Esta sección de análisis comprenderá dos partes, la primera de ellas, segmentará los nudos críticos, a partir de categorías extraídas de patrones comunes identificados tras las opiniones emanadas por los usuarios, dichas categorías fueron ordenadas según módulo del SRDM. En este nivel se hará la integración de algunos antecedentes entregados por el “*Informe de Evaluación de Uso e Identificación de Nudos Críticos del Sistema de Registro Derivación y Monitoreo*” elaborado por Ekos Consultores (2013), puesto que dicho estudio entrega una visión panorámica nacional del funcionamiento del SRDM, lo cual permitirá contrastar en ciertos ámbitos, la situación local con la realidad nacional. Y finalmente, a través de una tabla resumen se exhibirán las principales observaciones (textuales) referidas por la mesa comunal, sectorialistas (salud/social) y digitadores.

Según lo declarado anteriormente, iniciamos esta sección identificando tres ámbitos o categorías de análisis, descritas a continuación:

I. Gestión Técnica del SRDM

Se entenderá por gestión técnica todas aquellas acciones que comprenden el ingreso de datos al sistema, junto con la gestión de las derivaciones y tareas asociadas a la administración de los datos, una vez que estos se encuentran dentro de la plataforma.

II. Gestión Administrativa del SRDM

Este criterio alude al despliegue de recursos humanos y materiales, que permiten la implementación del SRDM, en cada centro de salud o unidad de la municipalidad.

III. Gestión Central del SRDM.

La gestión central comprenderá todas aquellas tareas de administración, de exclusiva responsabilidad del nivel central (MIDESO-MIDEPLAN) vinculado al Programa CHCC, y que incide en el funcionamiento del SRDM.

2.1 REVISIÓN DE NUDOS CRÍTICOS POR CATEGORÍA DE ANÁLISIS

Las categorías enunciadas anteriormente, nos permitirán analizar con mayor minuciosidad los hallazgos extraídos de los participantes a los talleres de análisis desarrollados, lo cual quedará expresado a continuación.

I. Gestión Técnica del SRDM.

Al revisar la Gestión Técnica, y los hallazgos respectivos al Módulo de Digitación, existen acciones vinculadas a la transcripción e ingreso de datos, que, a nuestro juicio, requieren mayor rigurosidad por parte de los profesionales al momento de ser traspasados a los formularios, esto adquiere relevancia al momento de validar la información incorporada a la plataforma, la cual debiese ser coherente con la realidad de los beneficiarios del programa.

Lo anterior, podemos relacionarlo con otro nudo crítico, el cual dice relación con la imposibilidad de modificar la información una vez que ha sido ingresada y almacenada en el sistema. Antecedentes personales tales como, domicilios o teléfonos, pueden variar a lo largo de la gestación, y ulteriormente, por lo tanto, durante la continuidad que otorga el sistema de protección a los usuarios es muy probable que se produzcan cambios vinculados a los aspectos ya mencionados. Asimismo, advertimos otra situación que precisa la modificación de datos, suscitada al momento de cometer errores en la digitación: usuarios del sistema, marcan opciones de riesgo o vulnerabilidad que no corresponden a los usuarios, lo que eventualmente podría originar alertas de derivaciones no asertivas. Por lo anterior, resulta complejo ingresar datos que no conciernen al usuario, en primer lugar, porque estos no son modificables, y, en segundo lugar, porque pueden generar alertas de derivación no atingentes a la realidad del beneficiario.

Otro aspecto inserto dentro de este segmento de nudos críticos alude a la brecha histórica de ingreso de gestantes y niños a la plataforma, es una situación que, a nivel local, la relacionamos con la implementación tardía del SRDM, el cual comenzó su puesta en marcha regular a fines de octubre de 2012, Esto significó que muchos de los usuarios de CHCC, anteriores a esa fecha, no hayan sido ingresados.

Sin embargo la brecha de ingresos, resulta un tema pendiente que también se observa a nivel nacional, lo cual queda especificado en el Informe de Nudos Críticos efectuado por Ekos(2013), el cual proporciona detalles de la brecha de ingresos del SRDM, en comparación a la base de datos otorgada por DEIS. (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL)

En esta oportunidad, se revisarán los datos asociados a la región de Valparaíso.

En cuanto al Ingreso de Gestantes, el informe presenta la brecha entre el dato de ingreso 2012 en el SRDM en comparación con el dato de ingreso DEIS, para el mismo período, especificado en la siguiente tabla:

Tabla 19: Brecha Ingreso Gestantes SRDM- DEIS 2012.

Región	Comuna	SRDM	DEIS	% Brecha c/respecto MINSAL
Valparaiso	Valparaíso	2.987	3.342	10,6%
	Casablanca	159	326	51,2%
	Concón	450	397	-13,4%
	Juan Fernández	16	14	-14,3%
	Puchuncaví	175	200	12,5%
	Quilpué	2.373	1.569	-51,2%
	Quintero	141	325	56,6%
	Villa Alemana	1.041	1.271	18,1%
	Viña del Mar	2.494	2.969	16,0%
	Isla de Pascua	117	113	-3,5%
	Los Andes	101	849	88,1%
	Calle Larga	214	144	-48,6%
	Rinconada	148	238	37,8%
	San Esteban	223	233	4,3%
	La Ligua	395	392	-0,8%
	Cabildo	838	254	-229,9%
	Papudo	12	70	82,9%
	Petorca	83	111	25,2%
	Zapallar	65	75	13,3%
Quillota	750	1.276	41,2%	
Calera	120	654	81,7%	

Fuente: Ekos Consultores (2013).

Según los datos observados, la comuna de Viña del Mar presenta al año 2012 un ingreso de 2494 gestantes al SRDM. En tanto, DEIS refiere un ingreso de 2969 gestantes, comparativamente se desprende una brecha del 16,0%, con respecto al MINSAL.

Concerniente al Ingreso de Niños, se midió la brecha del dato de ingreso 2012 de niños en comparación con el dato otorgado por DEIS, para el mismo período:

Tabla 20: Brecha Ingreso Niños y Niñas SRDM- DEIS 2012.

Tabla n°50: Brecha de Información SRDM y DEIS año 2012				
Región	Comuna	SRDM	DEIS	% Brecha c/respecto MINSAL
Valparaiso	Valparaíso	1.922	352	446,0%
	Casablanca	210	115	82,6%
	Concón	460	118	289,8%
	Juan Fernández	33	11	200,0%
	Puchuncaví	97	103	-5,8%
	Quilpué	1.337	206	549,0%
	Quintero	68	90	-24,4%
	Villa Alemana	806	163	394,5%
	Viña del Mar	1.546	460	236,1%
	Isla de Pascua	55	26	111,5%
	Los Andes	96	190	-49,5%
	Calle Larga	186	33	463,6%
	Rinconada	102	49	108,2%
	San Esteban	152	65	133,8%
	La Ligua	166	177	-6,2%
Cabildo	428	102	319,6%	
Papudo	24	51	-52,9%	
Petorca	75	84	-10,7%	
Zapallar	0	53	-100,0%	

Fuente: Ekos Consultores (2013).

En el caso de ingreso de niños, existe un registro para la comuna de Viña del Mar de 1546 niños en el SRDM, mientras que DEIS refiere 460 niños, lo que porcentualmente se traduce en una brecha de 236,1%.

Ambas tablas refieren la brecha de ingreso de gestantes y niños de algunas comunas de la región de Valparaíso, lo cual al ser tomado como referencia, nos permite inferir que el déficit de ingresos en el SRDM, es un hecho que se da con menor o mayor agudeza, en todas las comunas, y en lo que concierne a Viña del Mar, es una situación la cual puede adjudicarse en parte, a la tardía implementación de la plataforma, pero tal como se ha revisado en el desarrollo de este informe, existen otras circunstancias que inciden en el menor o mayor avance alcanzado por el SRDM.

Desde nuestro punto de vista, la brecha de ingresos es una tarea pendiente, que debe ser atendida por los equipos de trabajo en las diferentes unidades que componen la red local CHCC, lo anterior resulta una línea de mejora la cual debe incluirse en las estrategias consignadas para obtener un óptimo funcionamiento de la plataforma.

Siguiendo en el ámbito de la Gestión Técnica, las observaciones referidas al Módulo Gestión, en primer lugar, señalan la incompreensión de los sectorialistas de salud en torno a cómo funcionan las alertas de derivación y, consecutivamente, aquello que concierne la gestión de derivaciones para gestantes y niños. Ambas tareas son la base de este módulo, pues alude a las acciones que él o la sectorialista debe atender, procurando una oportuna gestión. Creemos que dicha tarea es muy importante, ya que se relaciona con alguna vulnerabilidad o riesgo psicosocial del usuario.

Para mitigar el desconocimiento que existe respecto al funcionamiento de este módulo, creemos que resulta preponderante reforzar en los diferentes equipos y actores asociados al SRDM, las acciones a ejecutar (alertas-gestión derivaciones) y, de ese modo, facilitar a los sectorialistas del área social (municipalidad) y sectorialistas de salud, la comprensión íntegra del sistema, el cual en definitiva, pretende articular las diferentes unidades que componen la red Chile Crece Contigo.

Ligado al tema anterior, el informe efectuado por Ekos (2013) refiere algunos antecedentes sobre el comportamiento y fluctuación de derivaciones generadas en el SRDM, los cuales se revisarán a continuación:

Tabla 21: Derivaciones Totales a Nivel Comunal.

	Cantidad de Comunas que han realizado derivaciones	Total de derivaciones	Derivaciones pendientes	%
Gestantes	229	261.006	196.517	75,3%
Niños/as	338	479.588	274.822	57,3%

Fuente: Ekos Consultores (2013).

Según el análisis desarrollado por Ekos (2013), el cuadro anterior indica dos cosas:

“El módulo de gestión no es utilizado de manera general por las comunas, como si lo es el módulo de registro. De hecho en la estadística se incorporaron todas las comunas que han derivado algún caso, aunque un número significativo de ellas registra cantidades muy bajas (por ejemplo: inferior a 10 casos). Lo segundo es que una cantidad significativa de casos quedan en estado “pendiente”, lo cual significa que no se ha dado un proceso de referencia y contra referencia, pudiendo ser, por ejemplo, casos que han sido tomados por el Encargado Comunal, pero respecto de los cuales no se ha generado ninguna acción”(Ekos Consultores, 2013, p. 46)

La interpretación anterior nos permite señalar que la derivación de casos en el Módulo Gestión, en términos generales, no ha alcanzado un nivel de funcionalidad avanzado, los porcentajes alusivos a derivaciones pendientes respalda lo anterior, situación que aplica a la mayoría de las comunas que disponen del SRDM.

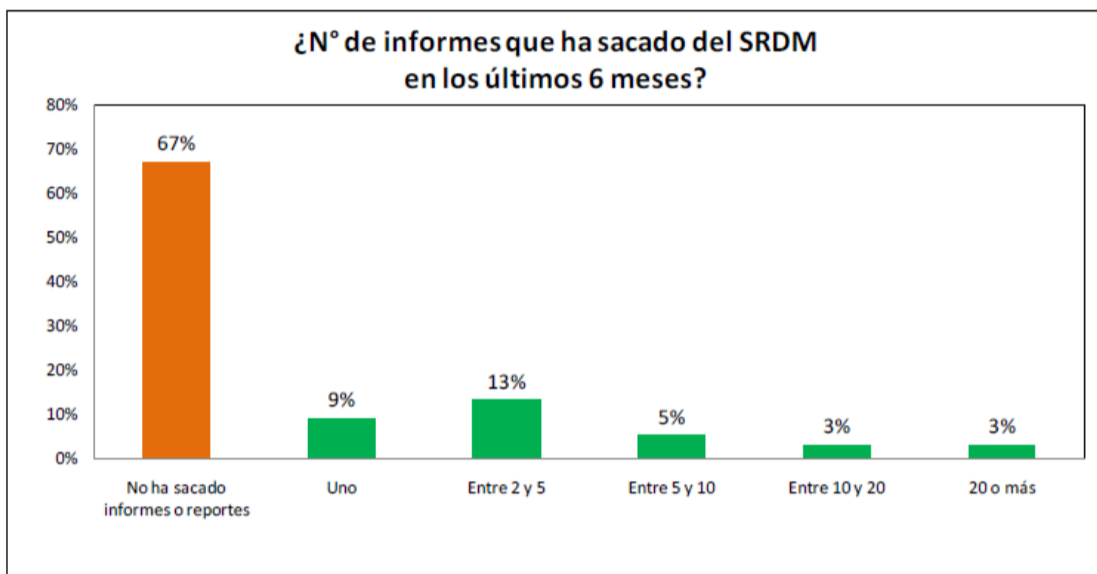
Podemos señalar, entonces, que el desconocimiento e incompreensión de la plataforma, referidos por los sectorialistas locales respecto del uso y gestión de las derivaciones, es una condición, que podría hacerse extensiva a las demás comunas, si bien no cómo causal única, pero sí como una variable importante al momento de definir la baja respuesta que tienen los casos dentro de este módulo.

Continuando en la categoría de nudos críticos referida a la Gestión Técnica, encontramos un hallazgo alusivo al desuso de los reportes generados por la plataforma. Algunos de estos informes dan a conocer, por ejemplo, antecedentes referidos al número de prestaciones entregadas por el programa, segmentados por centro de salud, a ese tipo de reporte tiene acceso el sectorialista (salud-social). Sin embargo, existen otros reportes, a los cuales, sólo tiene acceso la encargada comunal de Chile Crece Contigo, estos se vinculan con indicadores de riesgo y/o vulnerabilidad asociados a usuarios del programa. Este último reporte, resulta más útil en cuanto abre la posibilidad de encausar una intervención focalizada, asociada al indicador de riesgo o vulnerabilidad, emitido por el sistema.

Lo anterior, podría significar una línea de intervención ventajosa, vinculada directamente al SRDM, la cual concedería mayor legitimidad al mismo, posicionándolo como una herramienta de gestión útil, eficiente, ampliando el alcance de intervención a grupos de usuarios vulnerables.

Sobre el uso de reportes del SRDM, es posible extraer desde el informe nacional, los siguientes datos:

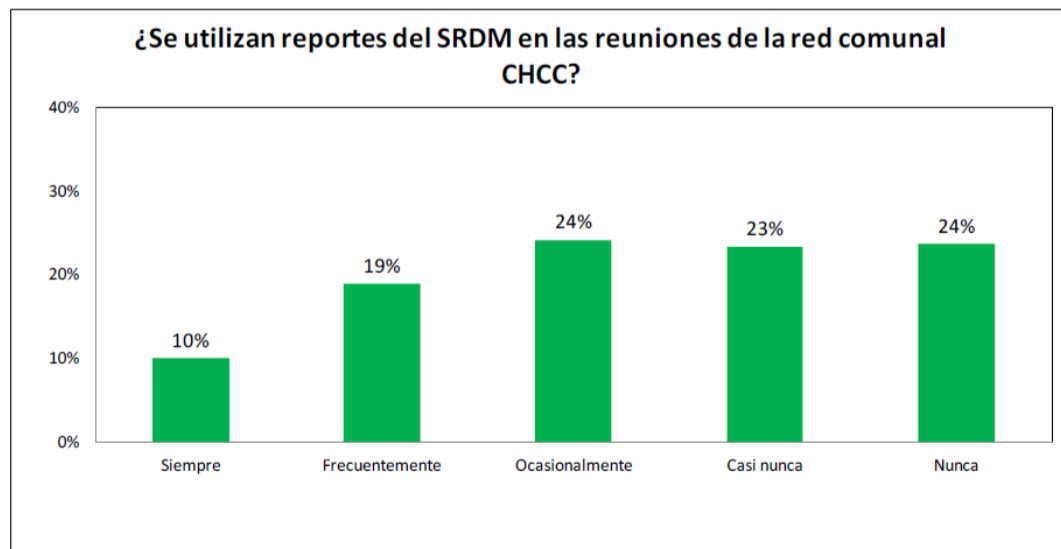
Gráfico 13: Informes que ha sacado del SRDM en los últimos seis meses.



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Según el gráfico anterior, un 67% de los usuarios consultados no ha extraído ningún informe o reporte del SRDM en los últimos seis meses. Por lo anterior inferimos que el uso de dichos informes es bajo, apreciación que adquiere mayor respaldo con los datos exhibidos a continuación:

Gráfico 14: Uso de Reportes del SRDM.



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Según el gráfico presentado anteriormente, de los usuarios consultados sobre el uso de los reportes en las reuniones de la red comunal, sólo un 10% declara que los utiliza siempre, en tanto un 19% señala que utiliza los reportes frecuentemente, y un 24% ocasionalmente. En contraposición, un 24% de los consultados refiere nunca haber utilizado los reportes.

Al hacer lectura de los datos proporcionados por el informe nacional, es posible señalar que, si bien el uso de reportes ha comenzado a instaurarse en los equipos de trabajo que conforman las redes CHCC, su nivel de alcance es bajo, puesto que el estudio prescribe que el 67% de los consultados no ha extraído reportes. Creemos que esto también es algo que puede hacerse extensivo a la realidad local, donde los reportes aún no constituyen un elemento incorporado en los equipos de trabajo y unidades que conforman la red Chile Crece Contigo. Por lo tanto, como se mencionó en el inicio de este nudo crítico, resulta fundamental la inserción de los informes generados por el SRDM, a la gestión intersectorial de CHCC, la cual pudiese incorporar líneas de intervención focalizada, ampliando y enriqueciendo el funcionamiento de la plataforma, de los equipos asociados a la red local, y finalmente, a nuestro juicio, esto se traduciría en un beneficio directo a los usuarios vulnerables que conforman el Subsistema de Protección Social CHCC.

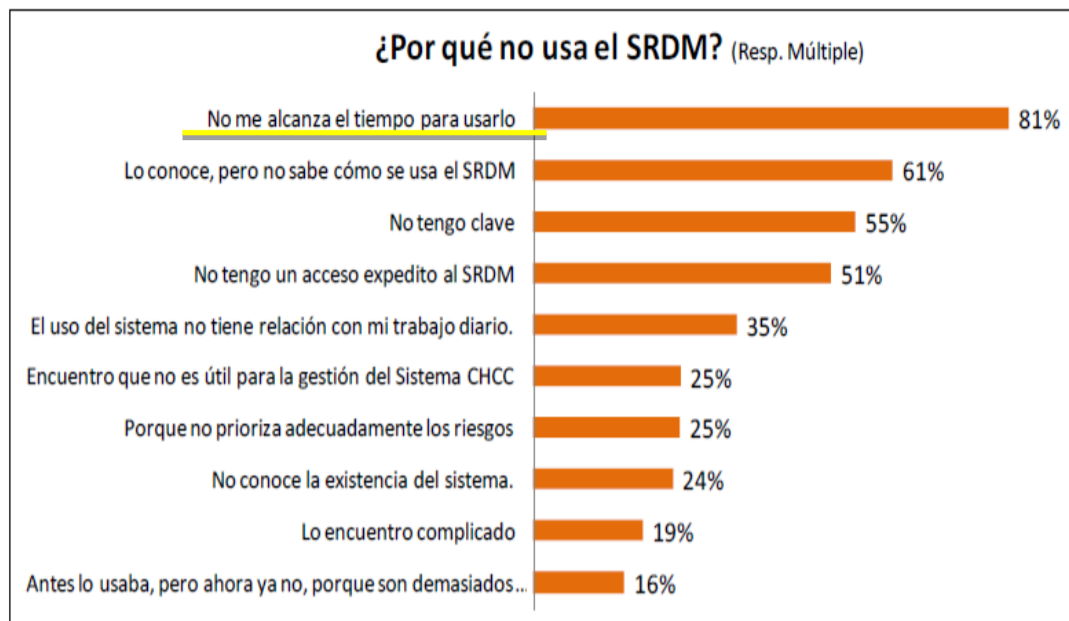
II. Gestión Administrativa del SRDM.

El segundo grupo de nudos críticos, concerniente a la Gestión Administrativa, refiere en primer lugar la inexistencia de un horario específico, acordado y resguardado en todos los centros de salud para que encargados Chile Crece Contigo puedan atender las responsabilidades y actividades vinculadas al sistema de protección, incluyendo la gestión del SRDM.

Al profundizar sobre el punto anterior, advertimos que, en algunos casos, aun contando con horario asignado para dichas funciones, el profesional no logra dar oportuna diligencia a las tareas asignadas. Asimismo, los equipos refieren tener sobrecarga de trabajo, la cual en ocasiones, es atendida en los horarios fijados para CHCC.

A lo anterior, podemos agregar algunos datos ofrecidos por el estudio nacional, los cuales indican que la variable tiempo incide directamente en el no uso del SRDM. Esto se manifiesta en el gráfico 6, donde el 81% de los consultados señala no usar la plataforma, por falta de tiempo.

Gráfico 6: Razones de No Uso del SRDM.



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Según los datos revisados en el presente gráfico, es importante consignar que tanto para los consultados en el informe nacional, como para los profesionales del contexto local, la variable tiempo, resulta un elemento obstaculizador determinante. Esto sugiere observación y, particularmente en la comuna de Viña del Mar, sería importante inspeccionar en los centros de salud el cumplimiento de horas asignadas a CHCC, estableciendo dentro de este, un espacio para realizar las tareas asociadas a la gestión de la plataforma. Sin embargo, creemos que también es necesario, extender esta línea de mejora, a los sectorialistas del área social (municipalidad) quienes han iniciado con posterioridad, la implementación del SRDM, y por lo tanto, requieren con mayor apremio, disponer de un horario dedicado exclusivamente al SRDM.

Existe un segundo hallazgo, asociado a la Gestión Administrativa, el cual alude al grado de importancia y apoyo otorgado al programa por los directores de cada centro de salud, aspecto que recae directamente en los equipos Chile Crece Contigo.

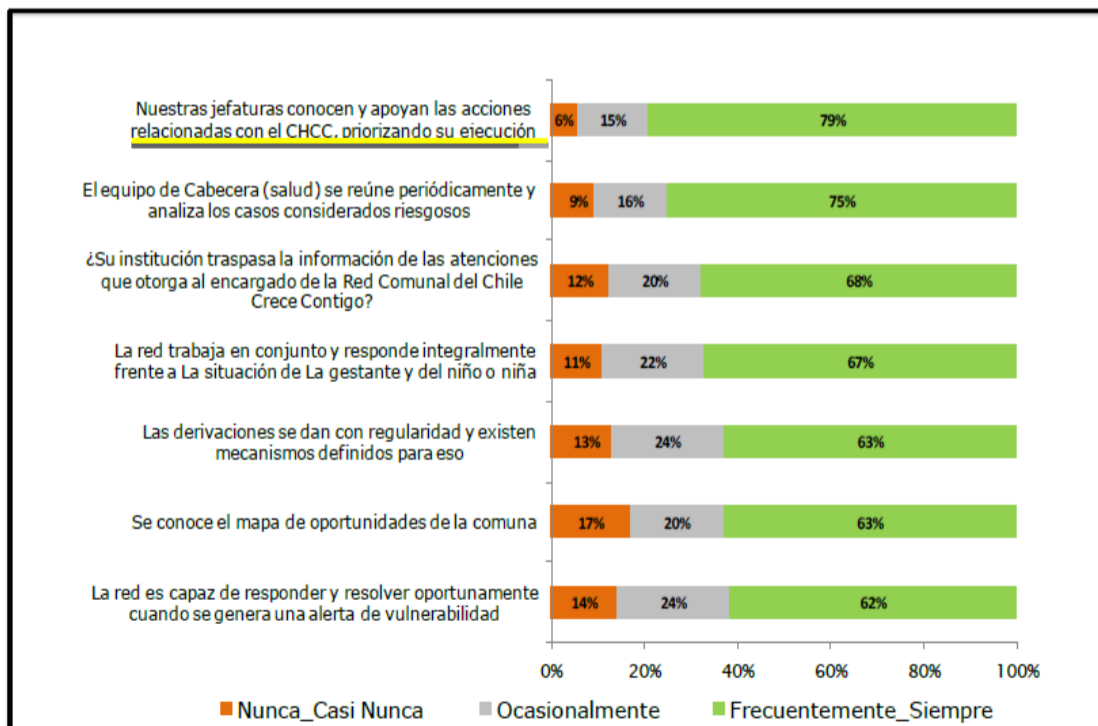
Desde nuestro punto de vista, afianzar el apoyo que pueda otorgar cada director a los encargados Chile Crece Contigo, resultaría fundamental para facilitar la inserción del SRDM en los equipos de trabajo vinculados a la plataforma. Si, por el contrario, existe una actitud indiferente o poco facilitadora frente a las nuevas exigencias y responsabilidades que trae consigo el programa, esto incidirá en el trabajo de los profesionales, que al

no contar con el respaldo suficiente, verán postergado el avance eficiente del SRDM.

Respecto a este nudo crítico, creemos que resulta fundamental desarrollar un plan de trabajo que comprenda, la integración de los directores, primeramente dando a conocer el SRDM y su implementación en la comuna, presentación que incorpore además, los aspectos que han sido analizados en el presente informe. Existe otra línea de mejora, para este ámbito, el cual dice relación con disposiciones que sean emanadas desde la Corporación Municipal de Viña del Mar, organismo encargado de administrar los centros de salud, por lo cual cuenta con la autoridad suficiente para determinar, en caso de ser necesario, instrucciones que vayan en pro de la mejor administración de los centros. En ese caso, eventualmente podrían ser consideradas algunas medidas para mejorar la gestión del SRDM en cada centro de salud.

Por último, sobre este mismo tema, revisaremos un antecedente disponible en el informe nacional, el cual señala que el 79% de los consultados manifiesta recibir apoyo de sus jefaturas, frecuentemente-siempre:

Gráfico 8: ¿Qué opción se asemeja a la situación de su red comunal?



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Sobre el dato extraído del gráfico anterior, se desprende una alta conformidad asociada al apoyo recibido desde las jefaturas, en torno a las acciones vinculadas a CHCC, dicha apreciación no coincide con la percepción local, puesto que los encargados (salud) refieren recibir baja recepción y atención sobre lo que concierne al sistema de protección, dando prioridad a otros proyectos o planes que se ejecutan en los centros de salud. Por lo tanto, posicionar CHCC dentro de los centros de salud, resulta una tarea pendiente, la cual debe ser considerada dentro de un plan de mejora, el cual pretenda dar una respuesta de carácter integral, a las exigencias que otorga este sistema.

Al avanzar en el segmento de nudos críticos, correspondientes a la Gestión Administrativa, encontramos hallazgos vinculados al Módulo Digitación del SRDM que serán analizados a continuación.

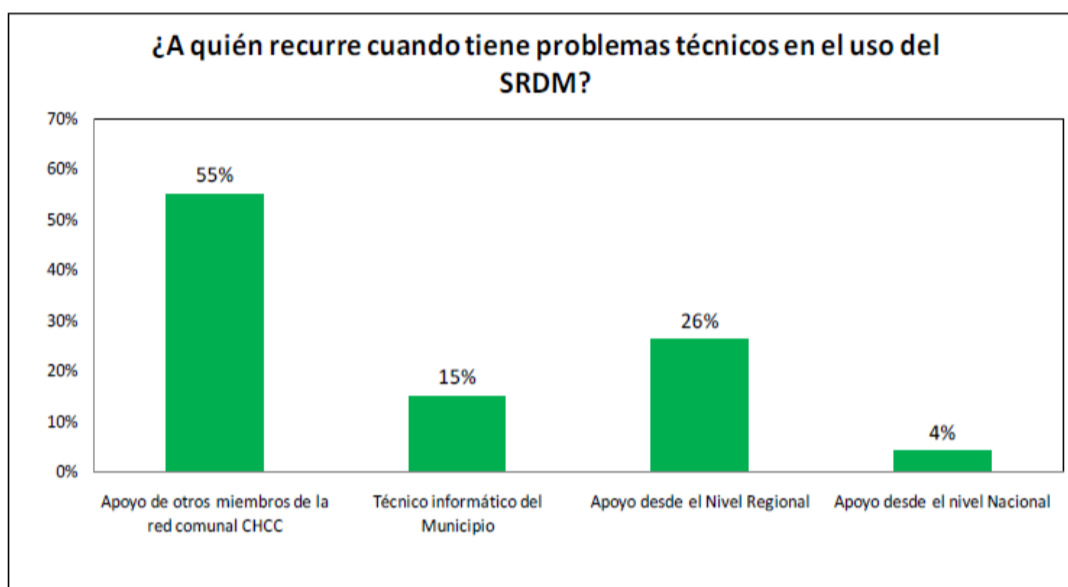
Para comenzar, se iniciará esta parte mencionando que los centros de salud carecen de una persona capacitada en el SRDM, la cual pueda atender dudas asociadas a los módulos que componen la plataforma. Por lo anterior, en la actualidad, dichas dudas son encausadas a la encargada de salud CHCC y, eventualmente, si la interrogante no puede ser resuelta por ella, esta misma realiza el nexo con la representante regional de MIDESO.

Creemos que la ausencia de una persona instruida en el SRDM, en los centros de salud, influye en los procesos de digitación y gestión de casos, los cuales se ven postergados, y paralelamente, esto genera un aplazamiento en el funcionamiento regular de la plataforma. Aun cuando las dudas sean respondidas, la agilidad de dichas respuestas varía eventualmente. Por lo anterior resulta importante, considerar la posibilidad de contar con una persona entendida en la plataforma, ojalá en cada centro de salud.

A nuestro juicio, esta necesidad de contar con un entendido en la plataforma, también se traslada al área social (municipalidad) donde la mayoría de sus unidades se concentran en DIDECO, por lo cual sería recomendable que en esta institución estuviese disponible una persona para responder inquietudes asociadas al sistema, en la actualidad, dicha función está siendo atendida por una integrante de la mesa comunal CHCC.

Al profundizar en el tema, el estudio de nudos críticos nacional proporciona un antecedente alusivo a los usuarios y problemas técnicos de la plataforma. Al respecto, un 55% de los consultados refiere acudir a los miembros de la red comunal CHCC, para resolver dudas, lo cual se muestra en el gráfico 15:

Gráfico 15: Asistencia Técnica del SRDM.



Fuente: Ekos Consultores (2013).

Según el gráfico expuesto, los usuarios del SRDM recurren a los miembros de la red comunal para resolver dudas, situación que converge con la realidad local, ya que, según lo descrito anteriormente, actualmente, corresponde a la encargada Chile Crece Contigo del área Salud, canalizar las interrogantes asociadas a la plataforma, y en el caso del área social, es la integrante de la mesa comunal, quien recibe las dudas del sistema.

En consecuencia, consideramos que contar con una persona instruida en el SRDM, en aquellas unidades de la red CHCC, es un requerimiento atendible de ser incorporado dentro de un plan de mejora, orientado a la optimización del funcionamiento de la plataforma, puesto que influye significativamente en la gestión del SRDM, resulta entonces un aspecto a considerar, al momento de elaborar una estrategia que intente facilitar la introducción de la plataforma en las diferentes unidades de la red local CHCC.

Respecto a la Gestión Administrativa asociada al Módulo Gestión del SRDM, se prescribe un hallazgo que dice relación con la inexistencia de alertas de derivación, enviadas directamente a los correos electrónicos de los profesionales que se vinculan al sistema. Dicha situación, si bien es una disposición que obedece a la estructuración y configuración del sistema, no

deja de ser una observación relevante, al momento de determinar las razones que influyen en la postergación y no resolución de las derivaciones asignadas a los diversos sectorialistas. Al respecto este ámbito de gestión no ha alcanzado un nivel de funcionalidad avanzado. Se da, entonces, en algunos casos, la acumulación de derivaciones sin respuesta, porque el sectorialista no ha ingresado a la plataforma, o porque el profesional, aún desconoce el modus operandi del SRDM. En ambos casos, resulta poco favorable, considerando que la principal función de este módulo es atender las alertas de derivación.

Respecto al punto anterior, confluyen diversos factores que determinan la efectiva resolución de los casos mediante la plataforma, por lo tanto, lo que se ha expuesto en torno a la inexistencia de notificaciones directas para los sectorialistas, es sólo una de las aristas revisadas a lo largo de este análisis. Respecto a la eventual mejora del aspecto referido, el énfasis debiese estar dirigido en primer lugar, en regularizar el ingreso a la plataforma, es decir que este se efectúe de forma constante y, en segundo lugar, algo que ya hemos señalado es el acompañamiento e inducción respectivos al funcionamiento del módulo. Lo anterior debiese estar dentro de las estrategias que incorpore el plan de mejora, dirigido a optimizar la implementación del SRDM en la comuna de Viña del Mar.

III. Gestión Central del SRDM

Los hallazgos encontrados en esta categoría de nudos críticos, refieren, en primer lugar: ausencia de claves para algunos CECOSF, lo que implica una postergación del funcionamiento de la plataforma en los centros de salud afectados. Estos al carecer de identidad en la plataforma, realizan ingresos de gestantes y niños, los cuales se adhieren a la base de datos de otros centros de salud.

Aunque las claves han sido solicitadas en reiteradas oportunidades, no se ha logrado regularizar dicho escenario. Nos parece preocupante que el nivel central, no dé resolución oportuna a este tipo de eventos, lo cual no facilita la implementación del SRDM, asimismo vemos que se exige mayor eficiencia en la puesta en marcha de la plataforma, sin embargo, a nuestro criterio, esto no va acompañado de la suficiente diligencia de este organismo, el cual creemos, debiese prestar mayor atención a este tipo de nudos que apelan a su exclusiva competencia.

Otro nudo crítico a revisar dentro de esta categoría es la personalización de claves asociadas al RUT del profesional, lo que se traduce en un obstáculo al momento de requerir incorporar otros profesionales al SRDM, pues para acceder a una clave, sobreviene un lapso de espera, el cual puede extenderse considerablemente. Esto hace que la inclusión de nuevos actores, en la gestión de la plataforma no sea expedita.

Ambos hallazgos, si bien no pueden ser resueltos por la gestión local de CHCC, creemos que, igualmente, es importante considerarlos al momento de analizar aquellos elementos obstaculizadores del SRDM, los cuales han influido en menor o mayor grado en su implementación. Asimismo, esto debe ser reportado al nivel central para ver la posibilidad de, al menos, agilizar y resolver la entrega de claves, algo que, desde nuestro punto de vista, resulta fundamental para iniciar y actualizar el uso de la plataforma en los centros de salud no integrados de forma regular al funcionamiento del SRDM.

Con el párrafo anterior, se da por culminado la sección que comprende el análisis de nudos críticos, según categorización. A las cuales además adherimos antecedentes del informe nacional efectuado por Ekos (2013). Ambos contextos han permitido efectuar una revisión analítica de los antecedentes recopilados.

A continuación presentaremos mediante la tabla 18, las principales opiniones de los usuarios del SRDM. Dichas reflexiones en definitiva sustentaron el análisis desarrollado anteriormente.

TABLA 18: RESUMEN NUDOS CRÍTICOS DEL SRDM, SEGÚN PERCEPCIÓN DE MESA COMUNAL, SECTORIALISTAS Y DIGITADORES, DIFERENCIADOS POR MÓDULO⁵

ANTESALA	NUDOS CRITICOS
INGRESO CESFAM AL SRDM	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“No todos los CECOSF tienen clave”</i> (Sectorialista Salud) 2. <i>“Horas administrativas del encargado CHCC no están definidas en todos los CESFAM-CECOSF”</i> (Sectorialista Salud) 3. <i>“Directores de cada establecimiento, inciden en la importancia que se le asigna al programa”</i> (Sectorialista Salud)
ENTREGA DE CLAVES	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“Clave es sólo para el digitador o encargado, es muy personalizada ya que se vincula con el RUT”</i> (Sectorialista Salud) 2. <i>“Clave debiese asignarse por CESFAM o CECOSF, para hacerla más general”</i> (Sectorialista Salud)
MÓDULO DIGITACIÓN	NUDOS CRÍTICOS
ENTREGA DE FORMULARIOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“No existen formularios en el centro, se deben imprimir”</i>(Sectorialista Salud) 2. <i>“Formularios se encuentran en formato pdf para imprimir, pero no siempre están los recursos en los establecimientos”</i> (Sectorialista Salud) 3. <i>“El acceso a los formularios no es fácil y oportuno”</i> (Sectorialista Salud) 4. <i>“Falta motivación del profesional”</i> (Digitador) 5. <i>“Entrega tardía de formularios”</i>(Digitador)
LLENADO DE FORMULARIOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“Los formularios no son completados a cabalidad, falta de datos y/o letra ilegible”</i> (Sectorialista Salud) 2. <i>“Surgen dudas asociadas al ingreso de formularios a la plataforma, pero no existe persona para consultar, cuando esto sucede”</i> (Sectorialista Salud) 3. <i>“Mala caligrafía o información errónea”</i> (Sectorialista Salud) 4. <i>“Falta llenado de formularios-contacto gestante”</i>(Sectorialista Salud) 5. <i>“Información errónea”</i> (Digitador)

⁵ El contenido inserto en la siguiente tabla dispone de las opiniones textuales referidas por los usuarios del SRDM sobre el uso y funcionamiento de la plataforma.

MÓDULO DIGITACIÓN	NUDOS CRÍTICOS
LLENADO DE FORMULARIOS	<ul style="list-style-type: none"> 6. <i>"Formularios fuera de plazo"</i> (Digitador) 7. <i>"Formularios poco legibles"</i> (Digitador) 8. <i>"Se toma mal el dato"</i> (Mesa Comunal)
TRANSCRIPCIÓN DE DATOS AL SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> 1. <i>"No todos los centros cuentan con digitador"</i> (Sectorialista Salud) 2. <i>"La transcripción depende de la letra de quien escribe"</i> (Sectorialista Salud) 3. <i>"Los datos no siempre son oportunamente cargados al sistema"</i> (Sectorialista Salud) 4. <i>"Horas de digitación insuficientes"</i> (Sectorialista Salud) 5. <i>"Faltan digitadores capacitados, lo que hace que el ingreso de los formularios se detenga"</i> (Sectorialista Salud) 6. <i>"Equipos no tienen incorporada la entrega de información para los digitadores"</i> (Sectorialista Salud) 7. <i>" Servidor lento"</i> (Digitador) 8. <i>"Dificultad por llenado incompleto"</i> (Digitador) 9. <i>"No se puede corregir información"</i> (Digitador) 10. <i>"Brecha histórica de datos"</i> (Mesa Comunal)
MÓDULO GESTIÓN	NUDOS CRÍTICOS
ALERTAS DERIVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> 1. <i>"No existe claridad respecto al uso y utilidad de las alertas"</i> (Sectorialista Salud) 2. <i>"Difícil acceso al Módulo"</i> (Sectorialista Salud) 3. <i>"Alertas de Derivación, son poco amigables"</i> (Sectorialista Salud)
GESTIÓN DERIVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> 1. <i>"Encargado CHCC no dispone de tiempo suficiente para atender la gestión"</i> (Sectorialista Salud) 2. <i>"Los reportes generados por el SRDM, son inútiles"</i> (Sectorialista Salud) 3. <i>"Desconocimiento de los encargados para utilizar el módulo"</i> (Sectorialista Salud) 4. <i>"Poco amigable, poco operativo"</i> (Mesa Comunal) 5. <i>"Poca colaboración y compromiso de los sectorialistas"</i> (Mesa Comunal) 6. <i>"Cuando la encargada comunal deriva hacia los profesionales, ellos no reciben alerta de que esa derivación está en su sistema"</i> (Mesa Comunal) 7. <i>"Acceso a información dentro del SRDM está limitado al perfil de usuarios que acceda a la plataforma"</i> (Mesa Comunal) 8. <i>"Errores de digitación en que marcan el riesgo como si, pero que el riesgo no existe"</i> (Mesa Comunal)

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO V

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DEL SRDM

INTRODUCCIÓN

Este capítulo del seminario tiene por finalidad, asentar un plan de mejoramiento para la gestión del SRDM, el cual se enmarca dentro del Objetivo de Trabajo N° 2, que contempla: *“Diseñar e Implementar un Plan de Mejoramiento para la Gestión del SRDM, en la red local del programa CHCC, perteneciente a la comuna de Viña Del Mar”* propósito fundado en el marco metodológico.

El diseño de esta propuesta, se abocó a dar respuesta a los elementos obstaculizadores que dificultan el funcionamiento del sistema, factores identificados por los actores de la red local CHCC, los cuales fueron analizados en detalle, en el capítulo anterior. Al respecto resulta apropiado esclarecer que las categorías de análisis desprendidas en dicho capítulo: Gestión Técnica, Gestión Administrativa y Gestión Central, en particular las dos primeras, permitirán estructurar de forma segmentada las acciones de mejora insertas en el siguiente plan.

Los hallazgos que dificultan la óptima implementación de la plataforma, incentivaron un proyecto que incorporara aquellas demandas, y además, involucrara a todas las entidades asociadas a la gestión del SRDM, en la comuna de Viña del Mar.

El plan de mejora presentado, además de considerar los antecedentes recopilados en los talleres, ha sido evaluado y revisado en tres oportunidades, por la mesa comunal de Chile Crece Contigo, encabezada por su encargada comunal. Dichas instancias de trabajo, permitieron que las propuestas entregadas, alcanzaran un nivel de resolutivez más agudo, y una perspectiva que consolidara el funcionamiento intersectorial que requiere la plataforma para su óptima implementación.

Es importante consignar que la resolutivez efectiva de las acciones propuestas dentro de este plan, se proyecta dentro de un plazo estimado de un año desde que comience a implementarse. Al respecto la mayoría de las acciones proceden su inicio a partir de diciembre del presente año.

A continuación se dispondrá a revisar la matriz que detalla todas las acciones de mejora que dan sustento a este plan dispuesto para alcanzar un progreso sustancial en la gestión del SRDM.

1. PLAN DE MEJORAMIENTO SISTEMA DE REGISTRO DERIVACIÓN Y MONITOREO CHILE CRECE CONTIGO

Objetivo General: *Optimizar el funcionamiento del SRDM del Programa Chile Crece Contigo, mejorando la gestión técnica y administrativa de la mesa comunal y de los sectorialistas municipales y de salud, en la comuna de Viña del Mar.*

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE LOGRO
GESTIÓN TÉCNICA (Alimentación del SRDM)	Posicionar al SRDM como una herramienta de gestión técnica que facilite el trabajo intersectorial en la red local CHCC.	1.- Difusión resultados de nudos críticos del SRDM, dirigido a directores de CESFAM, sectorialistas de salud y área social (municipalidad) y representante de MIDESO.	Mesa Comunal/Estudiante Seminarista	Espacio físico. Agenda para efectuar la presentación.	1.1 Elaboración y entrega de informe a mesa comunal, para determinar diagnóstico y precisiones de acuerdo a análisis desarrollado.	septiembre de 2013	>Entrega de Informe de Nudos Críticos a la Mesa Comunal CHCC.	La presentación de Análisis FODA y Nudos Críticos, es difundida en los tres niveles definidos: sectorialistas, directores y coordinador de MIDESO.
					1.2 Presentación resultado análisis FODA y nudos críticos del SRDM en tres instancias: -Reunión ampliada con sectorialistas (salud y municipalidad). -Coordinar reunión equipo de Directores CESFAM. -Coordinar reunión con representante MIDESO.	5 de octubre de 2013 Por definir Por definir	-Lista de Asistencia. -Lista de Asistencia. -Lista de Asistencia	

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE LOGRO
GESTIÓN TÉCNICA (Alimentación del SRDM)	Posicionar al SRDM como una herramienta de gestión técnica que facilite el trabajo intersectorial en la red local CHCC.	2.-Instaurar en los centros de salud, un protocolo de procedimiento para el ingreso de gestantes y niños al SRDM.	Mesa Comunal/ CMVM/Estudiante Seminarista	<u>Materiales:</u> -Hojas blancas/Impresión /Fotocopias Espacio físico y agenda, para la entrega y difusión del instructivo.	2.1 Elaboración de instructivo, que defina las acciones y responsabilidades asociadas a garantizar que los usuarios de CHCC sean ingresados oportunamente al SRDM.	septiembre de 2013	-Instructivo confeccionado.	El 100% de los centros de salud, cuenta con instructivo de ingreso de gestantes y niños al SRDM.
					2.2 El instructivo será entregado, en primera instancia a directores de centros de salud, y posteriormente a sectorialistas de salud CHCC.	noviembre de 2013	-Registro cantidad de Instructivos entregados por centro de salud	

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR(ES) DE LOGRO
GESTIÓN TÉCNICA (Alimentación del SRDM)	Posicionar al SRDM como una herramienta de gestión técnica que facilite el trabajo intersectorial en la red local CHCC.	3.- Fortalecer el proceso de alimentación del SRDM, mediante la incorporación en la gestión, de todas las unidades que componen la red local CHCC.	Encargada Comunal CHCC/ Sectorialistas/Mesa Comunal	Claves habilitadas SRDM en todas las unidades.	3.1 Actualización de claves, para operar el SRDM en las diferentes unidades intersectoriales.	Desde septiembre de 2013	-Unidades operando el SRDM.	El 100% de las unidades intersectoriales cuentan con clave de acceso al SRDM.
					3.2 Coordinar instancias de trabajo grupales: dirigidas a los sectorialistas para potenciar el uso del Módulo Gestión SRDM.	Desde septiembre, de 2013.	-Lista de Asistencia.	Se espera que asistan a las instancias de trabajo, a lo menos, el 90% de los sectorialistas.
					3.3 Coordinar instancias de trabajo individuales: dirigidas a sectorialistas que soliciten inducción o fortalecimiento del Módulo Gestión del SRDM. En esta circunstancia la encargada comunal podrá coordinar con la representante de MIDESO esta actividad.	Desde septiembre de 2013	-Solicitud de inducción personalizada de sectorialista a la encargada comunal.	
					3.4 Supervisión Monitoreo de los procesos de gestión de los casos vinculados a Intervención Focalizada.	Desde noviembre de 2013	- Revisión de reportes de vulnerabilidades en el SRDM	Se instala, al menos una línea de trabajo, asociada a reportes del SRDM.

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR(ES) DE LOGRO
GESTIÓN TÉCNICA (Alimentación del sistema)	Posicionar al SRDM como una herramienta de gestión técnica que facilite el trabajo intersectorial en la red local CHCC.	4.-Instaurar en los equipos técnicos de salud, un procedimiento que responda a la brecha de digitación y gestión del SRDM.	Dirección Área Salud CMVM/Sectorialistas	Claves habilitadas SRDM en todas las unidades. Sistema operativo computacional instalado en cada unidad para acceso a SRDM.	4.1 Presentación Nudos Críticos SRDM en reunión directores de CESFAM.	diciembre de 2013.	-Informe nudos críticos local.	Se espera que al menos el 90% de los directores asistan a la presentación de Informe de Nudos Críticos.
					4.2 Entrega informe de brecha de digitación del SRDM dirigida a los directores de cada centro.	diciembre de 2013	-Informe brecha ingresos gestantes y niños.	Informe de brecha de ingresos entregado al 100% de los directores asistentes.
					4.3 Elaboración de un plan de acción por CESFAM, dirigido a reducir brecha de digitación.	diciembre de 2013.	-Diseño plan de acción por centro.	El 100% de los centros de salud dispone de un plan de acción para reducir brecha de ingresos.
					4.4 Reporte mensual de estados de avance del plan de acción.	a partir de enero de 2014	-Reportes con indicadores de avance del plan de acción.	El 100% de los centros de salud entrega reporte de indicadores de avance a encargada CHCC (Área Salud)

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR(ES) DE LOGRO
GESTIÓN TÉCNICA (Alimentación del Sistema)	Posicionar al SRDM como una herramienta de gestión técnica que facilite el trabajo intersectorial en la red local CHCC.	5.- Instaurar en los equipos técnicos de la municipalidad, un procedimiento que responda a brecha de gestión del SRDM.	Encargada Comunal CHCC/ Sectorialistas	Claves habilitadas SRDM en todas las unidades. Sistema operativo computacional instalado en cada unidad para acceso a SRDM.	5.1 Presentación de nudos críticos en reunión dirigida a sectorialistas.	diciembre de 2013.	Informe nudos críticos local.	Asisten a lo menos el 90% de los sectorialistas a presentación de Informe de Nudos Críticos.
					5.2 Entrega informe de brecha de digitación del SRDM dirigida a los encargados de cada unidad de la municipalidad.	diciembre de 2013	Informe brecha ingresos gestantes y niños.	Informe de brecha de ingresos entregado al 100% de las unidades en la municipalidad-
					5.3 Elaboración de plan de acción por parte de cada unidad, dirigido a reducir brecha.	diciembre de 2013.	-Diseño plan de acción por unidad.	El 100% de las unidades cuenta con un plan de acción.
					5.4 Reporte mensual de estados de avance del plan de acción.	A partir de enero de 2014.	- Reportes con indicadores de avance del plan de acción.	El 100% de las unidades, entrega reporte de indicadores de avance a encargada comunal CHCC.

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE LOGRO
GESTIÓN TÉCNICA (Alimentación del Sistema)	Posicionar al SRDM como una herramienta de gestión técnica que facilite el trabajo intersectorial en la red local CHCC.	6.- Mejorar el nivel de resolutivez asociado a las vulnerabilidades de gestantes y niños según reportes del SRDM.	Mesa comunal/Encargada Comunal	Recursos provenientes del plan de fortalecimiento de CHCC.	6.1 Establecer un plan de reuniones mensuales con sectorialistas, dirigida a las siguientes líneas de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación continua SRDM intersectorialmente. - Análisis de reportes según vulnerabilidades detectadas. - Monitoreo de brechas. - Gestión intervenciones focalizadas. - Gestión de recursos locales y/o centralizados. 	A partir de diciembre de 2013.	-Actas de reunión. -Plan de Trabajo, para ejecutar intervención focalizada.	-Se espera la asistencia de al menos el 90% de los sectorialistas convocados a las reuniones de trabajo. -Se instala al menos una línea de trabajo semestral, vinculada a la gestión y uso de reportes del SRDM.

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE LOGRO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA (Recursos Humanos y Materiales)	Contribuir a la optimización del trabajo desarrollado por la mesa comunal de CHCC.	1. Conformar equipo de gestión técnica y administrativa del SRDM, asociado a la mesa comunal.	Ancka Kepec/Loreto Quezada.	Recursos provenientes del plan de fortalecimiento de CHCC.	1.1 La conformación de un equipo de gestión técnica y administrativa del SRDM, contempla dentro de sus funciones: -Diseñar organigrama y protocolo de funcionamiento interno del equipo. - Estar al tanto de todas las gestiones asociadas al funcionamiento del SRDM.	A partir de diciembre de 2013.	-Protocolo y diseño de organigrama elaborado para el funcionamiento interno del equipo -Acta de reunión semanal.	-El equipo de gestión técnica desarrolla un plan de trabajo continuo, el cual es notificado semanalmente a la encargada comunal CHCC.

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE LOGRO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA (Recursos Humanos y Materiales)	Promover la incorporación activa de los equipos de salud en la implementación del SRDM.	2.-Transferir proceso de digitación municipal, asociado al ingreso de gestantes y niños, a los centros de salud.	Área Salud CMVM/Encargada CHCC Área Salud.	Agenda Encargada de salud	2.1 Calendario de visita trimestral para monitorear en cada centro el cumplimiento de horas designadas a las tareas de digitación, para ello se debe contar con la información proporcionada por digitadores y encargados de CHCC.	A partir de diciembre de 2013	-N° de centros monitoreados por trimestre, -Reuniones con los digitadores y/o encargados.	El 100% de los centros de salud digita el ingreso de gestantes y niños al SRDM.

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE LOGRO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Promover la incorporación activa de los equipos de salud en la implementación del SRDM.	3.-Asignar digitación de ingreso de gestantes y niños, y prestaciones asociadas a profesional de salud que realiza la atención.	Encargada CHCC Área Salud/ Sectorialistas CHCC en cada centro.	Habilitación de claves para los profesionales. Equipamiento computacional e internet.	3.1 Difundir resolución emanada desde el Área de Salud de la CMVM a todos los centros.	A partir de diciembre de 2013.	Comunicado oficial con resolución proveniente del Área de Salud, remitida a todos los centros.	El 100% de las prestaciones asociadas a gestantes y niños son ingresadas al SRDM por los profesionales que realizan atención.
					3.2 Monitorear el cumplimiento de la resolución en todos los centros	A partir de enero de 2014	Informes mensuales de encargados CHCC.	

LÍNEA DE ACCIÓN	METAS ESPERADAS	ACTUACIONES (ACCIONES PREVISTAS)	RESPONSABLE (S) IMPLEMENTACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	PLAZOS ESPERADOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE LOGRO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Promover la incorporación activa de los equipos de salud en la implementación del SRDM.	4.-Disponer de competencias en soporte técnico del SRDM, al interior de los centros de salud.	Departamento. Informática CMVM y Municipalidad.	Agenda capacitaciones. Equipo computacional.	4.1 Coordinar capacitaciones grupales y/o individuales para los digitadores de cada centro.	A partir de diciembre de 2013.	Lista de Asistencia.	EL 100% de los centros de salud cuenta con a los menos un soporte técnico especializado en SRDM.

CAPÍTULO VI

REGISTRO DE GESTIÓN

INTRODUCCIÓN

El siguiente apartado tiene por finalidad revisar los productos asociados a los objetivos dos y tres declarados en el marco metodológico. Por lo anterior, primeramente describiremos las actuaciones en avance correspondientes al Plan de Mejoramiento para la Gestión del SRDM, dichas acciones derivan del objetivo de trabajo dos; y consecutivamente detallaremos en forma extensiva el desarrollo del proceso que involucró la Intervención Social Focalizada, la cual constituye el producto declarado para el tercer objetivo de trabajo.

Recordemos que los capítulos precedentes, han descrito otros productos correspondientes a los objetivos de trabajo establecidos en el marco metodológico. Al respecto, el objetivo uno comprendía como producto un Informe de Nudos Críticos Local, el cual se adscribe al capítulo IV denominado Análisis Estratégico; en tanto el Plan Mejoramiento para la Gestión del SRDM, adscrito en el capítulo V, constituye el producto del objetivo dos.

Tomando en consideración dichas precisiones, se dará inicio al desarrollo de lo expresado con antelación.

1. REGISTRO DE GESTIÓN OBJETIVO 2

De acuerdo a las líneas de acción previstas y las metas propuestas en el Plan de Mejoramiento para la Gestión del SRDM, se han establecido ciertas tareas que comenzarán a implementarse este año, de las cuales se destacan algunas circunscritas a este seminario, y que serán detalladas de acuerdo a línea de acción y respectivas actuaciones asociadas, lo cual se presenta a continuación:

1° LÍNEA DE ACCIÓN: Gestión Técnica.

META ESPERADA: Posicionar al SRDM, como una herramienta de gestión técnica, que facilite el trabajo intersectorial de la red local de CHCC.

1.1 DESCRIPCIÓN ESTADO DE AVANCE ACTUACIONES GESTIÓN TÉCNICA

Actuación 1: Difusión de resultados de nudos críticos del SRDM, dirigido a directores de CESFAM, sectorialistas de salud y área social (municipalidad) y representante de MIDESO.

Respecto a la difusión del análisis efectuado en torno al FODA y nudos críticos del SRDM en la comuna de Viña del Mar, se ha concretado la presentación de dicho informe a los sectorialistas del área de salud, pertenecientes a CHCC, actividad realizada el día jueves 3 de octubre. En esa oportunidad se revisó en detalle los elementos identificados en el estudio local, que además incorporó como segunda referencia, el Informe Nacional de Nudos Críticos del SRDM, efectuado por Ekos Consultores.

En términos generales, la actividad estuvo marcada por la atención e interés de los encargados CHCC, quienes efectuaron observaciones y comentarios sobre los aspectos consignados en el informe. Algunos antecedentes expuestos, fueron rebatidos y generaron discusión en el grupo asistente.

Al finalizar la presentación, uno de los asistentes, realizó un reconocimiento al aporte del estudio, el cual bajo su criterio, permitió obtener una perspectiva más amplia en torno al real funcionamiento del SRDM. Esta reflexión además, confirió importancia a la integración de actores de la red CHCC alcanzada por el estudio, pues incorporó a las diversas unidades que componen la red local, lo cual resulta relevante al considerar, que tanto el programa CHCC, como la plataforma, se constituyen de diversos actores, y

al ser integrados los cuatro perfiles de usuarios, se confirió la posibilidad de obtener un espectro de opinión diverso en algunas materias, pero también, en la que coincidieron muchos de los planteamientos.

La presentación de nudos críticos, también debe exponerse a los directores de los centros de salud, sectorialistas del área social (municipalidad) y representante de MIDESO. En todos los casos mencionados, se estima que dicha exposición sea efectuada en diciembre del presente año.

Se recuerda que la finalidad de transmitir los resultados de este análisis, es una estrategia fijada en función de que los actores y unidades relacionadas con el SRDM, conozcan el avance alcanzado en la implementación de esta plataforma, pero más relevante aún, es dar a conocer los elementos que requieren modificaciones y acciones de mejora, las cuales necesitan para su plena ejecución, de la mayor participación y colaboración de los integrantes de la red local, cooperación que también debe extenderse hacia el nivel central.

Actuación 2: Instaurar en los centros de salud, un protocolo de procedimiento para el ingreso de gestantes y niños en la plataforma del SRDM.

Sobre esta acción, es posible referir la elaboración de un instructivo dirigido a los equipos de salud, vinculados al SRDM. Este documento tiene por objeto esclarecer el uso y llenado de formularios, dando énfasis en la importancia del ingreso efectivo de estos. Además se define la responsabilidad de cada profesional en la incorporación de datos a la plataforma, la cual pretende ser de competencia exclusiva de quien realice la prestación, a excepción del ingreso de talleres, los cuales seguirán a cargo de los digitadores.

El instructivo diseñado, no ha sido entregado a los sectorialistas de salud, pues se pretende en primera instancia, entregar este documento a los directores de cada centro, lo cual se hará efectivo en la exposición del Análisis FODA y Nudos Críticos Local, estipulado para noviembre del presente año. **(Ver Anexo 1)**

Actuación 3: Mejorar el nivel de resolutivez asociado a las vulnerabilidades de gestantes y niños según reportes del SRDM.

Las tareas fijadas y asociadas a esta área, refieren como primer precedente, la intervención focalizada inserta en el presente seminario de título, la cual corresponde al tercer objetivo metodológico. Esto se atenderá de forma extensiva en el capítulo VI del presente seminario.

A continuación revisaremos la segunda línea de acción comprendida en el Plan de Mejoramiento para la Gestión del SRDM, en donde también encontramos algunas actuaciones en avance.

2° LÍNEA DE ACCIÓN: Gestión Administrativa.

META ESPERADA: Promover la incorporación activa de los equipos de salud en la implementación del SRDM.

1.2 DESCRIPCIÓN ESTADO DE AVANCE ACTUACIONES GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Actuación 1: Transferir proceso de digitación municipal, asociado al ingreso de gestantes y niños, a los centros de salud.

Dicha determinación está en marcha desde julio del presente año, lo cual fue dispuesto desde el área de salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar, a los respectivos centros de salud. De modo que, a partir de esa fecha la municipalidad dejó de recibir formularios provenientes de los centros de salud, entregando dicha responsabilidad a cada uno de ellos.

Actuación 2: Asignar digitación de ingreso de gestantes y niños, y prestaciones asociadas a profesional de salud que realiza la atención.

Respecto a este punto, el cual también está determinado por la resolución emanada del área de salud de la CMVM. Se prevé que alcance un cumplimiento total, en los próximos meses. En tanto, existe antecedente de que en algunos centros de salud, ya se ha iniciado el ingreso de prestaciones al SRDM de forma directa, es decir, sin el digitador de intermediario, haciéndose cargo el respectivo profesional en el traspaso de datos de los usuarios.

Según lo descrito, existen acciones de mejora, las cuales están siendo incorporadas en el funcionamiento del SRDM, y se relacionan directamente con aquellos elementos desprendidos del informe de Nudos Críticos Local, documento que precisamente fue elaborado para otorgar cimiento a las líneas de mejoramiento necesarias para la óptima implementación del SRDM, en la comuna de Viña del Mar.

Tras la revisión de las actuaciones en avance, que constituyen parte del plan de mejoramiento, revisaremos a continuación el registro de gestión asociado al objetivo de trabajo tres del presente seminario.

2. REGISTRO DE GESTIÓN OBJETIVO 3

2.1 INTERVENCIÓN SOCIAL FOCALIZADA

Resulta importante recordar que el concepto de intervención social comprende *“un conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado.”* (Ander Egg, 1995,p,161)

A lo anterior se agrega que la intervención social, puede estar dirigida a una condición de la realidad social delimitada, lo que asigna a las acciones un carácter focalizado. Para la experiencia suscrita a continuación, lo anterior estará determinado en primer lugar, por el SRDM, plataforma que nos entregará la información requerida para establecer nuestro objeto de intervención. Asimismo se empleará un modelo de priorización, el cual otorgará mayor rigurosidad al plan de acciones estratégicas dispuesto a atender, básicamente alguna vulnerabilidad, vinculada a beneficiarios del subsistema CHCC.

Teniendo en consideración lo expuesto en el enunciado anterior, se dará inicio a la revisión del procedimiento que permitió encausar el conjunto de acciones que dieron soporte a la presente intervención social focalizada.

2. 2 PRESENTACIÓN MODELO INTERVENCIÓN SOCIAL FOCALIZADA

Dentro de las acciones desarrolladas en esta etapa preliminar, se encuentra el diseño de un Modelo de Intervención Focalizada, el cual cimentó la base de las gestiones que se desarrollaron gradualmente durante el período definido para este plan de trabajo.

Es importante señalar que dicho modelo fue revisado y autorizado por la mesa comunal de CHCC, dirigida por la encargada comunal, quien con su equipo de trabajo examinó y concedió la aprobación necesaria para dar curso a la propuesta entregada.

El modelo de intervención presentado y sancionado por la mesa comunal, se inserta a continuación:

En concordancia con los objetivos directrices del presente seminario, se revisa en esta oportunidad, aquél orientado a: ***“Implementar acciones focalizadas de intervención social, a partir de la optimización en la gestión del SRDM, en la comuna de Viña del Mar”*** para el cual se han consignado las siguientes fases de ejecución:

1° En coordinación con la mesa comunal de Chile Crece Contigo, se determinará a partir del listado de vulnerabilidades que arroja el SRDM, aquellas que se incluirán en la intervención social focalizada.

En este encuentro serán definidas las categorías de vulnerabilidad a intervenir de acuerdo al Método OPS- CENDES¹, que establece los siguientes criterios de priorización:

a) *Magnitud*: Se refiere a la cantidad de personas que se encuentran afectadas por una situación y/o fenómeno. Identifica la población afectada.

b) *Trascendencia*: Se refiere a como la situación (o riesgo) afecta la calidad de vida de las personas y si este tiene un efecto para las generaciones futuras. Evalúa el efecto transgeneracional de los factores de riesgo.

¹ Según Gonzáles (2004) “La determinación de prioridades dice relación con la orientación que se imprime a una organización o a un programa. Constituye un proceso de toma de decisiones que, como tal, se basa en la integración de un conjunto de información” (p.1)

c) *Vulnerabilidad*: Mide la permeabilidad de la situación a intervenir. ¿Es posible que las acciones de salud modifiquen este factor?

d) *Costo*: Establece el costo de la posible intervención, en recurso humano y económico. A mayor costo-operación menor posibilidad de intervención.

2° De acuerdo a las vulnerabilidades seleccionadas por la mesa comunal de Chile Crece Contigo, se extraerá mediante el SRDM, el listado de gestantes y/o niños con indicador de vulnerabilidad activo.

Para dicha acción deberá coordinarse junto a la encargada comunal de Chile Crece Contigo, una revisión de los reportes que puedan extraerse del SRDM, oportunidad donde la estudiante seminarista, podrá indagar en la base de datos de la plataforma, y obtener los reportes que relacionan vulnerabilidades con gestantes y/o niños ingresados al sistema.

3° Realizar una caracterización general del grupo(s) vulnerable(s) seleccionado para la intervención social focalizada.

Establecido el o los grupos beneficiarios se realizará una revisión de los antecedentes sociodemográficos de las gestantes y/o niños seleccionados, considerando aspectos tales como: condiciones habitacionales, nivel educacional, situación laboral, características del grupo familiar, etc.

4° Definir las acciones para la intervención social focalizada, asociadas al grupo vulnerable seleccionado.

Determinado él o los grupos vulnerables y realizada la descripción de los beneficiarios que lo constituyen, junto a la mesa comunal deberán convenirse las principales acciones que orienten la intervención social, y que propendan al logro del objetivo que esta se proponga dentro de su ejecución.

De acuerdo a las vulnerabilidades establecidas en el SRDM, se identifican las siguientes oportunidades de intervención, provenientes de la Red de Protección Social, las cuales se revisarán a continuación.

VULNERABILIDAD IDENTIFICADA	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN PRESTACIÓN	INSTITUCIÓN	REQUISITOS
Bajo Nivel de Escolaridad	1. Validación de Estudios Modalidad Adulto/Certificados de Enseñanza Básica y Media; Licencia de Educación Media, Certificado de Concentración de Notas; Licencia de educación media y Certificados de Concentración de Notas	El programa consiste en nivelar estudios a las o los ciudadanos. Entregar certificados de enseñanza básica y media; Licencia de educación media y certificados de concentración de notas a los solicitantes.	SEREMI Educación	Pueden rendir exámenes de validación de estudios básicos y medios aquellas personas que: -No han realizado estudios regulares o los han interrumpido. -Han realizado estudios en establecimientos educacionales no reconocidos por el Estado o por el MINEDUC. -Han realizado estudios en el extranjero en países sin convenios con Chile o tratados vigentes. -Que no tengan derecho a acogerse a una normativa especial de convalidación de estudios o no quieran someterse a dicho proceso.
	2 .Educación Adulto/ Modalidad Flexible.	Nivelar estudios básicos o medios creando una oportunidad para continuar estudios superiores.	SEREMI Educación	Intención de nivelar alguno de los niveles de estudio, ya sean básicos o medios.
	3. Retención Escolar para Madres, Padres y Embarazadas Adolescentes.	Apoyo a padres, madres y embarazadas adolescentes en condición de vulnerabilidad. La metodología de intervención es de carácter preventiva y promocional, que articule y desarrolle estrategias que permitan abordar los factores asociados a la maternidad y/o paternidad adolescente que funcionen como expulsores del sistema escolar junto con promover aquellos protectores.	SEREMI Educación	Ser estudiantes padres, madres y embarazadas adolescentes pertenecientes a establecimientos focalizados de las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana y Araucanía.

VULNERABILIDAD IDENTIFICADA	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN PRESTACIÓN	INSTITUCIÓN	REQUISITOS
Bajos Ingresos del Entorno Familiar	1. Subsidio Maternal.	Entregado por el Estado a mujeres embarazadas, de bajos recursos, y carentes de previsión. Este subsidio se otorga por cada embarazo.	IPS	-Madres de menores que son beneficiarios de subsidio único familiar. -Ficha Protección Social (hasta 11.734 puntos) -Carentes de Previsión Social. -Residentes de la Comuna.
	2. Subsidio Único Familiar	Postulación a subsidio familiar entregado por el Estado a menores de 18 años, de escasos recursos y carentes de previsión. Tiene una duración de tres años, siendo renovable si se cumplen los requisitos que establece la Ley.	IPS	-Ser menor de 18 años. -Ficha de Protección Social hasta 11.734 puntos. -Carentes de previsión social. -Residentes de la comuna. -En caso de los hijos de extranjeras (nacidos en Chile), podrán acceder a este beneficio independiente de su permanencia en el país.
	3. Subsidio a la Madre:	Postulación a subsidio a la madre entregado por el Estado, a mujeres que sean beneficiarias de subsidio único familiar, de escasos recursos y carentes de previsión. Tiene una duración de 3 años.	IPS	-Madres de menores que son beneficiarios de subsidio único familiar. -Ficha de Protección Social hasta 11.734 puntos. -Carentes de previsión social. -Residentes de la comuna.

VULNERABILIDAD IDENTIFICADA	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN PRESTACIÓN	INSTITUCIÓN	REQUISITOS
Problemas de Habitabilidad/ Hacinamiento	1. Subsidio al Consumo de Agua Potable y Alcantarillado.	Consiste en el financiamiento por parte del Estado, de una parte o porcentaje del pago mensual de un consumo máximo de hasta 20 metros cúbicos de agua potable y alcantarillado de los residentes permanentes de una vivienda, los que pueden ser propietarios, arrendatarios, usufructuarios o allegados en viviendas ubicados en sector urbano rural del país.	MUNICIPALIDAD	-Contar con Ficha de Protección Social. -Residir en la comuna de la postulación. -Estar al día en el pago de consumo de agua potable.
	2. Registro de Propiedad Irregular.	Consiste en la entrega, sin costo alguno, de títulos de dominio a personas pertenecientes al programa Chile Solidario.	BIENES NACIONALES	Poseer un inmueble por 5 o más años sin reconocer dominio ajeno y de manera exclusiva, continua y pacífica, acreditando la calidad de beneficiario del programa Chile Solidario.
	3. Programa Habitabilidad Chile Solidario.	Entrega de ayudas a las familias beneficiarias del Sistema Chile Solidario para mejorar las instalaciones sanitarias y de energía básica; mejorar y reparar viviendas, y/o equipamiento adecuado para dormir y alimentarse. Además de participar de talleres para mejorar la calidad de vida al interior de su casa habitación.	SEREMI DESARROLLO SOCIAL	Familias del Sistema Chile Solidario que tengan a trabajar condiciones mínimas mencionadas con anterioridad.
	4. Protección del Patrimonio Familiar.	A través del trabajo coordinado con un comité de vecinos, realizar obras tendientes a recuperar o mejorar sus viviendas, acondicionarlas térmicamente, detener su deterioro, ampliar su superficie, mejorar su entorno o equipo Comunitario. Existen tres tipos de atención: <i>equipamiento comunitario y/o mejoramiento del entorno, mejoramiento de la vivienda y ampliación de la vivienda.</i>	SERVIU	-Ser propietario. -Tener FPS aplicada y que indique vulnerabilidad. -Generar un ahorro que permita la postulación. - Formar un comité para tales fines(postulaciones colectivas)

VULNERABILIDAD IDENTIFICADA	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN PRESTACIÓN	INSTITUCIÓN	REQUISITOS
<p>Problemas de Habitabilidad/ Hacinamiento</p>	<p>5.-Fondo Solidario de Elección de Vivienda(DS. 49)</p>	<p>Apoya a que las personas en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, para que desarrollen un proyecto de microemprendimiento en su fase inicial. Entrega de capacitación, asesoría y elaboración de un plan de negocios, financiamiento (capital semilla), asistencia técnica y seguimiento.</p>	<p>SERVIU</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tener 18 años. -Ahorro mínimo de 10 U.F, depositado en cuenta de ahorro para la vivienda, el último día hábil del mes anterior al llamado. -Contar con puntaje de carencia habitacional de FPS de 8.500 puntos. - Que postulante o cónyuge no sea propietario de una vivienda, beneficiario de subsidio habitacional, esté postulando a cualquier otro programa habitacional.

VULNERABILIDAD IDENTIFICADA	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN PRESTACIÓN	INSTITUCIÓN	REQUISITOS
Cesantía del Entorno Familiar	1.-Yo emprendo Semilla.	SENCE busca contribuir a la generación de empleo, dinamizar el mercado laboral y desarrollar capital humano mediante la aplicación de políticas públicas de fomento e intermediación laboral y de capacitación orientada a la empleabilidad y la productividad.	FOSIS	-Presentar condición de vulnerabilidad y desocupación. Se excluyen quienes hayan participado del proyecto PAME. A partir del año 2009 cuentan con acceso preferente jóvenes derivados del programa Yo Trabajo jóvenes año 2012 y mujeres provenientes del programa Mujeres Jefas de Hogar.
	2.-Programas de Capacitación e Intermediación Laboral.	Apoyo a las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad que buscan mejorar su condición de vida. Según sus necesidades, implementa programas en tres ámbitos: emprendimiento, trabajo y habilitación social.	SENCE	Ser mayor de 18 años, y cumplir el perfil asociado a cada programa.
	3. FOSIS	<u>Algunos de sus programas son:</u> -Yo trabajo. -Yo trabajo Jóvenes. -Yo emprendo en Comunidad. -Yo emprendo Básico. -Yo emprendo Avanzado.	FOSIS	Tener aplicada la FPS, y presentar un puntaje igual o inferior a 8.500 puntos, el cual le habilita como postulante.

VULNERABILIDAD IDENTIFICADA	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN PRESTACIÓN	INSTITUCIÓN	REQUISITOS
Cesantía del Entorno Familiar	4.- Oficina Municipal de Intermediación Laboral.	Encargadas de entregar información a las personas respecto de las opciones o posibilidades laborales de su comuna. Ellas forman parte de la Red Pública de Empleo y dentro de sus funciones principales apoyan a quienes buscan trabajo, acercándolos a las ofertas de empleo	MUNICIPALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> -Ser mayor de 18 años. -Habita en la comuna. -Estar en busca de colocación laboral.

VULNERABILIDAD IDENTIFICADA	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN PRESTACIÓN	INSTITUCIÓN	REQUISITOS
Jefatura de Hogar Femenina	1.-Jardines Infantiles, Salas Cunas y Extensión Horaria.	Brindar educación preescolar a párvulos y lactantes, hijos/as de familias en situación de vulnerabilidad de Chile Solidario para contribuir a la igualdad de oportunidades frente a la educación.	INTEGRA	<ul style="list-style-type: none"> -Presentar características de vulnerabilidad. -Antecedentes socioeconómicos. -Complemento de la política pública: Niños/as que pertenecen Chile Solidario; Niños/as pertenecientes a CHCC que corresponden al 60% más vulnerable y cuyo adulto responsable, trabaje, estudie, o busque empleo.
	2.- Oferta pública de programas de desarrollo personal, inserción social y laboral.	Fundación dirigida a mujeres en situación de vulnerabilidad para que desarrollen competencias y habilidades que favorezcan su desarrollo personal e inserción social y laboral, a través de capacitaciones y formación de competencias las que son desarrolladas a través de sus sedes ubicadas a lo largo del país.	PRODEMU	Tener aplicada la FPS, y presentar un puntaje igual o inferior a 8.500 puntos el cual le habilita como postulante.

Lo anterior corresponde a las oportunidades de intervención que ofrece el Sistema de Protección Social, según indicador de vulnerabilidad preestablecido por el SRDM.

Si bien se ha consignado como estrategia de selección de beneficiarios, el modelo de priorización OPS- CENDES, se sugiere considerar los siguientes indicadores de riesgo que el SRDM reconoce:

En el caso de las gestantes:

- Conflictos con la maternidad.
- Insuficiente apoyo social.
- Síntomas depresivos.
- Consumo de sustancias.
- Violencia de género.

En el caso de los niños, a lo anteriormente mencionado se agrega:

- Niños con malformación congénita.
- Niños con enfermedad crónica.
- Niños afectados por maltrato infantil.

El modelo de intervención focalizada antes descrito, corresponde a la propuesta presentada a la mesa comunal. Dicho plan estuvo sujeto a algunas observaciones y sugerencias discutidas en reunión de trabajo agendada para dicho fin.

Las sugerencias emanadas en torno a la primera fase de ejecución, vinculada a seleccionar las vulnerabilidades que encausarían la línea de trabajo de intervención, estuvieron dirigidas a incluir más actores de la red local CHCC, para, en definitiva, tomar una decisión en conjunto. Al respecto se agendó una reunión a la cual fueron convocados representantes de educación, salud, OMIL, vivienda, gobernación provincial, entre otros actores.

Otro aspecto discutido en dicha oportunidad, es la exclusión del indicador de vulnerabilidad -Pertenece a Chile Solidario- para la presente intervención social, pues a criterio de la mesa comunal, los usuarios ligados a dicho programa, ya están recibiendo prestaciones de la red de protección social.

Finalmente, el último aspecto discutido, se relaciona con los criterios de selección utilizados para identificar a los usuarios beneficiarios de la intervención focalizada. Al respecto se determinó que dependerá del área a intervenir y las respectivas prestaciones incluidas en el plan de trabajo, lo que permitirá distinguir quienes pueden ser parte de la intervención focalizada, por ejemplo: si una línea de acción comprende la postulación a vivienda, SERVIU determina algunos requisitos de cumplimiento como los puntajes de corte según FPS, esto definiría la inclusión del usuario en la intervención.

Por la observación referida anteriormente, se considera que los riesgos de selección enunciados en el Modelo de Intervención Focalizada no serán incluidos.

2.3 EJECUCIÓN MODELO DE INTERVENCIÓN SOCIAL FOCALIZADA

Tomando en consideración, las fases del plan de trabajo propuestas en el Modelo de Intervención Focalizada, se procederá a describir el desarrollo de cada una de ellas, según orden de ejecución:

PRIMERA FASE:

En coordinación con la mesa comunal y representantes de la red local Chile Crece Contigo, se determinará a partir del listado de vulnerabilidades que arroja el SRDM, aquellas que se incluirán en la intervención social focalizada.

Para dar cumplimiento a esta tarea, en primer lugar, se invitó a diferentes representantes de la red local CHCC a una reunión ampliada, para el día miércoles 10 de julio, en dependencias de DIDECO.

Considerando que el objetivo central de esta actividad se centraba definir las vulnerabilidades a contemplar en la intervención social focalizada, además de integrar a más participantes en dicha determinación, se fijó la estrategia de priorización OPS- CENDES, la cual permitió ponderar las vulnerabilidades identificadas por la plataforma en base a los siguientes criterios: *magnitud/ trascendencia/ vulnerabilidad/costo*, los cuales ya fueron explicados en la presentación del modelo de intervención focalizada.

Los cuatro criterios fueron consignados junto a las vulnerabilidades extraídas del SRDM, en la siguiente Matriz de Priorización de Vulnerabilidades:

Tabla 22: Matriz de Priorización Vulnerabilidades SRDM

CRITERIOS EVALUACIÓN VULNERABILIDADES SRDM	Magnitud	Trascendencia	Permeabilidad	Costo	Puntaje
Precarias Condiciones de Habitabilidad					
Gestante Estudia o Trabaja y pertenece al 60% más vulnerable					
Gestante con Educación Incompleta y No Estudia					
Gestante pertenece al 40% más vulnerable y no pertenece a Chile Solidario					

Fuente: Elaboración propia.

Mediante esta tabla, se pudo hacer efectiva la evaluación de las vulnerabilidades, asignándoles una puntuación (escala de 1 a 10) por cada criterio. Una vez que la vulnerabilidad ha sido ponderada en los cuatro criterios dispuestos, se realiza un promedio, el cual fue presentado por cada uno de los participantes a la actividad. De los valores entregados por vulnerabilidad, se calculó un promedio final para cada uno de ellos. Los resultados se visualizan en la tabla que aparece a continuación:

Tabla 23: Resultados Priorización de Vulnerabilidades SRDM

VULNERABILIDADES	PROMEDIOS FINALES, POR PARTICIPANTE (P), DE LOS CUATRO CRITERIOS DE EVALUACIÓN SEGÚN VULNERABILIDAD	PROMEDIO FINAL EVALUACIÓN VULNERABILIDADES
Precarias Condiciones de Habitabilidad	P.1= 6,0 P.2= 6,5 P.3= 5,8 P.4=5,5 P.5=5,7 P.6=6,2 P.7=5,2 P.8=5,7 P.9=5,8 P.10=5,6	5.8
Gestante estudia o trabaja y pertenece al 60% más vulnerable	P.1=6,3 P.2=6,5 P.3=5,8 P.4=6,0 P.5=5,7 P.6=5,3 P.7=6,2 P.8=5,7 P.9=5,9 P.10=5,6	5.9
Gestante con Educación Incompleta y No Estudia	P.1=6,4 P.2=5,9 P.3=6,5 P.4=6,3 P.5=6,1 P.6=6,2 P.7=6,0 P.8=6,1 P.9=6,2 P.10=6,3	6.2
Gestante pertenece al 40% más vulnerable y no pertenece a Chile Solidario	P.1=5,3 P.2=5,8 P.3=5,7 P.4=5,7 P.5=6,2 P.6=5,8 P.7=5,7 P.8=5,5 P.9=6,0 P.10=6,3	5.8

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo al resultado de los promedios obtenidos, y la discusión emanada en esta mesa de trabajo ampliada, las vulnerabilidades consignadas para la intervención social focalizada fueron las siguientes:

- ✓ Gestante con Educación Incompleta y No Estudia
- ✓ Precarias Condiciones de Habitabilidad

Ambos indicadores serán las líneas directrices del trabajo a desarrollar. Es importante señalar que en esta reunión además de definir las vulnerabilidades ya mencionadas, se efectuó el primer acercamiento con las áreas a intervenir, principalmente con educación, unidad dependiente de la Corporación de Viña del Mar, este departamento, mediante sus representantes dio a conocer algunas oportunidades de intervención en este campo, las cuales fueron expuestas en esta mesa de trabajo ampliada. Por lo pronto se se definió que la intervención social para esta área se vincularía con la reincorporación de las gestantes al sistema escolar. Por lo que se concertó la coordinación posterior para dar dirección a las acciones contenidas en la intervención específica de esta vulnerabilidad.

En cuanto al otro indicador de riesgo, asociado al Departamento de Gestión Habitacional, dependiente de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, para esta reunión no contamos con la presencia de alguno de sus representantes. Por lo anterior, la encargada comunal de CHCC, dispuso que eventualmente entregaría la información a dicho departamento, dando a conocer de este modo la propuesta de trabajo desarrollada en torno a las gestantes. No obstante dentro de esta jornada se vislumbra que las acciones para esta línea de intervención, irían encaminadas a la postulación de subsidio habitacional. En consecuencia para disponer de los antecedentes necesarios se prevé coordinación con esta oficina para conocer la posibilidad de hacer efectiva dicha opción.

SEGUNDA FASE:

De acuerdo a las vulnerabilidades seleccionadas por la mesa comunal y la red local de Chile Crece Contigo, se extraen listados de gestantes y/o niños, mediante el SRDM.

Para dicha tarea, se coordinó revisión de reportes generados por el SRDM, con la encargada comunal de CHCC, pues mediante su perfil de usuario es posible acceder a los informes detallados, que incluyen el panorama de los indicadores de vulnerabilidad activos asociados a gestantes y niños

ingresados a la plataforma. Mediante esta coordinación se logró extraer desde el sistema los reportes en planillas excel. Cabe destacar que esta revisión de reportes se efectuó antes que la actividad de priorización relatada en la fase 1 del presente modelo de intervención.

Los reportes extraídos del SRDM fueron los siguientes:

- ✓ Precarias condiciones de habitabilidad.
- ✓ Escolaridad Incompleta y no estudia.
- ✓ Pertenece al 40% más vulnerable y no pertenece a Chile Solidario.
- ✓ Estudia o trabaja, y pertenece al 40% más vulnerable.

En cada uno de las vulnerabilidades mencionadas, se generaron dos tipos de reportes, el primero indica la vulnerabilidad, y el número total de gestantes afectadas por centro de salud (**Ver Anexo 2**) y el otro reporte contiene antecedentes personales de las gestantes con indicador activo. Este último reporte se utilizó para la presente intervención focalizada, la cual como se mencionó en la fase 1, estará abocada a los indicadores de riesgo: Precarias condiciones de habitabilidad y Escolaridad Incompleta y no estudia. Para ambas se establecerán acciones de distinta índole, según el área a la cual estas correspondan (vivienda y educación, respectivamente).

A continuación describiremos el trabajo desarrollado en torno a los reportes, el cual permitirá concretar la intervención social focalizada.

TERCERA FASE:

Realizar una caracterización general del grupo(s) vulnerable(s) seleccionado para la intervención social focalizada.

Si bien el modelo de intervención social focalizada presentado a la mesa comunal, estableció que en este ítem se incorporarían datos sociodemográficos de las gestantes asociadas a los indicadores de vulnerabilidad seleccionados, la caracterización se limitó a agregar la situación socioeconómica para el reporte de Precarias Condiciones de Habitabilidad, mediante la incorporación del puntaje de la Ficha de Protección Social(FPS) de cada gestante con indicador activo, esto con la proyección de que para las posibles acciones insertas en esta línea de intervención (vivienda) dicho dato sería de gran relevancia, puesto que define el acceso a determinados subsidios habitacionales. Los puntajes de FPS, no fueron obtenidos desde el SRDM, ya que no es un antecedente disponible en

la plataforma, por lo tanto, mediante la coordinación con un integrante de la Gobernación de Valparaíso (asistente social) tuvimos la posibilidad de verificar los puntajes de más de 600 usuarias CHCC con indicador activo.

También se añadió a dichas planillas los números de teléfono de las gestantes, con el fin de poder establecer comunicación directa con las beneficiarias al momento de ser requerido dentro de la intervención.

En la etapa presentada a continuación, comenzarán a describirse las acciones centrales de la intervención social focalizada para las dos líneas de trabajo previstas: vivienda y educación.

CUARTA FASE:

Definir las acciones para la intervención social focalizada, asociadas al grupo vulnerable seleccionado.

En esta fase describiremos secuencialmente todas las gestiones, reuniones de trabajo y acciones dirigidas a organizar la concreción de las dos actividades centrales que dieron propósito a la presente intervención social focalizada.

La ejecución de las acciones para vivienda y educación (líneas de intervención), se desarrollaron y organizaron de acuerdo al trabajo concertado y coordinado con la mesa comunal de CHCC, equipo de trabajo liderado por su encargada comunal quien participó activamente en las gestiones que dieron lugar a las actividades programadas.

Las acciones descritas en la fase 1,2 y 3, se desarrollaron principalmente en el mes de julio, en tanto las acciones descritas a continuación se inician desde la última semana de julio, hasta finales de septiembre, período en donde se concentran la mayor parte de las tareas efectuadas en el presente trabajo.

Para que la descripción resulte más esclarecedora, detallaremos las actividades mediante cuadros explicativos que irán incorporando todas las acciones desplegadas según línea de intervención, por lo que comenzaremos con **VIVIENDA**.

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
29 DE JULIO	VIVIENDA	REUNIÓN MESA COMUNAL CHCC	<p>-Sra. Gloria Meza (Encargada Comunal CHCC)</p> <p>-Ancka Kepec (asistente social, Dpto. Desarrollo Social, I. Municipalidad de Viña del Mar)</p> <p>-Carolina Cabello(encargada CHCC Área Salud, CMVM)</p> <p>-Isabel Samit (asistente social, Oficina Gestión Habitacional I. Municipalidad Viña del Mar)</p> <p>-Pamela Arévalo(estudiante seminarista, UV)</p>	<p>En la presente actividad, la alumna dio a conocer el trabajo desarrollado en torno a los reportes del SRDM, al respecto se agregó el puntaje de FPS, lo que permitió posteriormente una segmentación de las gestantes entre las que tienen un puntaje igual o inferior a 4213 puntos, y aquellas con puntaje entre 4214 y 8.500 puntos. Esto se hizo considerando los requisitos de postulación a subsidio habitacional dispuestos por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), los cuales definen un puntaje de corte para las postulaciones. Atendiendo dichos requisitos dispuestos por el MINVU, se excluyeron del listado aquellas gestantes que menores de 18 años, pues tampoco pueden acceder a subsidio habitacional.</p> <p>Tras el detalle de dicho trabajo, se contó con la participación de Isabel Samit, a quien se le explicó la propuesta de intervención focalizada para esta área, orientada a la postulación de subsidio habitacional. Al respecto comentó la apertura de una postulación a subsidio para el mes de septiembre, entregando una descripción de los requisitos solicitados. En consecuencia la mesa comunal resuelve que esta apertura deberá dirigir las acciones de la presente intervención, por lo tanto las acciones que siguen a continuación estarán dirigidas a convocar a las gestantes para la postulación abierta próximamente.</p>	<p>En la presente reunión de trabajo se acordó lo siguiente:</p> <p>Organizar la convocatoria de tres actividades(Forestal/Reñaca Alto/Miraflores)dirigidas a las gestantes CHCC con necesidades habitacionales. Estas actividades estarán orientadas a disponer de información relevante sobre las postulaciones habitacionales. También se abocará a pesquisar a gestantes interesadas en postular, con fecha estimada para marzo de 2014.</p>

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
16 DE AGOSTO	VIVIENDA	REUNIÓN MESA COMUNAL CHCC	<p>-Sra. Gloria Meza (Encargada Comunal CHCC)</p> <p>-Ancka Kepec (asistente social, Dpto. Desarrollo Social, I. Municipalidad de Viña del Mar)</p> <p>-Isabel Samit (asistente social, Oficina Gestión Habitacional, I. Municipalidad de Viña del Mar)</p> <p>-Carolina Cabello(encargada CHCC Área Salud, CMVM)</p> <p>-María Antonieta Urquieta (profesora guía seminario de título)</p> <p>-Pamela Arévalo(estudiante seminarista)</p>	<p>En esta ocasión se definen aspectos esenciales de la convocatoria a realizar, en primer lugar se resuelve que se desarrollará una actividad para todas las gestantes. Asimismo, el principal objetivo será informar a las gestantes del proceso de postulación a subsidio habitacional (correspondientes al Título I y II) apertura que comenzará el 2 de septiembre y se extendería hasta el día 13 del mismo mes. Al respecto Isabel Samit alude a los requisitos necesarios para poder hacer efectiva la postulación, al respecto la mesa comunal resuelve convocar a todas las gestantes con necesidad habitacional, independiente de si cumplen o no con los requisitos. Según las fechas manejadas resulta apremiante contactar a las gestantes antes de la última semana de agosto, contemplando que una de las exigencias para hacer efectiva la postulación es contar con ahorro previo (700 mil pesos mínimo) depositado antes del último día del mes, por lo tanto para facilitar a las gestantes interesadas el cumplimiento de dichos requerimientos, se define que la fecha de convocatoria es para el día jueves 22 de agosto a las 15 horas. El lugar a ocupar para este fin, será el hall de Desarrollo Social (DESO).</p> <p>Respecto a la organización de esta actividad, se resuelve que será coordinada entre la Unidad de Gestión Habitacional, la encargada comunal CHCC y la estudiante seminarista.</p> <p>En cuanto al trabajo de la Oficina de Gestión Habitacional, este se abocará a realizar la presentación para las gestantes citadas, junto con la elaboración de materia de difusión para las asistentes. El contacto telefónico con las gestantes se efectuará en coordinación con la alumna seminarista.</p>	Convocar a las gestantes mediante contacto telefónico.

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
19,20,21 DE AGOSTO	VIVIENDA	CONTACTO TELEFÓNICO CON GESTANTES	<p>Oficina Gestión Habitacional (municipalidad)</p> <p>Ancka Kepec (asistente social, Dpto. Desarrollo Social, I. Municipalidad de Viña del Mar)</p> <p>Pamela Arévalo(estudiante seminarista)</p>	<p>Desde el día lunes 19 hasta el día miércoles 21 de agosto, se desarrollaron los llamados telefónicos dirigidos a convocar a las gestantes con indicador activo (condiciones de habitabilidad precarias).Se hizo la invitación a las beneficiarias de CHCC incentivando su participación a esta reunión, no solamente a quienes decían contar con los requisitos para poder postular, sino que a todas las usuarias que manifestaran necesidad habitacional, y que no contaban con el ahorro o acceso a crédito hipotecario(ambas exigencias para esta postulación).</p> <p>La oficina de gestión habitacional se encargó de llamar a un grupo de gestantes, en tanto la estudiante seminarista se ocupó de otro segmento. Los llamados para este último grupo, fueron efectuados desde una de las oficinas de Desarrollo Social, espacio facilitado por la señorita Ancka Kepec, quien también colaboró con los llamados.</p> <p>Respecto a la presentación a exhibir en la reunión, Isabel Samit desarrolló una propuesta, la cual contenía información de los subsidios. La información contenida en dicha presentación sería entregada en carpetas a los participantes de la convocatoria, junto con una evaluación para medir el nivel de comprensión de los contenidos. La elaboración de dicho material fue de absoluta responsabilidad de la oficina de Gestión Habitacional.</p>	<p>Reunión Informativa para gestantes CHCC, con necesidad habitacional.</p>

CONVOCATORIA GESTANTES CHCC CON NECESIDAD HABITACIONAL
CHARLA INFORMATIVA POSTULACIÓN SUBSIDIO HABITACIONAL:
TÍTULO I y II

Tras el llamado telefónico de más de 300 gestantes, el día jueves 22 de agosto, en dependencias de Desarrollo Social (11 Norte, con 2 Oriente, 1021) se llevó a cabo la charla informativa dirigida a las beneficiarias de CHCC, iniciada alrededor de las 15:15 horas, con la bienvenida de la encargada comunal de CHCC, Sra. Gloria Meza, quien dio la apertura a esta actividad.

Tras la presentación de la encargada comunal, se dio comienzo a la charla informativa, la cual estuvo a cargo de Isabel Samit quien expuso sobre los subsidios habitacionales. Durante el inicio de esta actividad la cantidad de público fue acrecentando al nivel de ocupar todo el espacio del salón. En vista de que seguían ingresando gestantes y acompañantes de estas, se resolvió en el momento, efectuar otra charla del mismo contenido, pero una hora más tarde, con el fin de que los participantes pudieran atender íntegramente la presentación preparada.

A continuación expondremos algunas imágenes de la actividad descrita:

Fotografía 1: Charla Informativa Subsidio Habitacional Título I y II Gestantes CHCC



Fotografía 2: Charla Informativa Postulación Subsidio Habitacional Título I y II Gestantes CHCC



Fotografía 3: Charla Informativa a Subsidio Habitacional Título I y II Gestantes CHCC



Como se mencionó anteriormente, dentro de la misma jornada se efectuaron dos charlas, atendiendo la cantidad de participantes que llegaron a la citación. Tras el término de cada una de ellas se dispuso de un tiempo para hacer consultas a mano alzada, y también resolver dudas puntuales, caso a caso, las cuales fueron atendidas por los funcionarios de la unidad de gestión habitacional.

Los asistentes recibieron material alusivo a la postulación del subsidio, también una encuesta de evaluación la cual pretendía apreciar el nivel de comprensión alcanzado por los participantes en torno al tema expuesto, esta debía ser completada al final de la actividad y entregada a los organizadores. Otra opción dispuesta para los concurrentes a la actividad es la entrega de un documento, que puede ser presentado en el Banco del Estado y posibilita la apertura de una libreta de ahorro para la vivienda, este comprobante fue solicitado por algunos de los asistentes, los cuales recibieron orientación para llenar el documento.

Tras el cierre de ambas charlas se invitó a los participantes a acercarse en los siguientes días a la oficina de gestión habitacional para recibir más orientación en torno a la postulación.

Tras la descripción de esta actividad continuaremos relatando las acciones que precedieron en torno a esta charla.

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
28 DE AGOSTO	VIVIENDA	CONTACTO TELEFÓNICO CON GESTANTES ASISTENTES A CHARLA.	Pamela Arévalo(estudiante seminarista)	Tras el desarrollo de la charla informativa dirigida a las gestantes CHCC, se contactó a aquellas que asistieron para conocer si podrían hacer efectiva la postulación, y en el caso de que no pudieran postular, indagar en las razones, esto con el fin de dejar un registro a la oficina de gestión habitacional, y también para la gestiones posteriores que pudiera efectuar la Red CHCC sobre esta materia. Al respecto se elabora un cuadro resumen con las respuestas recogidas de los llamados telefónicos, este reporte será enviado a la unidad correspondiente antes mencionada.	Enviar listado de asistentes a charla informativa con respuesta a llamado a postulación.

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
29 AGOSTO	VIVIENDA	REUNÓN MESA COMUNAL CHCC	<p>Sra. Gloria Meza(encargada comunal CHCC)</p> <p>Carolina Cabello(encargada CHCC, área salud CMVM)</p> <p>Ancka Kepec (asistente social, Unidad Desarrollo Social, I. Municipalidad de Viña del Mar)</p> <p>Pamela Arévalo(estudiante seminarista)</p>	<p>Junto con la revisión de otros temas asociados al seminario, para esta instancia se hizo una síntesis de la convocatoria efectuada el día 22 de agosto, destacando la alta asistencia y participación de las gestantes. Teniendo en consideración esto último, la Sra. Gloria Meza informa que la unidad de Gestión Habitacional, organizará una nueva charla, pues se abrirá una nueva postulación a subsidio habitacional (Título 0) en el mes de octubre, por lo que se ha estimado conveniente difundir sobre esta apertura de postulaciones en las gestantes CHCC.</p>	<p>Contactarse con unidad de gestión habitacional para apoyar organización de segunda charla informativa a gestantes CHCC.</p>

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
2 DE SEPTIEMBRE	VIVIENDA	COORDINACIÓN ORGANIZACIÓN SEGUNDA CHARLA	<p>Carolina Martínez(asistente social, unidad gestión habitacional)</p> <p>Pamela Arévalo(estudiante seminarista)</p>	<p>Se realiza coordinación con Carolina Martínez para ofrecer apoyo a la organización de la charla informativa dirigida a gestantes CHCC, al respecto la unidad de gestión habitacional se comunicará con las gestantes, utilizando los reportes actualizados del SRDM. También se encargará del material gráfico a entregar durante la presentación. Se solicita a la alumna colaborar el día de la convocatoria con la recepción de las asistentes y el ordenamiento del hall de DIDECO, lugar en donde se desarrollará la actividad.</p> <p>Se sugiere a Carolina, dar aviso de esta nueva postulación a las gestantes que asistieron a la primera charla y que disponían de ahorro no así de crédito hipotecario, lo que las excluyó de la postulación de septiembre. En esta postulación sólo se requiere de ahorro mínimo y puntaje inferior a 11.734 en la FPS, por lo tanto la alumna solicita autorización para realizar dicha gestión desde la oficina de gestión habitacional, situación que será comentada a la dirección de dicha oficina.</p>	<p>Charla Informativa gestantes CHCC.</p> <p>Llamar a gestantes asistentes a primera charla que cuentan con ahorro para postular a llamado de octubre.</p>

CONVOCATORIA GESTANTES CHCC CON NECESIDAD HABITACIONAL
CHARLA INFORMATIVA POSTULACIÓN SUBSIDIO HABITACIONAL:
TÍTULO 0

El día lunes 9 de septiembre, se llevó a cabo la charla informativa dirigida a gestantes CHCC identificadas a través de los reportes del SRDM, y que registran indicador activo para el ámbito de vivienda.

La recepción de asistentes comenzó desde las 15.30 horas, horario dispuesto para dar inicio a la actividad. En esta oportunidad la presentación estuvo a cargo de Carolina Martínez, quien dio inicio y posterior explicación sobre la postulación habitacional, esta última con fecha de apertura para el 2 de octubre, hasta el 11 del mismo mes.

Al ingreso de la actividad, además de tomar la asistencia, se entregó material con información de los subsidios disponibles a través del MINVU, también se agregó una encuesta evaluativa de la actividad.

Fotografía 4: Charla Informativa Subsidio Habitacional Titulo 0 Gestantes CHCC



Fotografía 5: Charla Informativa Subsidio Habitacional Titulo 0 Gestantes CHCC



Fotografía 6: Charla Informativa Subsidio Habitacional Titulo 0 Gestantes CHCC



Tras la presentación de los antecedentes que permiten postular al subsidio habitacional para el cual fueron convocadas las gestantes, se abrió un espacio para consultas, las cuales fueron resueltas oportunamente por la expositora y otros funcionarios de la oficina de gestión habitacional, presentes en la actividad. También se dispuso terminada la exposición, la posibilidad de acceder a documento para la apertura de libreta de ahorro en Banco Estado, y se instó a visitar la oficina de gestión habitacional durante los siguientes días para hacer efectiva la postulación.

Los asistentes contestaron la encuesta evaluativa antes de retirarse de la actividad.

El registro de asistentes permitió con posterioridad contactar a las gestantes y conocer su real posibilidad de postular al subsidio difundido en esta charla.

En términos cuantitativos el número total de asistentes a ambas charlas se detalla en la tabla 24. Se adscribe también en este apartado la respuesta ofrecida por las gestantes, tras el contacto telefónico establecido posterior a cada charla, respuestas que se especifican en la tabla 25.

Tabla 24: Número total de Asistentes a Charla Informativa de Subsidio Habitacional, según fecha de realización

CHARLA INFORMATIVA SUBSIDIO HABITACIONAL	NÚMERO TOTAL DE GESTANTES ASISTENTES(REGISTRADAS LISTA DE ASISTENCIA)
<u>Título I y II</u> efectuado el 22 de agosto de 2013	73
<u>Título 0</u> efectuado el 9 de septiembre de 2013	35
TOTAL	108

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 25: Consulta Estado de Postulaciones tras participación a Charla Informativa Subsidio Habitacional

RESPUESTA GESTANTE CHARLA INFORMATIVA	No cumple uno o más requisitos de postulación	Realizará gestiones para postular al llamado actual	Pretende postular marzo 2014	No contesta teléfono
<u>Título I y II</u> efectuada el 22 agosto de 2013	30	4	9	30
<u>Título 0</u> efectuada el 9 de septiembre de 2013	18	2	1	14
TOTALES	48	6	10	44

Fuente: Elaboración propia.

Respecto del anterior cuadro, es necesario hacer algunas observaciones. Tal como se había señalado antes, para ambas charlas se estimó conveniente contactar a las gestantes para conocer si eventualmente podrían realizar postulación a los subsidios habitacionales correspondientes.

Concerniente al subsidio habitacional para los Títulos I y II, la fecha dispuesta por el MINVU para efectuar la postulación correspondía el periodo entre el 2 y 13 de septiembre, no obstante el depósito de dinero (monto mínimo requerido 700 mil pesos) debía estar antes del mediodía del 30 de agosto, esto motivó a que nos comunicáramos con ellas antes de esa fecha. Por lo tanto el día 28 de agosto, se llamó a todas las gestantes que aparecían en la lista de asistencia de la charla informativa desarrollada el día 22 de agosto. Al observar el cuadro se aprecia que 30 de las gestantes contactadas no poseen uno o más requisitos. Para esta postulación en particular, se solicitaba contar con ahorro mínimo de 700 mil pesos, tener acceso a crédito hipotecario y poseer un puntaje no superior a 11.734 en la FPS. Al respecto las principales causales de no postulación corresponden a los dos primeros requisitos: ahorro y crédito hipotecario. Otras gestantes comunicadas señalaron contar con el dinero, pero no tener acceso a crédito hipotecario, por lo que esperarían la postulación a otro subsidio que no le exigiera dicho requerimiento.

En cuanto a las gestantes que manifestaron poder realizar la postulación, pues contaban con los requisitos para hacerlo, tras la revisión de su estado en la Oficina de Gestión Habitacional de la I. Municipalidad de Viña del Mar, la información corroborada es la siguiente: De las 5 gestantes que al

momento de ser contactadas señalaron la posibilidad de postular, 3 refieren no tener acceso a crédito hipotecario por lo que postularán eventualmente a otro subsidio, en tanto las otras dos gestantes identificadas, al no ser contactadas por teléfono, se revisa su situación en el Sistema Rukan² de SERVIU y no presentan ninguna acción.

En cuanto a la convocatoria efectuada para la postulación al subsidio habitacional correspondiente al Título 0, la fecha estipulada por el MINVU para efectuar los trámites correspondientes contemplaba el período entre el 2 y 11 de octubre, por lo que las gestantes fueron contactadas el día 23 de septiembre, considerando que al igual que la postulación anterior, se exige el depósito del dinero antes del mediodía, del último día del mes anterior a la postulación. Al respecto se intentó comunicar a las 35 gestantes que se encontraban en la lista de asistencia correspondiente a la charla del día 9 de septiembre, logrando contactar a veintiuna de ellas, dentro de las cuales dieciocho señalaron no contar con el ahorro mínimo exigido, otras dos gestantes refirieron que realizarán las gestiones para postular, y una de las contactadas considera que podrá postular en marzo del próximo año.

En el caso de las gestantes que no contaban con uno o más requisitos, dependiendo del subsidio a postular, igualmente manifestaron su interés de estar al tanto de nuevas postulaciones, principalmente aquellas a desarrollarse durante el año 2014, pues aprovecharían este período para ahorrar el dinero exigido para las postulaciones.

Con las anteriores precisiones en torno a las actividades y acciones desarrolladas para la línea de intervención en Vivienda, a continuación se iniciará la descripción asociada a la segunda línea de intervención: **EDUCACIÓN**, la cual también para su consecución desplegó una serie de acciones desarrolladas simultáneamente con la ejecución de Vivienda.

² El sistema RUKAN es un sistema informático integrado de apoyo al Macro Proceso de Subsidios Habitacionales, que considera desde el diseño de los Programas de Subsidio Habitacional hasta la entrega del beneficio al ciudadano. En este sistema se almacena toda la información pertinente al proceso de subsidios entregando además la información de manera ordenada y sistemática; siendo una robusta solución para su utilización mediante web, utilizado en el nivel central, SERVIU y además por agentes externos al estado que apoyan la labor de la organización, tales como las Entidades de Gestión Inmobiliaria Social (EGIS).

Extraído de <http://www.intercomuna.cl/2011/05/02/funcionarios-del-serviu-capacitan-a-encargados-de-vivienda-y-egis-en-sistema-rukan/>

Las actuaciones que dan cimiento al ámbito de intervención antes mencionado serán detalladas en los próximos cuadros explicativos.

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
29 DE JULIO	EDUCACIÓN	REUNIÓN MESA COMUNAL CHCC	<p>-Sra. Gloria Meza (Encargada Comunal CHCC)</p> <p>-Ancka Kepec (asistente social, Dpto. Desarrollo Social, I. Municipalidad de Viña del Mar)</p> <p>-Carolina Cabello(encargada CHCC Área Salud, CMVM)</p> <p>-Pamela Arévalo(estudiante seminarista, UV)</p>	<p>En esta reunión se revisaron los avances efectuados para esta línea de intervención, al respecto se informó a la mesa comunal que los reportes de gestantes con escolaridad incompleta, que no estudian, fueron enviados al Área de Educación de la CMVM, donde serán recepcionados por la Sra. Lorena Calderón, asistente social de dicho departamento. Esta profesional participó en la actividad de priorización (descrita en la fase 1, del presente capítulo) de modo que en esa instancia manifestó su disposición a colaborar en la propuesta de intervención para esta área. Por lo tanto la entrega de los reportes se orienta a la posibilidad de verificar el último año cursado de cada gestante, labor que efectuará dicha profesional, y que será revisada los próximos días.</p>	<p>Reunión con encargada Área de Educación de la CMVM para definir acciones a seguir en la intervención social focalizada.</p>

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
14 DE AGOSTO	EDUCACIÓN	Reunión con Unidad de Servicio Social Estudiantil (USSE) CMVM	<ul style="list-style-type: none"> - Gloria Torres (coordinadora USSE) - Lorena Calderón (asistente social USSE) - Carolina Cabello (encargada CHCC Área Salud, CMVM) - Pamela Arévalo (estudiante seminarista, Área Salud CMVM) 	<p>El presente encuentro tiene como principal motivación, esclarecer las acciones que se desarrollarán para esta línea de intervención. Al respecto, tras coordinaciones anteriores, la Sra. Lorena Calderón dio a conocer los certificados de estudios de gestantes menores de 18 años. Sus datos fueron extraídos de los reportes del SRDM enviados por la estudiante seminarista a la profesional, y permitieron indagar en la situación escolar de las gestantes, mediante el acceso a los certificado entregado por el Ministerio de Educación., los cuales fueron gestionados por las profesionales (Sra. Gloria y Sra. Lorena), obteniendo el documento de las 13 gestantes menores de edad identificadas por la plataforma. La información otorgada por estos documentos resultará valiosa para definir las acciones específicas para este grupo.</p> <p>Las profesionales de esta unidad sugieren incorporar los números de teléfono de dichas gestantes para poder contactarlas y conocer su situación actual. Respecto al trabajo que se está iniciando en torno a esta línea de intervención, las profesionales añaden la existencia de una alumna en práctica de Trabajo Social, que se dedica actualmente a la retención escolar, quien puede apoyar y colaborar respecto a las siguientes acciones a desarrollar.</p> <p>En definitiva los acuerdos más relevantes resueltos en este encuentro son, primeramente ofrecer a las gestantes oportunidad de reincorporarse al sistema educativo, las opciones de reincorporación dependerán del contexto personal de las gestantes, al respecto, la edad resulta un dato primordial, ya que define las opciones del sistema educacional dirigido a menores de edad y mayores de edad.</p> <p>Otro aspecto consignado es la coordinación de las tareas de la intervención, entre la alumna de la USSE y la estudiante del presente seminario, esta dupla será dirigida por las supervisoras del Área de Salud y Educación (Carolina Cabello y Lorena Calderón, respectivamente) Por lo tanto las siguientes actuaciones serán efectuadas directamente por las alumnas, sin prescindir de la orientación de las supervisoras.</p>	<p>Agregar los teléfonos de las gestantes en los reportes del SRM con indicador activo.</p> <p>Reunión dupla de trabajo alumna en práctica (USSE CMVM) y estudiante seminarista (Salud CMVM)</p>

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
30 DE AGOSTO	EDUCACIÓN	REUNIÓN DUPLA ESTUDIANTES TRABAJO SOCIAL	-Merean Guzmán (alumna en práctica, USSE CMVM) -Pamela Arévalo(estudiante seminarista, área salud CMVM)	<p>En esta oportunidad las alumnas se reunieron para delinear las acciones que darían curso a la intervención focalizada en educación, la cual se orienta principalmente a reincorporar a las gestantes con escolaridad incompleta. Para este fin se resuelve organizar una charla informativa, la cual entregue una descripción de las opciones de reincorporación que ofrece el sistema educacional.</p> <p>Por lo anterior, se estima conveniente segmentar a las gestantes de acuerdo a su rango etario (mayores de edad-menores de edad) dado que para ambas categorías existen modalidades de estudio diferenciadas.</p> <p>La estudiante de la Unidad de Servicio Social Estudiantil(USSE) considera oportuno entrevistar a las gestantes menores de 18 años, pues en el caso de ellas la obligatoriedad de reinsertarse al sistema es mucho más exigente, y por lo tanto se requiere de un trabajo más personalizado. Esta opción será conversada con las supervisoras para definir si es implementada.</p> <p>Por lo pronto se acuerda comenzar a llamar a las gestantes, en primer lugar para averiguar si efectivamente son gestantes con escolaridad incompleta, y en el caso de que así sea, invitarlas a la charla informativa, incentivándolas a conocer las alternativas existentes.</p> <p>Si bien el acuerdo anterior es concertado por las estudiantes, esto debe ser autorizado por las supervisoras de cada unidad y también por la encargada comunal de CHCC. Por lo tanto los temas conversados en esta reunión han de ser expuestos a dichas personas.</p>	<p>Comunicar a las supervisoras de cada unidad de la CMVM (salud-educación) y a la encargada comunal CHCC, lo conversado por la dupla de estudiantes.</p> <p>Entregar listado total de gestantes con indicador activo a estudiante USSE</p> <p>Definir fecha, y lugar de convocatoria.</p> <p>Definir expositor(a).</p>

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
10 DE SEPTIEMBRE	EDUCACIÓN	REUNIÓN CON ENCARGADA COMUNAL CHCC	<p>-Sra. Gloria Meza (Encargada Comunal CHCC)</p> <p>-Ancka Kepec (asistente social, Dpto. Desarrollo Social, I. Municipalidad de Viña del Mar)</p> <p>-Pamela Arévalo (estudiante seminarista, UV)</p>	<p>En esta oportunidad la estudiante seminarista, da a conocer a la encargada comunal los avances concernientes a la intervención focalizada en esta área, al respecto se da cuenta de las reuniones mantenidas con las representantes de la unidad de servicio social estudiantil (Sra. Gloria Torres y Lorena Calderón) y también la reciente conversación con la estudiante en práctica de dicha unidad. Se menciona la propuesta de convocar a las gestantes con indicador activo, a una charla informativa que dé cuenta de las modalidades de estudio existentes en el sistema educacional, para iniciar de este modo un proceso de seguimiento y apoyo para quienes quieran reincorporarse y terminar sus estudios. Sobre este tema la Sra. Gloria Meza manifiesta estar de acuerdo con la realización de esta actividad, pero refiere que la organización y responsabilidad debiese ser asumida por la unidad de educación. Otro aspecto conversado es la definición del lugar donde se llevará a cabo esta actividad, sobre esto sugiere utilizar las dependencias de capacitación de la CMVM.</p> <p>Finalmente la encargada comunal recomienda que la charla sea presentada por una profesional de la USSE, lo cual será comentado en este departamento y posteriormente resuelto.</p> <p>El apoyo solicitado a Desarrollo Social, unidad también dirigida por la Sra. Gloria Meza, es contar con la disponibilidad de un teléfono para contactar a las gestantes a la actividad, colaboración que es otorgada y dispuesta por la señorita Ancka Kepec, asistente social de dicha unidad.</p>	<p>Entregar observaciones hechas por la encargada comunal CHCC a la USSE.</p> <p>Definir fecha y lugar de convocatoria.</p> <p>Contactar a las gestantes vía teléfono.</p> <p>Preparar presentación PowerPoint (ppt.), material explicativo para las gestantes, encuesta evaluativa.</p>

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
13 DE SEPTIEMBRE	EDUCACIÓN	REUNIÓN DUPLA ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL	<p>-Merean Guzmán (alumna en práctica, USSE CMVM)</p> <p>-Pamela Arévalo(estudiante seminarista, área salud CMVM)</p>	<p>Antes del encuentro concretado entre las estudiantes se coordinó con las supervisoras de cada área, la fecha y el lugar para la convocatoria, lo cual quedó concertado para el día 26 de septiembre a las 15:00 horas en dependencias de Capacitación de la CMVM. Otro aspecto resuelto en torno a la presentación es la la exposición, la cual quedará a cargo de las estudiantes quienes deberán presentar una propuesta previa la cual será revisada por las supervisoras para su aprobación.</p> <p>Con todo lo anterior definido, la dupla se reúne para organizar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Llamados telefónicos -Tríptico o díptico informativo para gestantes. -Presentación power point. -Evaluación breve, dirigida a gestantes para verificar si le interesa tomar alguna modalidad de estudio señalada en la presentación, para posterior seguimiento desde la unidad. <p>Para todas las tareas antes señaladas se dividen las funciones de las estudiantes en cada una de ellas.</p>	<p>Llamados telefónicos a gestantes.</p> <p>Material informativo y visual para presentación charla informativa</p>

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
16 y 17- 23 y 24 DE SEPTIEMBRE	EDUCACIÓN	LLAMADOS TELEFÓNICOS A GESTANTES CON INDICADOR ACTIVO	-Merean Guzmán (alumna en práctica, USSE CMVM) -Pamela Arévalo(estudiante seminarista, área salud CMVM)	<p>Ambas estudiantes coordinan llamados a gestantes con indicador activo para esta área. Los reportes son divididos en dos bloques, uno de ellos es tomado por la estudiante de la USSE y el otro por la estudiante seminarista del área salud. Se acuerda preguntar a las gestantes su último año cursado, lo cual permite conocer si efectivamente han terminado su enseñanza básica o media, según corresponda. En caso de que no hayan terminado su escolaridad, se les invita a la charla informativa, incentivando su reinserción escolar.³</p> <p>Aquellas gestantes que manifiestan estar interesadas serán nuevamente confirmadas la semana que se realice la actividad, considerando que la citación se está efectuando con bastante anterioridad a la fecha de la reunión, lo cual podría afectar la asistencia de las convocadas, ya sea por olvido u otra circunstancia.</p> <p>Mediante sistema AVIS, alumna seminarista deja alerta activa, con notificación para un grupo de gestantes con indicador activo. El mensaje menciona la actividad a desarrollar, lugar, fecha y temática a abordar. Esto con el fin de que el profesional pueda advertir de dicha convocatoria a la gestante en caso de que esta asista al centro de salud.</p> <p>A medida que las gestantes fueron confirmando su participación, se llegó a un total de 50 posibles participantes, lo cual obligó a hacer dos grupos pues la sala a utilizar no tenía la capacidad de recepcionar a todas las asistentes. Por lo tanto se dispuso que un grupo fuera citado a las 15.00 horas y otro grupo a las 15.45 horas.</p>	Preparar material informativo y visual para presentación charla informativa

³ Resulta relevante declarar que dentro de los llamados efectuados, se logró establecer contacto con gestantes menores de 18 años, las cuales al ser consultadas, manifestaron estar actualmente escolarizadas, en modalidad diurna o exámenes libres, por lo anterior la idea de efectuar una entrevista personalizada a aquellas gestantes de este rango se estima innecesario puesto que se encuentran insertas en el sistema escolar.

FECHA	LINEA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	DESCRIPCIÓN	PROXIMAS ACCIONES
23 ,24 y 25 DE SEPTIEMBRE	EDUCACIÓN	ELABORACIÓN MATERIAL EXPOSITIVO y GRÁFICO PARA CONVOCATORIA	<p>-Sra. Lorena Calderón (asistente social, USSE CMVM)</p> <p>- Carolina Cabello (coordinadora CHCC, Área Salud CMVM)</p> <p>-Merean Guzmán (alumna en práctica, USSE CMVM)</p> <p>-Pamela Arévalo(estudiante seminarista, área salud CMVM)</p> <p>-Karim Valenzuela (alumna en práctica, USSE CMVM)</p>	<p>Las estudiantes se reúnen para detallar aspectos formales y de contenido que constituirán el material de apoyo para la presentación y difusión de las modalidades de estudio que serán expuestas en la charla.</p> <p>Tras desarrollar las propuestas de PowerPoint, Tríptico Informativo, Cuestionario para Evaluación de Presentación y Lista de Asistencia, dicho material fue revisado por las supervisoras encargadas de cada área.</p> <p>También se afinan aspectos de la exposición donde las alumnas harán referencia a CHCC y de forma más extensiva sobre las modalidades de estudio.</p>	Charla Informativa gestantes con indicador activo SRDM: Escolaridad Incompleta.

CONVOCATORIA GESTANTES CHCC CON ESCOLARIDAD INCOMPLETA **CHARLA INFORMATIVA MODALIDADES DE REINSERCIÓN ESCOLAR**

La actividad comenzó a las 15.15 horas en dependencias de la oficina de Capacitación de la Corporación Municipal de Viña, ubicada en 2 Oriente 871. En esta oportunidad se contó con la presencia de la Encargada Comunal CHCC Sra. Gloria Meza; la Coordinadora de USSE (CMVM) Sra. Gloria Torres; la Srta. Ancka Kepec, coordinadora de CHCC del Departamento de Desarrollo Social de la I. Municipalidad de Viña del Mar; la Srta. Carolina Cabello, Encargada CHCC, Área Salud (CMVM); la Srta. Lorena Calderón, asistente social USSE (CMVM) y finalmente las estudiantes expositoras de la charla Merean Guzmán y Pamela Arévalo.

Para la recepción de las gestantes contamos con la colaboración de una alumna en práctica del área de salud quien estuvo atenta a la llegada de las asistentes. Al ingreso se solicitó firmar la lista de asistencia, y conjuntamente se hizo entrega de trípticos con la información más relevante de la presentación (**Ver Anexo 3**) igualmente se incluye la evaluación que además de recoger la apreciación de la charla y su contenido, tiene por finalidad conocer si la gestante está interesada en acceder a una de las modalidades de estudio explicadas.

Con la apertura a cargo de Carolina Cabello encargada CHCC, se dio la bienvenida a las asistentes. Posterior a dicha presentación comenzó la exposición de las estudiantes que se inició dando a conocer algunos aspectos generales del programa Chile Crece Contigo, y también vinculando la importancia de la escolaridad de la madre dentro del desarrollo infantil, lo que en definitiva fue el nexo para iniciar la explicación detallada de las modalidades de reinserción escolar.

A continuación expondremos algunas fotos de la jornada.

Fotografía 7: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC



Fotografía 8: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC



Fotografía 9: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC



Fotografía 10: Charla Informativa Modalidades de Reinserción Escolar Gestantes CHCC



Se realizaron dos charlas, tal cual había sido previsto por el número de gestantes que confirmaron su asistencia a la citación. No obstante la cantidad de asistentes estuvo muy por debajo de lo esperado. Al respecto es importante consignar que la dirección de la locación en donde se efectuó la actividad, al parecer no era de fácil acceso para las gestantes, algunas de ellas llegaron en primera instancia a las dependencias de DIDECO, aunque posteriormente fueron derivadas a la dirección correspondiente. Por lo anterior se estima que algunas de las gestantes convocadas no lograron ubicar la dirección del recinto en donde se efectuaba la presentación.

Luego de la exposición de las estudiantes la Sra. Lorena Calderón abrió un espacio de consultas y dialogo con las gestantes, a las cuales se les preguntó si les parecía importante terminar sus estudios, y por otra parte, se les motivó a ver la posibilidad de hacer efectiva su reintegración al sistema escolar mediante alguna de las modalidades presentadas. Se hizo la invitación a acercarse a la Unidad de Servicio Social Estudiantil (USSE) indicando que en los trípticos estaba la dirección y numero de contacto para solicitar una entrevista.

Al finalizar cada charla se solicitó a las participantes contestar la evaluación de la presentación, que además integra consulta sobre la posible modalidad de estudio que le interesaría seguir. **(Ver Anexo 4)**

Si bien posterior a esta actividad la alumna seminarista da por terminada la intervención focalizada en esta área, es importante consignar los avances posteriores que han sido desarrollados por la Unidad de Servicio Social Estudiantil(USSE) la cual haciendo uso de la información entregada por las gestantes asistentes, ha desarrollado el seguimiento de dichas gestantes mediante entrevistas individuales, que integran la posibilidad de obtener los documentos que faciliten su reincorporación en una de las modalidades de estudio disponibles.

Mediante la siguiente tabla se detalla el estado de las gestiones realizadas por la USSE.

Tabla 26: Gestiones realizadas por USSE, posterior a charla informativa.

GESTIONES	N° DE GESTANTES CHCC CON ATENCIÓN REALIZADA
Contactadas posterior a charla Informativa	11
Entrevista 1	5
Documentación en trámite	4
Entrevista 1 pendiente	2

Fuente: Elaboración propia.

Resulta apropiado esclarecer que el total de asistentes a la charla informativa fue de 12 gestantes. De las cuales según la tabla anterior, 11 han sido contactadas, aun cuando se ha intentado comunicar a todas las asistentes. Posterior a ese primer contacto, se ha logrado entrevistar a 5 de ellas, las cuales están interesadas en retomar sus estudios, y en consecuencia la USSE dispondrá de apoyo y acompañamiento para las interesadas, junto con facilitar la tramitación de documentos para hacer efectiva la reinserción al sistema escolar.

Por otra parte, existen 2 gestantes contactadas que han señalado interés de terminar sus estudios pero aún no han podido concretar asistencia a entrevista, esto se encuentra en estado de pendiente.

Finalmente las 4 gestantes que fueron contactadas por teléfono pero no han sido entrevistadas, han manifestado conveniente esperar un período más para retomar sus estudios, pues 3 de ellas consideran que los bebés son muy pequeños (menores de un año) y no quieren dejarlos solos. En tanto la gestante número cuatro, aún no ha dado a luz, por lo que también refiere conveniente esperar otro año.

Tras la finalización de la descripción de las actividades que movilizaron todas las acciones descritas en este apartado, tanto las actuaciones en avance comprendidas en el punto número 1, como también la gestión en torno a la intervención focalizada detallada en el punto número dos, se da por culminado el presente capítulo, no sin antes agregar que las reflexiones declaradas en el siguiente apartado dispondrán de un juicio evaluativo sobre el desarrollo y consecución de los objetivos que dieron impulso al trabajo efectuado.

REFLEXIONES FINALES

INTRODUCCIÓN

La presente experiencia de seminario de título se constituyó ante la exigente necesidad de mejorar la implementación de la plataforma en línea del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, denominada Sistema de Registro Derivación y Monitoreo. Orientado a este fin, el trabajo desarrollado se abocó a la consecución de tres objetivos directrices, los cuales se orientaron a dar respuesta al requerimiento mencionado inicialmente.

Por lo anterior, este capítulo pretende entregar las principales reflexiones y aprendizajes que surgieron tras el desarrollo y finalización del proceso en cuestión.

Las reflexiones emanadas para esta experiencia se detallan a continuación.

1. REFLEXIONES EN TORNO A LA GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

Dentro de los nuevos desafíos que ha emprendido la modernización de las políticas sociales, se encuentra la inserción de los Sistemas de Información, lo cual responde a la impronta necesidad de monitorear y evaluar la implementación e impacto de dichas políticas. Asimismo, otra arista vinculada a las nuevas exigencias que enfrenta la implementación de las políticas sociales es otorgar una solución integral a los problemas, apelando a la colaboración y coordinación de los diferentes organismos y dependencias que constituyen el sector público.

Sin duda existen otros aspectos asociados a la transformación que ha adquirido la administración de la oferta pública en programas y proyectos sociales, sin embargo para el presente seminario resulta principalmente relevante, lo mencionado en el anterior enunciado, el cual en primer lugar, hace referencia a la incorporación de los sistemas de información en la gestión pública. Al respecto podemos sostener que la información en sí misma, constituye parte de la gestión una vez que esta ha sido transmitida, analizada, almacenada, y liberada para eventualmente emplearla en la toma de decisiones, y finalmente, utilizarla para el control y evaluación del desempeño de las actuaciones públicas. Por todas estas acciones que comprende el manejo de la información dentro del sector público, es que ha irrumpido con fuerza la utilización de los Sistemas de Información, instrumentos que permiten recopilar, administrar y manipular un conjunto de datos, con el fin último de tomar decisiones informadamente.

Conscientes de aquello la plataforma de CHCC, denominada Sistema de Registro Derivación y Monitoreo, es en esencia un Sistema de Información, puesto que sus funciones se relacionan con el almacenamiento y administración de un conjunto de datos, lo que hasta el momento según lo investigado en el presente seminario, se ha desarrollado de forma más o menos regular, atendiendo que su implementación en la comuna no ha estado exenta de dificultades, algunas de ellas que se proscriben a las complejidades propias de la puesta en marcha de un sistema ajeno al quehacer tradicional de los profesionales vinculados a CHCC; en tanto, otros inconvenientes se adscriben a aspectos particulares asociados a las características de los organismos y unidades que conforman el subsistema de protección en la comuna. Esto último resulta de gran importancia, tal como lo señala Sancho (2010), pues: “para que una iniciativa de administración electrónica funcione es necesario previamente introducir cambios organizativos, formación, motivación de recursos humanos y

reingeniería de procesos en el área administrativa en donde se quiera implantar”. Lo cual ha quedado de manifiesto tras el desarrollo del análisis estratégico, el cual devela las características que ha tomado el funcionamiento de la plataforma, que al ser analizadas requieren de una reformulación en torno al cómo se ha adoptado la ejecución de dicho sistema dentro los organismos que componen CHCC. Esta reformulación ha dado su punto de inicio tras la elaboración de un plan de mejora, inserto dentro de los objetivos del presente seminario, al respecto dicho plan incorpora cambios y adecuaciones que integran la participación de todos los actores de la red local, motivando además la inclusión de quienes no han sido incorporados dentro del proceso que involucra la instauración de un sistema de información dentro de la gestión interna de un programa. También se ha intentado tras la elaboración de este plan, acercar a aquellos actores que no han manifestado total disposición a hacer frente a los desafíos que propone el funcionamiento de esta plataforma.

Si aludimos a la integración de los diversos actores que conforman CHCC, y agregamos la necesidad de establecer un trabajo concertado y coordinado, estamos apuntando sin duda al concepto de intersectorialidad, aspecto mencionado al inicio de la presente reflexión en torno a las políticas sociales. Dicho concepto viene intrínseco dentro de los lineamientos que constituyen el Subsistema de Protección Integral a la Infancia en nuestro país. Asimismo el SRDM devela en las bases de su estructuración la finalidad de facilitar la gestión intersectorial, por lo tanto podríamos decir que la plataforma ha sido elaborada para hacer efectivo el trabajo coordinado entre las diversas unidades de la red, aspecto no menor, pues se convierte en uno de los fundamentos que cimientan la importancia de esta herramienta dentro de la gestión de dicha red.

Sin embargo, según los datos obtenidos en los capítulos precedentes, el SRDM con su actual nivel de funcionamiento no ha alcanzado el posicionamiento que lo adjudique como herramienta de coordinación y trabajo en red eficiente. Por lo anterior se prevé la necesidad de seguir fomentando, apoyando y acompañando su implementación en las diferentes unidades de la red local, asimismo se requiere de mayor atención y resolución por parte de los directivos que encabezan dichas unidades, quienes debiesen liderar los procesos, contribuyendo con respaldo y disposición para mejorar la ejecución del sistema, actitud que facilitará que los demás integrantes de las diversas unidades asuman con mayor compromiso y responsabilidad las tareas asociadas a la gestión de la plataforma, esto apunta a un “cambio cualitativo en las formas de

organización del trabajo, las relaciones humanas en el seno de las organizaciones públicas y consiguientemente las estructuras de poder dentro de la propia administración.”(Sancho, 2010,p. 3).

En efecto, tras la realización del presente seminario los desafíos primordiales advertidos con el plan de mejoramiento elaborado para la optimización del SRDM en la comuna, se relacionan principalmente con lograr el posicionamiento de la plataforma como una herramienta útil de gestión intersectorial, lo cual podrá ser alcanzado mediante un trabajo sostenido y perseverante, que disponga de estrategias puntuales las cuales se ajusten a las necesidades detectadas en los diferentes niveles y unidades en donde el SRDM se está implementando.

2. REFLEXIONES EN TORNO AL PROCESO METODOLÓGICO DEL SEMINARIO DE TÍTULO

La experiencia de seminario de título adscrita en el presente documento, da cuenta de una estructuración metodológica adaptada a los requerimientos exigidos por el objeto de estudio (Sistema de Registro Derivación y Monitoreo) el cual apostó inicialmente a una optimización de su gestión. En consecuencia se fijaron tres objetivos de trabajo declarados en el marco metodológico. Para cada uno de ellos se precisaron *definiciones técnicas*: que describieron de forma conceptual cada componente asociado al objetivo de trabajo en cuestión; asimismo se adjuntó para cada objetivo, lo que denominamos *procedimientos metodológicos*: haciendo referencia a las principales acciones que permitirían la obtención de los objetivos. Finalmente a esta estructura se adosó una sección denominada *productos asociados al objetivo*: vinculado a los resultados extraídos de las acciones declaradas en el segmento de procedimientos metodológicos.

Al momento de concretizar el objetivo número uno, podemos definir que el procedimiento adquirió características asociadas a un estudio exploratorio de caso, pues estuvo orientado al levantamiento de información relevante para identificar de forma asertiva los elementos obstaculizadores que han entorpecido la implementación del SRDM al interior de las diversas unidades que componen la red local CHCC. Al respecto determinamos que la técnica apropiada a utilizar sería el Análisis Estratégico FODA, junto con la revisión puntual de nudos críticos observados desde los cuatro perfiles de usuarios determinados por la plataforma. Por consiguiente a partir de las opiniones surgidas tras el desarrollo de las actividades que sirvieron para concretar la exploración, procedió la tarea de análisis del discurso, la cual permitió

identificar de forma clara los elementos que han impedido el óptimo funcionamiento de la plataforma, y además agregamos a dichos hallazgos una segunda lectura, la cual estuvo fundada en la incorporación de datos provenientes del estudio efectuado por Ekos Consultores denominado “Evaluación del Uso e Identificación de Nudos Críticos y Mejoras al Sistema de Registro Derivación y Monitoreo del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo”, que tras su revisión nos permitió contrastar en algunos casos la realidad local con el panorama nacional respectivo al uso y funcionamiento del SRDM.

Al observar en perspectiva el desarrollo del proceso y las estrategias utilizadas para obtener el Informe de Análisis Estratégico FODA y Nudos Críticos Local del SRDM (producto final declarado en el marco metodológico para el objetivo 1), creemos que el resultado en términos de cumplimiento del objetivo propuesto, alcanzó un nivel satisfactorio de resolución, pues efectivamente se logró detectar con lucidez los nudos críticos relativos al funcionamiento de la plataforma, incorporando la visión de los diferentes actores vinculados a dicho sistema, lo cual no es menor, pues enriqueció y otorgó mayor validez a los hallazgos obtenidos.

Los objetivos 2 y 3 se trabajaron de forma paralela, atendiendo los tiempos estimados para el desarrollo del trabajo formulado. En cuanto al objetivo 2, iniciamos su ejecución tras la finalización del primer objetivo, por lo tanto la elaboración del plan de mejoramiento se constituyó, tal como se había definido en los *procedimientos metodológicos*, esto es, a partir de los resultados obtenidos del Informe de Análisis Estratégico FODA y Nudos Críticos Local del SDRM. Al respecto se presentaron al menos tres propuestas frente a la mesa comunal, dicho equipo de trabajo liderado por la encargada comunal de CHCC, se encargó de sancionar y delimitar las acciones propuestas en el plan de trabajo. En efecto se utilizaron dos categorías de análisis desprendidas del informe, las cuales fueron traspasadas al plan como líneas de acción, y permitieron ordenar las metas y actuaciones correspondientes según ámbito de acción (Gestión Técnica-Gestión Administrativa). Lo anterior permitió esclarecer la orientación de las acciones propuestas, destinadas a incorporar según línea de acción propuestas que se hicieran cargo de los nudos críticos identificados precedentemente.

Sobre el cumplimiento de dicho objetivo se estima que en términos de obtención del producto, efectivamente se logró diseñar una propuesta que incorporara los elementos descubiertos tras el Informe de Nudos Críticos Local. Se reconoce que para llegar al diseño final, se efectuó tras cada

revisión de la mesa comunal, una reformulación de las metas, actuaciones y procedimientos asociados a cada línea de acción. Lo cual exigió a la alumna un replanteamiento agudo tras cada oportunidad en que el plan de mejora demandó modificaciones.

Durante el periodo en que se dio ajuste y definición al plan de mejora antes descrito, comenzó a concretarse lentamente el objetivo de trabajo tres, tendiente a implementar acciones focalizadas en el marco de la optimización de la gestión del SRDM. Al respecto si bien desde un inicio se determinó un “Modelo de Intervención Social Focalizada” el cual asignó un ordenamiento al proceso propuesto dentro de dicho objetivo, durante el transcurso de su puesta en marcha no estuvo exento de modificaciones, lo cual es atendible a los procesos de intervención social, los cuales pueden ser interferidos por cambios a los cuales, como profesionales debemos ofrecer alternativas para hacer frente a aquellos imprevistos.

Uno de los fundamentos que da razón a este objetivo es mejorar la gestión del SRDM, y una de las iniciativas que permite apuntar a dicho planteamiento es el uso de la información contenida en esta base de datos. Asimismo basándonos en una de las directrices de CHCC, la cual propende a la articulación de las diversas áreas que componen la red local con el fin de atender las vulnerabilidades pesquisadas en los usuarios del Subsistema de Protección de forma integral, es que la presente propuesta de trabajo intentó centrar sus acciones en concretizar dichos lineamientos. En consecuencia tras la extracción de reportes desde el SRDM, se configuraron actividades dirigidas a dar respuesta a las vulnerabilidades pesquisadas por la plataforma, y posteriormente seleccionadas por la red ampliada CHCC.

Al revisar puntualmente cada línea de intervención, vivienda y educación respectivamente, consideramos que las acciones desarrolladas para dar respuesta a cada área se ajustaron en gran medida al tiempo acotado impuesto por el seminario, lo cual no permitió una propuesta de trabajo gradual, con objetivos de mayor proyección e impacto para los usuarios de CHCC. No obstante se rescata de esta experiencia en particular, la apertura de una línea de trabajo no ejecutada con anterioridad, y que a través del presente ejercicio, deja un antecedente importantísimo para las futuras intervenciones que la red de Chile Crece Contigo en la comuna de Viña del Mar pueda emprender, pues se prevé que el trabajo a desarrollar siguiendo la línea de la optimización del funcionamiento de la plataforma, incluye la revisión de reportes, junto con el levantamiento de propuestas que se orienten a atender aquellos grupos vulnerables que identifica el SRDM.

3. REFLEXIONES EN TORNO A LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

El quehacer profesional del trabajador social se inserta dentro de un marco institucional que en la actualidad lo asigna el Estado, este último a través de su ejercicio intenta cautelar la adecuada calidad de vida de las personas en su territorio. Lo anterior queda de manifiesto con la creación de políticas sociales orientadas a “asegurar las necesidades individuales y familiares, que puedan ser satisfechas por la intervención de una pluralidad de actores, públicos y privados, capaces de proveer sobre títulos diversos y grados variados de eficacia la tutela y el sustento de los sujetos más débiles.” (Girotti, 2001, citado por Martín (2010), p. 23). Asimismo la política social reviste una forma de intervención macro, la cual se adapta al modelo de desarrollo definido por el mismo Estado.

Dentro del escenario antes descrito, el trabajo social se posiciona como una profesión a la cual le ha correspondido dentro de sus funciones, implementar las estrategias emanadas desde el Estado a través de programas y proyectos sociales (productos de la política social). Dicha labor exige el despliegue de competencias, habilidades, y herramientas, fundadas en la formación profesional y también amparadas en las capacidades individuales de quienes optan por esta disciplina.

Si aludimos a dichas competencias es indiscutible que la irrupción constante y acelerada de nuevas tecnologías con énfasis en el conocimiento y en la incorporación inmediata a la praxis social, nos impulsa a hacernos parte de dichos cambios, los cuales a su vez, ya han sido integrados a la ejecución de los programas sociales, y es en este ámbito, en donde el presente seminario ha podido indagar, puntualmente en la instauración de un sistema de información (SRDM) el cual no sólo aspira al almacenamiento de datos, sino que en su nivel más primario, pretende mediante su funcionamiento establecer la coordinación y vinculación entre los diversos actores que conforman la red de Protección a la Infancia denominada Chile Crece Contigo.

La experiencia levantada tras la realización de este seminario nos ha permitido en primer lugar, reconocer que como profesionales, contamos con las competencias necesarias para observar desde una perspectiva crítica la implementación de un sistema de información, y asimismo disponer de estrategias que permitan la instalación de los mismos, pero con un enfoque integrativo que en sus cimientos se constituya involucrando a todos los sectores que interactúan con dicho sistema. Tal como ha sido revisado en

capítulos precedentes “La utilización intensiva de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de las administraciones públicas no solo supone un cambio técnico, sino que impulsa sobre todo un cambio organizacional. Ello requiere de una planificación coordinada que afecte a todos los niveles de la organización, más allá del simple proceso de informatización de un expediente administrativo. Para el aumento de la eficacia y la eficiencia de la gestión gubernamental a través de las tecnologías de la información y la comunicación, es importante reconsiderar cualitativamente las formas de organización del trabajo, las relaciones humanas en el seno de las organizaciones públicas y consiguientemente las estructuras de poder dentro de la propia Administración.” (Sancho, 2010, p.3)

Posicionando nuestro análisis desde otra perspectiva, pero igualmente vinculada al impacto de los sistemas de información, podemos referir que en el caso puntual de nuestra profesión, se vislumbra un vuelco en la forma de pensar, desde una base de “narrativas” a otra sustentada en bases de datos. Considerando que el Trabajo Social se relaciona, primariamente, con personas y sus relaciones, se puede postular que su acción tiende a moverse desde lo “social” hacia lo “informativo”. Crecientemente -es innegable- que la labor de los distintos servicios se concentra en la información disponible de las personas con las cuales trabajan, y esto se utiliza como forma de registro de los éxitos o fracasos, tanto del propio sistema como de las otras agencias involucradas. (Giavelli, 2011)

Asimismo los sistemas de información, dentro de la gestión de programas y proyectos sociales pueden incorporar a las personas y sus vicisitudes a través de datos tipificados, estadísticamente asignados y eventualmente tratados. “Un supuesto implícito en eso es que esta nueva modalidad resulta más “objetiva”, clasificable, determinable y medible, de modo que el control de la eficacia de la intervención aparece cuantificable. Con esto, los sistemas de control por el gasto incurrido pueden responder en sus balances periódicos. Por cierto, la información aparece accesible y disponible; la decisión de los profesionales puede ser menos discrecional y es controlable, pero, al mismo tiempo, la historia que no calza en el cuadro de las tipificaciones disponibles debe ser ajustada o, sencillamente, ignorada. La historia real, en múltiples ocasiones, puede ser catalogada de tal modo que no corresponda con la original en absoluto.”(Giavelli, 2011, p. 145-146)

Lo anterior pudo ser corroborado en la experiencia de intervención social focalizada integrada al presente seminario, pues los datos que hacían referencia a ciertas condiciones de vulnerabilidad en algunas de las usuarias, no eran concordantes con su realidad social. En efecto, sugerimos que

respecto a la labor del trabajador social, dentro del marco de una intervención, esta debiese integrar siempre la “base narrativa” al componente “informativo”, lo cual significaría darle más asertividad a la eventual intervención. Aclaramos que dicha sugerencia se relega preferentemente al campo de intervenciones focalizadas, tal como la experiencia de seminario lo adscribe.

Para dar fin a nuestras reflexiones en torno a los sistemas de información y Trabajo Social, creemos que resulta preponderante para la gestión de los programas sociales, integrar las nuevas herramientas tecnológicas que van acorde a los procesos evolutivos de la sociedad, reconociendo a su vez los desafíos que involucra la incorporación de dichas herramientas, puesto que tal como la experiencia de seminario lo ha develado, la implementación de estos sistemas requiere de una visión estratégica, frente a la cual, nuestra profesión entrega propuestas con enfoque integral, atendiendo la esencia híbrida de nuestra disciplina.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS

LIBROS

- Ausubel D. & Sullivan. E. (1989). *Desarrollo infantil.*, Editorial Paidós. México
- Ander Egg, E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*, Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina.

REVISTAS ELECTRÓNICAS

- Álvarez, L. (2009). *Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo.* Revista Gerencia y Políticas de Salud, 69-79. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Frenz, P. (2005). *Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud.* Revista Chilena de Salud Pública, 103- 110. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>
- Ponce H. (2008). *La matriz FODA: una alternativa para realizar diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organizaciones productivas y sociales.* Revista Académica "Contribuciones a la Economía". Disponible en http://edu.jccm.es/cp/sanidroalberche/attachments/066_FODA.pdf

SEMINARIOS DE TÍTULO

- Aguado. E. (2008). *Relación entre el nivel de conocimiento de las madres acerca de las pautas de estimulación temprana y el grado de desarrollo psicomotor del lactante del centro de salud Max Arias Shreiber 2007.* Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. Enfermería. Lima, Perú. Disponible en http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/475/1/aguado_fe.pdf

NORMAS LEGALES

- Ley 20. 379 (2009) *Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"*. Publicado en Diario Oficial el 12 de septiembre de 2009, Chile.

DOCUMENTOS

- División de Desarrollo Social. (1998). *Gestión de Programas Sociales en América Latina*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Volumen I, Santiago, Chile.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

- Agudelo. S y Romero I. (2010). *Concepto de determinantes de la salud y su estudio. Maestría en epidemiología*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://www.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021>
- Alazraqui. M, Mota. E, y Spinell. H. (2006) *Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local*. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/17.pdf>
- Bolon. J y Hernández. D. (2010). *Determinantes Sociales de la Salud ¿Se requiere de un marco conceptual de los DSS y la Equidad en Salud para los países de LA y México?* Simposio Determinantes Sociales de la Salud. Academia Nacional de Medicina. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/179786277/DSS-mexico>
- Cunill. N. (2005). *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social*. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago, Chile. Disponible en <http://bdp.org.ar/facultad/posgrado/maestrias/gp/documentos/Cunill.pdf>

- Eming, M. (1995). *Desarrollo Integral del Niño en la Primera Infancia; Desafíos y Oportunidades*. Banco Mundial. OPS.
Disponible en <http://www.primerainfancialac.org/documentos/all/>
- Ekos Consultores. (2013). *Evaluación del Uso e Identificación de Nudos Críticos y Mejoras al Sistema de Registro Derivación y Monitoreo del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo*. Disponible en
<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/19-Informe-Final-Evaluaci%C3%B3n-del-uso-e-identificaci%C3%B3n-de-nudos-cr%C3%ADticos-y-mejoras-al-SDRM.pdf>
- Fuentes, R. (2005). *Trabajo Final Sistema de Información en Salud*. Santiago, Chile.
Disponible en <http://www.siad-sps.cl/blog/owner/105440960>
- Galerna Consultores. (2012). *Estudio de Seguimiento de Casos de Usuarías del Sistema Chile Crece Contigo*. Santiago, Chile.
Disponible en
<http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2013/07/10-Informe-final-Estudio-de-seguimiento-de-casos-usuarias-Sistema-Chile-Crece-Contigo.pdf>
- Giavelli. A. (2011). *Desafíos y revitalización del Trabajo Social en la nueva Modernidad*. Documentos de Trabajo Social, N°49. ISSN 1133-6552. Disponible en
http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/49_7.pdf
- González, J. (2004) *Priorización en Salud*. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. División de Políticas y Gestión en Salud. Disponible en
<https://www.u-cursos.cl/medicina/2004/1/MSALPU35/1/.../27432>

- Jornadas de instalación. (2007). *Modelo de seguimiento a la trayectoria del desarrollo de niños y niñas de primera infancia*. Disponible en <http://www.slideshare.net/guest923895/3-acompaamiento-longitudinal>
- Martín. M. (2010). *El cambio en el Sistema de Protección Social en Chile: un análisis de policy frames*. Santiago, Chile. Disponible en http://www.sociedadpoliticaspUBLICAS.cl/archivos/BLOQUET/Proteccion_y_Politica_Social/EI_cambio_en_SistemaProteccionSocial.pdf
- Mejía. L y Franco. A. (2007). *Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina*. Revista Salud Pública. 9 (3):471-483, 2007. Cobertura. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Colombia. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219062016>
- MIDEPLAN. (2009). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Disponible en <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/publicaciones.html>
- Presentación Chile Crece Contigo. (2011). *Sistema de Protección Integral a la Infancia, Aprendizajes y Desafíos*. Disponible en <http://www.slideshare.net/saep/programa-chile-crece-contigo-9927326>
- Quiero. A. (2011). *Determinantes Sociales de la Salud*. Comisión Técnica Asociación Chilena de Municipalidades. San Felipe, Chile. Disponible en http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/DOCUMENTOS/2011/SEMINARIO_PLAN_COMUNAL_DE_SALUD_SAN_FELIPE/PPT07.pdf
- Sancho. D. (2010). *Gobernar en la era del Conocimiento: Nuevas Oportunidades, Viejos Peligros*. Disponible en <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000003/3624.pdf>
- Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo. (2011). *Manual de Uso CHCC Módulo Gestión*. Disponible en gestion.crececontigo.gob.cl

- Valiño, A. (2008). *Los instrumentos de información para la gestión pública. Principales deficiencias y propuestas de reforma*. Disponible en <http://eprints.ucm.es/6663/1/9819.pdf>

SITIOS WEB

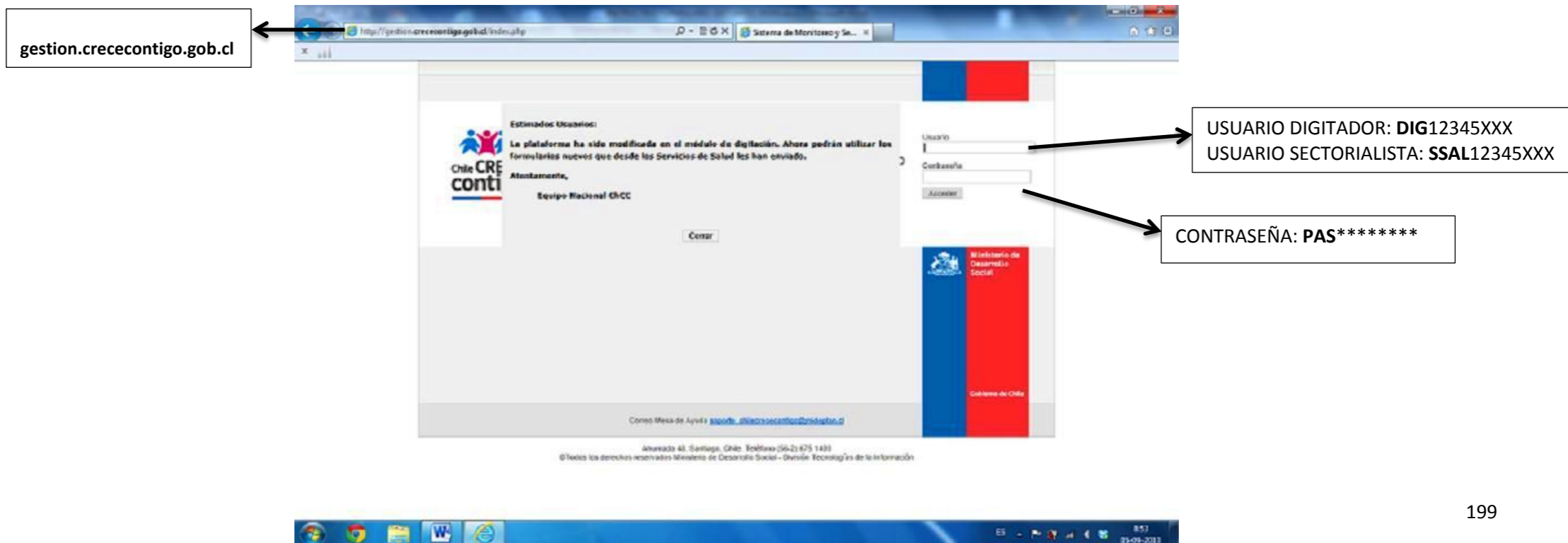
- Corporación Municipal de Viña del Mar:
<http://www.cmvvm.cl>
- Chile Crece Contigo:
<http://www.crececontigo.gob.cl/>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud:
<http://www.deis.cl/>
- Ilustre Municipalidad de Viña del Mar:
<http://www.vinadelmarchile.cl/page/43/71/datos-estadisticos-comuna.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas:
<http://www.ine.cl/>
- Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/social_determinants/es/
- Scribd:
<http://es.scribd.com/doc/183295220/Mapa-Valparaiso-y-Vina-del-mar>
- Sistema de Registro Derivación y Monitoreo:
<http://gestion.crececontigo.gob.cl/index.php>
- Sitio Web Universidad de Ciencias de la Informática:
<http://jms.caos.cl/si/si01.html>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUCTIVO INGRESO FORMULARIOS AL SRDM

¿Cómo acceder al Sistema de Registro Derivación y Monitoreo (SRDM)?

Para acceder a la plataforma en línea del Sistema de Registro Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo se requiere contar con: Navegador **Internet Explorer**  desde el cual se inicia sesión mediante la dirección: **gestion.crececontigo.gob.cl**



gestion.crececontigo.gob.cl

USUARIO DIGITADOR: **DIG12345XXX**
USUARIO SECTORIALISTA: **SSAL12345XXX**

CONTRASEÑA: **PAS*******

- ✓ El sectorialista o digitador deberá ingresar la clave de usuario y contraseña para acceder al sistema de registro, anteponiendo las siglas **SSAL** (para el caso de los sectorialistas) o **DIG** (para los digitadores) tal como se muestra en la imagen anterior. Posteriormente se presiona el botón 'Acceder' y si el usuario es válido se desplegará la siguiente pantalla, que le permitirá seleccionar el módulo al cual desea ingresar, según sus atribuciones de acceso.



Al ingresar a este módulo, se pueden traspasar los datos contenidos en los formularios que se detallan a continuación.

INGRESO FORMULARIOS GESTANTES SRDM

FORMULARIO PRIMER CONTROL GESTANTE:

> Incluye Información de primer control al que asiste la gestante, consta de datos tales como: *identificación, edad gestacional, situación de riesgo y/o vulnerabilidad detectada a través de escala EPSA.*

> Se aplica al 100% de las gestantes y el ingreso a la plataforma es de responsabilidad del Asistente Social o Matrona que aplique escala EPSA .

FORMULARIO PRIMER CONTROL GESTANTE

Primer control de la gestante

1. Identificación del Centro de Salud
Nombre de la persona que realiza la atención

2. Identificación de la gestante
Nombre de la gestante
R.U.N.
Dirección
Teléfono de Contacto

¿La gestante presenta alguna discapacidad permanente? sí no
En caso que la respuesta sea "sí", determinar a qué tipo de discapacidad corresponde:
Tipo de discapacidad: Física Auditiva Visual Mental Psíquica

¿Cuál fue su último año de escolaridad aprobado?
Año: 1^o, 2^o, 3^o, 4^o, 5^o, 6^o, 7^o, 8^o
Nivel educacional: Enseñanza básica Enseñanza media Educación superior No ha aprovechado ningún curso

¿Asiste actualmente a un establecimiento educacional? sí no
En caso que la respuesta sea "sí", determinar el nombre y comuna del establecimiento:
Nombre del establecimiento: _____ Comuna: _____

3. Datos de seguimiento del primer control
Fecha de ingreso a control prenatal: ____/____/____ Edad gestacional al ingreso: ____ semanas ____ días

¿Se le entregó la Guía para la Gestación y el Nacimiento a la gestante? sí no
¿Se le aplicó la Pauta de Riesgo Psicosocial?
¿Presenta algún riesgo psicosocial de acuerdo a la Pauta?
En caso que la respuesta sea "sí", determinar a qué área corresponde el riesgo detectado:
 Conflictos con la maternidad Insuficiente apoyo social Síntomas depresivos
 Abuso de sustancias Violencia de género Otro

¿Existe otra situación de vulnerabilidad distinta a los riesgos de la pauta?
 Cesantía de entorno familiar, Problema de Vivienda/Alojamiento/Iniciamiento,
 Bajos ingresos del entorno familiar, Pertinencia a Chile Solidario,
 Jefatura de Hogar Fememina, Otro

¿Está de acuerdo con integrarse a Visita Domiciliaria?
¿Quién la acompañará en el control?
 Acude sola al control Cónyuge o pareja Otro (especificar parentesco o relación con la gestante)
 Madre de la gestante

PANTALLA SRDM: INGRESO PRIMER CONTROL GESTANTE

Módulo de Digitación ChCC

Nombre Usuario: APELLIDO PATERNO | Fecha: 17/01/2012

Fecha Actual: 17/01/2012 | Centro de Salud: Hospital San Juan de D... | 1er. Control de la Gestante

Solicitudes Pendientes: No presenta solicitudes pendientes

Menú Principal

Área de Trabajo

1.- Identificación del Centro de Salud
Centro de Salud: _____ Servicio de Salud: Metropolitano Occidente Comuna: SANTIAGO

2. Identificación de la Gestante
R.U.N.: _____ Nombres: _____ Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____
Calle: _____ Block: _____ Población o Villa: _____ Localidad: _____
Comuna: _____ Teléfono Fijo: _____ Teléfono Movil: _____

¿La gestante presenta alguna discapacidad permanente? Si No
 Física Auditiva Visual Mental Psíquica o psiquiátrica

Botones: Dejar Pendiente, Terminar Solicitud

Es importante destacar que sin este ingreso la gestante no es reconocida como parte del Sistema de Protección CHCC, por lo tanto se excluye de futuros beneficios.

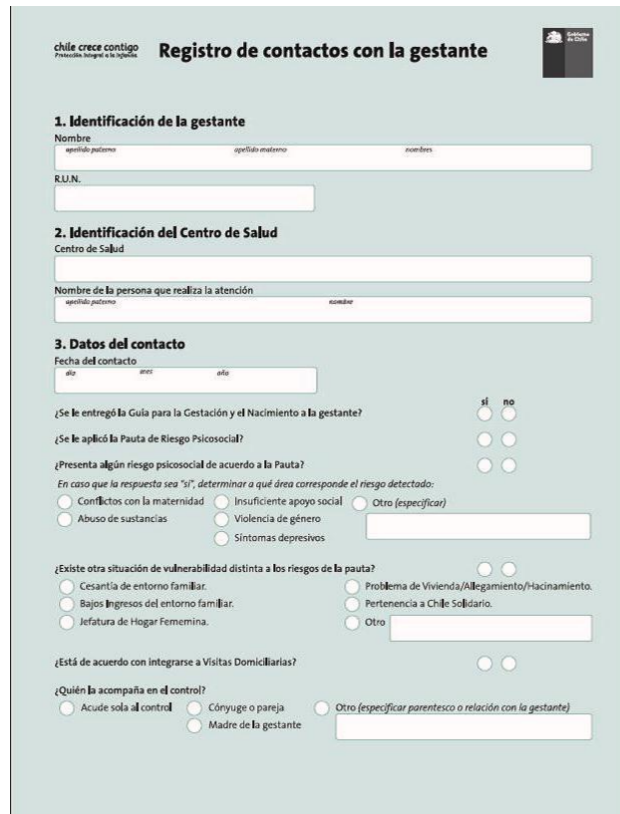
FORMULARIO CONTACTOS GESTANTE:

>Aplicado al 3° trimestre de la gestación, período donde se realiza la *segunda escala EPSA*.

>Dirigido al 100% de las gestantes en control.

>Ingresado por Asistente Social o Matrona, que realice control de 3° trimestre.

FORMULARIO REGISTRO DE CONTACTOS



chile crece contigo
Prevención integral a la gestante

Registro de contactos con la gestante

1. Identificación de la gestante
Nombre: apellido paterno apellidos maternos apellidos
R.U.N.

2. Identificación del Centro de Salud
Centro de Salud
Nombre de la persona que realiza la atención: apellido paterno nombre

3. Datos del contacto
Fecha del contacto: día mes año

¿Se le entregó la Guía para la Gestación y el Nacimiento a la gestante? sí no

¿Se le aplicó la Pauta de Riesgo Psicosocial? sí no

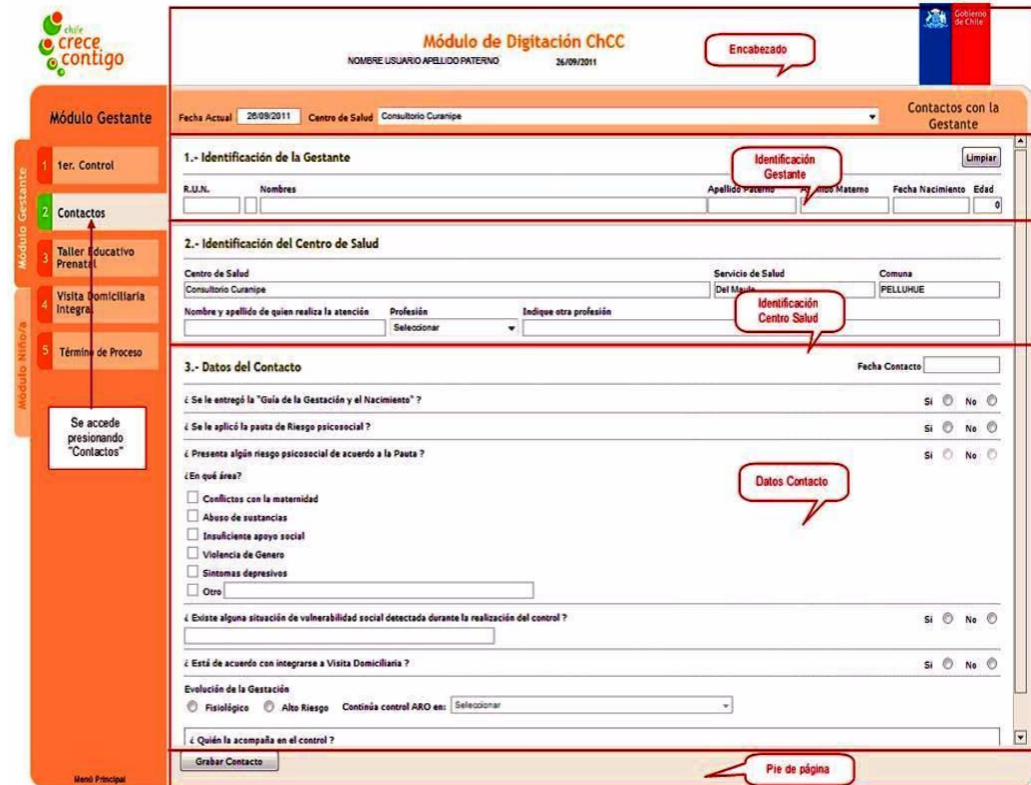
¿Presenta algún riesgo psicosocial de acuerdo a la Pauta?
En caso de la respuesta sea "sí", determinar a qué área corresponde el riesgo detectado:
 Conflictos con la maternidad Insuficiente apoyo social Otro (especificar)
 Abuso de sustancias Violencia de género Síntomas depresivos

¿Existe otra situación de vulnerabilidad distinta a los riesgos de la pauta? sí no
 Cesantía de entorno familiar. Problema de Vivienda/Allegamiento/Hacinamiento.
 Bajos Ingresos del entorno familiar. Pertenencia a Chile Solidario.
 Jefatura de Hogar Fememina. Otro

¿Está de acuerdo con integrarse a Visitas Domiciliares? sí no

¿Quién la acompaña en el control?
 Acude sola al control Cónyuge o pareja Otro (especificar parentesco o relación con la gestante)
 Madre de la gestante

PANTALLA SRDM: CONTACTOS GESTANTE



chile crece contigo

Módulo de Digitación ChCC

NOMBRE USUARIO APELLIDO PATERNO: 26/09/2011

Encabezado

Fecha Actual: 26/09/2011 Centro de Salud: Consultorio Curanipe

Contatos con la Gestante

1.- Identificación de la Gestante
R.U.N. Nombres Apellido Paterno Apellido Materno Fecha Nacimiento Edad

2.- Identificación del Centro de Salud
Centro de Salud: Consultorio Curanipe Servicio de Salud: Del Maipo Comuna: PELLUQUE
Nombre y apellido de quien realiza la atención: Profesión: Indique otra profesión:

3.- Datos del Contacto
Fecha Contacto:

¿ Se le entregó la "Guía de la Gestación y el Nacimiento" ? Sí No

¿ Se le aplicó la pauta de Riesgo psicosocial ? Sí No

¿ Presenta algún riesgo psicosocial de acuerdo a la Pauta ? Sí No

¿ En qué área ?
 Conflictos con la maternidad
 Abuso de sustancias
 Insuficiente apoyo social
 Violencia de Género
 Síntomas depresivos
 Otro

¿ Existe alguna situación de vulnerabilidad social detectada durante la realización del control ? Sí No

¿ Está de acuerdo con integrarse a Visita Domiciliaria ? Sí No

Evaluación de la Gestación
 Fisiológico Alto Riesgo Continúa control ARO en:

¿ Quién la acompaña en el control ?

Grabar Contacto

Pie de página

FORMULARIO REGISTRO TALLER EDUCATIVO:

> **Reemplaza otros documentos de respaldo para la ejecución de los talleres.** Incorpora sesión, fecha y asistentes a los talleres de preparación para el parto asociados a CHCC.

> Aplicado por profesional que realiza taller.

> Ingresado a la plataforma por el digitador de cada centro.

FORMULARIO REGISTRO TALLER EDUCATIVO

Registro de Taller Educativo

1. Identificación del Centro de Salud Gestante Niño o niña

2. Identificación de la Sesión

3. Datos de los Asistentes y Acompañantes a la Sesión

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	R.U.N.	*Parentesco	Entrega Dúptico
1.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
1.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
1.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
2.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
2.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
2.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
3.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
3.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
3.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
4.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
4.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
4.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
5.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
5.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
5.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
6.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
6.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
6.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
7.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
7.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
7.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
8.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
8.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
8.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
9.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
9.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
9.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico
10.	asistente				Madre	<input type="radio"/> Dúptico
10.	acompañante				Pareja o cotageje	<input type="radio"/> Dúptico
10.					Otro	<input type="radio"/> Dúptico

PANTALLA SRDM:TALLER EDUCATIVO

Módulo de Digitación ChCC

1.- Identificación del Taller

2.- Datos de las gestantes asistentes al taller

Run	Dv	Nombre de la Gestante
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

FORMULARIO TÉRMINO DE PROCESO:

>Se completa **sólo en caso de ser interrumpida la gestación, o por pérdida de beneficio CHCC**, asociado a las siguientes causales: proceso de gestación interrumpido, hijo/a nacido muerto/a, cambio de previsión, traslado al extranjero.

>Aplicado e ingresado a la plataforma por Matrona.

FORMULARIO TÉRMINO DE PROCESO

chile crece contigo **Formulario de término de proceso**

1. Identificación de la gestante

Nombre:

R.U.N.: Fecha de nacimiento:

2. Datos del término de proceso

Categorías de término de proceso de seguimiento de la gestación

- Proceso de gestación interrumpido
- Hijo o hija nacido/a vivo/a
- Hijo o hija nacido/a muerto/a
- Cambio de previsión de salud
- Traslado al extranjero

1. Identificación de la gestante

Nombre:

R.U.N.: Fecha de nacimiento:

2. Datos del término de proceso

Categorías de término de proceso de seguimiento de la gestación

- Proceso de gestación interrumpido
- Hijo o hija nacido/a vivo/a
- Hijo o hija nacido/a muerto/a
- Cambio de previsión de salud
- Traslado al extranjero

1. Identificación de la gestante

Nombre:

R.U.N.: Fecha de nacimiento:

2. Datos del término de proceso

Categorías de término de proceso de seguimiento de la gestación

- Proceso de gestación interrumpido
- Hijo o hija nacido/a vivo/a
- Hijo o hija nacido/a muerto/a
- Cambio de previsión de salud
- Traslado al extranjero

PANTALLA SRDM: TÉRMINO DE PROCESO

chile crece contigo **Módulo de Digitación ChCC** Encabezado

Nombre Usuario: APELLIDO PATERNO 21/09/2011

Fecha Actual: 27/09/2011

Término de Proceso Seguimiento Gestación

1.- Identificación de la Gestante

R.U.N.: Nombres: Identificación Centro Salud: Saldo Materno: Fecha Nacimiento: Edad:

2.- Datos del Término de Proceso

Fecha de Parto, o Término Proceso:

CATEGORIA DE TÉRMINO DE PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LA GESTACION

- Proceso de gestación interrumpido
- Hijo/a nacido/a vivo/a
- Hijo/a nacido/a muerto/a
- Cambio de previsión de salud
- Traslado al extranjero

Módulo Gestante

- 1er. Control
- 2. Contactos
- 3. Taller Educativo Prenatal
- 4. Visita Domiciliaria Integral
- 5. Término de Proceso

Se accede presionando "Término de Proceso"

Crear Término

Pie de página

INGRESO FORMULARIOS NIÑOS SRDM

FORMULARIO CONTROL NIÑO/A

> Contiene información de **primer control que asiste el recién nacido**, cuenta con datos de: *identificación del niño/a, identificación de la madre, datos de seguimiento y entrega de material asociado al programa*. Se aplica al 100% de niños que asisten a control binomio o primer control de recién nacido. La aplicación e ingreso de formulario a la plataforma, es responsabilidad de Matrona o Médico, y en casos excepcionales de quien realice el primer control del niño/a (Enfermera).

FORMULARIO PRIMER CONTROL NIÑO

Primer control del niño o niña

1. Identificación del Centro de Salud

Centro de Salud:

Nombre de la persona que realiza la atención:

2. Identificación del niño o niña

Nombre:

R.U.N.:

Dirección:

Teléfono de Contacto:

3. Identificación de la madre

El niño o niña vive con: su madre su padre ambos ninguno

Nombre:

R.U.N.:

* En caso que el niño o niña no viva con sus padres, indicar los datos de su cuidador principal:

¿Qué relación parentesco tiene esta persona con el niño/a? ¿Es su tutor legal? sí no

Nombre: R.U.N.:

La madre o cuidador principal, ¿presenta alguna discapacidad permanente? sí no

En caso que la respuesta sea "sí", determinar a qué tipo de discapacidad corresponde:

Tipo de discapacidad: Física Auditiva Visual Mental Psíquica

4. Datos de seguimiento del primer control

¿El niño o niña está afectado por alguna discapacidad? sí no

Si la respuesta es sí, especifique el tipo:

Física auditiva visual mental psíquica o psiquiátrica

PANTALLA SRDM: PRIMER CONTROL NIÑO

Módulo de Digitación ChCC

Nombre Usuario APELLIDO PATERNO: 17/04/2012

Acceso módulo Gestante

Acceso módulo niño

Retorna menú principal

Menú principal

1er. Control

2. Contactos

Taller Educativo Grupal

Visita Domiciliaria Integral

Término de Proceso

Fecha Actual: 17/04/2012 Centro de Salud: Hospital San Juan de Dios

1.- Identificación del Centro de Salud

Centro de Salud: Servicio de Salud: Comuna:

Nombre y apellido de quien realiza la atención: Profesión: Indique otra profesión:

2.- Identificación del Niño o Niña

R.U.N.: Nombres: Apellido Paterno: Apellido Materno: Fecha Nacimiento: Edad:

Calle: Número: Block: Población o villa: Localidad:

Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:

Si, especifique con cuántas semanas y días nació: semanas días

Terminar Solicitud

Es importante destacar que sin este ingreso el niño/a no es reconocido como parte del Sistema de Protección CHCC, por tanto se excluye de futuros beneficios.

FORMULARIO REGISTRO TALLER EDUCATIVO:

- > **Reemplaza otros documentos de respaldo** para la ejecución de talleres de apoyo a la crianza de niños y niñas menores de 5 años.
- > Será aplicado por profesional que realiza taller, e ingresado a la plataforma por digitador de cada centro.

FORMULARIO REGISTRO TALLER EDUCATIVO

PANTALLA SRDM: TALLER EDUCATIVO GRUPAL

FORMULARIO REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL (VDI):

>Registra prestación en domicilio realizada a niños y niñas con riesgo biopsicosocial y/o vulnerabilidad, y aquellos identificados con déficit en el área de desarrollo psicomotor.

>Será aplicado e ingresado por profesional que realice la visita domiciliaria integral.

FORMULARIO REGISTRO VDI

chile crece contigo
Registro de Visita Domiciliaria Integral

1. Identificación
Nombre: Gestante Niño o niña
R.U.N.:
Dirección:
Teléfono de Contacto:

2. Datos de la visita
¿Se concreta la visita? sí no
Si la respuesta es "No", señale el motivo por el cual no se concreta la visita:
 Domicilio no corresponde
 No hay nadie en la vivienda
 No acepta la visita
 Otro motivo
Fecha de la visita:
Nombre de quienes realizan la visita: Profesión:
¿Se confirma situación de riesgo psicosocial? sí no
Se detecta riesgo en las siguientes áreas:
 Condiciones de habitabilidad
 Condiciones de salubridad e higiene
 Condiciones de salud mental
 Violencia intra-familiar
 Maltrato infantil
 Abuso de sustancias nocivas (drogas, alcohol, etc.)
 Diagnóstico de potencial de la familia para recibir con éxito
 Otro (especificar cuál):
Observaciones:

PANTALLA SRDM: VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Módulo de Digitación ChCC
MONTE UJALDE ARIELDO PATERNI 31/08/2011

Módulo Niño/a
1. 1er. Control
2. Contactos
3. Taller Educativo Grupal
4. Visita Domiciliaria Integral
5. Término de Proceso

Fecha Actual: 27/08/2011 Centro de Salud: Consultorio Cautín

Identificación del Niño o Niña
R.U.N.: Nombre: Apellido: Sexo: Niño Niña Fecha Nacimiento: Edad:
Calle: Número: Bloq.: Población o Villa: Localidad:
Comuna: Teléfono: Teléfono Móvil:

Datos de la Visita
Se concreta la visita: Sí No
Si es NO, señalar el motivo por que no se concreta la visita:
Fecha Visita: Nombre y apellido de quien realiza la visita: Profesión: Indique otra profesión:
Nombre y apellido de quien realiza la visita: Profesión: Indique otra profesión:
¿Se confirma Situación de Riesgo Psicosocial? Sí No
Se detecta riesgo en las siguientes Áreas:
 Condiciones de habitabilidad
 Condiciones de salubridad e higiene
 Condiciones de salud mental del entorno familiar
 Condiciones del cuidado del niño/a (niña/a siempre bajo cuidado de algún adulto)
 Condiciones de seguridad del entorno donde desarrolla el niño/a
 Violencia intrafamiliar
 Maltrato infantil
 Abuso de sustancias nocivas (drogas, alcohol, etc.)
 Otro:
Observaciones:

Esta prestación es parte de las garantías del sistema de protección CHCC, y es uno de los indicadores de mayor ponderación en convenio asociado. De no ser efectiva la VDI, igualmente se digita especificando el motivo por el cual no pudo hacerse efectiva dicha prestación.

FORMULARIO TÉRMINO DE PROCESO:

- > Aplicado **sólo en caso de perder el beneficio CHCC**, asociado a las siguientes causales: cambio de previsión, traslado al extranjero, fallecimiento.
- > Será completado e ingresado a la plataforma por quien dirija las reuniones de equipo de cabecera de CHCC, en los centros de salud.

FORMULARIO TÉRMINO DE PROCESO NIÑO

Logo: **crece contigo** | **Formulario de término de proceso niño/a** | **CHILE**

1. Identificación del niño o niña
Nombre: [apellidos/paterno] [apellidos/materno] [nombres]
R.U.N.: [] Fecha de nacimiento: [día] [mes] [año]

2. Datos del término de proceso
Categorías de término de proceso de seguimiento de la gestación:
 Cambio de previsión de salud
 Traslado al extranjero
 Fallecimiento

1. Identificación del niño o niña
Nombre: [apellidos/paterno] [apellidos/materno] [nombres]
R.U.N.: [] Fecha de nacimiento: [día] [mes] [año]

2. Datos del término de proceso
Categorías de término de proceso de seguimiento de la gestación:
 Cambio de previsión de salud
 Traslado al extranjero
 Fallecimiento

1. Identificación del niño o niña
Nombre: [apellidos/paterno] [apellidos/materno] [nombres]
R.U.N.: [] Fecha de nacimiento: [día] [mes] [año]

2. Datos del término de proceso
Categorías de término de proceso de seguimiento de la gestación:
 Cambio de previsión de salud
 Traslado al extranjero
 Fallecimiento

Original Inactivo

PANTALLA SRDM: TÉRMINO DE PROCESO

Logo: **crece contigo** | **Módulo de Digitación ChCC** | Encabezado | Chile

Fecha Actual: 27/09/2011 | Término de Proceso Seguimiento Niño/a

Módulo Niño/a

- 1. 1er. Control
- 2. Contactos
- 3. Taller Educativo Grupal
- 4. Visita Domiciliar Integral
- 5. Término de Proceso

1.- Identificación del Niño o Niña
R.U.N.: [] Nombre: [] Fecha Nacimiento: [] Edad: []
Identificación Niño o Niña [Limpiar]

2.- Datos del Término de Proceso
Fecha Término Proceso: []

CATEGORÍA DE TÉRMINO DE PROCESO DE SEGUIMIENTO DEL NIÑO/A:
 Cambio de previsión de salud
 Traslado al extranjero
 Fallecimiento

Datos Término Proceso

Se accede presionando "Término de Proceso"

Botón: **Guardar Término** | Fin de página

FORMULARIO TALLER GRUPAL NADIE ES PERFECTO (NEP)

> Ficha de **registro de sesiones**, que incluye N° de sesión, temática y asistencia asociada a la ejecución de taller.

> Es completado por el profesional capacitado para la ejecución de este taller durante la misma sesión, e ingresado con posterioridad a la plataforma, en donde cada facilitador cuenta con una clave personalizada para este fin.

FORMULARIO REGISTRO SESIONES NEP

chile crece contigo
Promoción Infantil y Adolescentes

Registro de Sesiones del Taller Grupal Nadie es Perfecto

1. Establecimiento de Salud
 Nombre del Establecimiento de Salud: Comuna:
 Nombre del facilitador(s) del taller:

2. Identificación de la sesión
 Fecha de realización de la sesión: día mes año
 Hora de inicio del taller: N° de sesión:

Temas más utilizados en la sesión:

- Comportamiento infantil
- Seguridad y prevención
- Autocuidado de padres/madres/cuidadores
- Desarrollo mental
- Desarrollo físico

3. Datos de los niños y niñas asistentes al Taller

N°	Nombre del niño o niña	RUN	RUN asistente	Parentesco	RUN acompañante	Parentesco	Materia entregado	Recibí conforme	VDI o EP (*)
1.	apellidos paterno nombre			M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
2.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
3.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
4.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
5.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
6.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
7.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
8.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
9.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
10.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
11.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
12.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	
13.				M P A D		M P A D	A B C D E	<input type="checkbox"/>	

M. madre P. padre A. abuelo(a) O. otro(a) (*) solo llenar en primer contacto del usuario con el taller

www.crecontigo.cl

PANTALLA INICIO SRDM (INGRESO CON PERFIL DE FACILITADOR NEP)

http://pedi.crecontigo.cl/index.php Sistema de Monitoreo y Seguimiento

Estimados Usuarios:
 La plataforma ha sido modificada en el módulo de digitación. Ahora podrán utilizar los formularios nuevos que desde los Servicios de Salud les han enviado.
 Atentamente,
 Equipo Nacional CHCC

Usuario:
 Contraseña:
 Accionar

Crear

Como Mesa de Ayuda: soporte@seccion02.minsal.cl

Avanzado 41, Santiago, Chile Teléfono (56-2) 675 1493
 © Todos los derechos reservados Ministerio de Desarrollo Social - División Tecnología de la Información

Ministerio de Desarrollo Social
 Gobierno de Chile

ANEXO 2: ESTADO INDICADORES POR CENTRO DE SALUD

➤ Estado Indicador Precarias Condiciones de Habitabilidad

Centro de Salud	N° Gestantes	% GESTANTES
Nueva Aurora	115	12%
Consultorio Cienfuegos	53	6%
Centro de Salud Familiar Miraflores	126	14%
Centro de Salud Familiar Gómez Carreño	66	7%
Centro de Salud Familiar Marco Maldonado	63	7%
Consultorio Lusitania	39	4%
Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza	117	13%
Consultorio Brígida Zavala	86	9%
Consultorio Las Torres	91	10%
Centro de Salud Familiar Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan	136	15%
Consultorio Santa Julia	41	4%
TOTALES	933	100%

Fuente: SRDM (2013).

➤ Estado Indicador Educación Incompleta y No Estudia

Centro de Salud	N° Gestantes	% GESTANTES
Nueva Aurora	28	12%
Consultorio Cienfuegos	6	3%
Centro de Salud Familiar Miraflores	25	11%
Centro de Salud Familiar Gómez Carreño	20	9%
Centro de Salud Familiar Marco Maldonado	14	6%
Consultorio Lusitania	10	4%
Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza	30	13%
Consultorio Brígida Zavala	34	15%
Consultorio Las Torres	19	8%
Centro de Salud Familiar Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan	35	15%
Consultorio Santa Julia	12	5%
TOTALES	233	100%

Fuente: SRDM (2013).

- Estado Indicador Pertenece al 40% más vulnerable, y no es parte de Chile Solidario

Centro de Salud	N° Gestantes	%GESTANTES
Nueva Aurora	73	12%
Consultorio Cienfuegos	32	5%
Centro de Salud Familiar Miraflores	77	13%
Centro de Salud Familiar Gómez Carreño	45	7%
Centro de Salud Familiar Marco Maldonado	36	6%
Consultorio Lusitania	30	5%
Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza	85	14%
Consultorio Brígida Zavala	50	8%
Consultorio Las Torres	57	9%
Centro de Salud Familiar Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan	99	16%
Consultorio Santa Julia	24	4%
TOTALES	608	100%

Fuente: SRDM (2013).

- Estado Indicador Estudia o Trabaja, y pertenece al 60% más vulnerable

Fuente: SRDM (2013).

Centro de Salud	N° Gestantes	%GESTANTES
Nueva Aurora	241	14%
Consultorio Cienfuegos	124	7%
Centro de Salud Familiar Miraflores	471	26%
Centro de Salud Familiar Gómez Carreño	1%	1%
Centro de Salud Familiar Marco Maldonado	10%	10%
Consultorio Lusitania	10%	10%
Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza	6%	6%
Consultorio Brígida Zavala	4%	4%
Consultorio Las Torres	11%	11%
Centro de Salud Familiar Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan	6%	6%
Consultorio Santa Julia	3%	3%
TOTALES	100%	100%

ANEXO 3: TRÍPTICO INFORMATIVO MODALIDADES DE REINSERCIÓN ESCOLAR PARA USUARIAS CHILE CRECE CONTIGO

Modalidad de Educación para Adultos

Es una modalidad de estudio dirigida a personas jóvenes y adultas que, por distintas razones (trabajo, salud, cuidados familiares u otros), no iniciaron o no completaron su proceso escolar y cuentan con poco tiempo para asistir a clases.

Consta de Educación Básica y Media que se realizan en un tiempo menor al establecido para la educación regular de niños y jóvenes.



UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL ESTUDIANTIL (USSE)

Gloria Torres
Coordinadora USSE

Lorena Calderón
Asistente Social USSE

Dirección: 11 Norte con 2 Oriente #946

Teléfono: (32) 2397757

Modalidades de Reinserción Escolar para usuarias de Chile CRECE contigo

Modalidad de Educación para Adultos:

En esta modalidad de estudio se encuentran los Centros de Educación Integral para Adultos (CEIA) y los Establecimientos educacionales con régimen Vespertino:

CEIA Limonares: Av. Central S/N Limonares. Fono: 2393583.

CEIA Los Castaños: Los Castaños 225. Fono: 2393580.

Liceo Guillermo Rivera: Montaña S/N Centro de Viña del Mar. Fono 2738889/ 2738887.

Liceo José Francisco Vergara: Indico S/N Gómez Carreño. Fono 2960712/ 2960713.



¿Cómo me inscribo?

Debes dirigirte al CEIA o Establecimiento Educacional que selecciones durante el periodo de octubre a diciembre con la siguiente documentación: Certificado de nacimiento, fotocopia Cédula de Identidad y Certificado de estudio del último año aprobado.

¿Cómo consigo mi Certificado de estudio?

Puedes obtenerlo a través de las Oficinas de Atención Ciudadana ayuda MINEDUC y en las oficinas de la Unidad de Servicio Social Estudiantil. O también en el portal de internet www.chileatiende.cl.

Servicios de Apoyo: Sala cuna y Jardín Infantil

Este servicio pretende inscribir en los jardines infantiles a párvulos de familias vulnerables. Además de prestar apoyo a las usuarias de Chile Crece Contigo, que cumplan con los requisitos y estén interesadas en postular a la modalidad de educación para adultos.

¿Cómo postular a Sala cuna y/o Jardín infantil?

Debes contactarte con el jardín infantil y/o sala cuna seleccionado para agendar una entrevista con el encargado(a) del proceso de postulación quien te guiará.

La Corporación Municipal de Viña del Mar cuenta con las siguientes instituciones:

Jardín Infantil Mi Dulce Villa (2498028)

Jardín Infantil y Sala Cuna Pequeño Mundo (3204342)

Jardín Infantil y Sala Cuna Semillitas de Esperanza (3204636)

Jardín y Sala Cuna Tía Cecilia (3270218).



ANEXO 4: EVALUACIÓN CHARLA INFORMATIVA MODALIDADES DE REINSERCIÓN ESCOLAR PARA USUARIAS CHILE CRECE CONTIGO

Nombre:

Edad:

Para la siguiente actividad le agradecemos que colabore con nosotros respondiendo a las preguntas de este formulario. Su ayuda es muy importante para nosotros.

- I. Marque con una "X" la respuesta que considere adecuada según su opinión en los siguientes aspectos de esta Charla Informativa:

CATEGORIAS	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	NO
Pude comprender los contenidos y conocimientos que se entregaron en la charla.				
Las preguntas efectuadas fueron respondidas por el relator(a).				
Los ejemplos me ayudaron a aprender.				
El material educativo entregado me permite resolver las dudas.				

- II. ¿Cómo evalúa la siguiente charla?

Muy Interesante	
Interesante	
Medianamente Interesante	
No fue de mi Interés	

- III. ¿A qué régimen de estudio le gustaría ingresar?

Centro de Educación Integrada para Adultos, régimen diurno.	
Centro de Educación Integrada para Adultos, régimen vespertino.	
Establecimiento Educativo, régimen vespertino.	

- IV. En caso de optar por régimen diurno. Le interesaría acceder a:

Sala Cuna	
Jardín Infantil	
Ninguno	

- V. En relación con su situación personal, no continuó con su proceso estudiantil por:
(Marque las alternativas que sean necesarias)

___ Por la relación que tenía con los profesores, asistentes y demás personal.

___ Me aburría.

- Por la relación con mis compañeros.
- Por mi rendimiento.
- Por el ambiente del Liceo (clima).
- El dinero del pasaje.
- Ser madre.
- Problemas familiares.
- Problemas de Salud.
- Falta de interés.
- Otro. Describa a continuación:

¡Gracias por su participación!