

Matr. 59772
Reg. 8983

M
H887e
2009
C.7



Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Ciencias sociales
Escuela de Trabajo social
Campus San Miguel Santiago



“Estudio de percepción de las beneficiarias del Programa Chile crece contigo del Centro de Salud Violeta Parra.”

Seminario de título para optar al Grado Académico de Licenciado en Servicio Social y al Título Profesional de Asistente Social.

Institución Patrocinante: Centro de Salud Familiar Violeta Parra Sandoval.

Profesor Guía: Señor Luis Lillo Bermúdez.

Estudiante Seminarista: Carmen Huenchumil Jerez.

Santiago 2009.





REF.: Informa calificación Seminario de Título
Alumna que se indica.

SANTIAGO, 24 de noviembre de 2009.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía cumplo con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título "ESTUDIO DE PERCEPCION DE LAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO", realizado por la alumna de esta Escuela Srta. Carmen Huenchumil Jerez.

El presente seminario de título se enmarca en el requerimiento del Centro de Salud Violeta Parra de realizar una investigación científica, que entregue la retroalimentación evaluativa necesaria para avanzar en los procesos de mejoramiento en la implementación del Programa Chile Crece Contigo.

En este contexto, el presente trabajo de seminario de título, aporta una importante y valiosa información, a través de la elaboración de un diagnóstico de las características que presenta la implementación del modelo, constituyendo una valiosa innovación; especialmente, importante por su realización en una organización del sector estatal; y por conformar una base sólida de sustentación a los procesos de mejoramiento que se generen, para efectos de una mayor efectividad, en el marco de una optimización en el uso de los recursos.

La investigación científica realizada, de esta manera, constituye una valiosa innovación incorporada en la institución patrocinante; conformando una importante base de información científica sobre la calidad del programa que perciben las beneficiarias de éste.

El presente seminario de título presenta un muy buen manejo conceptual. La temática fue abordada a cabalidad, en forma consistente, manifestando idoneidad en la selección y uso de bibliografía. El trabajo, además, expresa muy buen nivel de calidad, tanto en el vocabulario técnico utilizado, como en su capacidad de elaboración y redacción; observándose, además, un buen uso del régimen formal de citas. Las técnicas seleccionadas, demuestran un alto grado de idoneidad y consistencia en su manejo, por parte del equipo seminarista. Especialmente, considerando, las características específicas de la realidad institucional abordada.



Cabe destacar que el presente trabajo, constituye, además, una importante innovación para Trabajo Social como profesión, al abrir una nueva puerta en la evaluación de las características que asumen los programas en la implementación de políticas sociales.

En base a los elementos consignados, se evalúa el trabajo con nota siete (7,0)

LLB

Luis Lillo Bermúdez
Profesor Guía

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
PRESENTE
LLB/cvm.



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
CAMPUS SANTIAGO



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE
TÍTULO ALUMNA QUE INDICA.

SANTIAGO, 19 de Noviembre de 2009.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Informante, cumpla con comunicar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: "ESTUDIO DE PERCEPCIÓN DE LAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO DEL CENTRO DE SALUD VIOLETA PARRA", cursado durante el año académico 2009 por la alumna de la Escuela Srta. CARMEN HUENCHUMIL JEREZ, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

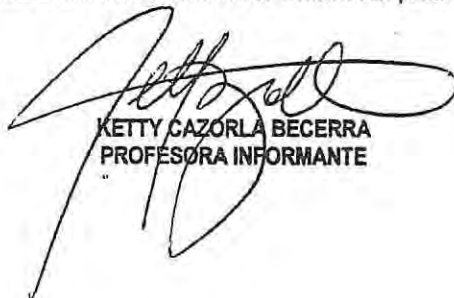
El Seminario de Título comienza por contextualizar muy bien al lector, ya que caracteriza las particularidades del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Violeta Parra Sandoval, institución patrocinante del proceso realizado por la estudiante, especialmente en lo que respecta al Programa denominado "Chile Crece Contigo."

El objetivo de la investigación es conocer las características demográficas, económicas y socioculturales de las beneficiarias del programa Chile Crece Contigo, además de conocer la percepción y los factores asociados a ello, que las embarazadas pertenecientes al programa destacan. Estos objetivos planteados se evidencian como cumplidos, ya que en el acápite de Análisis de Resultados es posible dar cuenta de las características buscadas y las percepciones de las entrevistadas. Sin embargo, este resultado pudiera haber alcanzado un mayor y mejor uso del marco teórico del Informe, lo que conlleva a una resta de la capacidad de análisis de la información.

El capítulo de análisis mencionado hace un excelente uso de diagramas o gráficos, pero pudo haber mejorado en la conformación de categorías de análisis propias de un nivel profesional.

Cabe destacar que la autora tras algunas conclusiones, propone un Plan de Acción en base a lo observado en su proceso de Seminario de Título, lo que se convierte en un importante aporte para la institución patrocinante. Esta propuesta se concentra principalmente en los ámbitos de comunicación e información, excluyendo el elemento de gestión, que parece evidenciado como relevante en varios de los párrafos enunciados por la autora en capítulos anteriores. En aquellos aspectos formales, solo falta que algunos diagramas presenten un título y su fuente de elaboración, por ejemplo en el informe de la institución; pero en general se presenta una correcta presentación del Informe y sistema de citas bibliográficas.

Por lo expresado, se evalúa el presente Seminario de Título con calificación seis punto cero. (6.0)



KETTY CAZORLA BECERRA
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTIN R.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

Cc/Dirección Escuela de Trabajo Social

Agradecimientos

Llegar a esta instancia no fue fácil. Obstáculos y dificultades me hicieron creer que este trabajo no sería terminado, pero gracias al apoyo y compañía de muchas personas que participaron en este proceso puedo decir con orgullo que lo he logrado.

Primero quiero agradecer a mi profesor guía, señor Luis Lillo por la dedicación y trabajo hacia el seminario de título, por los conocimientos entregados, el apoyo y comprensión en cada momento de trabajo. Por resolver dudas y consultas, entregar correcciones a tiempo, enseñar disciplina y dar el espacio para discutir sobre la profesión. Por preocuparse de cada detalle, incentivando en todo momento a avanzar y no retroceder.

A Paola Acuña Céspedes, supervisora institucional y asistente social del Centro de Salud Violeta Parra Sandoval, por el apoyo incondicional en todos los momentos del seminario, por sus invaluable conocimientos de la realidad social que la rodea, por el empuje y por sobre todo su vocación y compromiso con la profesión.

A docentes de la escuela de Trabajo social que dejaron grandes enseñanzas, conocimientos y aprendizajes durante mi paso por la Universidad, de la cual me siento orgullosa de pertenecer, profesoras María Antonieta Urquieta, Sara Salum, Ketty Cazorla. Profesores Mauricio Ureta, Leonardo Onetto.

A Carmen Jerez Santibañez, mi madre, por todos sus esfuerzos y sacrificios, por entregarme amor desde el día en que nací e inculcarme la importancia de luchar en la vida. A Sergio Huenchumil, mi padre, por amarme y ser incondicional. A mis hermanas queridas Andrea, Camila, Paula y Javiera por ayudarme y apoyarme con la tarea de ser madre y estudiante, por todas nuestras vivencias, momentos y experiencias, los amo familia.

A mi marido, Matías Torres, por ser mi compañero, mi hombro, mi gran amor. Por acompañarme en cada momento, en lo fácil y en lo adverso, por darme palabras de aliento y abrazarme cada vez que lo necesité. Por creer en mí como profesional y ser el primero en apoyarme a terminar mi carrera. Esta forma de parte de nuestro proyecto de vida, el futuro nos espera.

A la luz de mis ojos, Tomás, mi pequeño hijo. Por enseñarme lo hermoso de la vida, por su amor puro e incondicional, por sus besos, abrazos y sonrisas que me dieron ánimo cada vez que decaía. Por existir...esto es para los tres.

A mis amigos que me entregaron su amor y cariño, lealtad y compañía, Pamela Núñez, Sebastián Sepúlveda, Félix Villar.

Y a todas las mujeres embarazadas que participaron del estudio, confiando la seriedad de este, a los y las profesionales de la institución que aportaron durante los procesos de recolección y orden de datos.

Todos y cada uno de ustedes aportó con su energía, ánimo y amor. Terminar la universidad siendo madre no fue una tarea fácil, pero tampoco imposible. Ustedes me lo demostraron, y pude lograrlo.

¡Gracias!

Carmen Huenchumil Jerez.

Índice

Capítulo I Contexto institucional.....	14
1.1 <i>Antecedentes Generales</i>	15
1.1.1 Identificación de la institución.....	15
1.1.2 Tipo de institución.....	16
1.1.3 Cobertura	17
1.1.4 Radio de acción	17
1.1.5 Estructura organizacional	17
1.1.6 Antecedentes históricos.....	18
1.1.7 Política de la institución	20
1.1.8 Objetivos de la institución	21
1.1.9 Funciones de la institución	22
1.1.10 Programas de la institución	23
1.1.11 Recursos de la institución.....	26
1.2 <i>Trabajo social en la Institución</i>	27
1.2.1 Objetivos	27
1.2.2 Roles.....	28
1.2.3 Funciones.....	29
Capítulo II Formulación del problema.....	30
2.1 <i>Formulación del problema</i>	31
2.1.1 Fundamentación.....	31
2.1.2 Formulación del problema objeto de estudio	32
2.1.3 Pregunta significativa	32
2.1.4 Objetivos de investigación	32
2.1.5 Operacionalización de Variables.....	34
2.1.6 Cronograma	42
Capítulo III Marco de referencia	43
3.1 <i>Política de Protección a la Infancia</i>	44
3.2 <i>Principios rectores y orientadores</i>	48

3.3 Sistema de protección a la Infancia	51
3.3.1 Programa Chile crece contigo.	51
3.3.2 Características de las prestaciones y beneficios del Programa:.....	54
3.3.3 Prestaciones universales para mujeres embarazadas	55
3.3.4 Prestaciones diferenciadas para mujeres embarazadas:	58
3.5 Teoría del apego.....	63
Capítulo IV Diseño Metodológico	64
4.1 Diseño metodológico.....	65
4.1.1 Tipo de investigación.....	65
4.1.2 Población y muestra	65
4.1.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	66
4.1.4 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	67
Capítulo V Análisis e Interpretación de Datos.....	68
5.1 Análisis datos demográficos.....	69
5.1.1 Unidad vecinal	69
5.1.2 Edad de las mujeres embarazadas	71
5.1.3 Estado civil y relación de pareja.....	73
5.1.4 Nivel educacional	75
5.1.5 Ingreso familiar mensual.....	77
5.2 Análisis instrumento aplicado.....	79
5.2.1 Semanas de gestación.....	79
5.2.2 Grado de conocimiento del Programa Chile crece contigo	81
5.2.3 Cómo las usuarias saben de la existencia del Programa.....	83
5.3 Prestaciones recibidas y evaluación.....	85
5.3.1 Agenda de Salud de la Mujer	85
5.3.2 Guía de la Gestación y el Nacimiento	86
5.3.3 Consejería VIH pre y post el examen.....	87
5.3.4 Consejería sobre cuidado del embarazo, alimentación y entorno saludable.....	89
5.3.5 Entrega de leche.....	90

5.4 Atenciones profesionales y evaluación.....	92
5.4.1 Control matrona.....	92
5.4.2 Control dental.....	95
5.4.3 Control asistente social.....	96
5.4.4 Control nutricionista.....	97
5.4.5 Atención otro profesional.....	98
5.5 Tiempo de atención profesional y evaluación.....	100
5.5.1 Tiempo de atención matrona.....	100
5.5.2 Tiempo de atención asistente social.....	102
5.5.3 Tiempo de atención dental.....	104
5.5.4 Tiempo de atención nutricionista.....	106
5.5.5 Tiempo de atención otro profesional.....	107
5.6 Participación en talleres y actividades del Programa.....	108
5.6.1 Taller de preparación al parto y crianza.....	108
5.6.2 Taller de promoción activa de padres y familias.....	111
5.6.3 Visita domiciliaria integral.....	113
5.7 Otros beneficios y prestaciones que asegura el Programa.....	114
5.7.1 Información sobre atención personalizada en el parto.....	114
5.7.2 Información sobre alternativas de anestesia durante el parto y parto preparto.....	116
5.7.3 Información sobre reforzamiento del control de salud del niño/niña.....	117
5.7.4 Información sobre salas cunas y jardines infantiles gratuitos.....	118
5.7.5 Ayudas técnicas en caso de que el niño/niña nazca con discapacidad.....	120
5.7.6 Subsidio único familiar.....	121
5.7.7 ¿Qué le parece que existan estos beneficios para proteger la maternidad?.....	123
5.8 Infraestructura Centro de salud Familiar.....	124
5.8.1 Sala de espera.....	124
5.8.2 Box de atención.....	125
5.8.3 Baños públicos.....	126
5.8.4 Sala de taller maternidad.....	127

5.9 Recursos materiales.....	128
5.9.1 Información visual y/o folletos	128
5.9.2 Implementación del box de atención.	130
5.10 Ficha de protección social.....	132
5.10.1 Subsidio familiar	135
5.10.2 Chile solidario	137
5.10.2 Chile solidario	137
5.10.3 Programa Puente	138
5.10.4 Subsidio de vivienda.....	139
5.10.5 Prevención y atención por violencia intrafamiliar.	140
5.10.6 Ayuda técnica a un discapacitado.	141
5.10.7 Otros beneficios.....	142
5.11 Factores de riesgo en el embarazo.	144
5.11.1 Ingreso tardío (después de las 20 semanas de gestación).....	145
5.11.2 Riesgo de escolaridad menor o igual a sexto año básico.	146
5.11.3 Embarazo adolescente	147
5.11.4 Conflicto con la maternidad o rechazo al embarazo.....	148
5.11.5 Insuficiente apoyo familiar	149
5.11.6 Síntomas depresivos.....	150
5.11.7 Uso o abuso de sustancias.	151
5.11.8 Violencia de género.	153
5.11.9 Otros factores de riesgo.....	154
Síntesis.....	156
Capítulo VI Conclusiones y reflexiones	159
Capítulo VII Propuesta de Trabajo.....	163
7.1 Fundamentación.....	164
7.2 Datos Generales del Proyecto	165
7.3 Antecedentes de la Institución	165
7.4 Experiencia Anterior en las Áreas de Trabajo	166

7.5 Dimensión Técnica.....	167
7.5.1 Diagnóstico	167
7.6 Planteamiento del Problema y Justificación del Proyecto	168
7.6.1 Planteamiento del Problema	168
7.6.2 Justificación del Proyecto	168
7.7 Sujeto de Atención	169
7.7.1 Identificación del Sujeto de Atención	169
7.7.2 Caracterización del Sujeto de Atención.....	169
7.8 Objetivos del Proyecto	170
7.8.1 Objetivo General.....	170
7.8.2 Objetivo Específicos.....	170
7.9 Matriz Lógica 1.....	171
7.10 Cronograma 1	174
7.11 Matriz Lógica 2	175
7.12 Cronograma 2.....	179
7.13 Matriz Lógica 3	180
7.14 Matriz Lógica 3	184
7.15 Estrategias o Iniciativas Referidas al Enfoque de Género	185
7.16 Estrategias Referidas al Enfoque de Género	185
7.17 Diseño para la Evaluación.....	186
7.18 Coordinaciones en el Territorio y Otros Aportes del Proyecto	187
7.19 Recursos Humanos y Materiales.....	188
7.19.1 Personal	188
7.19.2 Características del Equipo Técnico Profesional.....	189
7.20 Descripción de la Infraestructura con que cuenta el Proyecto, para ejecutar la Intervención.....	190
7.21 Conclusiones	190
Bibliografía General.....	191
8.1 Fuentes Primarias	191
8.2 Fuentes Bibliográficas.....	191

8.3 Digitales.....	193
Anexos.....	194

Índice Gráficos

Gráfico N°1 Unidad Vecinal	69
Gráfico N°2 Edad de Mujeres Embarazadas	71
Gráfico N°3 Estado Civil.....	73
Gráfico N°4 Vinculo con la Pareja.....	73
Gráfico N°5 Nivel Educativo	75
Gráfico N°6 Ingreso Familiar Mensual.....	77
Gráfico N°7 Semanas de Gestación	79
Gráfico N°8 Semanas de Gestación por Unidad Vecinal.....	79
Gráfico N°9 Grado de Conocimiento	81
Gráfico N°10 Existencia del Programa	83
Gráfico N°11 Existencia del Programa por Unidad.....	83
Gráfico N°12 Agenda Salud Mujer	85
Gráfico N°13 Guía de Gestación.....	86
Gráfico N°14 Consejería VIH.....	87
Gráfico N°15 Consejería Embarazo.....	89
Gráfico N°16 Entrega de Leche	90
Gráfico N°17 Control Matrona	92
Gráfico N°18 Evaluación Matrona.....	92
Gráfico N°19 Control y Evaluación Dental.....	95
Gráfico N°20 Control y Evaluación Asistente Social	96
Gráfico N°21 Control y Evaluación Nutricionistas.....	97
Gráfico N°22 Atención Otro Profesional	98
Gráfico N°23 Otros Profesionales	98
Gráfico N°24 Tiempo y Evaluación Matrona	100
Gráfico N°25 Tiempo y Evaluación Asistente Social.....	102
Gráfico N°26 Tiempo y Evaluación Dentista	104
Gráfico N°27 Tiempo y Evaluación Nutricionista	106
Gráfico N°28 Tiempo y Evaluación Otro Profesional.....	107

Gráfico N°29 Taller Preparación Parto	108
Gráfico N°30 No Participación en Talleres.....	109
Gráfico N°31 Taller Padres y Familias.....	111
Gráfico N°32 Visita Domiciliaria Integral.....	113
Gráfico N°33 Información Atención Personalizada del Parto	114
Gráfico N°34 Alternativas de Anestesia.....	116
Gráfico N°35 Reforzamiento Control de Salud	117
Gráfico N°36 Sala Cuna y Jardín Infantil.....	118
Gráfico N°37 Técnicas Nacimiento con Discapacidad	120
Gráfico N°38 Subsidio Único Familiar.....	121
Gráfico N°39 Percepción de Beneficios.....	123
Gráfico N°40 Calificación Sala de Espera	124
Gráfico N°41 Calificación Box de Atención	125
Gráfico N°42 Calificación Baños Públicos.....	126
Gráfico N°43 Calificación Taller de Maternidad	127
Gráfico N°44 Calificación Información Visual y/o Folletos	128
Gráfico N°45 Calificación Box de Atención	130
Gráfico N°46 Calificación Utensilios Profesionales	131
Gráfico N°47 Ficha de Protección Social	132
Gráfico N°48 Ficha de Protección Social v/s Unid. Vecinal.....	133
Gráfico N°49 Ficha de Protección Social v/s Ingreso Familiar	133
Gráfico N°50 Ficha de Protección Social v/s Estado Civil	134
Gráfico N°51 Subsidio Familiar	135
Gráfico N°52 Subsidio Maternal.....	135
Gráfico N°53 Chile Solidario	137
Gráfico N°54 Programa Puente.....	138
Gráfico N°55 Subsidio Vivienda	139
Gráfico N°56 Violencia Intrafamiliar	140
Gráfico N°57 Discapacidad.....	141

Gráfico N°58 Otros Beneficios.....	142
Gráfico N°59 Tipos de Beneficios	142
Gráfico N°60 Ingreso Tardío a Control	145
Gráfico N°61 Escolaridad Menor o Igual a Sexto año Básico	146
Gráfico N°62 Embarazo Adolescente	147
Gráfico N°63 Rechazo de Embarazo.....	148
Gráfico N°64 Insuficiente Apoyo Familiar.....	149
Gráfico N°65 Síntoma Depresivo	150
Gráfico N°66 Abuso de Sustancias.....	151
Gráfico N°67 Violencia de Género	153
Gráfico N°68 Otros Factores de Riesgo	154
Gráfico N°69 Clasificación Otros Factores de Riesgo.....	154
Gráfico N°70 Factor Riesgo Unid Vecinal y Entorno Inadecuado.....	155

Índice de Anexos

ANEXO N°1: Instrumento de Recolección de Datos	195
ANEXO N°2 Visor SPSS	200
ANEXO N°3: Pauta Epsa	201

Introducción

El presente seminario de título fue realizado por la estudiante seminarista Carmen Huenchumil Jerez, bajo el patrocinio del Centro de salud familiar Violeta Parra Sandova. Este documento es resultado del trabajo realizado durante el periodo comprendido entre los meses de abril a octubre del presente año en el cual se lleva a cabo un estudio de percepción que tienen las usuarias sobre el Programa Chile crece contigo; sistema que se creó para proteger la Primera Infancia teniendo donde debe acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: "a cada quien según sus necesidades". Se trabajó directamente con mujeres embarazadas entre 9 a 36 semanas de gestación, ubicadas, demográficamente, en las unidades vecinales 29, 30, 31,32 y 50 de la comuna de Pudahuel, sector sur. La investigación intenta recabar la percepción de las usuarias en cuanto a los beneficios y prestaciones que entrega el programa en relación a información y calidad, además de evaluar la calidad de infraestructura y recursos materiales que permiten su desarrollo.

El seminario de título está constituido por los siguientes capítulos:

- Capítulo I Marco institucional, presenta las características más relevantes de la institución donde se llevó a cabo el seminario, conjuntamente con explicar el rol del trabajo social en el centro de salud.
- Capítulo II Formulación del problema, en que se fundamenta y explica la importancia de realizar este estudio, además de precisar los objetivos generales y específicos.
- Capítulo III Marco de referencia, constituye el marco teórico de la investigación donde se entregan los lineamientos conceptuales más relevantes que explican el problema de investigación.
- Capítulo IV Metodología de la investigación, detalla la población y universo estudiado, además de las técnicas y procesos de recolección de datos.
- Capítulo V Análisis e interpretación de resultados, contiene los resultados obtenidos por el instrumento aplicado en el estudio además de la síntesis final de éste.
- Capítulo VI Conclusiones y reflexiones, contiene las conclusiones de la investigación en relación al rol y función del trabajo social dentro del programa, sus principales características y proyecciones.
- Capítulo VII Propuesta de Trabajo diseñada en base a los resultados obtenidos para contribuir al mejoramiento de la implementación del programa.



Capítulo I Contexto institucional

1.1 Antecedentes Generales

La implementación de la reforma de salud en nuestro país se ha desarrollado paulatinamente en los últimos seis años, con el inicio de la ley de autoridad sanitaria y gestión de redes, las garantías explícitas de salud y la implementación del nuevo modelo de atención basándose en la atención primaria de salud. Para ello el Ministerio de salud del Gobierno de Chile planteó para el año 2010 cumplir con cuatro objetivos sanitarios¹:

- Mejorar y mantener los logros sanitarios.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Disminuir las desigualdades en salud.
- Proveer servicios acordes con las necesidades y expectativas de la población.

Con el compromiso de ser un Chile más saludable, con un sistema de salud que sea capaz de anticiparse a los problemas sanitarios a través de políticas y estrategias de promoción y prevención que garantice a las personas el acceso a una atención integral, acogedora y oportuna. La misión de la reforma es mejorar el nivel de salud de la población a través de un sistema centrado en las personas, que controle los factores que afectan la salud y reforzar las redes asistenciales con el fin de resolver oportunamente las necesidades de salud de la población.

En este marco son creados los centros de salud familiar (CESFAM) que permiten acercar la atención a la población beneficiaria aumentando las actividades de promoción y prevención, favoreciendo la participación de la comunidad para que esta asuma un rol activo como propio agente de cambio de su estado de salud.

1.1.1 Identificación de la institución

El centro de salud familiar (CESFAM) "Violeta Parra Sandoval" tiene sus dependencias en Avenida Travesía 4774, comuna de Pudahuel, ciudad de Santiago. Teléfono: 7490363.

La dirección está a cargo del doctor Señor Heriberto Llanos y el horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes de 08:00 a 16:00 horas. En mayo del año 2008 se habilitó el SAPU (servicio de atención primaria de urgencia) que funciona desde las 17:00 horas de lunes a domingo.

¹ Ministerio de salud, gobierno de Chile. "Disminuir brechas de inequidad en salud, un desafío para la salud pública". Doctora Lidia Morales subsecretaria de salud, 14 de Marzo 2007.

1.1.2 Tipo de institución

Un CESFAM es el establecimiento de nivel primario de atención que incorpora en su modelo de atención los conocimientos y técnicas de la salud familiar. Dentro del CESFAM se realizan una serie de acciones que se reconocen necesarias para resolver problemas de salud familiar.

Los elementos del enfoque familiar son los siguientes:²

- La familia como unidad epidemiológica.
- Relación usuario - equipo de salud (personalizada y humana).
- Atención integral, oportuna, continua, resolutive y orientada a resultados.
- Énfasis en satisfacción de usuario.
- Promoción y prevención son primordiales.
- Controlar costos de operación (costo – efectividad).

Para el cumplimiento de estas actividades y tareas se desarrolla el Plan de salud familiar que es el conjunto de prestaciones que se entregan teniendo presente el enfoque familiar, podemos destacar:

- Consejerías: familiares, de educación sexual, de control de regulación de fecundidad, de pareja, de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- Control: prenatal, puerperio, salud del niño, salud preventiva adulto y adulto mayor, gineco-obstétrico, salud bucal, de recién nacido, adolescente, salud mental, tuberculosis, crónico, vacunación.
- Visita domiciliaria integral, educación grupal, consulta social, intervención psicosocial, actividades del PNAC (programa nacional de alimentación complementaria), talleres de auto cuidado, talleres de autoestima, grupos de autoayuda.

El equipo de salud familiar corresponde al conjunto de personas y profesionales, que están capacitados para satisfacer las necesidades de salud de una comuna determinada, en forma coordinada y con un sentido integral, aunando conocimientos, voluntades y poder que permitan asumir funciones y responsabilidades para cumplir los objetivos propuestos.

Este equipo debe ser responsable del cuidado de la salud de las familias que se han inscrito en el sector, disponer de médicos especialistas en salud familiar y de un grupo de profesionales y técnicos capacitados (transdisciplinario), y orientar a la comunidad a que asuma el cuidado de su propia salud.

² Ministerio de salud, gobierno de Chile. "Disminuir brechas de inequidad en salud, un desafío para la salud pública". Doctora Lidia Morales subsecretaria de salud, 14 de Marzo 2007.

1.1.3 Cobertura

La cobertura del centro de salud es alrededor de 42.000 habitantes teniendo recursos para atender a 30.000 habitantes de la comuna de Pudahuel, y se traduce en las unidades vecinales: 29, 30, 31, 32,50.

Según reglamentos del Ministerio de salud³ los centros de salud familiar deben atender a:

- Toda la población que lo necesite.
- Mujeres embarazadas y niñas(os) hasta 6 años de edad, aunque no tengan previsión.
- Personas sin recursos o indigentes clasificados en el grupo A.
- Personas que reciben pensión asistencial de ancianidad y sus cargas familiares.
- Personas que reciben pensión de invalidez.
- Menores de 15 años por los que se cobre subsidio familiar.
- Afiliados a FONASA y sus cargas familiares.
- Trabajadores pasivos (jubilados, pensionados o montepiados).
- Personas que reciben subsidio de cesantía o por incapacidad laboral.

1.1.4 Radio de acción

Los sujetos de intervención de CESFAM son niños, niñas y adolescentes, mujeres y hombres adultos y adultos mayores, grupos (dirigentes, entidades) y la comunidad (organizaciones).

Los profesionales están preparados para enfrentar diversas problemáticas, ya que resuelven con el equipo multidisciplinario distintas situaciones, coordinando actividades y propuestas con las redes sociales existentes en la comuna.

1.1.5 Estructura organizacional

Para que el centro de salud lleve a cabo sus labores debe contar con una gestión técnica administrativa y está constituido por:

- Dirección.
- Coordinador equipo de salud.
- Encargado de programa.
- Encargado de un comité técnico.
- Integrante del consejo técnico.

³ Ministerio de salud, gobierno de Chile. "Disminuir brechas de inequidad en salud, un desafío para la salud pública". Doctora Lidia Morales subsecretaria de salud, 14 de Marzo 2007.

El director administra los recursos humanos, financieros y materiales del centro de salud apoyado en su labor en la subdirección, a cargo de la enfermera coordinadora, quien se preocupa de administrar el área de tomas de muestras, procedimientos y curaciones, el vacunatorio, la esterilización y farmacia. El otro funcionario que apoya esta labor es el jefe de SOME (servicio de orientación médico y estadístico) quien tiene a cargo la atención al cliente, la gestión de GES (garantías explícitas de salud) y no GES.

La dirección además administra los equipos interdisciplinarios de salud de cada sector, y el personal como secretaria de dirección, auxiliares de aseo y la mayordomía (movilización, vigilancia y estafetas).

Por último la atención a los beneficiarios se lleva a cabo por seis programas de salud: programa de la mujer, del adulto mayor, infantil, odontológico, de enfermedades respiratorias y promoción y participación social; cada uno cuenta con un coordinador.

1.1.6 Antecedentes históricos

La comuna de Pudahuel⁴ se localiza en el sector poniente de la ciudad de Santiago, a lo largo del eje de la ruta 68, con una superficie de 197,5 kilómetros cuadrados, es una de las comunas más extensas de la provincia de Santiago, de los cuales, solo 13 kilómetros cuadrados corresponden a zona urbana. Las principales vías de acceso a la comuna son la ruta 68, Américo Vespucio y avenida San Pablo.

La comuna fue creada el 25 de Febrero de 1897 como comuna de Las Barrancas a solicitud de los vecinos dedicados principalmente a la agricultura, a partir de algunas subdelegaciones pertenecientes a las entonces comunas de Maipú y Renca. Mediante decreto 1208 del 13 de Octubre de 1975, se crea la actual comuna de Pudahuel. Finalmente el 17 de Marzo de 1981 el territorio comunal sufre su última modificación ya que a partir de éste, se crean las comunas de Cerro Navia y Lo Prado.

Pudahuel se divide en tres grandes áreas: Pudahuel norte que abarca desde la ruta 68, Teniente cruz, J.J Pérez y Américo Vespucio, corresponde al Pudahuel tradicional y comprende todo el casco antiguo de la comuna. Pudahuel "rural" que corresponde al 90% de la superficie comunal, el cual comprende todo el territorio al poniente de Américo Vespucio, donde se ubican localidades tradicionales como "el noviciado", "peralito campo alegre", de vocación agropecuaria coexistiendo con proyectos urbanos. Y Pudahuel sur localizado al sur de la ruta 68 hasta avenida los mares, entre avenida Américo Vespucio y avenida las torres, de reciente creación en los últimos 10 años, producto de políticas de "planificación urbana" del nivel central, donde resalta la construcción de viviendas sociales a gran escala sin adecuada dotación de servicios y equipamientos⁵.

⁴ Vocablo del idioma mapudungun, que significa "lugar donde se juntan las aguas" o "lugar de charcos".

⁵ Breve reseña histórica de Pudahuel. Programa Cultural, Ilustre Municipalidad de Pudahuel, 2005.

Pudahuel tiene una población de 195.653 habitantes. La población comunal ha experimentado un importante crecimiento, en los últimos 50 años, ya que en 1952 sólo registró 9.328 habitantes. Este crecimiento se ha visto acentuado en los últimos 10 años ya que su población aumentó en 57.713 personas, pasando de 137.940 personas en 1992 a las actuales 195.653 en el año 2002, crecimiento que representa un aumento del 42% de población, cifra superior a la tasa de crecimiento de la región en igual período.⁶

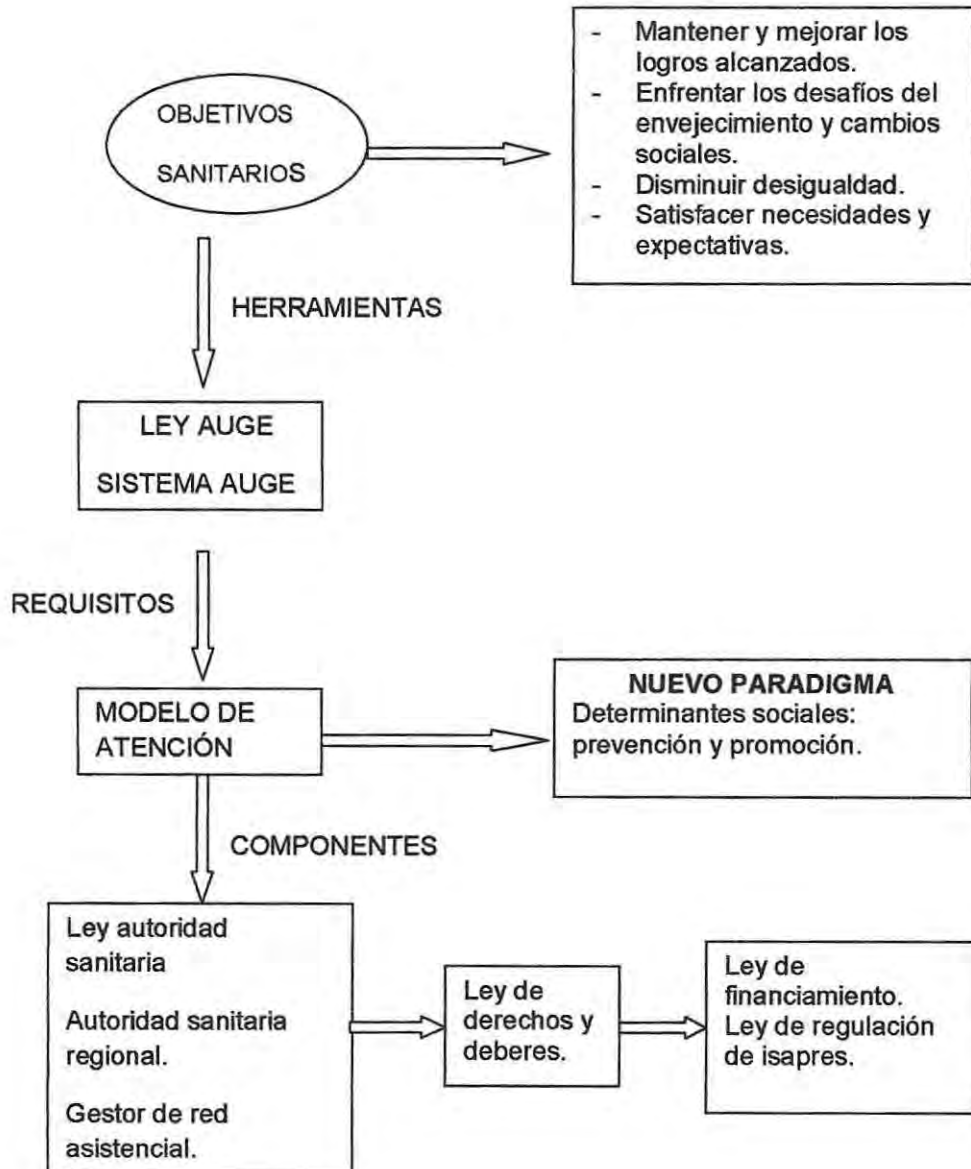
Este explosivo crecimiento se debe fundamentalmente a la construcción de nuevas viviendas en Pudahuel sur, para población de sectores medios y bajos, lo que implicó ser receptor de una gran cantidad de población de otras comunas de Santiago. Por esta razón el municipio opta por dividir el centro de salud "Gustavo Molina Guzmán", debido a esta sobre demanda de la población y con el objetivo de mejorar la atención a todos los beneficiarios se construyó el centro de salud familiar "Violeta Parra Sandoval" inaugurándose el 7 de Mayo del año 2007.

Ambos centros dependen de la Corporación de salud municipal de Pudahuel, el CESFAM "Violeta Parra Sandoval" a partir de Enero del año 2008 recibirá su propio financiamiento.

⁶ Departamento catastro, Ilustre municipalidad de Pudahuel. Base de datos Censo 2002.

1.1.7 Política de la institución

La reforma de salud implementada en nuestro país se aplica a todos los centros de salud familiar, postas, hospitales y servicios de urgencia.



1.1.8 Objetivos de la institución

Objetivo general⁷ :

- Proporcionar a los individuos, familias y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de una manera integral, continua, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, a través de los centros de salud familiar que contando con equipos de salud capacitados, ejecutan actividades con enfoque familiar.

Objetivos específicos:

- Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades de la población, usuaria del centro, con una adecuada relación oferta – demanda.
- Proporcionar una atención integral, continua y de calidad para lograr la satisfacción de los usuarios.
- Otorgar a la población beneficiaria una atención oportuna y eficiente.
- Asegurar a la población beneficiaria el derecho a recibir y demandar el conjunto de prestaciones.
- Maximizar la resolución ambulatoria de las necesidades de salud en los ámbitos de fomento, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la población beneficiaria del centro de salud.
- Incrementar la capacidad resolutoria ambulatoria de patologías más complejas, mediante la compra de servicios a proveedores públicos y privados, y la optimización del sistema de referencia.

Estos objetivos se plantean de acuerdo al contexto en el cual se desarrolla el modelo de salud familiar, por esto los centros de salud junto a los municipios evaluaron en que lugares estos centros serían de mayor utilidad; planteando objetivos conforme a una:

- Perspectiva sanitaria: se refiere a la vulnerabilidad social, aspectos epidemiológicos, insuficiencia de infraestructura frente a la población.
- Perspectiva comunitaria: son las expectativas y compromisos comunitarios.

Teniendo en cuenta cumplir con los siguientes puntos:

- Demográfico: disminuir la tasa de natalidad, disminuir la tasa de mortalidad, disminuir los efectos del envejecimiento de la población.
- Epidemiológico: disminuir las enfermedades infecciosas transmisibles, disminución de los riesgos por problema materno – infantil, disminuir el aumento de muertes

⁷ Ministerio de salud. gobierno de Chile. "Disminuir brechas de inequidad en salud, un desafío para la salud pública". Doctora Lidia Morales subsecretaria de salud, 14 de Marzo 2007.

cardiovasculares, por tumores malignos y por los problemas emergentes: salud mental, salud laboral, entre otras.

- Socio – cultural: mayor acceso a la educación y la cultura, mayor acceso a las comunicaciones, el ingreso de la mujer al mundo laboral.
- Político: mayor justicia social, equidad, eficiencia y participación social, solidaridad y respeto por la dignidad de las personas.

1.1.9 Funciones de la institución

El CESFAM sobre la base de los objetivos planteados, debe cumplir las siguientes funciones, que están bajo la responsabilidad del equipo de salud:

- Construir con la comunidad una relación de tipo colaborativo, en que no sólo se garantice la participación, sino una inserción permanente de los ciudadanos en el funcionamiento del centro.
- Promover el compromiso y voluntad de las organizaciones sociales del sector.
- Coordinar las redes sociales del sector.
- Promover el trabajo voluntario, la capacitación y la educación sobre temas de salud.

1.1.10 Programas de la institución

El CESFAM debe implementar los programas diseñados por el Ministerio de Salud y están dirigidos a⁸:

- Programa de la Mujer: contribuye al desarrollo físico, mental y social, en todas las etapas de ciclo vital, considerando los diferentes aspectos de la salud de la mujer. Utiliza el enfoque de riesgo, que integra la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado de la salud de la mujer.

Sus beneficios son:

- Consultas por morbilidad: por demanda espontánea.
 - Consejería sexual, reproductiva, control de la regulación de la fecundidad: actividad dirigida a las parejas desde la adolescencia. Su objetivo es apoyar la toma de decisiones en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.
 - Control prenatal: control de la mujer embarazada y su pareja, los que se realizan en forma mensual con un enfoque integral. Idealmente se debe iniciar el control maternal en forma precoz (antes de las 12 semanas de gestación). El número de controles mínimo es de siete, sin embargo está sujeto al momento en que la embarazada inicia su control.
 - Control de puerperio: control que se realiza la madre que recién ha dado luz y su pareja, hasta los 42 días después del parto.
 - Control ginecológico preventivo: se realiza a la mujer desde su adolescencia hasta los 64 años de edad, con el fin de prevenir y/o detectar problemas ginecológicos. (cáncer cervico uterino, cáncer de mamas, entre otros).
 - Control de climaterio: control que se realiza la mujer en el periodo de 45 a 64 años con el objetivo de detectar patologías más frecuentes en esta etapa.
 - Consulta de morbilidad obstétrica: atención destinada al diagnóstico y tratamiento de la morbilidad de la mujer embarazada.
-
- Programa infantil: consiste en una serie de actividades de fomento, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación del daño, realizados en forma periódica que permiten el desarrollo integral, armónico y una mejor calidad de vida del niño o niña, acceden a éste todos los menores de 10 años de edad:

⁸ Ministerio de salud. gobierno de Chile. Programas de salud, 2009.

- Control de salud: realizado a los menores de 6 años en forma programada, sistemática y periódica, con el fin de prevenir enfermedades y supervisar el normal crecimiento y desarrollo del/ la menor. Incluye: un examen físico, control peso- altura, control del desarrollo psicomotor a los 4, 18 meses y 4 años de edad, evaluación del estado nutritivo, indicaciones alimentarias, vacunas según corresponda, educación a la madre.
 - Control del déficit del desarrollo psicomotor: actividad orientada a los niños y niñas que presenten algún trastorno en el desarrollo psicomotor.
 - Vacunación: busca prevenir enfermedades específicas en los niños y niñas, desde la etapa de recién nacido/a hasta los 8 años.
 - Programa de alimentación complementaria: sistema de entrega gratuita de alimentos para la población infantil, embarazadas y nodrizas, independiente de la previsión que tengan.
 - Control de mal nutrición infantil: dirigido a los menores de 10 años cuyo estado nutricional se encuentre alterado por desnutrición, riesgo de desnutrición, sobre peso u obesidad.
-
- Programa Odontológico: está orientado a la prevención y promoción de la salud bucal de la comunidad, con actividades recuperativas en grupos beneficiarios priorizados: menores de 20 años, embarazadas.
 - Programa de enfermedades respiratorias: este programa fue creado con el fin de contener la demanda por enfermedades respiratorias que se produce en cada temporada invernal. Esta campaña sanitaria ha permitido disminuir la mortalidad por neumonía en niños menores de 1 año y la tercera edad. Cuenta con dos salas especializadas: sala ERA y sala IRA.
 - Programa Adulto Mayor: consiste en mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, debido a las enfermedades crónicas o secuelas invalidantes, evitar las muertes por causas evitables, contribuyendo con ello a prolongar la vida. Acceden a éste todas las personas de 65 y más años que se encuentran inscritas en el centro, la atención es gratuita para todos los beneficiarios del sistema público de salud.

Sus beneficios son:

- Programa de alimentación del adulto mayor: el suplemento alimenticio (Crema puré "años dorados") tiene como objetivo satisfacer las necesidades nutricionales de los y las adultos (as) mayores con el objeto de mejorar su calidad de vida, pueden optar a él los mayores de 70 años.
- Controles de salud del adulto mayor: el objetivo es realizar evaluaciones periódicas para mantener y/o mejorar la autonomía. Se evalúa además, la funcionalidad e identificación

de los factores de riesgo que puedan llevar a la discapacidad y la elaboración de un plan de acción para resolver los problemas detectados.

- Vacuna anti – influenza: vacunación gratuita para los adultos mayores de 65 años, durante los meses de Marzo y Abril, para impedir que contraigan la influenza y sus graves consecuencias.

- Programa de Promoción y Participación Social: este programa tiene como objetivo fomentar la participación ciudadana con el fin de lograr estilos de vida y ambiente más saludables, y que la comunidad adquiera un compromiso en el mejoramiento y mantenimiento de su salud.

Además de incorporar a la OIRS (oficina de informaciones, reclamos y sugerencias), como un espacio que permite a los ciudadanos estar en contacto con los diversos servicios, realizar trámites, entre otros.

- Programa de Alimentación Complementaria: este programa se basa en entregar de manera gratuita leche en polvo a todas las mujeres embarazadas inscritas en el centro de salud, niños menores de seis años, y adultos mayores (a la tercera edad se le entrega además sopa en polvo). Esta iniciativa busca proteger la salud de la madre durante el período de gestación y lactancia (promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño). Disminuir la proporción de recién nacidos con bajo peso, prevenir y corregir el déficit nutricional; detectando, previniendo y controlando los aumentos de peso excesivo en la población. Además busca contribuir en disminuir las carencias nutricionales del adulto mayor, para mantener su salud física y psíquica.

Cada programa está a cargo de un profesional y su equipo de trabajo.

1.1.11 Recursos de la institución

El sistema de financiamiento para la Atención Primaria de Salud, se denomina "Per cápita", por esto hace necesaria la inscripción de la población en los consultorios de la comuna, para asegurar la atención gratuita a todos los beneficiarios del sistema público de salud.

El Ministerio paga a las municipalidades por cada persona inscrita en los consultorios. Para realizar la inscripción, el beneficiario debe acercarse a su centro de salud más cercano con su cédula de identidad y el de todos los integrantes de su familia, en el caso de los niños que no tienen cédula de identidad, cualquier otro documento donde aparezca el rol único nacional del menor, certificado de nacimiento, libreta de matrimonio, entre otros. Además deberá acreditar su previsión con algún documento, carnet de fonasa, subsidio familiar, pensión, entre otras. Por cada persona inscrita el Estado aporta los recursos económicos para su atención.

La institución recibe sus recursos desde la Corporación municipal de Desarrollo social de Pudahuel, a pesar de contar con 42.000 habitantes los recursos con los cuales cuenta son solo para 30.000 habitantes, ya que la asignación es realizada y evaluada una vez al año, debido a que el centro de salud se inauguró el 7 de Mayo del año 2007 no pudo ser evaluado para la asignación anual. Por este motivo recibe la mitad de los recursos del centro de salud "Gustavo Molina".

1.2 Trabajo social en la Institución

1.2.1 Objetivos

Objetivo general

- Enfocar las acciones hacia un cuidado integral de la salud de las personas, otorgando una atención multidisciplinaria que aborde las condicionantes de la salud, los factores que inciden en ésta, fortaleciendo la participación de las familias, grupos y comunidad del sector.

Objetivos específicos

- Contribuir con el resto del equipo de salud al mejoramiento de los daños causados por una problemática o enfermedad en la persona o familia.
- Acompañar y orientar a las familias para que sean promotores de la recuperación de su propia salud, derivando a las diversas redes sociales existentes en la comuna.
- Elaborar, ejecutar y evaluar programas y actividades sobre los múltiples factores que inciden sobre la salud, con el fin de fomentar hábitos saludables.

1.2.2 Roles

- Implementador de políticas sociales: el trabajador social sabe y conoce que hay temas de gran interés en la comunidad, y a los cuales las personas le darán mayor importancia, lo que se traducirá en mayor participación de parte de los beneficiarios. Por eso el profesional realiza un diagnóstico preliminar, para abordar las problemáticas contingentes de la población, donde demuestra su capacidad en la formulación de planes, proyectos o actividades o implementar los que ya existen a escala nacional o local, dirigidos a solucionar una carencia o necesidad, o simplemente reforzar los factores protectores del caso, grupo o comunidad.
- Educador social informal: el profesional hace tomar conciencia a los beneficiarios de los reales problemas que le afectan, pero de forma no directiva, es decir otorga información, ayuda y orientación, entrega una posible solución en el plan de intervención, pero respeta la autodeterminación del cliente.
- Mediador: el profesional debe actuar en muchas ocasiones bajo este rol debido a las complejas problemáticas que se le presentan (con casos, grupos y comunidades); frente a situaciones de conflicto el trabajador social debe intervenir con vehemencia, actitud y competencia, respetando la ética de la profesión como la de la institución, además de promover la mediación como la manera mas óptima de resolver conflictos, ya que fortalece el diálogo y la comunicación entre las personas.

1.2.3 Funciones

- Brindar atención profesional multidisciplinaria a las personas que concurren en forma regular al centro de salud.
- Efectuar la atención individual, familiar y grupal, para elaborar un diagnóstico integral, teniendo en cuenta los factores biopsicosociales que permitan planificar una intervención social.
- Realizar consejerías dentro y fuera del CESFAM, otorgando información, orientación y educación respecto a una problemática.
- Participar activamente en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Evaluar los factores de riesgo social, realizando las derivaciones que el usuario requiera.
- Integrar y coordinar la red de servicios sociales e instituciones de la zona.
- Otorgar información y educación de ciertas temáticas para incentivar comportamientos saludables en la población.
- Planificar actividades y proyectos de prevención y promoción de la salud, en forma conjunta con el equipo multidisciplinario.
- Orientar e informar a la población sobre el uso de los recursos institucionales y/o comunitarios que pueden contribuir a que los individuos mejoren su calidad de vida.

Capítulo II Formulación del problema

2.1 Formulación del problema

2.1.1 Fundamentación

El problema y su importancia

El programa Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: "a cada quien según sus necesidades". Su propósito es atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia, (desde la gestación hasta los 4 años), promoviendo las condiciones básicas necesarias, en el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno. (Consejo asesor para la Reforma de Infancia, 2006).

El Centro de salud familiar, Cefam Violeta Parra Sandoval desde el año 2008 comenzó a ejecutar el Programa Chile crece contigo, de manera gradual debido a la falta de recursos para implementarlo, es por ello que las matronas a cargo del Programa ingresan a las mujeres embarazadas al centro de salud en sus respectivas unidades vecinales de atención, realizando consejería individual que incluye asesoría sobre el examen de VIH sida, entrega de la Guía de la Gestación y Nacimiento, derivación a asistente social y la aplicación de la Pauta de Riesgo abreviada con el fin de medir y evaluar si existe riesgo o situación vulnerable para la mujer y el bebé en gestación. Además de realizar los talleres de "Preparación al parto", a cargo de una matrona una vez por semana.

A comienzos del año 2009 se integró al equipo de trabajo del programa una asistente social y una educadora de párvulos con el fin de entregar la intervención multidisciplinaria tanto para las madres embarazadas como a los niños nacidos dentro del programa.

En este contexto, nace la necesidad por parte del centro de salud familiar, de realizar una investigación que permita conocer la percepción que tienen las mujeres beneficiarias del programa, con el fin de obtener una base científica de información que permita introducir los ajustes o modificaciones a partir de ésta posibilitando, así una mayor calidad y efectividad en el uso de los recursos.

El presente estudio adquiere especial relevancia, debido a que se enmarca plenamente, dentro de los objetivos de la institución, de impulsar procesos que permitan el mejoramiento continuo en la calidad de sus servicios para así optimizar la respuesta a las necesidades de la salud de la población.

2.1.2 Formulación del problema objeto de estudio

La problemática central identificada es la carencia de información objetiva de la percepción que tienen las beneficiarias del programa y la evaluación que hacen de éste

2.1.3 Pregunta significativa

¿Cuáles son las características del programa "Chile crece contigo" y de sus factores asociados, en base a la percepción de las usuarias embarazadas?

2.1.4 Objetivos de investigación

Objetivo general 1

Conocer las características demográficas, económicas y socioculturales de las beneficiarias del programa Chile crece contigo.

Objetivos específicos:

2.1.4.1 Conocer las características demográficas de las beneficiarias del programa.

2.1.4.2.1 Conocer las características económicas de las beneficiarias del programa.

2.1.4.3 Conocer las características socioculturales de las beneficiarias del programa.

Objetivo general 2

Conocer la percepción de las beneficiarias embarazadas respecto al programa Chile crece contigo.

Objetivos específicos:

2.1.4.4 Conocer la percepción que tienen las beneficiarias del programa Chile crece contigo sobre la calidad de la información y actividades pre natales.

2.1.4.5 Conocer la percepción que tienen las beneficiarias del programa Chile crece contigo sobre la calidad de atención.

2.1.4.6 Conocer la percepción que tienen las beneficiarias del programa Chile crece contigo sobre la calidad de la infraestructura y recursos materiales.

Objetivo general 3:

Identificar los factores asociados a la percepción que tienen las beneficiarias del programa Chile crece contigo.

Objetivos específicos:

2.1.4.7 Establecer las relaciones existentes entre la percepción de las beneficiarias del programa y sus características demográficas, económicas y socioculturales.

2.1.5 Operacionalización de Variables

Operacionalización de variables (Percepción Usuarios)			
Variable	Dimensión	Indicador	Sub Indicador
Antecedentes personales y familiares de la beneficiaria	Demográficos	Edad	
		Rut	UV 29 UV 30 UV 31 UV 32 UV 50
		Unidad vecinal	
		Estado Civil	Soltera Casada Viuda Divorciada Separada
		Relación con la Pareja	Conviviente Separada de Hecho pololeo
	Económicos	Ingreso promedio familiar	0 - \$150.000 \$150.000 - \$300.000 \$300.000 - \$450.000 \$450.000 - \$600.000 \$600.000 - \$750.000 \$750.000 - más

Educativas	Nivel Educativo	Básica Incompleta Básica Completa Media Incompleta Media Completa Técnica Incompleta Técnica Completa Superior Incompleta Superior Completa
Antecedentes de Salud	Semanas de Gestación	9 a 12 Semanas 13 a 16 Semanas 17 a 20 Semanas 21 a 24 Semanas 25 a 28 Semanas 29 a 32 Semanas 33 a 36 Semanas
Información	Factores de Riesgo	Ninguno Síntomas Depresivos Consumo de Drogas Hijo con Daño Neurológico Tabaquismo Alcoholismo Adolescente
Prestaciones del Programa	Guía para la Gestación y el Crecimiento (Empezando a Crecer)	Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala

	Consejería VIH pre y post examen	Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala
	Consejería sobre cuidados en el embarazo (alimentación y entorno saludable)	Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala
	Agenda de salud de la mujer	Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala
Atención profesional	Tiempo en Sala de Espera	Expedito (Espera 5 minutos) Normal (Espera entre 5 a 15 minutos) Lento (Mas de 15 minutos)
	Control Ingreso Matrona	Muy Buena Buena Regular Mala



		Muy Mala
		Muy Buena
		Buena
		Regular
		Mala
		Muy Mala
		Muy Buena
		Buena
		Regular
		Mala
		Muy Mala
		Muy Buena
		Buena
		Regular
		Mala
		Muy Mala
		Muy Buena
		Buena
		Regular
		Mala
		Muy Mala
		Muy Buena
		Buena
		Regular
		Mala
		Muy Mala

Control Dental

Control Asistente Social

Control nutricionista

Entrega de leche

	<p>actividades</p>	<p>Taller Preparación Parto y Crianza</p> <p>Taller Promoción Activa del Padre y Familia</p> <p>Visita Domiciliaria del Personal de Salud</p> <p>Atención personalizada del parto</p> <p>Sala de espera</p>	<p>Muy Buena</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p> <p>Muy Mala</p> <p>Muy Buena</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p> <p>Muy Mala</p> <p>Muy Buena</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p> <p>Muy Mala</p> <p>Muy Buena</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p> <p>Muy Mala</p> <p>Muy Buena</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p> <p>Muy Mala</p> <p>Muy Buena</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p> <p>Muy Mala</p>
	<p>infraestructura</p>		

	<p>Box de atención</p> <p>Baños usuarios</p>	<p>Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala</p> <p>Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala</p>
<p>Calidad de recursos materiales</p>	<p>Información visual sobre el programa</p>	<p>Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala</p>
	<p>Utensilios profesionales</p> <p>Implementación de box</p>	<p>Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala</p> <p>Muy Buena Buena</p>

			Regular Mala Muy Mala
	Subsidio Unico Familiar		SI No
	Chile Solidario		SI No
	Programa Puente		SI No
	Nivelación de Estudios		SI No
	Apoyo a la Inserción Laboral	Ficha Protección Social	SI No
Redes Sociales Existentes	Mejoramiento de la Vivienda		SI No
	Atención de Salud Mental		SI No
	Asistencia Judicial		SI No

			SI No
		Prevencción y Atención (VIF y Maltrato Infantil)	
		Ayudas Técnicas para Niños Discapacitados	SI No

2.1.6 Cronograma

ACTIVIDADES PRINCIPALES	CRONOGRAMA										
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.		
Inserción Institucional	X	X	Y								
Revisión bibliografía y documentos	Y	Y	Z								
Definición objetivos proyecto de tesis	Z	Z									
Entrevista profesionales programa		X	X	X	Y						
Construcción del instrumento de evaluación			Y	Y	Z						
Aplicación piloto instrumento					X	X Y Z					
Análisis e interpretación de datos						X Y Z	X Y Z	X Y Z			
Creación propuesta de trabajo										X Z	
Elaboración documento final											
Entrega final de Seminario de título											

Simbología: X Tiempo Programado; Y Tiempo Holgura; Z Tiempo Real.

Capítulo III Marco de referencia

3.1 Política de Protección a la Infancia

La preocupación del Estado por la infancia y la adolescencia es de larga data en Chile. Se ha ido variando progresivamente, desde una visión preferentemente asistencial a una más promocional y de inversión social, que considera el desarrollo infantil como un componente fundamental y directamente asociado al desarrollo humano integral. Los programas, servicios y beneficios dirigidos a la infancia que se han llevado a cabo en nuestro país han respondido, en general, a atender los "problemas de la infancia" o a "los niños con problemas", lo que ha determinado que las instituciones y programas creados para implementar acciones a favor de la infancia y la adolescencia respondan a la lógica de ver al niño como objeto de atención y protección y no como sujeto de derechos. Se ha perdido de vista al niño, niña y adolescente como sujeto portador de múltiples necesidades pero también de capacidades y potencialidades, como un ser integral y como tal, capaz según su etapa de desarrollo, de participar y aportar en la solución de sus problemas.

En un estudio desarrollado por el Grupo de Trabajo Interministerial de Infancia y Adolescencia en 1999, en el marco del proceso de análisis de las políticas sociales dirigidas a grupos prioritarios, se constató la existencia de 93 programas, proyectos, servicios y/o beneficios dirigidos específicamente a los niños, niñas y adolescentes del país, implementados por la administración central del Estado. Desde el punto de vista de su cobertura, sólo un 5,4% de la oferta catastrada es de carácter universal (dirigida a todos los niños, niñas y adolescentes chilenos) y el 94,6% restante es de carácter selectivo, es decir, dirigida a grupos de niños, niñas y adolescentes que presentan problemas específicos. (Política a favor de la Infancia y adolescencia 2001 - 2010).

Los programas, proyectos, servicios y beneficios que se ofrecen y se llevan a cabo, responden a lógicas internas de cada sector más que a una mirada integrada de prioridades y énfasis; cada institución hace lo que cree será mejor para los niños y niñas en el sector que está ubicado, perdiéndose muchas veces la potencialidad de eficiencia y eficacia de los resultados que se alcanzan a través del fomento de la sinergia que implica la intersectorialidad de las acciones.

Por otra parte, se constata la existencia de una serie de programas que apuntan a resolver problemas semejantes, los cuales están débilmente coordinados. Asimismo, el tratamiento sectorial de los problemas y necesidades de este grupo prioritario, dificulta la posibilidad de enfrentar estas realidades de manera integral, lo que también atenta contra la eficacia de la política.

Se ha avanzado en la descentralización del diseño de las intervenciones, especialmente en salud y educación. Pero en el resto de los sectores, el diseño programático se sigue realizando principalmente en el nivel central, sin considerar las particularidades regionales, ni menos locales, lo que afecta la eficiencia al momento de la ejecución.

La CDN, Convención sobre los derechos del niño, ha implicado un cambio radical en la concepción de la infancia, transformando al niño y niña de objeto a sujeto de derechos y regulando, desde esta perspectiva, su situación jurídica y sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado. La CDN, tal como lo expresa su artículo 4, obliga en forma directa a los Estados partes a "adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole que sean necesarias para dar efectividad a los derechos en ella reconocidos". Se constituye así en un poderoso marco ético valórico ordenador, que promueve una nueva visión de las relaciones jurídico - sociales de la infancia, a la vez que es una fuente de inspiración para la transformación legal, política y cultural de la sociedad hacia una comunidad más democrática, integrada y desarrollada.

El desafío ético que esto plantea requiere de profundas transformaciones culturales, las cuales traspasan los marcos meramente discursivos, y se requiere que permeen a la sociedad, de tal manera que los principios y derechos enunciados formen parte de la vida cotidiana de toda nuestra comunidad nacional.

Es en este marco que el Gobierno de Chile ha considerado fundamental contar con una política especialmente dirigida a los niños, niñas y adolescentes (todos los chilenos y chilenas menores de 18 años de edad), entendiendo por niño a toda persona menor de 12 años y por adolescente aquel que se encuentra entre los 12 y los 18 años de edad. Una política que recoja y oriente la aplicación de los principios consagrados y los derechos reconocidos en la CDN.

La Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia, pone énfasis en considerar a los niños, niñas y adolescentes según sus atributos y sus derechos frente al Estado, la familia y la sociedad, y no en sus carencias. Enfatiza que ser niño, niña o adolescente, no es ser "menos adulto", ya que la niñez y la adolescencia no son sólo etapas de preparación para la vida adulta, sino que tienen el mismo valor que cualquier otra etapa de desarrollo de la vida.

La Política pretende ser un marco orientador y ordenador de todas y cada una de las acciones que el gobierno realice a favor de la infancia y la adolescencia, de manera de reconocer las necesidades básicas de los niños como derechos y de establecer las responsabilidades que tiene la sociedad en su conjunto para que sean respetados. Así, esta Política cumplirá una función orientadora y articuladora del conjunto de acciones que los actores gubernamentales emprenden y emprenderán a favor de la infancia y la adolescencia. Tiene además un carácter estratégico pues por una parte, ofrece un marco de referencia que otorga sentido y coherencia a dichas acciones y, por otra, busca incidir en las acciones específicas que vayan teniendo lugar en los distintos sectores, instituciones y niveles de la administración del Estado.

Su operacionalización se produce a través de la implementación del Plan de Acción Integrado 2001 – 2010, el que considera en sus estrategias de acción todas las orientaciones y contenidos que establece la Política.

Se trata de una Política estructurada sobre la base de los derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia que, al mismo tiempo, reconoce las particularidades, necesidades de desarrollo y potencialidades de los niños, niñas y adolescentes en sus distintas etapas de desarrollo, y el contexto económico, social, cultural y geográfico donde ellos se desenvuelven y desarrollan.

La Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia reconoce como Derechos generales de todos los niños, niñas y adolescentes que vivan en Chile, los siguientes:

1. Derecho intrínseco a la vida.
2. Derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y a preservar su identidad.
3. Derecho del niño, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos, y a preservar las relaciones familiares de conformidad con la ley, sin injerencias ilícitas.
4. Derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
5. Derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social.
6. Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.
7. Derecho del niño a la educación.
8. Derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad.
9. Derecho a ser protegido contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
10. Derecho a ser protegido contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

11. Derecho a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

12. Derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

13. Derecho a la protección de la ley contra injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o a su reputación.

14. Derecho del niño a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

15. Derecho del niño a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

16. Derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística.

17. Derecho del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

18. Derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluidos el propio y de entrar en su propio país para los efectos de la reunión de la familia.

3.2 Principios rectores y orientadores

Inspirada en los preceptos y contenidos de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), instrumento jurídico vinculante para Chile, toda vez que obliga de forma directa a los Estados Partes a "adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole que sean necesarias para dar efectividad a los derechos en ella reconocidos" (artículo 4 de la CDN), la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia, reconoce un conjunto de principios éticos y valóricos rectores y orientadores del diseño, implementación y evaluación de todos y cada uno de los programas, servicios y beneficios que el Estado y, en particular el Gobierno, pone a disposición de todos los niños, niñas y adolescentes que vivan en Chile.

Cada uno de los principios que se han concordado, tendrá implicancias concretas para el conjunto de la Políticas Públicas, entendiendo que éstas son los pilares fundamentales de la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia. Dichas implicancias han sido recogidas e incorporadas al Plan de Acción Integrado 2001 – 2010.

Principios rectores generales

El niño sujeto de derecho especial

Una característica fundamental del enfoque de los derechos humanos aplicado a la infancia, es la de constituir una nueva concepción del niño y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado. La CDN hace un reconocimiento expreso del niño como sujeto de derecho, en oposición a la idea predominante de niño definido a partir de su incapacidad jurídica.

La CDN no define a los niños por sus necesidades o carencias, por lo que les falta para ser adultos o lo que impide su desarrollo. Por el contrario, al niño se lo considera y define según sus atributos y sus derechos ante el Estado, la familia y la sociedad. De esta manera, resulta indispensable que el Estado y la sociedad reconozcan en cada niño, niña y adolescente un conjunto universal de derechos y, por necesaria consecuencia, definan las obligaciones que de ellos derivan para la sociedad, la familia y el Estado.

El mayor aporte de la CDN en esta materia es que se construye un sujeto de derecho especialísimo, dotado de una supra protección o protección complementaria, pues se agregan nuevas garantías a las que corresponden a todas las personas. Además, esta protección especial tiene carácter nacional e internacional, ya que los Estados adquirieron compromisos ante la comunidad de y ante sus propios países al incorporarse la CDN como ley nacional.

Este principio considera que el niño, niña o adolescente, por encontrarse en un período de especial vulnerabilidad, en donde está en juego el desarrollo pleno de sus potencialidades, debe gozar de un sistema de protección especial e integral. En esta

perspectiva es fundamental asumir que dado el periodo por el que atraviesa el niño, niña o adolescente, cualquier injerencia indebida en su desarrollo afectará su vida actual, pero también marcará sus futuras posibilidades.

La consideración de este principio como rector resulta de particular importancia para avanzar en un nuevo tipo de relación social (niños-familia, niños-comunidad, niños sociedad, niños-Estado) y por lo tanto hacia una nueva cultura respecto de los niños, niñas y adolescentes.

El interés superior del niño

Según este principio, en todas las medidas concernientes a los niños, niñas y adolescentes, que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, deberá atenderse al interés superior del niño como una consideración primordial.

Esta disposición de la CDN es un reflejo del carácter integral de la doctrina de los derechos de los niños y, a su vez, de su estrecha relación con la doctrina de los derechos humanos en general. Como los niños son parte de la humanidad, y sus derechos no se ejercen separados o contrariamente al de las demás personas, este principio no está formulado en términos absolutos, sino que el interés superior del niño es considerado como una "consideración primordial"⁹.

El interés superior del niño es siempre la satisfacción de sus derechos y nunca se puede aducir un interés del niño superior a la vigencia efectiva de sus derechos. El reconocimiento de este principio como rector de la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia, tiene aplicaciones prácticas que deberán recogerse, prioritariamente en las reformas legislativas que deberán hacerse para adecuar nuestro marco jurídico normativo a los contenidos de la CDN y también en el diseño, implementación y evaluación de los programas, proyectos, servicios y beneficios dirigidos a los niños, niñas y adolescentes.

La supremacía del interés del niño, niña o adolescente por sobre cualquier otro interés legítimo concurrente, impacta directamente en el tipo, calidad y oportunidad de los servicios sociales puestos a disposición de la infancia y adolescencia, pero también en la prioridad que deben tener los recursos públicos

La CDN, a partir de la consideración del niño, niña y adolescente como sujeto de derechos, regula la relación jurídica del niño con su familia y el Estado. Parece relevante precisar que la concepción de familia a la que se refiere este principio es la definida por la Comisión Nacional de la Familia en 1994 cuando señala que "se entenderá por familia a todo

⁹ "Infancia, Derecho y Justicia; situación de los Derechos del Niño en América Latina y la reforma legislativa en la década de los noventa", Universidad de Chile – UNICEF, 1999.)

grupo social, unido por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables”, incluyendo así la variedad y diversidad de familias que están presentes en la sociedad chilena.

Los niños, niñas y adolescentes son titulares de derechos y corresponde a los padres, por sobre cualquier otra institución de la sociedad, la responsabilidad primordial en el respeto y protección de estos derechos. La familia asume, entonces, una serie de responsabilidades y deberes que son la contrapartida del derecho primordial de los niños a vivir en familia, pues éste es el medio más adecuado para su desarrollo integral.

3.3 Sistema de protección a la Infancia.

3.3.1 Programa Chile crece contigo.¹⁰

Apoyar a la población desde el inicio de sus vidas, es una tarea prioritaria para la disminución de las brechas de desigualdad que actualmente persisten en nuestro país. En este sentido, avanzar hacia la instalación de un sistema de protección integral a la primera infancia a nivel nacional, permite ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen al niño/a y su familia desde la gestación, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen al máximo sus potencialidades.

Para avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades, es imprescindible generar condiciones de desarrollo desde la primera infancia claves para sentar las bases del desarrollo posterior. La etapa del desarrollo que va desde la gestación hasta los 4 años es considerada desde la biología y ciencias cognitivas como el período más significativo en la formación del individuo. En esta etapa se estructuran bases fundamentales de las particularidades físicas, cognitivas y psicológicas que acompañarán al individuo por el resto de su vida, y que se consolidarán y perfeccionarán en sucesivas etapas del desarrollo.

Actualmente en nuestro país, el lugar en la estratificación socioeconómica que ocupa el hogar en que una persona nació, es uno de los mejores predictores del lugar en esta estratificación que la persona ocupará en la vida adulta. En la medida en que el acceso de los seres humanos a los recursos requeridos para un adecuado desarrollo desde etapas tempranas de vida está diferenciado por elementos socioeconómicos, la reproducción intergeneracional de la desigualdad de oportunidades se mantendrá. Muchos de los procesos formativos básicos de los seres humanos están fuertemente influidos por experiencias tempranas en la vida. Como se deja de manifiesto en el informe "El futuro de los niños es siempre hoy" las investigaciones acerca del impacto que generan las intervenciones de políticas públicas en distintos momentos de la vida, sobre las oportunidades de vida de las personas y el bienestar social, aportan evidencia concluyente: el impacto de los programas de apoyo a las competencias y capacidades de las personas dependen crucialmente de qué tan temprano se desarrollen. Parte importante del desarrollo económico y social de nuestro país depende de cómo se apoye a los niños y niñas en sus etapas tempranas.

Es por esto que se crea el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo, que tiene como misión acompañar a los niños, niñas y sus familias, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar, en el nivel de transición menor o pre kínder. Para ello proveerá a los niños y niñas acceso a los servicios y prestaciones de carácter universal que atiendan a sus necesidades y apoyen su desarrollo en cada etapa de su ciclo vital, durante la primera infancia. Adicionalmente, se contribuirá a generar condiciones

¹⁰ Programa Chile crece contigo, documento PDF 2007. Gobierno de Chile.

básicas en el entorno psico-emocional y físico en que se desenvuelven niños y niñas, de manera de favorecer su desarrollo armónico e integral, conforme a la evolución en su ciclo de vida. La implementación y puesta en marcha de este Sistema de Protección Integral requiere generar una red de servicios públicos y programas debidamente coordinados, especialmente en el nivel local, en función de los destinatarios finales de la intervención – los niños/as y sus familias – de manera de asegurarles un conjunto de prestaciones y servicios sociales básicos, en las dimensiones antes señaladas.

Es un sistema de carácter integral que se encuentra bajo la responsabilidad directa del Gobierno de Chile y en él participan varias instituciones del Estado: un comité de ministros compuestos por los Ministerios de Educación, Secretaría general de la Presidencia, Hacienda, Salud, Trabajo y previsión social, Justicia, Vivienda y urbanismo, Servicio Nacional de la Mujer, el cual es presidido por el Ministerio de Planificación. Este comité vela por el apropiados diseño, instalación y ejecución del sistema. Como instancia de apoyo a este comité se constituyó un comité técnico con representación de los equipos técnicos y jurídicos de los Ministerios y de sus servicios asociados. La secretaria técnica del comité de ministros, así como el comité técnico se encuentran bajo la responsabilidad del Ministerio de Planificación, que coordina y articula la implementación del Programa. En este nivel participan además otras instituciones que ejecutan las prestaciones:

- Ministerio de Salud: a través de su extensa red de salud pública es la puerta de entrada al sistema en el primer control de embarazo. Tiene la responsabilidad de apoyar el desarrollo biopsicosocial del niño o niña a través del reforzamiento del control prenatal, la promoción del parto humanizado y el reforzamiento del control sano.
- Ministerio de Educación: vela por la calidad de la educación en el sistema preescolar (salas cunas y jardines infantiles) y coordina las políticas educativas destinadas a la educación preescolar.
- Ministerio del Trabajo: impulsa el perfeccionamiento de las políticas que inciden en la protección laboral de la paternidad y maternidad a través de reformas legislativas.
- Servicio nacional de la Mujer: tiene a su vez un rol importante en la promoción de la protección de la maternidad y los derechos relacionados con éste.
- JUNJI y Fundación Integra: garantizarán el acceso a salas cunas y jardines infantiles de calidad a los niños y niñas pertenecientes a hogares del 40% de menores recursos o que presenten alguna vulnerabilidad.
- Fondo nacional de la Discapacidad: entrega ayudas técnicas para aquellos niños y niñas que presenten alguna discapacidad y pertenezcan a los hogares del 40% de menores recursos.

- Municipalidades: articulan la red local asegurando que el sistema se ejecute en su territorio.

El sistema implementa un fondo de intervenciones de apoyo al desarrollo infantil el que permite generar iniciativas locales destinadas a diagnosticar y tratar oportunamente rezagos en el desarrollo. Así mismo con el fin de apoyar la diversidad de necesidades del desarrollo infantil se creó un Fondo concursable de iniciativas para la Infancia y un Programa de Fortalecimiento municipal como un apoyo especial para la gestión en red.

El Programa ofrece apoyos diferenciados a todos los niños y niñas, desde la gestación hasta los 4 años de edad. Dichos apoyos están dirigidos tanto a los niños y niñas como a sus familias y al entorno en el que crecen y se desarrollan. Algunas medidas son de carácter universal, otras destinadas a los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud, y otras a aquellos niños y niñas que pertenecen a hogares del 40% de menores recursos del país, o que presentan alguna situación de vulnerabilidad especial. Para efectos de seguimiento del desarrollo de los niños y niñas que están insertos en el programa se ha generado un sistema de información en línea adscrito al sistema integrado de información social (SIIS) que permite registrar las características principales del desarrollo de cada niño y niña cubierto por el sistema además de los apoyos recibidos durante el proceso de gestación hasta los 4 años de edad.

3.3.2 Características de las prestaciones y beneficios del Programa:

- Para todos los niños y niñas:
 - Programa educativo masivo: a partir del año 2007 se ofrece un programa educativo a través de los medios de comunicación que considera dos líneas de acción:
 - a) Información y educación a los adultos, preferentemente a padres y madres, sobre buenas prácticas de cuidado y estimulación del desarrollo a los niños y niñas, y acerca de sus necesidades desarrollo en cada una de las etapas vital de la primera infancia.

En esta línea se consideró la creación de un sitio web que ofrece:

- Información en línea acerca de las necesidades de desarrollo de las etapas de los niños y niñas en su primera infancia.
 - Colaboración de especialistas en línea que atienden consultas sobre dudas en el desarrollo infantil y ofrecen recomendaciones de pautas de crianza.
 - Recomendaciones de material didáctico y propuestas de actividades que los niños puedan desarrollar en su vida diaria.
 - Ofrece bibliografía para profesionales y técnicos que trabajan en el área infancia, además de capacitaciones en línea y difusión del sistema.
- b) Adicionalmente el programa educativo incluye la presentación de cápsulas desarrolladas para radio y televisión que aportan información a la ciudadanía dando a conocer las principales características del sistema. Se complementa con el servicio de apoyo para padres y madres y comunidad en general vía plataforma telefónica denominado Fono Infancia (800200818 puesto a disposición por la Fundación Integra) que permite resolver situaciones específicas relativas al cuidado que se debe proporcionar a los niños y niñas.
 - c) Propuestas legislativas: para proteger la maternidad y paternidad además de favorecer el apego de los niños y niñas con su figuras significativas, se ha impulsado un serie de modificaciones legales y se destacan las siguientes:
 - En caso de los partos prematuros, la modificación de la norma vigente en orden a traspasar automáticamente al período post natal los días no utilizados.
 - Se suma al proyecto de ley la modificación en que se pueda otorgar el derecho a las mujeres a decidir a traspasar hasta las tres primeras semanas del descanso y subsidio prenatal al subsidio y descanso post natal cumpliendo con los requisitos de salud tanto la madre como el niño o niña, además requerirá la expresión de voluntad de la madre, un certificado médico y la visación de la Dirección del Trabajo.
 - También es necesario perfeccionar la legislación que protege a los hijos adoptivos: establecer un plazo no mayor de dos meses para que un niño o niña sea declarado

susceptible de adopción, asegurar el derecho a licencia y subsidio post natal a los padres para madres y padres adoptivos independiente de la edad del niño o niña adoptada, asegurar que el post natal sea un derecho desde el momento que efectivamente los padres se hacen cargo de la adopción y no desde cuando exista la sentencia definitiva.

- Se ha garantizado además el derecho a las madres de amamantar a su hijo independiente que no exista sala cuna, esto fue aprobado el 12 de febrero de 2007.
 - El programa extenderá el beneficio de derecho a subsidio y licencia por enfermedad grave de un hijo o hija menor de un año a padres y madres de niños con alguna discapacidad, que no siendo grave, altere su desarrollo.
 - Finalmente se realizó una extensión del Subsidio único familiar (SUF) este consiste en un ayuda económica mensual que el Estado entrega a las madres, padres o tutores que no cuentan con previsión social y que tienen a su cargo a causantes menores de hasta 18 años, discapacitados e inválidos de cualquier edad. Además tienen derecho a este beneficio las madres beneficiarias que cobran por sus hijos y las mujeres embarazadas a contar del quinto mes de gestación. El monto del subsidio mensual a contar del 1 de julio del presente año corresponde a \$ 6.500 por causante SUF y \$13.000 para discapacitados e inválidos de cualquier edad.
- Para todos los niños y niñas atendidos en el Sistema público de salud:

Considera prestaciones sociales para todos los niños y niñas que son atendidos en los centros de salud del Sistema Público de Salud, organizadas como prestaciones universales - que consisten en proporcionar atención especializada de salud, independiente de su condición o situación especial - y prestaciones diferenciadas que se proporcionar según sea la condición o situación especial en que se encuentren niños o niñas.

3.3.3 Prestaciones universales para mujeres embarazadas

- a) **"Guía de la Gestación y el Nacimiento"** se le entrega a la madre en el primer control de embarazo, incluye información sobre el proceso de embarazo y nacimiento, organizada por semanas de gestación. Se trata de información útil al proceso que las madres, padres y familias en general empiezan a experimentar con la llegada de un hijo o hija. La entrega de esta Guía pretende aportar herramientas de información y educación sobre los cambios biológicos y psicológicos que se producen en la madre, los cuidados de la gestación, las etapas de desarrollo del niño o niña, los derechos laborales de los padres, los cuidados de salud y nutrición, la importancia de la participación de la familia para favorecer un entorno afectivo adecuado para la gestación y nacimiento seguro.
- b) **Consejería sobre el cuidado en el embarazo** se lleva a cabo por la matrona y el (la) nutricionista (a). Es una educación sobre los cuidados físicos que debe tener la embarazada en cuanto a postura, ejercicios, conjunto a una alimentación saludable y

reforzar conductas anti tabaco- alcohol, ambientes libres de humo, entre otras acciones que permiten mantener y asegurar la estabilidad física tanto de la madre como del feto.

- c) **La agenda de Salud de la Mujer**, o Carnet maternal es el documento que recibe la mujer embarazada para registrar los controles de salud, entrega de leche o medicamentos, seguimiento prenatal, curvas de crecimiento y datos útiles para el período de gestación.
- d) **Consejería VIH:** es un servicio que permite entregar una orientación confidencial a los usuarios y usuarias que consultan por VIH/SIDA y ETS, para facilitar la toma de decisiones informada, con apoyo a los procesos emocionales que estas temáticas producen. Así mismo, la consejería es un espacio que permite facilitar la prevención (primaria, secundaria o terciaria) a través de un análisis de los riesgos y de las formas de prevención que mejor se adaptan a la situación de vida del consultante. Por último, la consejería se considera como un puente que vincula al consultante con la red de servicios y organizaciones disponibles de acuerdo a sus necesidades, a través de la derivación." (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2009). Además es una estrategia confidencial de apoyo a la toma de decisiones que está garantizada para los usuarios y usuarias del sistema de salud. De acuerdo a la Ley 19.779 y a diferentes normativas, entre la que destaca la Resolución 371, las personas tienen derecho a recibir consejería para informarse y evaluar la decisión y el mejor momento de practicarse el Test de ELISA para VIH (consejería pre test). Así mismo, tienen el derecho de recibir el resultado de su examen a través de un proceso de consejería (consejería post test). Más aún se debe tener especial cuidado en la prevención de la enfermedad en mujeres embarazadas debido a que si contraen el virus corren serios peligros el feto y la propia madre. Es por ello que la matrona a cargo debe realizar la consejería antes del examen, explicando dudas y consultas de la paciente donde expresa libremente su consentimiento y firma un documento para someterse al examen, una vez con el resultado la profesional debe realizar la consejería post examen donde debe educar sobre la prevención de la enfermedad.
- e) **Entrega de leche:** es parte del Programa nacional de alimentación complementaria (PNAC). Es un sistema de distribución gratuita de alimentos para la población infantil y para las embarazadas de nuestro país, independiente de su situación previsional de salud. Su objetivo tradicionalmente ha sido (1952-2002) el de mantener un óptimo estado nutricional de las embarazadas para asegurar un desarrollo fetal armónico, una lactancia materna exitosa, y un crecimiento y desarrollo normal del niño. Dados los cambios epidemiológicos en nuestro país se incorpora como nuevo objetivo el de contribuir a la reducción de la obesidad y de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) del adulto. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile).



- f) **Curso o talleres de preparación al parto y a la crianza, cuidados del niño niña dentro de las dependencias de cada centro de salud:** es una actividad educativa para un grupo no mayor a 10 mujeres y sus parejas o acompañantes, que tiene como finalidad, el apoyo cognitivo y emocional durante el embarazo, para aumentar la capacidad de auto cuidado y bienestar emocional, además de fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza durante el puerperio.
- g) **Participación activa de los padres tanto en los controles de salud como en el trabajo de parto y nacimiento** (ajustes horarios para consultas, espacios adecuados para el acompañamiento del padre u otro acompañante significativo durante el período de parto y nacimiento). Incluye medidas de acompañamiento de las madres por parte del mismo personal de salud, tanto en el centro de salud primaria como en la maternidad donde atienden su parto, de manera de favorecer la continuidad de la atención y del apoyo personalizado por parte de dicho personal. Favorecer el primer contacto físico piel a piel y afectivo entre la madre, padre e hijo/ hija, hasta 60 minutos después del parto, a menos que exista contraindicación médica. Todo procedimiento post alumbramiento, que no sea estrictamente necesario, debe ser diferido al menos 30 minutos para fomentar el reconocimiento mutuo entre el recién nacido(a) y su padre / madre y el establecimiento de interacciones vinculares sensibles que promuevan un apego seguro. Si la madre no está en condiciones de realizar contacto, lo puede realizar el padre del recién nacido(a).
- h) **Atención personalizada del parto:** las garantías explícitas de salud (GES) incorporaron a contar del año 2007 la atención personalizada del parto, lo que significa respetar los derechos de la madre y los recién nacidos/as durante el proceso de nacimiento, considerando que toda madre podrá ser acompañada en el trabajo de pre parto y parto/nacimiento por su pareja, familiar o persona afectivamente significativa, teniendo derecho a ser respetada en su intimidad, a ser informada del tratamiento que se le brinda, a adoptar la postura física que le sea más cómoda, y a expresarse libremente respecto a lo que se necesita (analgesia).
- i) **Reforzamiento control salud de niños y niñas:** como prestación adicional se suma el control de salud de los niños y niñas menores de tres años de edad, un material educativo para la familia que entregue información sobre los cuidados de salud necesarios para el desarrollo infantil. Este material será complementado por una guía del desarrollo de los niños y niñas organizada por etapa de su ciclo de vida, recomendaciones de apoyo al desarrollo psicomotor y afectivo, y un conjunto de pruebas mínimas a cumplir en cada etapa, que le permitan a las madres y padres a observar el desarrollo de sus hijos e hijas y anticiparse a posibles rezagos.

3.3.4 Prestaciones diferenciadas para mujeres embarazadas:

- a) **Visitas domiciliarias** (del personal de salud) para las mujeres embarazadas que presenten algún factor de riesgo biopsicosocial, y para los niños y niñas con rezago o en riesgo para su desarrollo. La visita domiciliaria para el desarrollo biopsicosocial de la infancia se define como: "Una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio, dirigida a familias desde la gestación hasta los seis años del niño o niña, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para favorecer el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria integral se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención" (Departamento de salud mental y Chile crece contigo).

La población objetivo de esta prestación son las familias en situación de vulnerabilidad y se comprenden dos formas de detección de riesgos:

1. Aquellas mujeres que presentan uno o más factores de riesgo considerados en la Evaluación Psicosocial abreviada (EPSA), pauta que ha sido aplicada al ingreso del control de la gestación. Este instrumento sirve para detectar e intervenir sobre los determinantes psicosociales de la salud reduciendo el impacto negativo de éstos durante la gestación y el desarrollo del niño o niña en los primeros años. Esta evaluación permite priorizar acciones selectivas en salud y activar prestaciones diferenciadas del sistema para la familia.

2. Detección activa por parte del equipo de salud de situaciones de riesgo o dificultades para el desarrollo del niño o niña en los controles de salud desde 0 a 6 años.

Las características de esta prestación son las siguientes:

- **Tiempo:** tiene una duración de 90 minutos, de los cuales se contemplan 60 minutos como mínimo en el hogar. En la planificación de la VDI (visita domiciliaria integral) se debe considerar el tiempo de traslado, el que deberá flexibilizarse en regiones rurales dada las longitudes del trayecto al hogar y los medios de transportes disponibles.
- **Momento:** debe ser realizada durante la gestación, en el postparto y durante el período de crianza hasta los 6 años.
- **Número de visitas, frecuencia y duración del proceso:** la cantidad de visitas y frecuencia por familia deberá ser determinada en última instancia por el equipo de

cabecera. Dependiendo del objetivo de la VD, variará el número de visitas que se deberán realizar, tópico que se tratará en la sección de criterios de programación.

- **Recurso:** considera como recurso a dos personas, un profesional de salud y un técnico paramédico. La VDI es una prestación selectiva de salud que debe estar estrechamente conectada con las otras atenciones universales de salud del centro, y esto se logra a través del sistema de registro y de la comunicación dentro del equipo, tanto en las reuniones del equipo de cabecera como en comunicaciones directas. Se recomienda que la atención de la familia, en el centro de salud sea realizada por los mismos profesionales, para poder fomentar la calidad de la relación entre el profesional y los adultos responsables del niño o niña. Así como también es recomendable que las personas que realizan la visita al domicilio sean siempre las mismas. Tiene un foco específico en el desarrollo integral del niño o niña y su ambiente relacional, es decir sus cuidadores adultos principales, y su contexto inmediato; el hogar y vecindario. Lo anterior, no implica descuidar la atención al resto de la familia. Esta intervención debe considerar la compatibilidad de este foco con otros motivos de visita domiciliaria familiar, como lo son las familias con paciente postrado, VD por motivos de salud mental, VD a adolescentes en riesgo, VD por IRA, entre otras. El Modelo de Salud Familiar en la atención primaria tiene un enfoque biopsicosocial, sistémico, de determinantes sociales, de equidad de género y pertinencia cultural; que es absolutamente compatible y necesario para el despliegue de las acciones del Chile Crece Contigo.
- **subsidio único familiar:** el sistema asegura el acceso directo a este beneficio a todas las embarazadas y los niños y niñas, desde su nacimiento y hasta los 18 años de edad, que pertenezcan al 40 % de las familias con menores recursos. Los criterios de elegibilidad para acceder a este beneficio son no contar con previsión social y carecer de recursos económicos.
- **sala cuna gratuita :** o modalidades equivalentes para todos los niños y niñas cuyos adultos responsables trabajan, estudian o buscan trabajo pertenecientes a los hogares del 40 % de menores recursos y para aquellos que no perteneciendo a este segmento socioeconómico que tengan necesidades especiales de atención o situaciones de vulnerabilidad especial. En el mismo período, el sistema garantizará cobertura de modalidades de jardín gratuito de jornada completa o extendida para niños y niñas cuyos padres trabajen, estudien o busquen algún trabajo. Así mismo garantizará la cobertura de jardines infantiles con jornada parcial para niños y niñas cuyas madres no trabajen fuera de hogar. Se garantizará además que la educación parvularia que reciban los niños y niñas sea de calidad acreditada. Para ello se dispondrá de un mecanismo de acreditación y certificación de la calidad de todas las modalidades de educación parvularia y en todos los niveles considerados, el cual además fiscalizará el cumplimiento de los estándares de calidad definidos para todos los prestadores, sean éstos públicos o privados.

- **Chile Solidario:** con el fin de apoyar las múltiples dimensiones que influyen en el desarrollo infantil, el sistema de protección considera otorgar acceso preferente a las familias a la oferta de servicios públicos que éstas requieran, de acuerdo a sus necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos e hijas, tales como: incorporación al sistema de protección social Chile solidario, nivelación de estudios, apoyo a la inserción laboral dependiente o independiente, mejoramiento de la vivienda y condiciones de habitabilidad, atención de salud mental, apoyo a la dinámica familiar, asistencia judicial, prevención y atención de violencia intrafamiliar, entre otras.
- **Ayudas técnicas tanto para los propios niños y niñas con necesidades especiales** (discapacidad): entrega de implementos que las familias y/o los centros de atención infantil requieran para adecuar los espacios cotidianos de los/as niños y niñas a sus necesidades de apoyo, FONADIS (fondo nacional de la discapacidad) ha implementado un programa especial para estos efectos.
- **Programa de apoyo al Recién nacido:** complementa el sistema apoyo educativos prácticos y técnicos para las familias, donde el parto de la madre haya sido atendido en un establecimiento perteneciente a la red asistencial de los servicios de salud del país donde se entrega un set denominado "Implementos básicos para el recién nacido(a) y material educativo" dividido en cuatro paquetes:
 - Paquete de Apego seguro: un aceite para masajes, una cartilla educativa sobre cuidados del bebé, un cojín para la lactancia, un portabebés tipo bandolera, guía de instrucciones y una cartilla para el fomento del apego seguro.
 - Paquete de cuidados del recién nacido(a): una toalla de baño, un jabón líquido, una tijera de uñas para bebé, un mudador portátil, una crema de coceduras, tres pañales de algodón, veinte pañales desechables.
 - Paquete de una cuna corral equipada: una cuna corral, un colchón, un cojín de apoyo, una frazada, un juego de sábanas, un plumón.
 - Paquete de vestuario del bebé: un bolso de transporte para artículos del bebé, dos piluchos, dos pantis, dos camisetas manga larga, dos enteros, dos pares de calcetines.

3.4 Protección de la etapa de gestación y maternidad:¹¹

Importancia de la familia en el desarrollo de los niños y niñas:

Entre las principales funciones que cumple la familia, se encuentra la "socialización", que es un proceso gradual de alta complejidad, en el que se integran múltiples y variados aprendizajes que desarrolla el niño o niña, desde el primer momento de la vida.

Entre los principales aprendizajes que adquirimos de nuestras familias están:

- Principios y valores fundamentales para enfrentar la vida.
- Pautas y modelos de comportamiento socialmente aceptables que nos permiten relacionarnos con otros.
- Noción de derechos.
- Sentido de responsabilidad individual y colectiva.
- Sentido de reciprocidad, es decir, saber que las relaciones humanas se construyen dando y recibiendo.
- Sentido de pertenencia.

No obstante lo anterior la cuestión más fundamental, especialmente en los primeros años de vida, es que en la familia - niños y niñas - adquieren el sentido de confianza básica que permite a todos los seres humanos, desenvolverse de manera segura en las diversas actividades que se emprenden o que se emprenderán en el futuro.

Es por ello que el programa en esta etapa fomenta y promueve que las mujeres embarazadas desde el primer control maternal comiencen a modificar ciertas conductas o bien potenciarlas, es decir la madre deben adquirir un compromiso no sólo con ella sino también con el bebé en gestación. Para establecer este vínculo tan particular, se requiere de un contacto intenso, permanente y de buena calidad entre la madre y su hijo o hija, a través de los cuidados físicos y afectivos que provee oportunamente la madre desde el primer momento de la de vida del niño o niña. La generación de este poderoso vínculo afectivo entre la madre y su hijo o hija, se ha denominado "apego", y tiene un momento crucial cuando, en el nacimiento, se produce el primer contacto físico entre el niño o niña y su madre.

El apego, es decir el vínculo cercano, cálido, seguro y permanente, permite a la madre identificar las necesidades de su hijo o hija y así proveer los cuidados físicos y emocionales requeridos para garantizar un buen nivel de bienestar. Se trata de brindar contacto físico, expresión de cariños y sentimientos positivos, alimentación, higiene y descanso, de manera oportuna y suficiente a cada niño o niña.

¹¹ Documento Chile crece contigo. PDF 2007. Gobierno de Chile

Si bien la figura materna es central para desarrollar un apego seguro, no es la única. En la familia otros integrantes de la familia, especialmente el padre, son figuras de apoyo que cumplen un rol fundamental en la vida de niños y niñas y que además proveen el apoyo y la ayuda indispensable que las madres requieren para dedicar atención a sus hijos/as, por el tiempo necesario en cantidad y calidad especialmente en los primeros años de vida. Toda la familia, no solo la madre, puede participar e involucrarse en el desarrollo de niños y niñas. Una familia puede estar constituida por la madre y sus hijos/as, o por una pareja (padre – madre) y sus hijos/as, o contar con otros integrantes como los abuelos y abuelas, tíos y tías, entre otros. Lo más importante es que cada familia comprenda su importancia para el desarrollo infantil y todos los integrantes que pueden ser figura de apoyo, cuenten con información para cumplir adecuadamente con la función de dar soporte a otro, en este caso, la madre y su hijo/a.

Entenderemos como figura de apoyo a otro adulto/a de la familia, como es el caso del padre u otra figura paterna o los abuelos. Los niños y niñas de las familias no tienen una responsabilidad directa, pero pueden contribuir de manera natural, al desarrollo de sus hermanos/as menores. En algunos casos, el rol de figura de apoyo no es asumido por el padre consanguíneo de la guagua, sino que es otro hombre el que asume la crianza del niño o niña como figura paterna. Ya sea el padre u otra la figura paterna, éste tiene un alto grado de importancia para el desarrollo del niño o niña.

3.5 Teoría del apego

La teoría del apego afirma que el apego afectivo de aves y mamíferos es un proceso del desarrollo psicológico del animal, incluyendo el humano, que se desarrolló como una tendencia de adaptación para mantener proximidad a la figura del progenitor (John Bowlby, 1958). El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. Está planteamiento también puede observarse en distintas especies animales y que tiene las mismas consecuencias: la proximidad deseada de la madre como base para la protección y la continuidad de la especie.

Más tarde Mary Ainsworth (1913-1999) en su trabajo con niños en Uganda, encontró una información muy valiosa para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. Ainsworth encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres. Estos comportamientos dependían de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño.

Capítulo IV Diseño Metodológico

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación corresponde al enfoque cuantitativo enriquecido con elementos cualitativos. Principalmente porque la información utilizada es medible y cuantificable y permitirá obtener resultados objetivos ya que examina los datos estudiados de manera numérica. (Edelmira G. la Rosa, 1995).

Pero, al mismo tiempo, la investigación será enriquecida cualitativamente, ya que permitirá obtener la percepción de las usuarias del sistema que son los sujetos objeto del estudio, a partir de su propia realidad.

El carácter que posee la investigación corresponde al tipo descriptivo ya que "el objetivo de ésta consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables" (B. Van Dalen y William J. Meyer 1995). El estudio corresponde a investigación correlacional ya que se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Aunque la investigación correlacional no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. Este tipo de investigación descriptiva busca determinar el grado de relación existente entre las variables. (Sampieri, 2000).

4.1.2 Población y muestra

Universo

Para la investigación se utilizará el universo en su totalidad lo que corresponde a 100 beneficiarias embarazadas del Programa Chile crece contigo.

Este universo corresponde a las mujeres embarazadas ingresadas a partir del mes de Enero a Agosto del presente año. Su elección fue aleatoria.

Criterios de inclusión:

- Pertenencia al universo consignado.
- Tener entre 9 a 36 semanas de gestación.
- Expresar el deseo de participar libre y voluntariamente de la investigación.

4.1.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Podemos definir la recolección de datos "como el proceso mediante el cual el sujeto, a través de la observación sistemática, y apoyado en un instrumental adecuado, registra de manera selectiva y codificada los indicadores del estado de las variables" (Young, Pauline 1960).

Por su parte la técnica "es un conjunto de saberes prácticos o procedimientos para obtener el resultado deseado". (RAE, 2005). En este caso el tipo de investigación que será utilizada es de tipo cuantitativa por lo tanto las técnicas utilizadas corresponden "a procedimientos de indagación que generan un tipo de dato susceptible de manejo numérico" (Pastén, 1991).

Los instrumentos y técnicas del proceso investigativo buscan responder básicamente, a los objetivos específicos señalados, utilizando el siguiente instrumento:

- Encuesta de satisfacción usuaria, para ser aplicadas a las beneficiarias del sistema. Esta la podemos definir como el instrumento que permite recolectar información de manera rápida y confiable de cierta temática lo que permite agilizar la toma de decisiones acertadas sobre las cuales puede diseñarse una estrategia para optimizar el servicio que se le entrega al usuario (Jr. Hayes, Bob. 2005). Es por ello que se utilizará este instrumento para obtener los datos necesarios de las usuarias del Sistema, enfocándose en tres áreas: primero se espera medir el conocimiento y evaluación de calidad de beneficios universales, luego la evaluación de calidad de servicios profesionales junto a medición de beneficios específicos, por último evaluación de calidad material e infraestructura donde se ejecuta el proyecto. (Ver Anexo N° 1).

4.1.4 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El análisis de los datos "es la actividad de transformar un conjunto de datos con el objetivo de poder verificarlos muy bien dándole al mismo tiempo una razón de ser o un análisis racional" (Wikipedia). Es decir, constituye el momento donde se debe trabajar con los datos obtenidos, organizarlos en gráficos, tablas, entre otros elementos e interpretar los antecedentes más relevantes de la investigación.

La información recolectada en el estudio, es decir el contenido de la Encuesta de satisfacción usuaria aplicada a las usuarias, será sometido al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) que tiene las siguientes características (Manual SPSS.Inc, 1975):

- Implementa de forma organizada y ordenada la base de datos
- Ayuda en la manipulación de los datos
- Implementa técnicas estadísticas para el análisis de los datos

Una vez ordenada la información en la base de datos, es posible realizar gráficos de cualquier tipo, ordenando así datos numéricos en forma de recuentos, valores y porcentajes, además de obtener tablas con indicadores estadísticos (moda, mediana, promedio, desviación estándar, entre otras) permitiendo clarificar los resultados, cruzar variables y levantar análisis y conclusiones. (Ver Anexo N°2).

Capítulo V Análisis e Interpretación de Datos

5.1 Análisis datos demográficos

5.1.1 Unidad vecinal

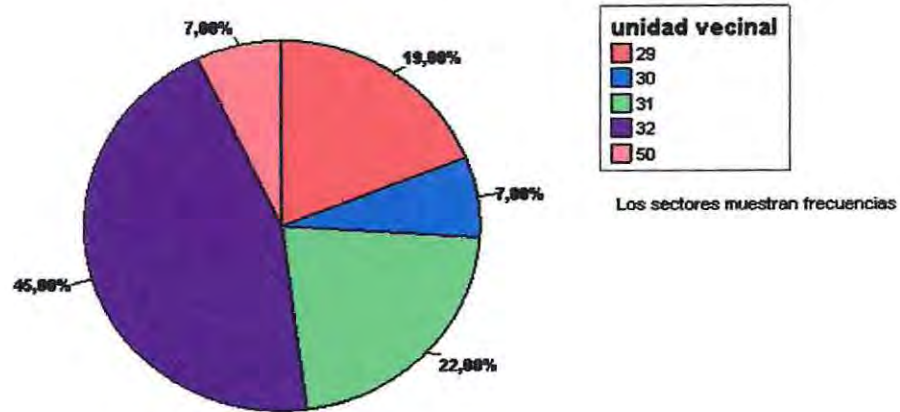


Gráfico N°1 Unidad Vecinal

El gráfico representa las unidades vecinales donde pertenecen las mujeres embarazadas, esto corresponde al sector territorial donde "las personas realizan actividades, subdividida en unidades cooperativas, cuyo núcleo central común lo constituye el Centro Vecinal o Junta de vecinos" (Ley sobre Juntas de vecinos y otras organizaciones sociales, N° 19.418).

La población estudiada corresponde a las unidades vecinales números 29, 30, 31, 32 y 50 de la comuna de Pudahuel, sector sur, Santiago.

Del total de las encuestadas inferimos que el 45% de las mujeres embarazadas pertenecen a la unidad vecinal 32, 22% de la unidad vecinal 31, 19% pertenece a la unidad vecinal 29, y el 7% de las mujeres son de las unidades vecinales 30 y 50 respectivamente.

Según el censo del año 2002 las unidades vecinales 30 y 31 corresponden al sector de clase media donde predominan viviendas urbanas y el acceso mayoritariamente a servicios como teléfono celular, televisión por cable e internet además de electrodomésticos como refrigerador, microondas, televisión, además en algunos hogares hay automóvil. La

unidad vecinal 29 predomina la clase media baja pero de igual manera cuentas con los mismos servicios y accesos, pero pocas familias tienen automóviles.

La unidad vecinal 32 es clasificada como clase baja, este sector tiene mayoritariamente acceso a televisión por cable, pero a excepción de los grupos anteriores, las familias lo mantienen de manera ilegal, es necesario referirse que la población de este sector vive en un alto grado de hacinamiento, son casas de dos pisos pequeñas, además de tener un alto grado de peligrosidad en plazas debido al narcotráfico y delincuencia.

Por último la unidad vecinal número 50 corresponde a los habitantes, en este caso, a las mujeres embarazadas que no pertenecen a las unidades 29, 30, 31 y 32 sino más bien a sectores cercanos del radio de acción del Centro de salud que es el sector norte de Pudahuel o Maipú.

5.1.2 Edad de las mujeres embarazadas

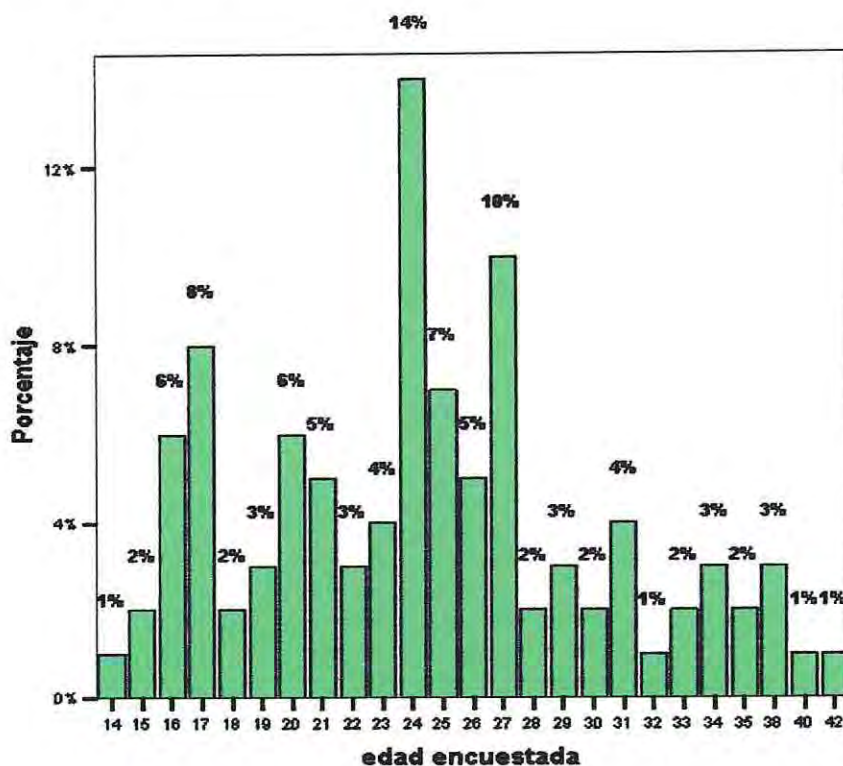


Gráfico N°2 Edad de Mujeres Embarazadas

El gráfico muestra las edades de las mujeres embarazadas en la que fluctúan entre 14 años y 42 años de edad. La moda de edad de 24 años, es decir la edad más repetitiva entre la población estudiada, corresponde al 14% de la muestra estudiada, a su vez el 10% corresponde a las mujeres de 27 años.

Dentro de las embarazadas existen los denominados grupos de riesgo que corresponden a mujeres embarazadas adolescentes que son menores de 19 años y mujeres mayores de 35 años de edad. Básicamente porque "las mujeres de más de 35 años tienen más probabilidades que las mujeres más jóvenes de tener un problema de salud como alta presión arterial, diabetes y problemas renales y cardíacos, pueden afectar al embarazo. Por ejemplo, una diabetes mal controlada puede contribuir a defectos congénitos y aborto espontáneo mientras que una alta presión arterial mal controlada puede retrasar el desarrollo del feto" (Cleary-Goldman. J, Revista Embarazo, mayo 2009). En comparación con los bebés

de madres adultas, los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un nacimiento prematuro o bajo peso al nacer y de padecer otros problemas de salud serios e incluso la muerte. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia corresponde al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez" y define el embarazo en esta etapa como "el que ocurre dentro de los años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". Dentro de la muestra obtenida podemos desprender que el total de los grupos de riesgo corresponde a un 29% de los cuales, el 7% corresponde a mujeres mayores o igual a 35 años, y un 22% corresponde a las adolescentes menores de 19 años. El aumento de este patrón no sólo ocurre en la realidad estudiada sino también a nivel nacional, según estadísticas del Instituto nacional de estadísticas (INE) el número de madres adolescente en Chile ha crecido un 2,4% ya que los jóvenes inician más tempranamente su actividad sexual a la edad promedio de 15 años.

Por último el rango de edad entre 20 y 25 años, el porcentaje total corresponde al 39% de mujeres embarazadas, mientras que el grupo de 26 a 30 años obtiene un 12%.

5.1.3 Estado civil y relación de pareja



Gráfico N°3 Estado Civil

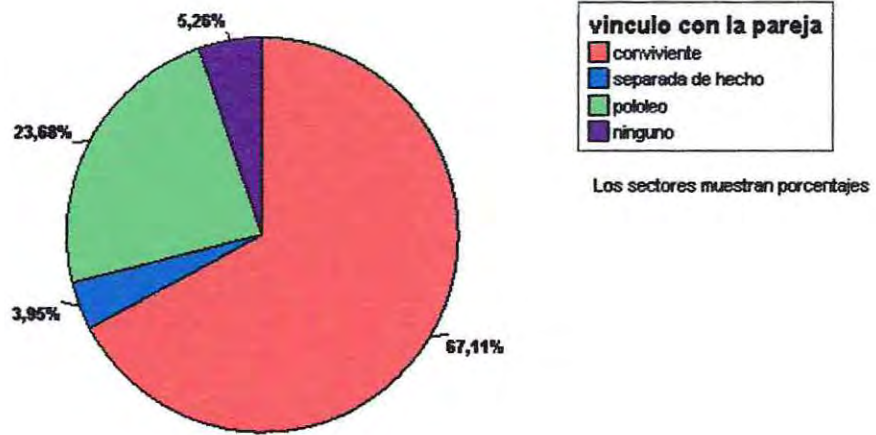


Gráfico N°4 Vinculo con la Pareja

El gráfico señala que el 76% de las mujeres encuestadas son solteras, el 23% casadas y el 1% se encuentra separada. Cabe señalar que las mujeres embarazadas solteras declaran convivir con su pareja y esto se traduce en 67%, mientras que el 23,68% declara tener una relación de pololeo "puertas afuera". El 5,26% de las mujeres declaró no tener ningún vínculo con su pareja, mientras que el 3,95% representa a las mujeres separadas de hecho o legalmente de su pareja. Estos últimos resultados llaman notoriamente la atención debido a que todas las mujeres presentaban entre 30 a 34 semanas de gestación, declarando que su pareja y padre de sus hijos se había distanciado con el embarazo debido a problemas de drogas y / o alcohol.

Respecto a la tendencia de mujeres solteras embarazadas y con pareja, tiene que ver netamente a un cambio social importante respecto al matrimonio y convivencia, ya que deciden este último como opción. En las últimas décadas el matrimonio bajó al menos un 30% ya que los chilenos de hoy tienen la convicción de que "es igual convivir que estar casados" (Encuesta, Diario la Tercera, 2008). Además de señalar que alrededor de 1.300.000 de parejas viven en concubinato, reconociendo no contraer matrimonio porque no le interesa, o bien porque tiene un vínculo nupcial anterior el cual le ha sido difícil anular. En el censo 2002 un 8.8% de las mujeres se declararon convivientes. Respecto a las mujeres solteras y madres un estudio del INE (2005) señala que el 58,4% de las mujeres que tuvieron hijos vivos durante el 2005 eran solteras. La investigación ratificó que en la mitad de los casos era el primer hijo que tenían estas madres. Las mujeres solteras presentaron una edad media de 22,6 años al tener su primer hijo/a, y 27,7 años promedio al momento de tener su segundo hijo/a. En el caso de las mujeres casadas, la edad media al nacimiento del primer hijo/a fue de 27,8 y para el segundo hijo de 30,4 años promedio.

5.1.4 Nivel educacional

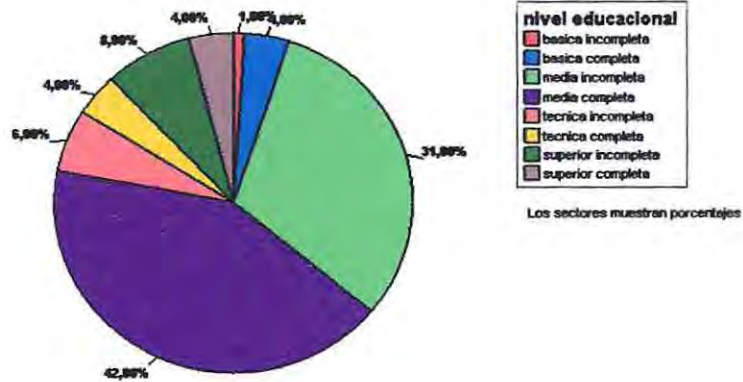


Gráfico N°5 Nivel Educativo

El estudio demuestra que un 42% de las mujeres encuestadas tiene enseñanza media completa mientras que el menor nivel educacional logrado es la enseñanza básica con un 1%. El 4% corresponde a mujeres que cursaron algún tipo de enseñanza completa: enseñanza básica, enseñanza técnica y enseñanza superior. El 31% de las mujeres cursaron enseñanza media incompleta; mientras que el 8% declara haber “congelado” sus estudios universitarios debido al embarazo, y el 6% estudió nivel técnico incompleto. Según el estudio las mujeres prevalecieron la educación media como primera opción ya que de todas las encuestadas (31%) señalaron finalizar sus estudios medios. Más aún las mujeres que cursaron estudios universitarios incompletos que representan un 8% afirman retomar sus estudios una vez nacido su hijo o hija si es que se reúnen las condiciones necesarias para ello. (Cuidado del bebé, ingresos económicos, apoyo familiar).

Cabe destacar que sólo el 1 % de estas mujeres sólo cursaron enseñanza básica incompleta, ya que el nivel educacional de las mujeres en nuestro país es considerablemente más alto: aumentó, tanto en los niveles educacionales de 7 a 12 como de 13 y más; ya que el Ministerio de Educación ha promocionado activamente escuelas y nivelación de estudios para las mujeres dando facilidades para cada situación (mujeres jefes de hogar, bajos ingresos, entre otros).

Respecto al analfabetismo, sólo corresponde al 1% de la muestra, mientras que el 99% saben leer y escribir. Comparado al nivel nacional el porcentaje de alfabetismo en el



año 2002 es de un 95.8% tanto para mujeres como para hombres. Sin embargo, al interior de las mujeres en el área rural el porcentaje de alfabetismo es de 89.2%, mientras que en el área urbana es de 96.7%. (Censo 2002, INE).

Realizando una comparación entre ambos sexos podemos decir que las mujeres superan levemente a los hombres en la enseñanza básica y media ya que el total de mujeres de 15 años que completó 8 años de estudio llega a un 87%, mientras que en el caso de los hombres es 85%. En la educación media el total de mujeres de 19 años que completó 12 años de estudio alcanza el 66%, mientras que en el caso de los hombres es un 61%.

El nivel educacional de la población de 25 a 29 años en el caso de las mujeres de 25 a 29 años, que alcanzaron solamente el nivel de educación básica, eran un 34.4% en 1992; mientras en el año 2002 esta proporción es de 19%. Situación similar se constata en las mujeres de este grupo etáreo que tienen solamente un nivel de media común, aunque la disminución es bastante menor (38.4% a 34.4) Ratificando estos datos, el nivel de instrucción universitaria alcanzado por las mujeres de 25 a 29 años, se elevó en el decenio 1992-2002 en 10 puntos porcentuales, pasando de un 7.5% a un 17.1%. (INE; 2009). Claramente los datos ratifican los porcentajes inducidos en la muestra debido a que cada año disminuyen el número de mujeres que sólo reciben instrucción básica, y se ha ido incrementando finalizar la enseñanza media para comenzar estudios técnicos y superiores.

5.1.5 Ingreso familiar mensual

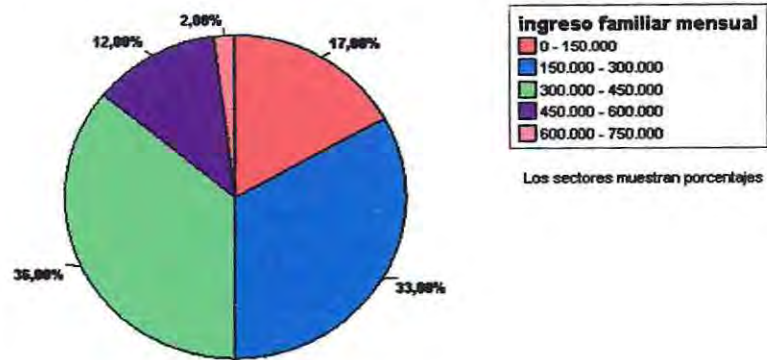


Gráfico N°6 Ingreso Familiar Mensual

Se entiende por ingreso familiar "la suma de todas las ganancias, sueldos, pagos, transferencias y otras formas de ingreso de una familia en un período determinado" (definición RAE); y por ingreso per cápita "a la suma de los ingresos de cada uno de los miembros del hogar y luego la división por el número de integrantes del grupo familiar (incluyendo a los que no realizan trabajos remunerados)". Para conocer la realidad de las mujeres encuestadas se consultó en rangos arrojando los siguientes resultados: el 36% de las encuestadas declara recibir un ingreso promedio entre \$300.000 y \$450.000; mientras que los mayores rangos de dinero categorizados entre \$600.000 y \$750.000 sólo corresponde a un 2% de la población estudiada, mientras que el segundo más alto es un 12% recibe \$450.000 y \$600.000 promedio mensual. El 33% de las mujeres señala que recibe entre \$150.000 y \$300.000, y el 17% considera como promedio mensual menos de \$150.000.

En Junio del año 2009 se establece en nuestro país un salario mínimo de de \$165.000 (reajuste de 3,75%). Si realizamos un análisis en base a los quintiles de la población, definimos que "son una forma de clasificar a los hogares según sus ingresos. Cada quintil corresponde al 20% de los hogares ordenados en forma ascendente de acuerdo al ingreso per cápita autónomo del hogar." El primer quintil corresponde al 20% más pobre, y el quinto al más rico: I Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea igual o inferior a \$53.184; II Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea igual o inferior a \$90.067; III Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea igual o inferior a \$140.665; IV Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea igual o inferior a \$254.627; V Quintil: familias cuyo ingreso per cápita es superior

a \$254.627. (Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile, 2009). De la muestra estudiada, se obtiene esta información de la base de datos Rayen (sistema informático ficha paciente del Centro de Salud) donde se constata que el 70% de las mujeres encuestadas pertenecen a estos quintiles de ingreso, ya que provienen de hogares de cinco a seis habitantes promedio.

5.2 Análisis instrumento aplicado

5.2.1 Semanas de gestación



Gráfico N°7 Semanas de Gestación

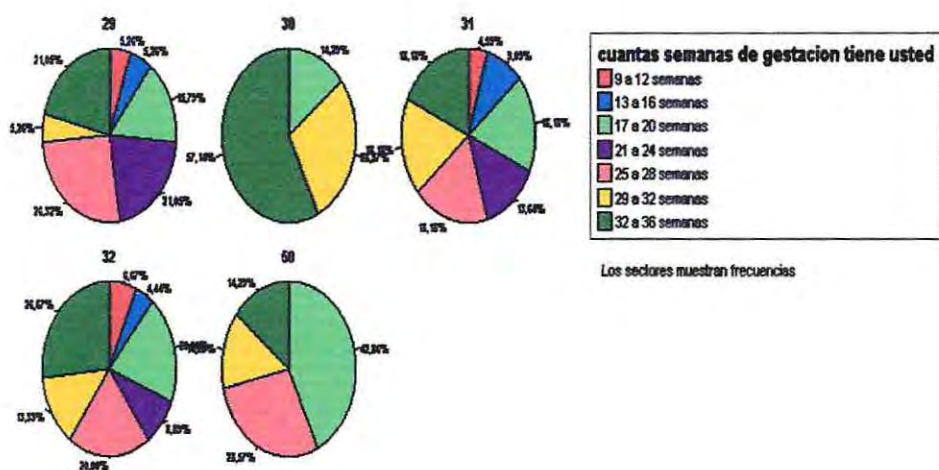


Gráfico N°8 Semanas de Gestación por Unidad Vecinal

El gráfico señala que el 25% de las mujeres encuestadas se ubican en el tercer trimestre de embarazo es decir tienen entre 32 a 36 semanas, mientras que el 5% se ubica entre 9 a 16 semanas (primer trimestre); las mujeres embarazadas entre 17 a 20 semanas y 25 a 28 semanas representan el 20% (segundo trimestre); el 14% corresponde a 29 y 32 semanas, finalmente las 21 a 24 semanas ocupan el 11%. En el centro de salud familiar la unidad vecinal que concentra mayor número de embarazos de término (32 a 36 semanas) es el sector 30 con un 57%, mientras que la unidad 50 reúne mayoritariamente embarazos entre 17 a 20 semanas con un 42% de la población estudiada, además ambas unidades se caracterizaron por no presentar ningún ingreso de embarazo durante la realización del estudio. Las unidades vecinales 29, 31 y 32 mantienen entre el 9% y 26% las restantes semanas de embarazo, de manera igualitaria y sin observaciones importantes.

Es importante considerar, en este análisis, lo que significa el proceso gestacional debido a que constituye el eje central del estudio. Por ello debemos tener presente que la gestación, embarazo o gravidez es el período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto, comprendiendo todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación. Constituyendo el primer trimestre el período de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto, pudiendo sobrevivir fuera sin soporte médico (Wikipedia, 2009).

5.2.2 Grado de conocimiento del Programa Chile crece contigo



Gráfico N°9 Grado de Conocimiento

El 42% de las mujeres afirma que conoce el programa de manera regular; mientras que el 1% afirma tener un grado de conocimiento muy alto del sistema. El 22% de la muestra obtenida asegura tener un bajo conocimiento, 22% no sabe o no responde a la pregunta. El 10% corresponde a las mujeres que afirma tener un alto grado de conocimiento del programa, mientras que el grado de conocimiento muy bajo es representado por el 3%.

Para desarrollar un análisis más completo es necesario conocer la relación entre semanas de gestación y el grado de conocimiento sobre el programa que tienen las mujeres embarazadas, al cruzar los datos se obtiene los siguientes resultados:

- Las mujeres que tienen entre 9 a 12 semanas de gestación afirman tener un bajo conocimiento del programa con un 40%, y un 60% dice no saber o no responde a la pregunta efectuada.
- Las mujeres que tienen entre 13 a 16 semanas de gestación afirman tener un grado regular conocimiento del programa con un 40%, un 20% dice tener un bajo grado conocimiento, el 40% no sabe o no responde.
- Las mujeres que tienen entre 17 a 20 semanas de gestación afirman tener un alto grado de conocimiento del programa con un 5%, el 50% reconoce tener un grado de conocimiento regular, el 30% lo conoce en un grado bajo y el 15% no sabe o no responde.

- Las mujeres que tienen entre 21 a 24 semanas de gestación afirman tener un alto grado de conocimiento del programa con un 9,09%, un 45,45% reconoce tener un grado de conocimiento regular; el 27,27% tiene un grado bajo de conocimiento; y el 18,18% no sabe o no responde.
- Las mujeres que tienen entre 25 a 28 semanas de gestación afirman tener un alto grado de conocimiento del programa con un 20%, el 45% reconoce tener un grado de conocimiento regular, el 15% tiene un grado bajo de conocimiento; y el 20% no sabe o no responde.
- Las mujeres que tienen entre 29 a 32 semanas de gestación afirman tener un muy alto grado de conocimiento del programa con un 7,14%, a su vez el 7,14% reconoce tener un alto grado de conocimiento, el 14,29% tiene un conocimiento regular; el 35,71% tiene un bajo conocimiento del programa, el 7,14% conoce en un grado muy bajo, y el 28,57% no sabe o no responde.

Se puede inferir que del total de las mujeres encuestadas sólo el 7,14% afirma conocer el programa en un grado muy alto y se encuentra mayoritariamente en las últimas semanas de gestación, mientras que el 41,23% dice conocerlo en un grado alto, destacándose en las semanas 25 y 28. Este resultado se contrapone con el bajo y regular grado de conocimiento que tienen las usuarias en las primeras semanas de embarazo, ya que el Programa señala que el primer control o el ingreso al sistema es la puerta de mayor información sobre beneficios y prestaciones, por lo tanto debiera existir un mayor número de mujeres informadas. Aún así dentro del mismo grupo de 29 a 32 semanas se reconoce un regular grado de conocimiento con 35,71% por lo tanto es bajísima la cantidad de mujeres embarazadas que sienten que están informadas en un grado alto o muy alto. Como se explicó anteriormente el Programa lleva 19 meses implementándose en el Centro de salud, independiente de los recursos monetarios que pueda recibir, se espera que exista mucho más conocimiento en las usuarias de las actividades que son parte, debido al tiempo de ejecución, es por ello que parte fundamental es la educación e información que entrega la matrona de cada sector, además de apoyo visual (diario mural), u otras actividades que permitan la difusión del Programa.

5.2.3 Cómo las usuarias saben de la existencia del Programa.



Gráfico N°10 Existencia del Programa

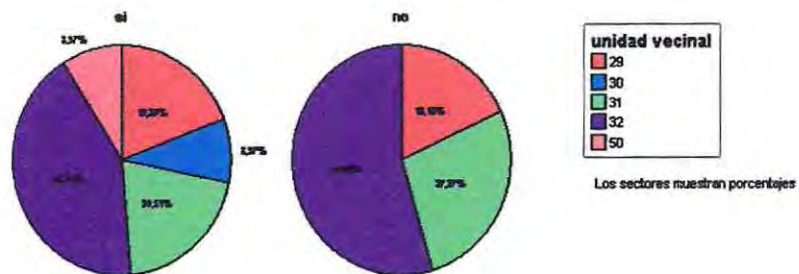


Gráfico N°11 Existencia del Programa por Unidad

El 59% de las mujeres afirman que supieron la existencia del sistema a través de la matrona de su unidad vecinal; el 8% de las usuarias lo vio por televisión; mientras que un 4% recibió folletos informativos y el otro 4% visitó la página de internet (crececontigo.cl); el 2% fue informada en el municipio, el 1% en el trabajo, mientras que el 22% no sabe o no responde.

De esta manera, fue posible constatar que la mayor fuente de información es la matrona de cada unidad vecinal del centro de salud, profesional a cargo del seguimiento prenatal y educar acerca del Programa, beneficios y servicios de éste.

Mientras que el 1% de las mujeres fue informada en su lugar de trabajo. El 8% de las mujeres vio comerciales del programa por televisión, que tuvieron mayor difusión entre Diciembre del año 2007 y Junio del año 2009, con apariciones en televisión abierta y radio

emisoras; últimamente el comercial ha salido muy poco en los medios de comunicación chilenos, pero salió a la palestra nuevamente en el discurso presidencial del 21 de Mayo 2009 con el anuncio de recursos para el Programa. El 4% de las usuarias recibió un folleto informativo donde básicamente explica algunas prestaciones y cuidados en el embarazo, además de mencionar derechos laborales que protegen la maternidad y paternidad. El 4% restante indica que visita cada vez que puede el sitio del Programa www.crececontigo.cl donde está toda la información necesaria actualizada y servicios tanto para niños, adultos y profesionales. El 2% de las mujeres fue informada en el municipio mientras realizaba un trámite para otro fin, por último el 22% reconoce algún grado de conocimiento del programa pero no declara porque medio sabe de éste.

Se observa escasa conexión entre las redes sociales existiendo poca coordinación entre el centro de salud y el municipio para difundir el Programa, una adecuada coordinación permitiría que no sólo las mujeres pertenecientes a las unidades vecinales estudiadas tuvieran conocimiento del tema, sino que lograría hacerlo extensivo a toda la comunidad. Asimismo la difusión por parte de las matronas, encargadas de promover el sistema deber ser, mayormente complementada, por información visual, folletos informativos o panel mural dentro del centro de salud, que permitiría mejor información en la comunidad.

Una buena iniciativa del Programa, en este ámbito, es la creación de la página web crececontigo.cl; un sitio que cuenta con amplia información para las madres sobre cuidados de embarazo, desarrollo infantil, actividades para compartir en familia, enlaces para niños, madres y padres y especialistas, además de una biblioteca en línea, foros, consultas, boletines, entre otros. No obstante, aún existe escasa difusión; y además, es preciso considerar escaso acceso a internet de parte de las usuarias. Finalmente, cabe consignar que el Programa ha creado un espacio radial llamado "Chile crece contigo" que es emitido por Radio Cooperativa (93.3 FM) los días domingo a las 09:00 horas, instancia que puede ser más utilizada por parte de las usuarias ya que todas cuentan con acceso a un equipo de radio, pudiendo a través de ella, acceder a profesionales que orientan sobre desarrollo infantil además de atender dudas y consultas de los oyentes. Este medio, también fue posible de constatar, aún carece de la necesaria difusión.

5.3 Prestaciones recibidas y evaluación

5.3.1 Agenda de Salud de la Mujer



Gráfico N°12 Agenda Salud Mujer

De la muestra estudiada se infiere que 78 mujeres recibieron la Agenda de salud durante este año, mientras que 22 mujeres no la recibieron y continuaron con el antiguo carnet maternal. Cabe consignar, que éstas, fundamentalmente por sus avanzadas semanas de embarazo mantuvieron el antiguo documento para no perder la información contenida en éste. El análisis se hace en base a las mujeres que recibieron la Agenda de Salud en cuanto a la calidad e información: el 71,79% la considera buena, el 23,08% muy buena, mientras que el 5,13% no sabe o no responde.

La agenda de Salud de la Mujer, o Carnet maternal es el documento que recibe la mujer embarazada para registrar los controles de salud, entrega de leche o medicamentos, seguimiento prenatal, curvas de crecimiento y datos útiles para el período de gestación, cabe señalar que todas las mujeres reciben este documento, pero la importancia que tiene es que conjunto al Programa, cambió el carnet existente por esta agenda. Es una libreta con material de calidad, con colores, hojas diferenciadas para los distintos controles que presenta mayor idoneidad a los propósitos del Programa.

El nuevo documento de salud ha tenido una muy buena aceptación de parte de las usuarias: "es más ordenada", "tiene información útil", "cabe todo ahí y no tengo que ponerle más hojas" han sido las respuestas informales más usuales, y ha permitido que las mismas usuarias lo utilicen como herramienta de información para resolver dudas sobre el embarazo, higiene bucal, orden en los controles médicos, entrega de leche, entre otros.

5.3.2 Guía de la Gestación y el Nacimiento



Gráfico N°13 Guía de Gestación

De la muestra se infiere que 91 usuarias recibieron la Guía de gestación, mientras que 9 usuarias no lo tienen aún. De las mujeres que recibieron el beneficio se detalla lo siguiente: el 54,95% la califica como buena; el 40,66% evalúa como muy buena; el 1,10% de las encuestadas la evalúa regular, y el 3,30% no sabe o no responde la pregunta.

Esta guía contiene información y orientación acerca del proceso de gestación y del nacimiento, organizada por semanas de embarazo, y que desarrolla temas de especial interés para las madres, padres y familias que esperan la llegada de un niño o niña. Constituye excelente material de apoyo para madres y familias, con una confección en base a materiales de calidad, colores y dibujos explicativos, espacios para escribir y pegar fotografías; cumpliendo básicamente, con la función de un diario de vida para la madre. Esta guía es entregada en el primer control de embarazo de la madre.

5.3.3 Consejería VIH pre y post el examen

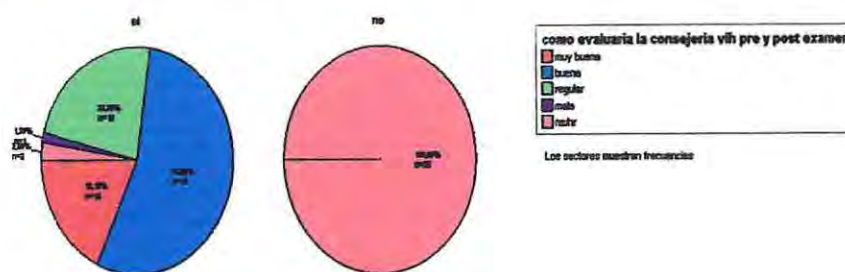


Gráfico N°14 Consejería VIH

Para el estudio se consultó a las usuarias sobre si recibieron la Consejería pre y post examen, en base al conducto regular que exige realizar la atención profesional en las primeras semanas de embarazo, para detectar y prevenir la enfermedad. De la muestra obtenida 23 mujeres declararon no recibir ningún tipo de consejería, mientras que 77 mujeres afirmaron haber recibido la atención.

Por lo tanto de las usuarias que recibieron la consejería VIH pre y post el examen se obtiene el siguiente resultado de calificación: el 18,18% evalúa la consejería muy buena; el 54,55% la califica de buena; el 23,38% evalúa la consejería regular; mientras que el 1,30% la considera mala, por último el 2,60% no sabe o no responde a la pregunta. Cabe señalar que las mujeres que respondieron no recibir consejería (23 personas) se sometieron de todas maneras al examen de modo de prevención.

La consejería de prevención de VIH y enfermedades de transmisión sexual es fundamental realizarla no sólo en mujeres embarazadas sino también a todas las personas que asisten al centro de salud. La prevención y educación sobre la enfermedad es vital para evitar el riesgo de contagio durante la gestación, además de resolver dudas y consultas sobre los mitos que existen del VIH promoviendo conductas en pro de la no discriminación que genera la enfermedad, además de mantener a una comunidad informada en el tema. Las mujeres encuestadas afirman que la calidad de la consejería es muy buena o buena en un 72,73% quiere decir que quedan conformes sobre la educación sexual que recibieron de parte de la matrona de su unidad antes y después del examen. Se contrasta con las 23 mujeres que señalan haber recibido nula o muy poca información del examen, y sólo se enteraron bien del tema una vez que la matrona les comenta el resultado y su significado, antes no le habían tomado importancia. Vale decir que la consejería no es sólo

5.3.4 Consejería sobre cuidado del embarazo, alimentación y entorno saludable.

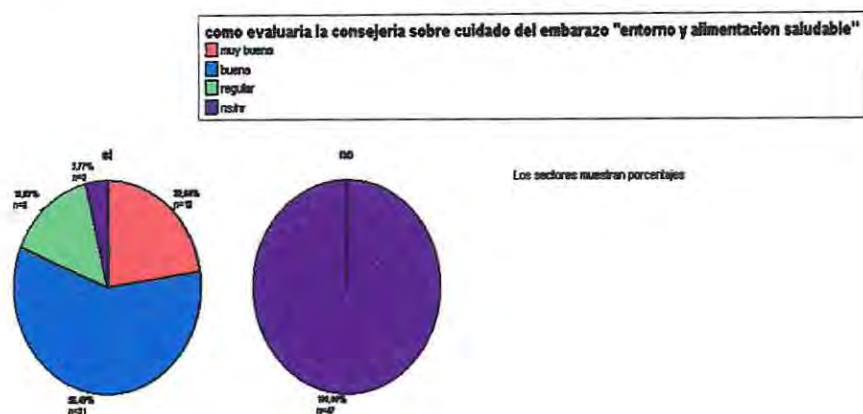


Gráfico N°15 Consejería Embarazo

De la muestra se obtienen los siguientes datos: 53 de las mujeres encuestadas declaran haber recibido la Consejería, mientras que el resto, 47 mujeres dicen no haber recibido la atención. Del total de embarazadas que recibieron la consejería el 81,13% la evalúa entre buena y muy buena. El 15,09% la califica como regular y el 3,77% no sabe o no responde.

La Consejería sobre el cuidado en el embarazo se lleva a cabo por la matrona y el (la) nutricionista (a). Es una educación sobre los cuidados físicos que debe tener la embarazada en cuanto a postura, ejercicios, conjunto a una alimentación saludable y reforzar conductas anti tabaco- alcohol, ambientes libres de humo, entre otras acciones que permiten mantener y asegurar la estabilidad física tanto de la madre como del feto.

En relación a aquellas que no recibieron la consejería, cerca del 50%, sólo se les ha proporcionado en los controles de salud, algunos consejos de alimentación; en cambio, el resto de las mujeres recibieron una atención especializada de parte de la nutricionista. Esto podría estar relacionado con el hecho de que no todas las usuarias responden a la sugerencia de consultar con la profesional; ya que las mujeres con bajo peso o sobrepeso durante la gestación deben asistir a la brevedad posible y seguir un tratamiento, mientras que para las otras mujeres se sugiere de manera opcional, en la medida que demuestren que siguen una vida saludable.

5.3.5 Entrega de leche

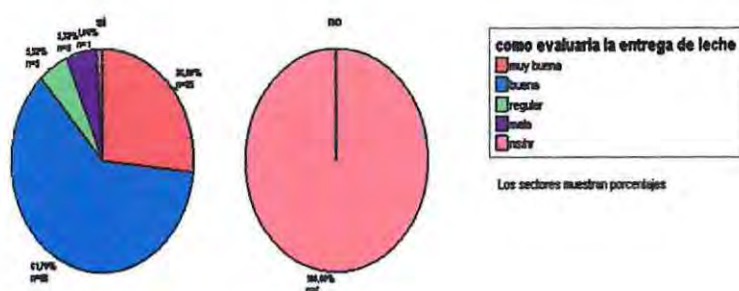


Gráfico N16 Entrega de Leche

De la muestra estudiada se infiere lo siguiente: 94 mujeres retiran su leche "Purita Mamá" en el centro de salud, mientras que 6 mujeres renuncian a su beneficio no retirando la leche y prefieren otras opciones del mercado para consumir lácteos durante la gestación.

Del total de las mujeres que reciben el beneficio el 88,3% evalúa el beneficio entre bueno y muy bueno. Un 5,32% lo encuentra regular; otro 5,32% lo considera malo; y el 1,06% no sabe o no responde a la pregunta. Es preciso señalar que el 10,64% que califica la entrega del beneficio entre regular y malo, se refiere a la forma como se entrega el beneficio, trato del administrativo encargado de repartir el producto y a reclamos por el sabor de la leche.

La percepción de las mujeres embarazadas sobre este beneficio es muy positiva, debido a que la entrega de leche es completamente gratuita cada 30 días. Cabe consignar que una vez nacido el bebé, "Purita Mamá" continúa entregándose a las madres para promover la lactancia materna exclusiva, cuando el niño o niña cumple 6 meses se le entrega a la madre leche "Purita fortificada" (2 kilos) y a los 18 meses leche "Purita cereal" (2 kilos) hasta los 6 años de edad (1 kilo). Este beneficio implica un alimento sano y nutritivo para madres e hijos; que contribuye a mantener un estado nutricional óptimo y constituye un significativo aporte a los hogares de mujeres con bajos o escasos recursos.

Desde el mes de Julio del año 2008 se incorporó al Programa la leche "Purita Mamá" que sitúa a Chile en la vanguardia mundial en la protección del binomio madre/hijo(a), al incorporar un alimento funcional en programas de amplia cobertura nacional. Es una bebida láctea con DHA formulada especialmente para embarazadas y madres que amamantan. Corresponde a un producto en polvo con base en leche y cereales, fortificada con vitaminas

y minerales, baja en colesterol y grasa total, baja en sodio y adicionada con ácidos grasos omega 3 (DHA y EPA). Por primera vez, en la historia de los programas alimentarios, se da un apoyo específico a la mujer que amamanta, entregándose un producto especialmente diseñado para la madre, hasta que el niño o niña cumple 6 meses. Con ello se contribuye al logro de la meta de la Organización Mundial de la Salud y Chile de fomentar la lactancia materna exclusiva.

5.4 Atenciones profesionales y evaluación.

5.4.1 Control matrona

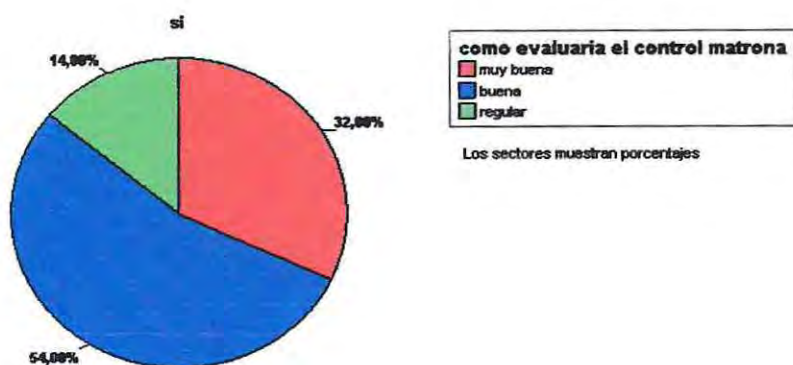


Gráfico N°17 Control Matrona

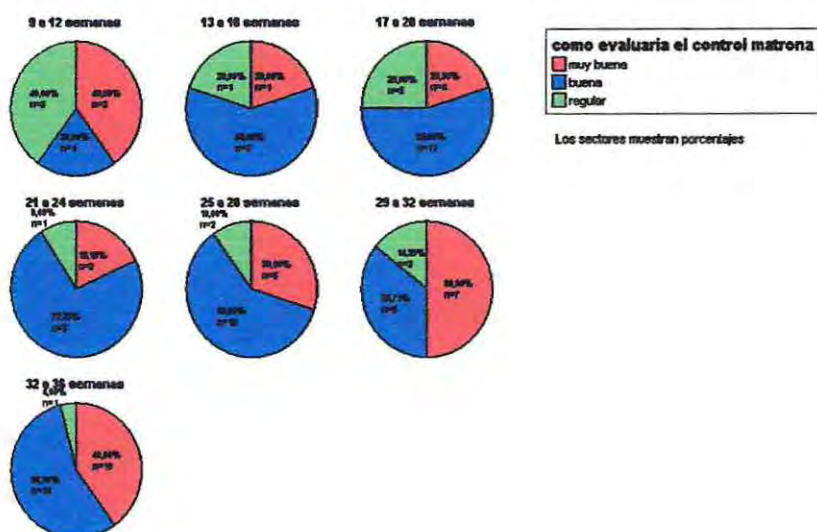


Gráfico N°18 Evaluación Matrona

Cabe señalar que todas las mujeres embarazadas asisten al control de la matrona que es la encargada de atender a estas pacientes. Del total de mujeres encuestadas podemos constatar que el 86% lo evalúa entre bueno y muy bueno. El 14% como regular.

Analizando y aunando los datos por unidad vecinal se infiere lo siguiente:

- El control de matrona mejor evaluado con un 50% corresponde a las mujeres inscritas en la unidad vecinal N° 30, mientras que las mujeres inscritas en la unidad vecinal N°32, con un 20% lo consideran regular.

En relación a las semanas de embarazo y evaluación profesional se obtiene lo siguiente:

- Las mujeres embarazadas entre 9 y 12 semanas consideran regular el control de la matrona con un 40%.
- Las mujeres embarazadas entre 21 y 24 semanas consideran bueno el control de la matrona con un 72,73%.
- Las mujeres embarazadas entre 29 y 32 semanas consideran muy bueno el control con un 50%.

Se puede observar que las mujeres embarazadas entre 9 a 12 semanas señalaron anteriormente tener un regular y bajo conocimiento del Programa Chile Crece Contigo, y manifiestan no estar satisfechas con la atención profesional brindada por la matrona. En cambio, las mujeres que están en el segundo y tercer trimestre de embarazo y consideran tener un alto grado de conocimiento del programa, evalúan positivamente el control de salud.

La matrona es la encargada de realizar el EPSA (evaluación psicosocial abreviada) ya que se aplica en el primer control (antes de las 14 semanas, y luego en el inicio del tercer trimestre). Esta es un instrumento de evaluación y detección temprana sobre algunos factores de riesgo que generan inequidad y detectarlas a tiempo permite priorizar acciones de salud y activación de prestaciones a las mujeres embarazadas. (Ver Anexo N°3).

Los factores de riesgo son los siguientes:

- Ingreso tardío posterior a las 20 semanas de gestación.
- Escolaridad menor a sexto básico.
- Embarazo adolescente.
- Insuficiente apoyo familiar.
- Conflicto con la maternidad (rechazo del embarazo).
- Episodio depresivo mayor.
- Abuso y uso de sustancias.

- Víctima de violencia de género.
- Gestante con discapacidad permanente, física o psíquica.
- Otro.

En el sistema público de salud la matrona es la profesional encargada de realizar el seguimiento del embarazo de las pacientes. Se hace esta diferencia ya que en el sistema privado de salud quien se hace cargo de esta función es el ginecólogo, y la matrona sólo aparece en el momento del parto.

En este contexto la labor de la profesional comienza al inicio del embarazo, ya que están capacitadas para diagnosticarlo. Durante esta etapa les entregan a las embarazadas informaciones sobre todos los cuidados que necesitan y las transformaciones que irán ocurriendo en su organismo, explicándoles los cambios anatómicos y psíquicos que les van a ocurrir. Además, abren un espacio para aclarar dudas, para disminuir los miedos y angustias por desconocimiento. Controlan peso, talla, escuchan los latidos del corazón del bebé, revisan ecografías, y extienden un certificado al 5to mes de gestación para que las madres postulen al subsidio maternal. Las matronas además están a cargo de promover y difundir el Programa Chile crece contigo, del cual son parte muy importante respecto al funcionamiento y ejecución, entregan prestaciones y atenciones, además de realizar talleres prenatales y estar a cargo de actualizar todas las novedades propias del sistema.

5.4.2 Control dental



Gráfico N°19 Control y Evaluación Dental

De la muestra estudiada se infiere lo siguiente: 77 mujeres han asistido al control dental y 23 nunca asistieron al control; de las mujeres embarazadas que contestaron positivamente se analiza que: el 27% de las encuestadas considera la atención dental como muy buena; el 56% lo considera bueno; y el 17% lo evalúa como regular.

Este consiste en la atención y prevención por parte del profesional a las mujeres embarazadas en cuanto a reparación de piezas dentales y a la educación sobre higiene bucal adecuada que debe maximizarse en el periodo de gestación, ya que es un grupo prioritario de atención.

De esta manera, podemos verificar que la percepción del 83% de las usuarias respecto a esta atención profesional es entre muy buena y buena. Además de constituir una atención integral, con un diagnóstico y un tratamiento para cada problema bucal, es gratuita, permitiendo mejorar la calidad de vida a mujeres que han perdido piezas dentales, y que por carencia de los necesarios recursos económicos no habían podido solucionar esta necesidad, con el consiguiente deterioro en su autoestima.

5.4.3 Control asistente social

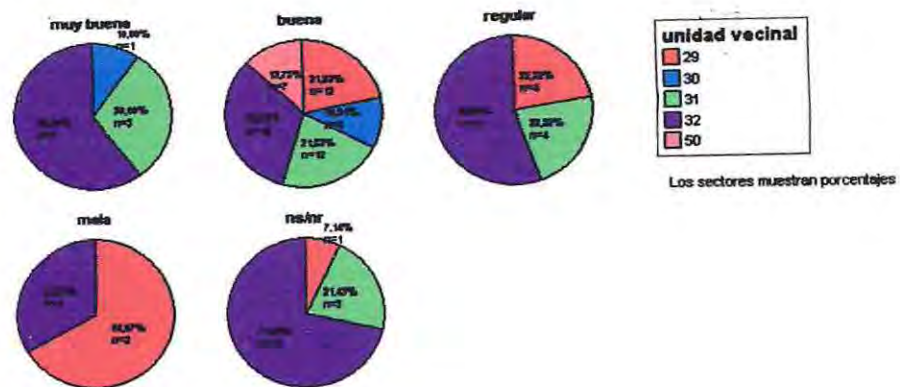


Gráfico N°20 Control y Evaluación Asistente Social

De todas las encuestadas 87 mujeres asistieron al control, mientras que 13 mujeres no asistieron aún siendo derivadas. De las embarazadas que contestaron positivamente se infiere lo siguiente: el 11% de las mujeres lo evalúan como muy bueno; el 63% lo evalúa como bueno; el 21% lo evalúa regular; el 3% evalúa la atención como mala; mientras que el 1% no sabe o no responde la pregunta. Las respuestas obtenidas tienen que ver con la recepción de la profesional en relación a la empatía, contención y análisis según la problemática, derivación apropiada, seguimiento según el factor de riesgo detectado en la embarazada, visita domiciliaria integral.

Según el conducto regular existente, todas las embarazadas que ingresan al centro de salud, deben asistir a la asistente social. Esto debido a que la profesional está capacitada para evaluar los posibles factores de riesgos en que pueda encontrarse la paciente, derivando según el caso, a otros profesionales o redes sociales, realizar seguimiento, entre otras actividades.

La muestra indica que las mujeres inscritas en la unidad vecinal número 31 están muy conformes con la atención social calificándola como muy buena en un 35%; las mujeres inscritas en la unidad vecinal 32 la califican como regular en un 50%; mientras que las mujeres inscritas en la unidad vecinal número 29 la consideran mala y muy mala en un 66%, basándose en las características del trabajo social que debe desempeñarse en el centro de salud.

5.4.4 Control nutricionista

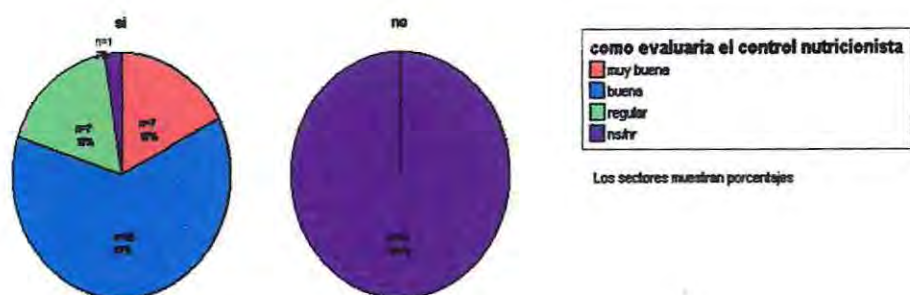


Gráfico N°21 Control y Evaluación Nutricionistas

Esta atención profesional es optativa para las pacientes, a excepción de las mujeres embarazadas con bajo o sobre peso, ya que se les recomienda a todas asistir y recibir la consejería de alimentación-entorno saludable integral.

De la muestra se infiere el siguiente resultado: 40 mujeres asistieron a control de nutrición, mientras que 60 mujeres no asistieron.

Del total de las mujeres que asistieron se obtiene lo siguiente: el 81% de las encuestadas evalúan la atención como muy buena y bueno; el 18% lo considera malo; el 1% no sabe o no responde a la pregunta.

Cabe mencionar que este control la visita al nutricionista es optativa optativo cuando la embarazada no presenta problemas de peso o de alimentación. No obstante, se estima necesario que visite al profesional para obtener la necesaria información sobre alimentación adecuada durante la gestación, por sus efectos tanto en el parto como con posterioridad a éste; tanto para la madre como para su hijo/a. Es por ello que este control debería tener carácter obligatorio.



5.4.5 Atención otro profesional

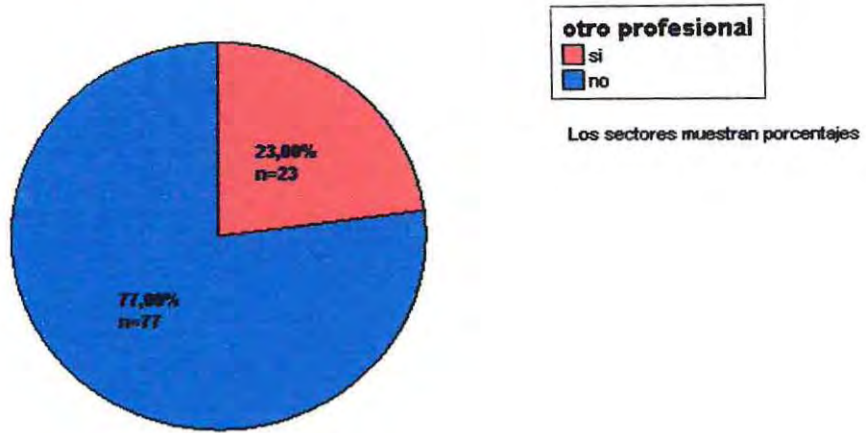


Gráfico N°22 Atención Otro Profesional

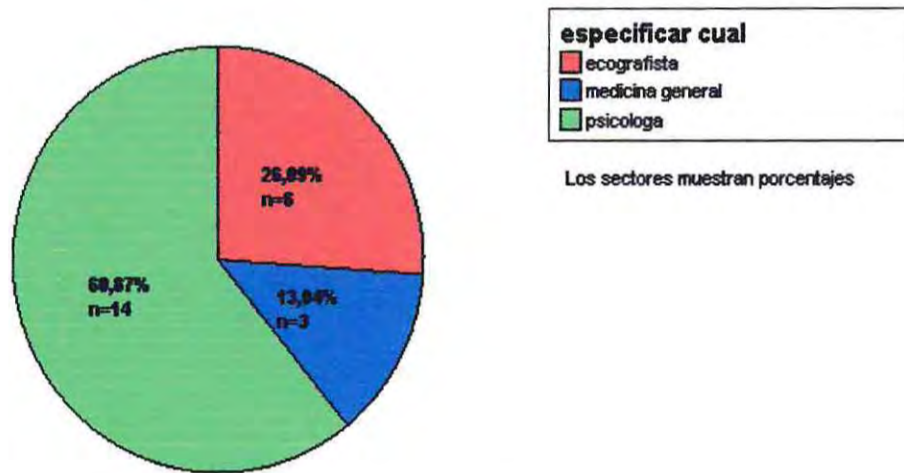


Gráfico N°23 Otros Profesionales

Este punto se refiere a cualquier atención de salud que recibe la usuaria embarazada de parte de cualquier profesional de su respectiva unidad.

De la muestra se infiere que el 23% de las usuarias ha recibido otra atención profesional, mientras que el 77% no ha utilizado otra atención.

De las mujeres que reciben esta atención (23%) se obtiene el siguiente dato: El 60,87% de las encuestadas asiste a la psicóloga de su unidad vecinal. El 26,09% de las encuestadas asiste al ecografista. El 13,04% de las encuestadas asiste a medicina general.

Al analizar esta información por unidad vecinal se obtiene: de las inscritas unidad vecinal N° 29: el 60% asiste a la psicóloga, el 20% a medicina general, y el otro 20% se realiza ecografías en el centro de salud. De las inscritas en la unidad vecinal N° 30: el 50% asiste a la psicóloga, y el 50% asiste al ecografista. De las inscritas en la unidad vecinal N° 31: el 75% asiste a la psicóloga; el 25% asiste a medicina general. Y de las inscritas en la unidad vecinal N° 32: el 58% asiste a la psicóloga, el 33% asiste al ecografista, y el 8% asiste a medicina general.

De estos resultados se infiere que un gran número de mujeres embarazadas (60,87%) asisten a psicóloga debido a que presentan factores de riesgo en su embarazo (rechazo embarazo, violencia intrafamiliar, entre otros) por lo tanto deben seguir un tratamiento acorde a la problemática para asegurar la estabilidad de la madre y su embarazo. Las mujeres inscritas en la unidad vecinal 31 son las que más utilizan la orientación y tratamiento de la profesional, mientras que la unidad vecinal 30 presenta menos casos.

El resto de las mujeres embarazadas se realiza ecografías en el centro de salud (26,09%), y el 73,91% señala que se realiza ecografías de manera particular debido a que consideran regular y mala la atención de este servicio (70%) además de considerar que el tiempo es muy reducido para realizar el examen.

De la muestra estudiada el 13,04% ha asistido a medicina general por presentar alguna molestia de salud particular, controlada debidamente por el profesional ya que una embarazada no puede ingerir cualquier medicamento para no provocar daños en el feto y en la salud de la madre.

5.5 Tiempo de atención profesional y evaluación

5.5.1 Tiempo de atención matrona

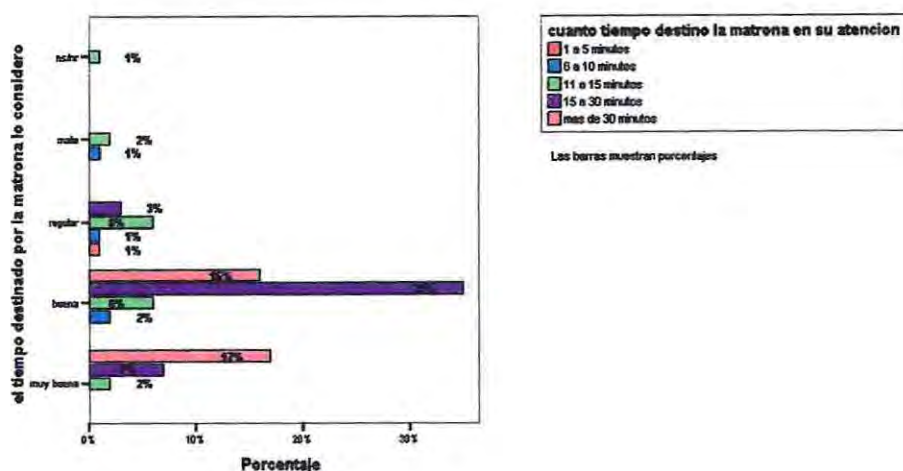


Gráfico N°24 Tiempo y Evaluación Matrona

De la muestra estudiada se obtiene el siguiente resultado:

- Tiempo de atención entre 1 a 5 minutos: 1%, calificando regular el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 6 a 10 minutos: 2%, calificando regular y malo el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 11 a 15 minutos: 15%, calificando malo (2%), regular (6%), bueno (6%), muy bueno (2%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 15 a 30 minutos: 45%, calificando regular (3%), bueno (35%), muy bueno (7%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención más de 30 minutos: 33%, calificando bueno (16%), muy bueno (17%) el tiempo destinado para control.

Claramente el tiempo destinado por la matrona para cada embarazada también depende de las horas diarias de atención y el sobrecupo, además de la puntualidad y responsabilidad de cada paciente de asistir el día y hora indicado. El 78% de las mujeres

señala que la profesional dedica a su atención entre 15 a más de 30 minutos mostrándose satisfechas con el tiempo.

Si se compara tiempo de atención con semanas de embarazo se obtiene lo siguiente:

- Mujeres embarazadas entre 9 a 12 semanas (primer trimestre de gestación) señalan recibir un control de atención más de 30 minutos en un 60%
- Mujeres embarazadas entre 21 a 24 semanas (segundo trimestre de gestación) señalan recibir un control de atención más de 30 minutos en un 45,45%.
- Mujeres embarazadas entre 32 a 36 semanas (tercer trimestre de gestación) señalan recibir un control de atención más de 30 minutos en un 32,00%.

Esto se traduce a que en cada inicio de trimestre de gestación la profesional utiliza adecuadamente el tiempo de atención para informar a la paciente sobre los cambios físicos y el desarrollo fetal, además de dar a conocer ciertas prestaciones correspondientes a las semanas de embarazo.

La matrona es la profesional encargada de realizar el seguimiento del embarazo de las pacientes. A las embarazadas las cita una vez al mes, para controlar su salud y el desarrollo del feto, además de pedir exámenes, realizar consejerías, entre otros servicios. Cabe señalar que el control de ingreso, es decir el primer control que asiste una mujer embarazada (antes de las 20 semanas) debe tener una duración de 40 minutos como máximo ya que se le informa de su ingreso al Programa Chile Crece Contigo, recibe la Guía de gestación y nacimiento, espacio para resolver dudas y consultas, derivación de exámenes, controles a otros profesionales según sea el caso, entrega de leche y respectivo examen físico. Los controles siguientes tienen una duración de 15 a 20 minutos, y a medida que aumentan las semanas de gestación la matrona debe realizar las consejerías correspondientes y entregar información sobre beneficios y prestaciones del programa.

5.5.2 Tiempo de atención asistente social

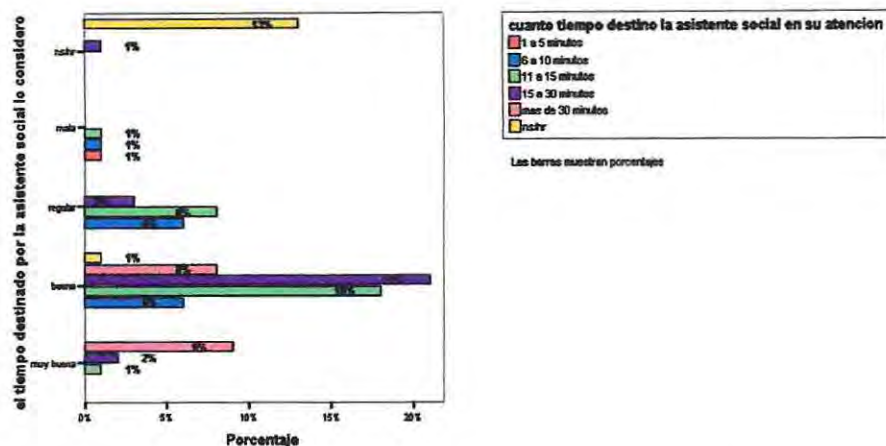


Gráfico N°25 Tiempo y Evaluación Asistente Social

De la muestra estudiada se obtiene lo siguiente:

- Tiempo de atención entre 1 a 5 minutos: 1%, calificando malo el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 6 a 10 minutos: 7%, calificando malo (1%), y regular (6%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 11 a 15 minutos: 28%, calificando malo (1%), regular (8%), bueno (18%), muy bueno (1%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 15 a 30 minutos: 25%, calificando regular (3%), bueno (21%), muy bueno (2%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención más de 30 minutos: 17%, calificando bueno (8%), muy bueno (9%) el tiempo destinado para control.
- El 14% de las mujeres no sabe o no responde a la pregunta.

La asistente social es la profesional encargada de revisar el EPSA (evaluación psicosocial abreviada) aplicado por la matrona, con el fin de ahondar en la problemática en las mujeres evaluadas con riesgo para así activar efectivamente la red de prestaciones

disponibles, además verificar que las mujeres calificadas sin riesgo sea correcto y derivarlas a otras prestaciones.

Es por ello que la atención ideal es de 20 a 30 minutos por paciente, debido a la alta demanda de mujeres citadas, las profesionales atienden una mañana exclusivamente mujeres del sistema para así mejorar la atención.

En el tiempo destinado a la atención, la profesional debe revisar el instrumento EPSA aplicado anteriormente por la matrona, para ingresar definitivamente al sistema Rayen la información de riesgo o no riesgo de cada mujer embarazada. Además debe informar de algunas prestaciones como la obtención de ficha de protección familiar, subsidio maternal, subsidio familiar, entre otros, y realizar las derivaciones correspondientes a cada caso.

Un gran número de pacientes es atendida entre 15 a 30 minutos, tiempo el cual les parece suficiente calificando como buena y muy buena la atención, considerando que es un espacio reducido para resolver dudas y consultas, además de recibir información de prestaciones.

Las profesionales conscientes de esta situación invitan a las usuarias evaluadas sin riesgo a pedir nuevamente una hora por cualquier consulta o duda a lo largo de su período de gestación; mientras que las mujeres evaluadas con riesgo deben asistir cuantas veces sean necesario, además de recibir visitas domiciliarias integrales de parte del equipo de salud.

5.5.3 Tiempo de atención dental

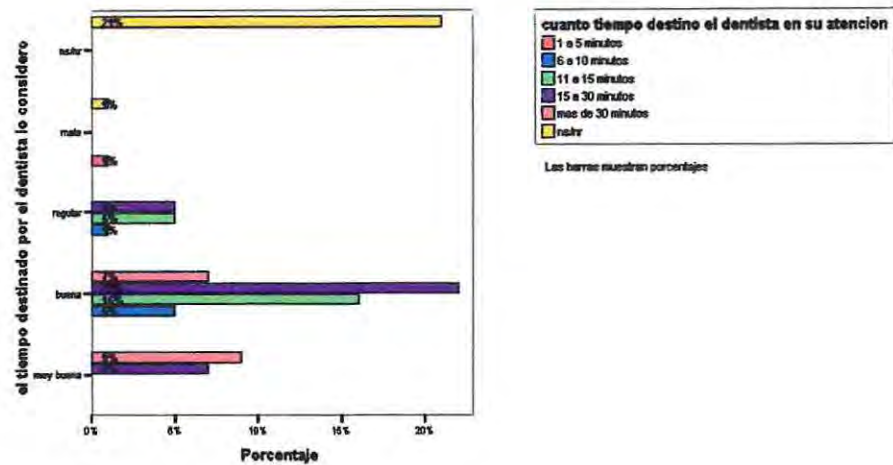


Gráfico N°26 Tiempo y Evaluación Dentista

La atención dental varía según la consulta o tratamiento de cada paciente.

De la muestra estudiada se obtiene lo siguiente:

- Tiempo de atención entre 1 a 5 minutos: 1%, calificando malo el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 6 a 10 minutos: 6%, calificando regular (1%), y bueno (5%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 11 a 15 minutos: 21%, calificando regular (5%), bueno (16%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 15 a 30 minutos: 34%, calificando regular (5%), bueno (22%), muy bueno (7%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención más de 30 minutos: 16%, calificando bueno (7%), muy bueno (9%) el tiempo destinado para control.
- El 22% de las mujeres no sabe o no responde a la pregunta.

Un gran número de encuestadas señala que el control dentista varía entre 15 a 30 minutos calificando como bueno. Como se explicó anteriormente muchas mujeres embarazadas ven el control dental como una oportunidad para mejorar su higiene bucal y mejorar así su calidad de vida, es por ello que es bastante utilizado además de ser bien calificado por parte de las usuarias.

5.5.4 Tiempo de atención nutricionista

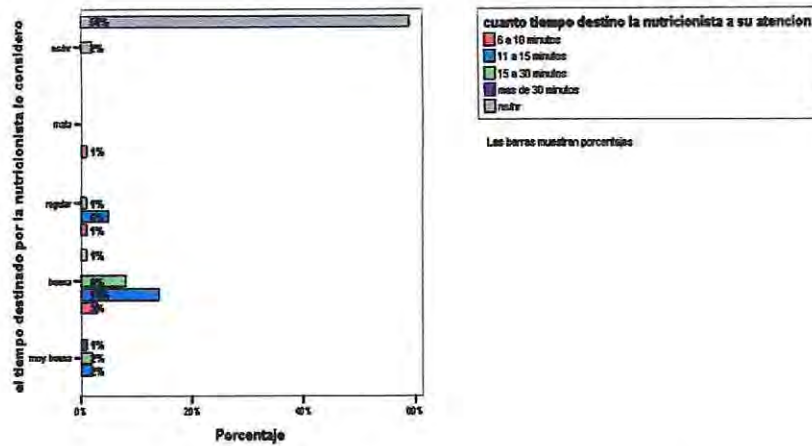


Gráfico N°27 Tiempo y Evaluación Nutricionista

De la muestra estudiada se obtiene lo siguiente:

- Tiempo de atención entre 6 a 10 minutos: 5%, calificando malo, (1%) regular (1%), y bueno (3%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 11 a 15 minutos: 21%, calificando regular (5%), bueno (14%), muy bueno (2%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 15 a 30 minutos: 13%, calificando regular (1%), bueno (8%), muy bueno (2%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención más de 30 minutos: 1%, muy bueno (1%) el tiempo destinado para control.
- El 60% de las mujeres no sabe o no responde a la pregunta.

La nutricionista es la encargada de realizar la consejería de alimentación y entomo saludable de manera integral, de educar a la usuaria para que pueda fomentar y mantener una vida saludable no sólo durante el período de gestación sino también para lo largo de su vida. Como es un control opcional, a excepción de las mujeres calificadas con bajo o sobre peso, las usuarias no utilizan este control a conciencia desaprovechando la oportunidad de perfeccionar sus hábitos para mejorar su calidad de vida. Mayoritariamente la atención

profesional de este servicio se mantiene entre 11 a 30 minutos, pero aún así es calificado como regular en un 33%, básicamente porque consideran que el control debería extenderse a los 20 minutos por paciente.

5.5.5 Tiempo de atención otro profesional

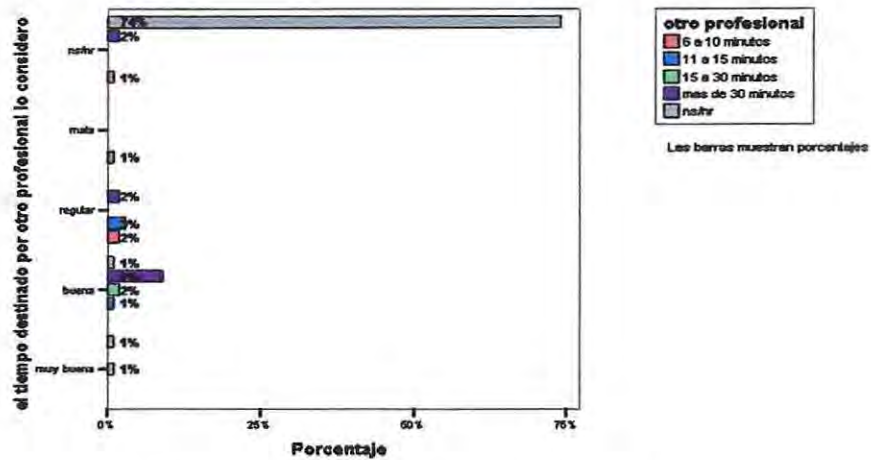


Gráfico N°28 Tiempo y Evaluación Otro Profesional

Las mayores atenciones profesionales extras se concentran en psicóloga, ecografía y medicina general.

De la muestra estudiada se obtiene lo siguiente:

- Tiempo de atención entre 6 a 10 minutos: 4%, calificando malo (1%), regular (2%), bueno (1%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 11 a 15 minutos: 4%, calificando regular (3%), bueno (1%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención entre 15 a 30 minutos: 3%, calificando bueno (2%), muy bueno (1%) el tiempo destinado para control.
- Tiempo de atención más de 30 minutos: 11%, calificando bueno (9%), regular (2%) el tiempo destinado para control.
- El 76% de las mujeres no sabe o no responde a la pregunta.



5.6 Participación en talleres y actividades del Programa.

5.6.1 Taller de preparación al parto y crianza

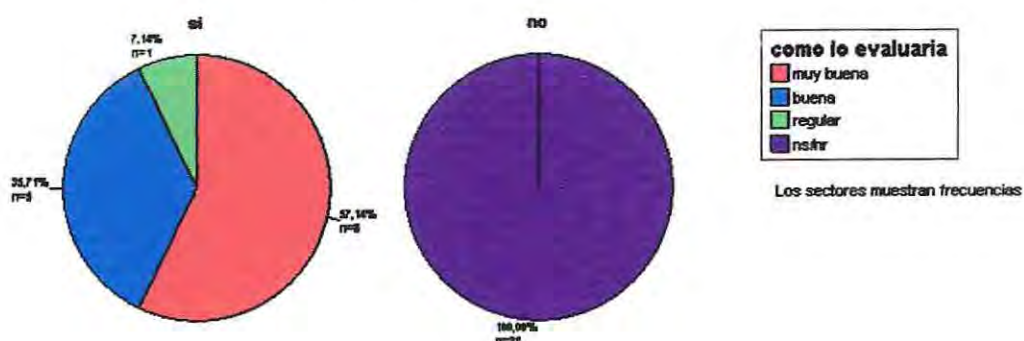


Gráfico N°29 Taller Preparación Parto

De la muestra estudiada respecto a las mujeres que participaron o participan del taller se obtiene lo siguiente: de las 100 mujeres encuestadas, 86 nunca han asistido al taller, mientras que 14 mujeres si asistieron. Llama la atención el bajo número de mujeres que participa del taller de preparación al parto y crianza, debido al tiempo que lleva implementándose en el centro de salud, ya que es una instancia donde las mujeres pueden compartir experiencias con otras madres, resolver dudas con la profesional, practicar ejercicios de relajación, entre otras actividades. Es una actividad educativa para un grupo no mayor a 10 mujeres y sus parejas o acompañantes, que tiene como finalidad, el apoyo cognitivo y emocional durante el embarazo, para aumentar la capacidad de auto cuidado y bienestar emocional, además de fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza durante el puerperio. Las mujeres que han participado y participan actualmente del taller lo evalúan de la siguiente manera: el 57% lo califica como muy bueno; el 35,71% lo califica como bueno; y el 7,14% como regular. En síntesis este taller es muy bien evaluado por parte de las usuarias, pero al mismo tiempo ellas señalan que falta más coordinación e información ya que algunas veces no saben si hay taller o no, si pueden avisarle a otras personas, entre otros.

En el centro de salud familiar, el taller es realizado desde el año 2008 a cargo de una matrona, quien recluta e informa a la comunidad sobre la existencia y modalidad del taller maternal. Este no ha tenido una repercusión a nivel local, debido a que muchas mujeres embarazadas desconocen la existencia del taller; además hay que señalar que durante el

presente año la formación y desarrollo del taller de maternidad se vio afectado debido a la pandemia de gripe humana A (H1N1) que se propagó por todo el mundo desde el mes de mayo a julio aproximadamente, provocando pánico y preocupación por el contagio. Como medidas sanitarias de prevención las mujeres embarazadas son calificadas como grupo de riesgo, al igual que adultos mayores y personas enfermas, por lo tanto se priorizan acciones de protección a estos grupos no exponiéndolos a posibles contagios. En todos los centros de salud y hospitales del país se suspenden las actividades de talleres de preparación al parto y crianza con el fin de proteger a las mujeres embarazadas.



Gráfico N°30 No Participación en Talleres

Respecto a la pregunta ¿Por qué no ha participado del taller de preparación del parto y crianza? Los resultados son los siguientes:

- El 35,37% de las mujeres encuestadas señala que no le acomoda el horario en el que realizan el taller de preparación al parto y crianza.
- El 34,15% de las mujeres encuestadas señala que no sabe que existe el taller de preparación al parto y crianza.
- El 15,85% de las mujeres encuestadas señala que no le interesa participar del taller de preparación al parto y crianza.
- El 14,63% de las mujeres encuestadas señala que no tiene tiempo para participar del taller de preparación al parto y crianza.

Es posible inferir que asistirían más mujeres al taller si este tuviera un horario consensuado entre las participantes ya que la mayoría señala que no puede participar por

ese motivo; los resultados señalan además que la información masiva visual, folletos, boca a boca entre otros no ha dado efectos óptimos ya que otro numeroso grupo de mujeres embarazadas reconoce que no sabía de la existencia del taller.

Claramente existen usuarias que no les interesa ser parte de las actividades del Programa, y otras usuarias que por motivos de salud, trabajo, y familiares no pueden participar del taller.

5.6.2 Taller de promoción activa de padres y familias.

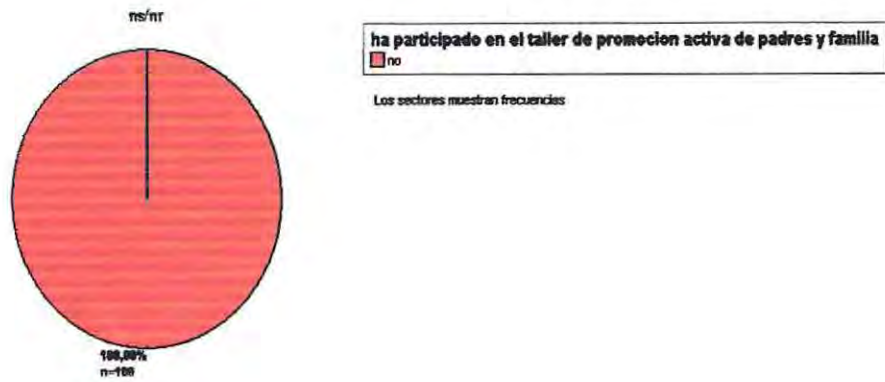


Gráfico N°31 Taller Padres y Familias

Esta pregunta debió realizarse dos veces y planteada de distinta forma ya que las usuarias no conocían el término que se utilizó para formular la pregunta:

1. ¿Usted ha participado del taller de promoción activa de padres y familia?
2. ¿Usted ha asistido a los controles y a otras atenciones con su pareja o alguna persona significativa?

En la muestra estudiada con la primera pregunta se obtuvo el siguiente resultado: el 100% de las encuestadas señala que nunca ha participado ni sabe que existe este taller. Pero al preguntar si durante el proceso de gestación es acompañada por su pareja o padre del bebé, algún familiar y/o amigo o cualquier persona significativa, lo cual se traduce a un 100% que es efectivo, desglosándose en lo siguiente:

- El 45% de las mujeres encuestadas señalan asistir con la pareja a control matrona y ecografías.
- El 27% de las mujeres encuestadas señalan asistir con algún familiar, generalmente su madre, al control matrona y ecografías.
- El 18% de las mujeres encuestadas señalan asistir con un amigo o amiga al control matrona y ecografías.

- El 10% de las mujeres encuestadas señalan asistir con otra persona significativa a control matrona y ecografías.

En esta pregunta ocurren dos hechos significativos: primero que las usuarias desconocen el término de "promoción activa del padre y familia en el proceso de gestación de la madre", que se traduce en la participación de la persona significativa o figura de apoyo durante el embarazo. Esto significa que durante la gestación la mujer necesita contar con una figura de apoyo, quien es quien brinda contención emocional y está atento(a) a las necesidades de la madre, este rol puede asumirlo el padre del bebé, pero en caso que no suceda también puede adoptarlo la madre, padre, hermano(a), tía(o) cualquier familiar o amigo que tenga la confianza de la madre y esté presente durante el proceso de gestación y nacimiento. Es por ello que se entrega educación a la madre y a esta figura de apoyo sobre el proceso de gestación, sus cambios y evoluciones, consejerías de entorno saludable; además esta participación activa del padre o figura significativa se traduce en que pueden asistir tanto a los controles de salud como en el trabajo de parto y nacimiento (adecuaciones horarias para consultas, espacios adecuados para el acompañamiento del padre u otro acompañante significativo durante el período de parto y nacimiento).

A pesar de ser la misma pregunta planteada de diferente manera se evidencia que las usuarias no están relacionadas con el término aún así utilizando la prestación, lo que se relaciona con el regular y bajo grado de conocimiento que tienen sobre el Programa del cual son parte y participan en actividades sin conciencia de ello. Esto inevitablemente perjudica el óptimo desarrollo del programa ya que las usuarias no están recibiendo correctamente la información, no existe educación sobre el uso y buen uso de las instancias que se ofrecen de participación e intervención para mejorar la calidad de vida de mujeres embarazadas y favorecer así la protección a la primera infancia.

5.6.3 Visita domiciliaria integral.



Gráfico N°32 Visita Domiciliaria Integral

Se consultó a las mujeres si durante el período de gestación fueron visitadas por el equipo de salud, específicamente matrona-asistente social y se obtiene el siguiente resultado: de las 100 mujeres embarazadas, 42 han sido visitadas por presentar algún factor de riesgo, mientras que 58 nunca han participado de esta actividad.

De las mujeres que recibieron visita domiciliaria integral se infiere lo siguiente:

- El 9,52% de las usuarias califica como muy buena la visita domiciliaria.
- El 76,19% de las usuarias califica como buena la visita domiciliaria.
- El 11,90% de las usuarias califica como regular la visita domiciliaria.
- El 2,38% no sabe o no responde a la pregunta.

El 85,71% de las mujeres encuestadas califica esta visita como buena y muy buena, básicamente porque la realiza un equipo compuesto por la matrona quien se encarga del diagnóstico físico, y la asistente social que realiza un diagnóstico social de la usuaria, por lo tanto es fundamental haber aplicado correctamente el EPSA para verificar en terreno la realidad de éste y poder así aplicar los conductos regulares de cada prestación. Por lo tanto esta actividad ha sido fundamental a la hora de detectar las características de los factores de riesgo involucrados, ya que se da la posibilidad de evaluar a la mujer embarazada y a su núcleo familiar y de cómo este interviene en el proceso de gestación, evaluando cuan positiva o negativa es la situación para la usuaria y su bebé.

5.7 Otros beneficios y prestaciones que asegura el Programa.

5.7.1 Información sobre atención personalizada en el parto.



Gráfico N°33 Información Atención Personalizada del Parto

De las 100 mujeres encuestadas el 24% de ellas recibió esta información de parte de la matrona de su unidad vecinal, mientras que el 76% de las mujeres no está informada sobre este tema.

Cabe señalar que según semanas de gestación y la información de esta prestación es la siguiente:

- Las mujeres embarazadas entre 9 a 16 semanas no han recibido esta información.
- El 5% de las mujeres embarazadas entre 17 a 20 semanas recibieron esta información.
- Mientras que las mujeres embarazadas entre 29 a 36 semanas concentran un 59,57%, es decir han recibido la información.

Como parto personalizado se entiende a la permanencia de una matrona con una gestante en forma exclusiva desde el ingreso a la unidad de prepartos, asistencia del parto y puerperio inmediato, donde se respetan las necesidades afectivas y emocionales de la madre, el recién nacido y la familia (Organización mundial de la Salud). Los objetivos de "humanizar el parto" son: priorizar a la gestante como eje de atención ya que ella es la protagonista del evento; conectar a la pareja y/o familia en este período; disminuir la

ansiedad y el miedo de la gestante durante el parto; respetar las preferencias y cultura de las mujeres a la hora de tomar posición para el parto; estimular el apego del bebé con la madre desde el primer momento de vida.

Se infiere que las mujeres prontas a finalizar su embarazo han sido en su mayoría informadas de esta prestación, donde la matrona indica las características más relevantes de lo que significa "humanizar el parto" en comparación a las prácticas anteriores que se realizaban en los servicios de salud. Hace 4 años atrás aproximadamente las mujeres que ingresaban al sistema público de salud no recibían ningún tipo de consideración a la hora de dar a luz, ya que eran pacientes de todos los médicos de turno y estudiantes en práctica del centro de salud, lo que provocaba que la madre no tuviera ningún espacio de intimidad y tranquilidad durante el pre parto y parto. Es por ello que el programa busca preservar la dignidad de la mujer dando atención personal, adecuada a la situación de parto, otorgando no sólo un mejor servicio sino también respeto a uno de los momentos más trascendentales en la vida de una mujer. Cabe señalar que esta prestación es de carácter universal, es decir todas las mujeres insertas en el programa tienen derecho a acceder a él.

5.7.2 Información sobre alternativas de anestesia durante el parto y preparto.

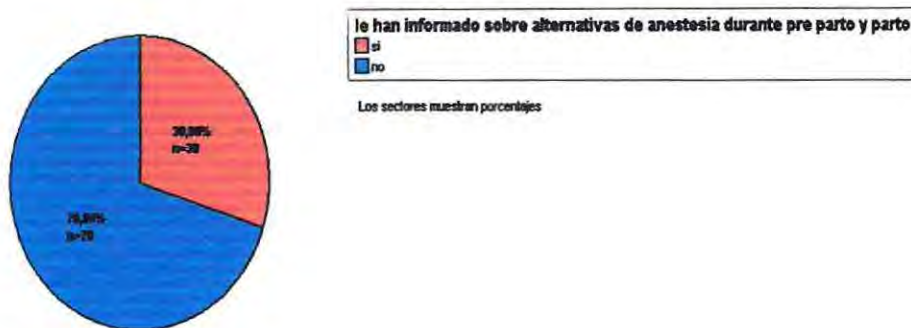


Gráfico N°34 Alternativas de Anestesia

De las 100 mujeres encuestadas, el 30% de ellas ha sido informada de esta alternativa, mientras que el 70% no ha sido informada. En relación a las semanas de embarazo y haber recibido esta información se obtiene lo siguiente:

- Las mujeres embarazadas entre 9 a 16 semanas de embarazo no han recibido esta información.
- El 10% de las mujeres que tienen entre 17 a 20 semanas de gestación han recibido esta información.
- Mientras que el 44% de las mujeres embarazadas entre 32 a 36 semanas han sido informadas de esta prestación.

Afin a los resultados anteriores, las mujeres que tienen más de 32 semanas de gestación han sido informadas sobre la existencia de alternativa de anestesia para el trabajo de pre parto y parto, lo que coincide que ambas prestaciones que corresponden al momento de dar a luz son oportunamente dadas a conocer a las usuarias, con las características y condiciones de acceder al beneficio, con el propósito de educar a la beneficiaria a conocer íntegramente de los procesos de los cuales serán parte. Cabe señalar que esta prestación es de carácter universal, es decir todas las mujeres insertas en el programa tiene derecho a acceder a él.

5.7.3 Información sobre reforzamiento del control de salud del niño/niña.

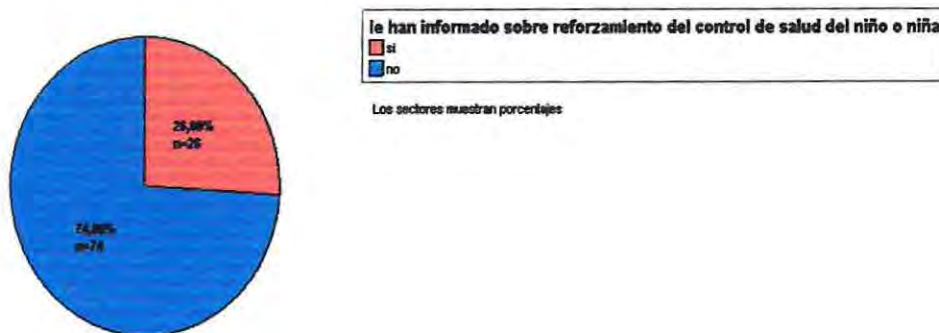


Gráfico N°35 Reforzamiento Control de Salud

De las 100 mujeres encuestadas, el 26% de las usuarias ha sido informada del reforzamiento del control, mientras que el 74% de las usuarias no conoce esta información. En relación a las semanas de embarazo se infiere lo siguiente:

- Las mujeres embarazadas entre 9 a 16 semanas no han recibido esta información, mientras que el 36,36% de las mujeres señala conocer el tema y tiene de 21 a 28 semanas de gestación.
- Las mujeres embarazadas entre 32 a 36 semanas, un 32% señala haber recibido esta información durante el control con su matrona,

El control de salud es realizado por pediatra o enfermera del centro de salud, desde el momento en que nace el niño hasta los 6 años de edad. El reforzamiento de este control tiene especial énfasis durante los dos primeros años de vida, y este consiste en entregar material educativo para la familia sobre desarrollo infantil temprano, talleres y actividades.



5.7.4 Información sobre salas cunas y jardines infantiles gratuitos

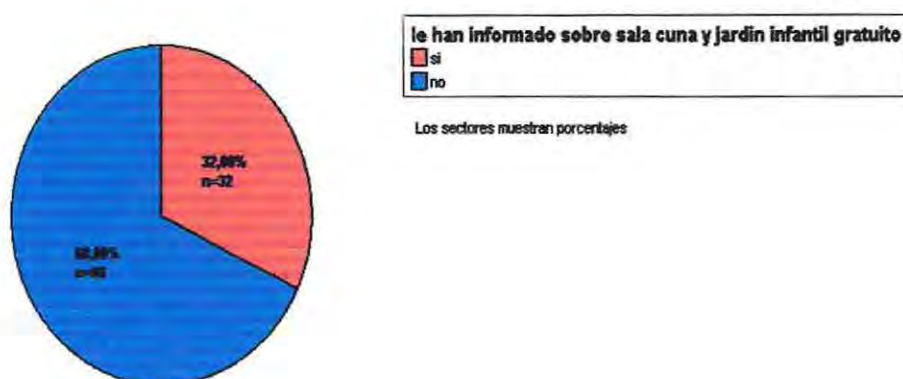


Gráfico N°36 Sala Cuna y Jardín Infantil

De las 100 mujeres encuestadas, el 32% de las usuarias señalaron haber recibido la información, mientras que el 68% desconoce la información. En relación a semanas de embarazo se infiere lo siguiente:

- El 20% de las mujeres embarazadas entre 9 a 20 semanas señalan haber recibido esta información.
- El 63,64% de las mujeres embarazadas entre 21 a 24 semanas señalan haber recibido esta información,
- El 24% de las mujeres embarazadas entre 32 a 36 semanas señalan haber recibido esta información.

Cabe señalar que esta prestación es diferenciada ya que es para mujeres y niños que presentan vulnerabilidad y estos son los que forman parte de hogares del 40% de menores recursos. El programa asegura disponibilidad de sala cuna y jardín infantil para todos los niños y niñas de hasta 4 años de edad y cumplan con los requisitos: contar con 11.734 puntos en la Ficha de Protección Social, y que la madre o adulto responsable del niño deba trabajar, buscar trabajo o estudiar.

En este caso, esta información ha sido entregada por la asistente social de cada unidad vecinal, y se ha entregado desde el primer control y semanas de embarazo. A

diferencia de las prestaciones anteriores esta información debe darse con anticipación ya que cuenta con requisitos como lo es la aplicación y actualización de la ficha de protección social. Además la asistente social es la profesional apropiada para entregar este tipo de información debido a que conoce los establecimientos de la zona, salas cunas y jardines infantiles pertenecientes a la Junta nacional de jardines infantiles y de la fundación integra, establecimientos gratuitos y preparados para ejecutar los propósitos del programa.

5.7.5 Ayudas técnicas en caso de que el niño/niña nazca con discapacidad.

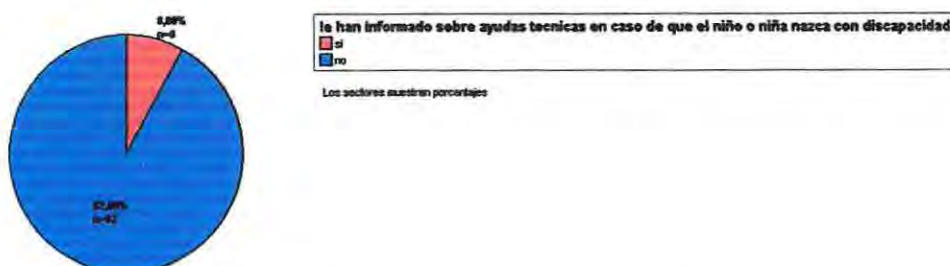


Gráfico N°37 Técnicas Nacimiento con Discapacidad

De las 100 mujeres encuestadas, el 8% de las usuarias señalaron haber recibido esta información, mientras que el 92% señala no haber recibido la información. En relación a las semanas de embarazo se infiere lo siguiente:

- Las mujeres embarazadas entre 9 a 16 semanas y de 25 a 28 semanas señalan no haber recibido esta información.
- El 21,43% de las mujeres embarazadas entre 29 a 32 semanas han recibido esta información.
- El 4% de las mujeres embarazadas entre 32 a 36 semanas han recibido esta información.

Es un implemento de apoyo diferenciado que utilizan aquellos niños y niñas que presentan alguna dificultad en su desarrollo para favorecer su capacidad de desenvolverse. Por ejemplo, audífonos, sillas de ruedas, elementos para la escuela o para la vida diaria que facilitan la alimentación o la higiene personal, entre otros. Está dirigido a todo niño o niña entre los 0 y 6 años que presente un retraso o alteración en su desarrollo físico, auditivo, visual o mental y necesite ayuda temporal o definitiva para superarlo (Fondo Nacional de la Discapacidad). Esta prestación también es diferenciada ya que el niño o niña debe pertenecer a los hogares del 40% más vulnerable, además debe atenderse en servicio público (centro de salud familiar, jardín infantil o escuela), donde el profesional de salud debe indicar la ayuda técnica que el niño/niña debe recibir y la asistente social se encarga de redactar un informe social y tramitar la ayuda técnica correspondiente en FONADIS, además de dar toda la información necesaria a la madre. Esta prestación ha sido dada a conocer parcialmente, las mujeres que tienen menos de 28 semanas no han sido informadas de este

beneficio, mientras que la mayoría de las mujeres embarazadas informadas se concentra en el inicio del segundo trimestre, y a diferencia de las prestaciones anteriores esta no ha sido informada durante las últimas semanas de embarazo, o solo se hace parcialmente con el fin de no sembrar algún temor o preocupación temprana a las madres que van a dar a luz, pero se estimula con folletos informativos, ya que de todas maneras es importante dar a conocer todos los beneficios.

5.7.6 Subsidio único familiar

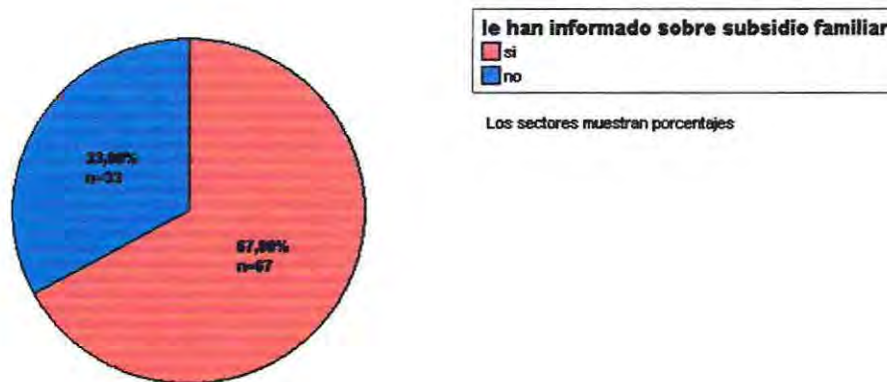


Gráfico N°38 Subsidio Único Familiar

De las 100 mujeres encuestadas, el 67% de las usuarias señalan haber recibido esta información, mientras que el 33% de las usuarias no ha recibido esta información. En relación a las semanas de embarazo se infiere lo siguiente:

- El 60% de las mujeres embarazadas entre 9 a 12 semanas han sido informadas de este beneficio.
- El 40% de las mujeres embarazadas entre 13 a 20 semanas han sido informadas de este beneficio.
- El 35% de las mujeres embarazadas que inician el segundo trimestre de gestación han sido informadas.
- Mientras que el 24% de las mujeres embarazadas entre 32 a 36 semanas han sido informadas del beneficio.

Es un aporte equivalente a la asignación familiar, que se entrega, por cada carga familiar, a mujeres de escasos recursos que no tienen previsión. La mujer beneficiada además tiene derecho, en forma gratuita, a atención y prestaciones médicas preventivas, curativas y odontológicas, en el consultorio de salud que le corresponde. El beneficio termina el 31 de diciembre del año en que la carga familiar (hijo, hija, nieto, nieta) que originó el subsidio, cumple 18 años de edad. La mujer debe demostrar que sus cargas familiares (hijos propios, adoptivos, huérfanos, etc.), hasta los 8 años de edad, participan en los programas de atención infantil del Ministerio de Salud. La institución responsable de entregar este beneficio es el Instituto de normalización previsional (INP). El monto del subsidio mensual a contar del 1 de julio del presente año corresponde a \$ 6.500 por causante SUF y \$13.000 para discapacitados e inválidos de cualquier edad.

Este beneficio es informado por la asistente social de cada unidad vecinal, donde explica las características y requisitos para acceder a este beneficio, y la matrona es la encargada de extender el certificado médico que comprueba los 5 meses de gestación de la usuaria. A diferencia de las prestaciones anteriores, esta también es informada desde las primeras semanas de embarazo por la asistente social, con el fin de mantener al tanto de los beneficios de tipo económico a las usuarias que más lo necesitan. Aunque no todas las usuarias cumplen el requisito, es el beneficio más consultado por ellas, debido que consideran necesario e importante una ayuda económica durante esta etapa.

5.7.7 ¿Qué le parece que existan estos beneficios para proteger la maternidad?



Gráfico N°39 Percepción de Beneficios

De las 100 mujeres encuestadas el 41% considera muy bueno que existan este tipo de beneficios y prestaciones; el 56% considera buena la iniciativa, mientras que el 3% no sabe o no responde a la pregunta.

5.8 Infraestructura Centro de salud Familiar.

5.8.1 Sala de espera

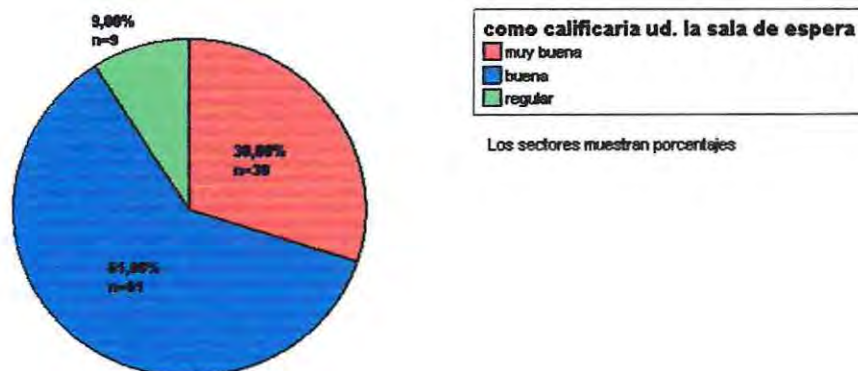


Gráfico N°40 Calificación Sala de Espera

La muestra estudiada indica lo siguiente: el 30% la califica como muy buena, el 61% la califica como buena y el 9% la califica como regular. Más del 90% de las mujeres considera que la infraestructura de la sala de espera es muy buena y buena, señalando que es un lugar cómodo y apropiado para aguardar la hora de atención profesional. Son confortables, con calefactor, limpias, iluminadas y espaciosas para atender a la gran cantidad de público día a día.

El centro de salud cuenta con 2 pisos de infraestructura, en los cuales tiene 5 espacios utilizados como sala de espera: tres en el primer piso (sector amarillo) para ecografías, exámenes, vacunatorio, farmacia, y atención de unidad 29 (sector verde); mientras que el segundo piso es para atención de pacientes de unidades 30, 31 (sector azul), 32 y 50 (sector rosa). Todas cuentan con sillas, televisor y diarios murales informativos.

5.8.2 Box de atención



Gráfico N°41 Calificación Box de Atención

La muestra estudiada indica lo siguiente: el 19% de las usuarias califica el box de atención como muy bueno, el 67% lo califica como bueno, el 8% lo califica como regular, el 1% lo califica como malo, mientras que el 5% no sabe o no responde la pregunta. El 86% de las mujeres embarazadas consideran entre muy bueno y bueno la calidad del box de atención, y el 9% lo califica entre regular y malo. Una gran mayoría de mujeres considera que el box de atención es de buena calidad, argumentando que es un lugar cómodo, de espacio considerable para la atención, y que asegura confidencialidad, además de estar limpios y bien iluminados.

El box de atención es la sala disponible por el equipo médico para atender a los usuarios/as en las distintas especialidades. El segundo piso cuenta con dos box de medicina general y uno correspondiente a matrona, dentista, nutricionista, enfermera, psicóloga y asistente social más sala multiuso, tanto el sector azul como el sector rosa, mientras que el primer piso correspondiente al sector amarillo cuenta con box de vacuna, curaciones, entrega de leche y farmacia. El sector verde cuenta con la misma cantidad de box que el segundo piso, más el box de ecografías.

5.8.3 Baños públicos.

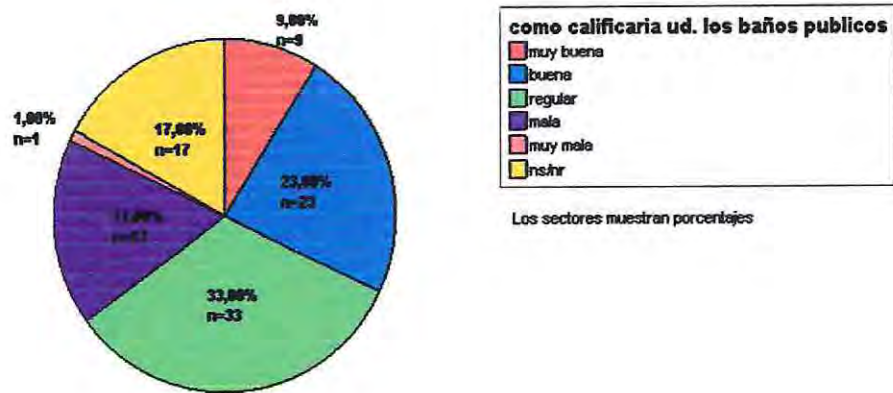


Gráfico N°42 Calificación Baños Públicos

La muestra estudiada indica lo siguiente: el 9% de las mujeres califica el baño público como muy bueno, el 23% lo califica como bueno, el 33% lo califica como regular, el 17% lo califica como malo, el 1% lo califica como muy malo, mientras que el 17% no sabe o no responde la pregunta.

El 32% de las mujeres embarazadas califican el uso del baño público como muy bueno y bueno, y el 50% de las usuarias lo considera regular y malo. Esto se debe a que consideran que no hay mantención de los baños públicos, pero esta responsabilidad no recae en el personal de aseo, sino en las mismas usuarias y usuarios, que son las personas que lo mal utilizan, no manteniendo limpieza y orden, lo que perjudica a toda la comunidad de pacientes, se agrega también que un gran número de usuarias utiliza el baño para minusválidos, dejándolos en mal estado e inutilizable a la hora de que una usuaria/o discapacitado/a desea utilizarlo. El personal de aseo toma medidas como pegar carteles que indican el buen uso del baño, pero solo algunos usuarios/as toman la advertencia.

El centro de salud familiar cuenta con 3 baños públicos, uno en el primer piso y dos en el segundo piso. Ello se divide para hombres y mujeres, como también para personas con algún tipo de discapacidad, además de mudadores.

5.8.4 Sala de taller maternidad.

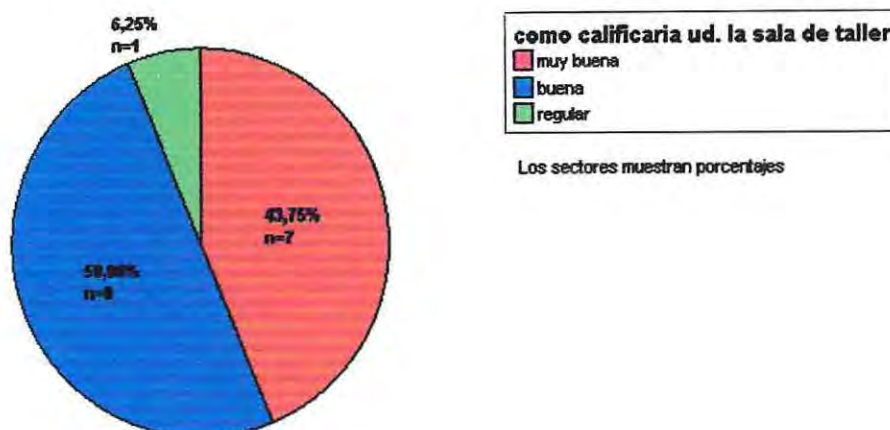


Gráfico N°43 Calificación Taller de Maternidad

Esta pregunta la contestaron las mujeres que asisten o han asistido al dicho taller, de ello se infiere lo siguiente: el 43,75% de las mujeres embarazadas la califica como muy buena, el 50% de las mujeres la califica como buena, y el 6,25% la califica como regular. La sala donde se realiza el taller de preparación al parto y crianza se ubica en el primer piso del centro de salud familiar, esta cuenta con colchonetas, pelotas, frazadas, equipo de radio y todos los implementos necesarios para la realización del taller.

Un 93,75% de las usuarias califica como buena y muy buena la sala de taller, básicamente porque consideran el espacio un lugar cómodo, acogedor y que cuenta con los implementos necesarios para los objetivos de cada sesión. Además de ser un espacio bien mantenido, limpio, con ventanales y baño accesible, además de encontrarse bien ubicada ya que está en el primer piso, evitando que las embarazadas suba y bajen con frecuencia las escaleras.

5.9 Recursos materiales

5.9.1 Información visual y/o folletos

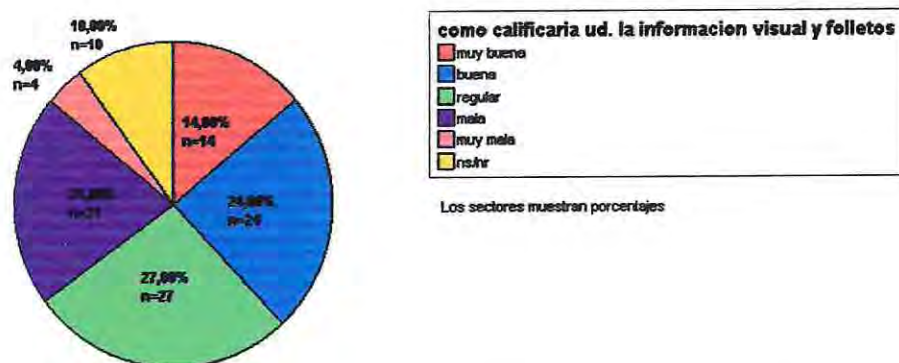


Gráfico N°44 Calificación Información Visual y/o Folletos

De la muestra estudiada se infiere el siguiente resultado: el 14% de las mujeres embarazadas considera que la información visual y folletos que entrega el centro de salud con respecto a información del programa es muy bueno; el 24% de las mujeres embarazadas califica como bueno; el 27% de las mujeres califica como regular; el 21% de las mujeres califica como mala; el 4% de las mujeres califica como muy mala, mientras que el 10% no sabe o no responde a la pregunta. El 38% de las mujeres encuestadas evalúa como muy buena y buena la información visual y folletos existentes, mientras que el 52% de las mujeres la considera entre regular, mala y muy mala. Esta evaluación, mayoritariamente disconforme, se debe a que señalan que la ubicación del panel mural no es la adecuada, aunque se encuentre en el sector de ecografías, ya que queda justamente atrás de los asientos de la sala de espera, por lo tanto es difícil acceder a leer la información sin que otras personas se crucen o estén sentadas ahí. En cambio los paneles ubicados en el segundo piso, son más vistosos y fáciles de acceder por la vista, pero son utilizados para otras informaciones, o simplemente están vacíos. Respecto a los folletos, estos son entregados por el equipo de salud que controla a la embarazada, y suelen ser repetitivos en información, por lo que muchos de estos terminan en el suelo, o en el mesón de la entrega de leche.

La información visual corresponde a los paneles murales ubicados dentro del centro de salud y contienen información específica del programa, sus características y beneficios

principales, además de consejos prácticos y los horarios del taller de preparación al parto y crianza. Los folletos consisten en impresos de varias hojas que sirven como instrumento informativo, este es utilizado para promocionar la nueva leche "Purita mamá" y algunos beneficios del programa y puede ser entregado por cualquier profesional del equipo de salud.

5.9.2 Implementación del box de atención.

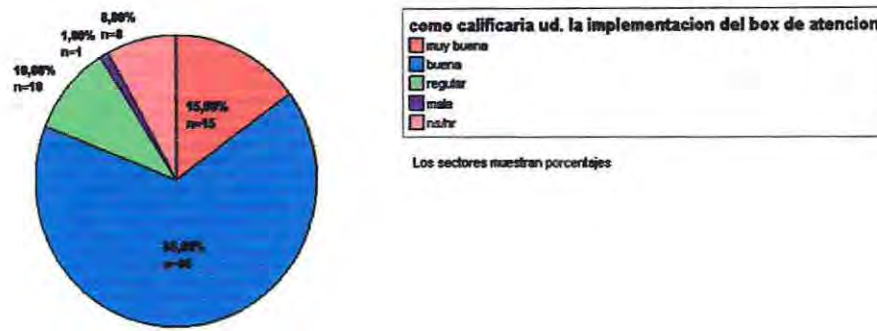


Gráfico N°45 Calificación Box de Atención

De la muestra estudiada se obtiene lo siguiente: el 15% de las mujeres embarazadas evalúa la implementación del box como muy buena; el 66% de las mujeres lo califica como bueno; el 10% lo califica como regular; el 1% lo califica como mala; el 8% no sabe o no responde a la pregunta. El 81% de las mujeres evalúa la implementación del box como muy buen y buena ya que consideran óptima la utilización del espacio del box médico y como se implementa para cada atención.

Esto se refiere a los materiales que se encuentran en el box a la hora de la atención profesional, es decir que cuente con camilla, una silla, dispensador de alcohol gel, y otros implementos según el área de atención. El box de matrona debe contener un biombo y camilla ginecológica, pesa, aparato para escuchar los latidos del corazón del bebé e instrumentos para aplicación de exámenes como el Papanicolaou. Mientras que los box de asistente social y psicóloga deben básicamente contar con sillas. El box dental es el más amplio ya que tiene dos camillas especiales. Toda esta implementación permite dar una atención de calidad por parte de los profesionales.

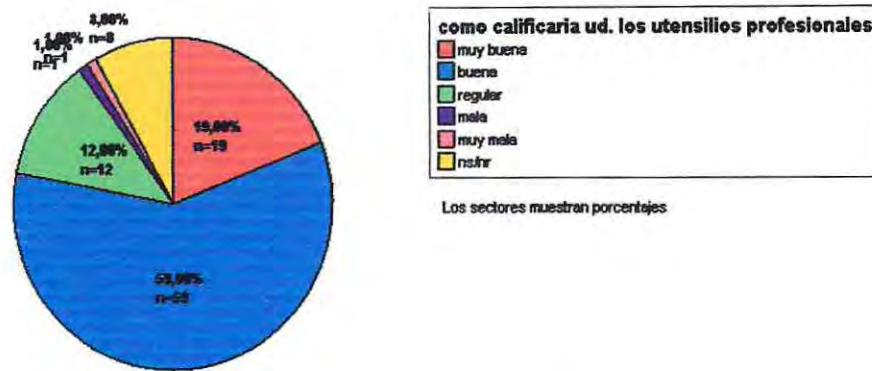


Gráfico N°46 Calificación Utensilios Profesionales

A esto se suma la calificación de los utensilios profesionales, donde las mujeres embarazadas lo evalúan de la siguiente manera: el 19% de las usuarias califica como muy bueno los utensilios profesionales; el 59% lo califica como bueno; el 12% lo califica como regular; el 1% lo califica como malo y 1% como muy malo; mientras que el 8% no sabe o no responde a la pregunta.

5.10 Ficha de protección social.

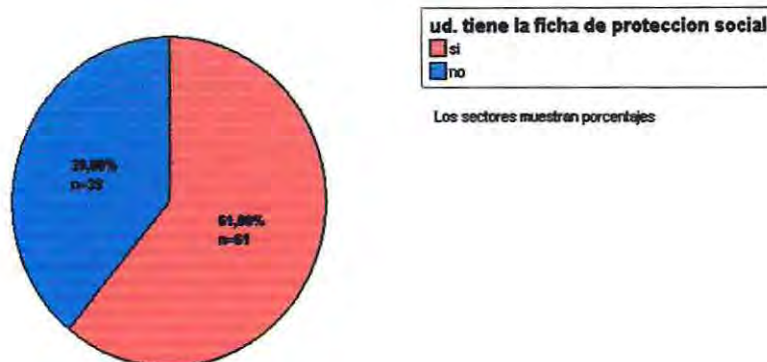


Gráfico N°47 Ficha de Protección Social

De las 100 encuestadas se obtiene el siguiente resultado el 61% de las mujeres embarazadas tiene ficha de protección social, mientras que el 39% de las mujeres no tiene la ficha de protección social.

La ficha de protección social (FPS) es una herramienta de medición de pobreza para postular a los beneficios sociales del Estado. Esta se basa en la concepción dinámica de la pobreza o vulnerabilidad entendida como la situación de riesgo de estar en pobreza (como un hecho presente o potencial), reemplaza a la ficha CAS 2 que se inspiraba en la noción de carencias (necesidades básicas insatisfechas) recogiendo una concepción estática de la pobreza que clasifica horarios y personas según los ingresos. Las variables a utilizar en la Ficha de Protección Social pertenecen a tres tipos de categoría: por una parte, aquellas relacionadas con los recursos económicos; por otra, las que miden las necesidades de las familias; y en tercer lugar, las relacionadas con los riesgos que enfrentan las familias. (Ministerio de Planificación, MIDEPLAN).

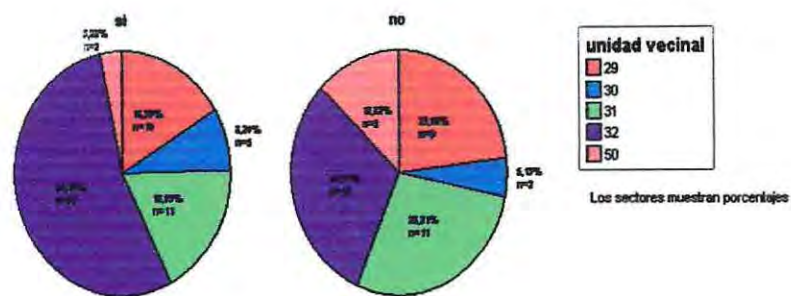


Gráfico N°48 Ficha de Protección Social v/s Unid. Vecinal

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen las mujeres que tiene ficha se obtiene:

- El 54% de las mujeres embarazadas que posee ficha de protección social pertenece a la unidad vecinal 32.
- El 18,03% de las mujeres embarazadas que posee ficha de protección social pertenece a la unidad vecinal 31.
- El 16,39% de las mujeres embarazadas que posee ficha de protección social pertenece a la unidad vecinal 29.
- El 8,20% de las mujeres embarazadas que posee ficha de protección social pertenece a la unidad vecinal 30.
- El 3,28% de las mujeres embarazadas que posee ficha de protección social pertenece a la unidad vecinal 50.



Gráfico N°49 Ficha de Protección Social v/s Ingreso Familiar

Según el ingreso familiar de cada mujer que posee la ficha de protección social, se infiere:

- El 40,98% de las mujeres que tienen ficha de protección social se encuentra dentro del rango \$150.000 - \$300.000
- El 34,43% de las mujeres que tienen ficha de protección social se encuentra dentro del rango \$300.000 - \$400.000
- El 19,67% de las mujeres que tienen ficha de protección social se encuentra dentro del rango \$0 a \$150.000.



Gráfico N°50 Ficha de Protección Social v/s Estado Civil

En relación al estado civil de las mujeres embarazadas que poseen la ficha de protección social se obtiene: El 80,33% de las mujeres embarazadas son solteras; el 18,03% de las mujeres embarazadas son casadas; el 1,64% de las mujeres embarazadas son separadas.

Las personas que poseen la ficha de protección social tienen la posibilidad de acceder a una serie de programas y beneficios en post de mejorar su calidad de vida y la de sus familias. Se detallan a continuación, en los siguientes análisis:

5.10.1 Subsidio familiar

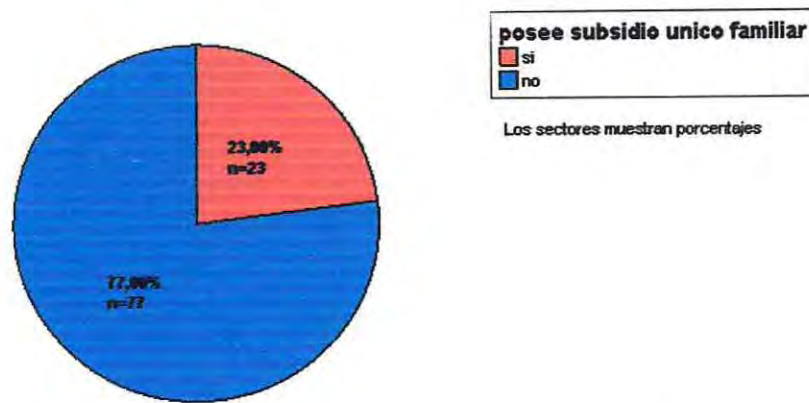


Gráfico N°51 Subsidio Familiar

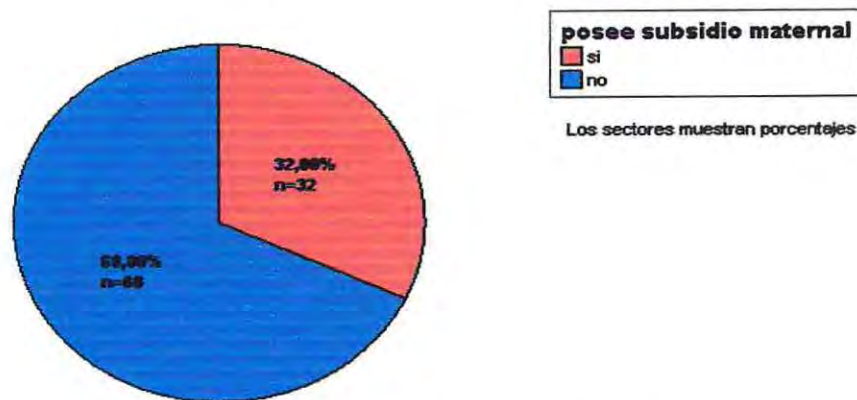


Gráfico N°52 Subsidio Maternal

De las 100 mujeres encuestadas el 55% de las mujeres embarazadas tiene el subsidio familiar, donde el 23% de ellas cobra el dinero por uno o más hijos, y el 32% recibe subsidio maternal desde el quinto mes de gestación.

El Subsidio Único Familiar (SUF) es el beneficio equivalente a la Asignación Familiar en su primer tramo, para personas de escasos recursos que no pueden acceder a este beneficio por no ser trabajadores dependientes afiliados a un sistema previsional. El SUF, que se reajusta anualmente en el 100% de la variación experimentada por el IPC, tiene un

valor que corresponde a \$6.500 a contar del 1º de julio del 2009. Está destinado a jóvenes hasta los 18 años de edad y personas discapacitadas de cualquier edad que vivan a expensas del beneficiario; madres de menores que vivan a sus expensas, por los cuales perciban SUF; mujeres embarazadas; personas con deficiencias mentales a que se refiere la Ley N° 18.600 de cualquier edad, que no sean beneficiarios de subsidio de discapacidad mental, inválidos de cualquier edad. Para acceder a este beneficio se debe tener un puntaje menor o igual a 11.734 puntos en la Ficha de Protección Social (esto implica pertenecer al 40 % de la población más vulnerable) y la institución responsable de este beneficio es el municipio de cada comuna.

5.10.2 Chile solidario



Gráfico N°53 Chile Solidario

De las 100 mujeres encuestadas se obtiene el siguiente resultado, el 9% de las mujeres embarazadas pertenece a Chile solidario, mientras que el 91% de las mujeres señala no pertenecer a este sistema.

Chile Solidario es el componente del Sistema de Protección Social que se dedica a la atención de familias, personas y territorios que se encuentran en situación de vulnerabilidad cuyo objetivo es promover su incorporación a las redes sociales y su acceso a mejores condiciones de vida. Fue creado por la Ley N° 19.949 de 2004, durante el gobierno de Ricardo Lagos. La administración, coordinación, supervisión y evaluación del sistema corresponde al Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN).

El sistema considera acciones y prestaciones para familias y personas en situación de extrema pobreza, que consisten en apoyo psicosocial, acceso al subsidio familiar (de la Ley N° 18.020), a las pensiones asistenciales (del Decreto Ley N° 869, de 1975), al subsidio al pago de consumo de agua potable y de servicio de alcantarillado de aguas servidas (de la Ley N° 18.778), y al subsidio pro retención escolar (de la Ley N° 19.873), sin perjuicio del acceso preferente a otras acciones o prestaciones que se implementen o coordinen a través de "Chiles Solidario". (Ministerio de Planificación, MIDEPLAN).

5.10.3 Programa Puento

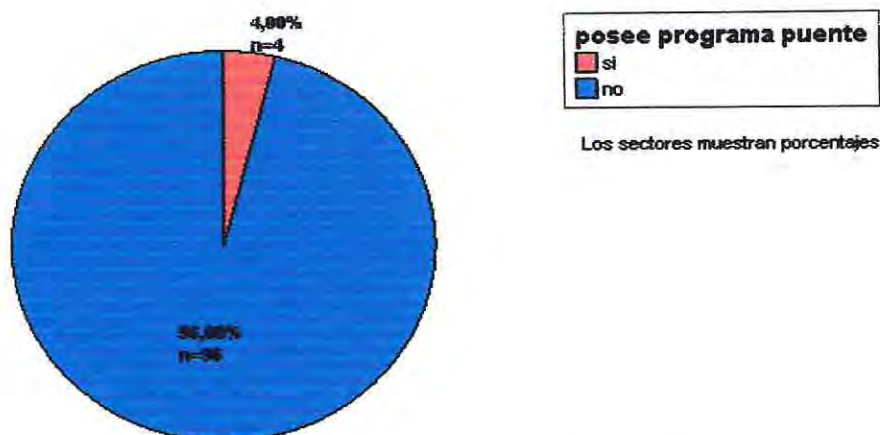


Gráfico N°54 Programa Puento

De las 100 mujeres encuestadas se obtiene el siguiente resultado, el 4% de las mujeres embarazadas pertenecen al Programa Puento, mientras que el 96% señala no pertenecer a este programa.

Es uno de los programas de entrada al Sistema de Protección Social Chile solidario y que ofrece apoyo psicosocial personalizado en el domicilio de las familias más vulnerables, de acuerdo a una metodología de intervención integral y familiar dirigida a que las familias logren un conjunto de 53 condiciones mínimas de calidad de vida agrupadas en 7 dimensiones: identificación, salud, educación, dinámica familiar, habitabilidad, trabajo, ingresos.

Este programa está dirigido a familias que se encuentran en situación de extrema pobreza o en el 5% de mayor vulnerabilidad. Este beneficio no se solicita ya que las Municipalidades, a través de las Unidades de Intervención Familiar contactan a las familias en su domicilio, en estricto orden de prelación de acuerdo al puntaje de la familia en la Ficha de Protección Social y las invitan a participar del programa. Para estos las familias deben tener un puntaje igual o inferior a 4.213 en la Ficha de Protección Social.

5.10.4 Subsidio de vivienda.

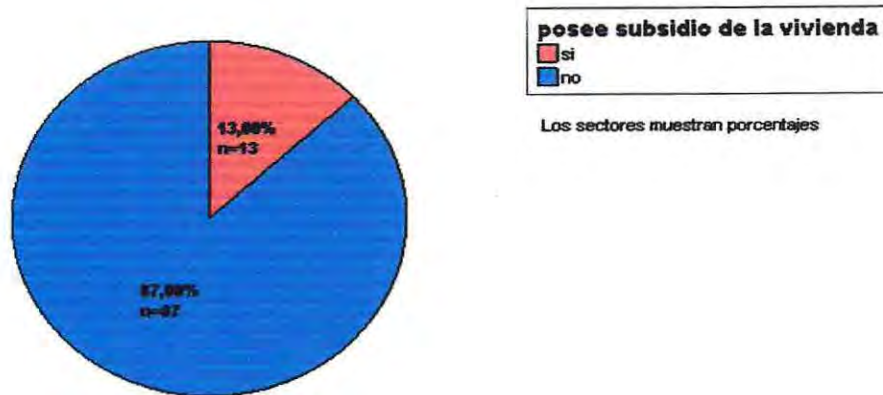


Gráfico N°55 Subsidio Vivienda

De las 100 mujeres encuestadas se obtiene el siguiente resultado, el 13% de las mujeres embarazadas señala poseer algún tipo de subsidio de vivienda, mientras que el 87% señala no tener este beneficio.

El subsidio es una ayuda directa que entrega el Estado a aquellas familias que no pueden financiar por si solas su primera vivienda, que se complementa con el ahorro familiar y en algunos casos con créditos hipotecarios y/o aportes de terceros. También existen subsidios para el mejoramiento de viviendas sociales, de entornos y barrios. (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Gobierno de Chile).

5.10.5 Prevención y atención por violencia intrafamiliar.



Gráfico N°56 Violencia Intrafamiliar

De las 100 mujeres encuestadas ninguna de ellas ha accedido a estos beneficios, pero cabe señalar que existe un grupo de mujeres que sufre violencia de género pero será evaluado más adelante dentro de los grupos de riesgo.

El programa de prevención de violencia intrafamiliar (VIF) consta de dos partes, el primer beneficio es la casa de acogida donde se ofrece un lugar de residencia temporal y atención social, psicológica y legal de forma gratuita e integral a mujeres que se encuentran en riesgo vital a causa de la violencia intrafamiliar, especialmente la ejercida por parte de la pareja, a través de un grupo de profesionales especializadas en este tema. Es para mujeres mayores de 18 años, que se encuentran en riesgo vital a causa de la violencia intrafamiliar y que son derivadas desde las diferentes Fiscalías.

El segundo beneficio es la existencia de Centros de mujeres que entrega información, orientación y atención social, psicológica y legal de forma gratuita e integral a mujeres que viven violencia intrafamiliar, a través de un grupo de profesionales (asistentes sociales, psicólogas, abogadas, educadoras, etc.) especializadas en este tema. Los Centros son ejecutados por instituciones colaboradoras de SERNAM, entre ellas, Municipios, Servicios de Salud, Fundaciones.



5.10.6 Ayuda técnica a un discapacitado.

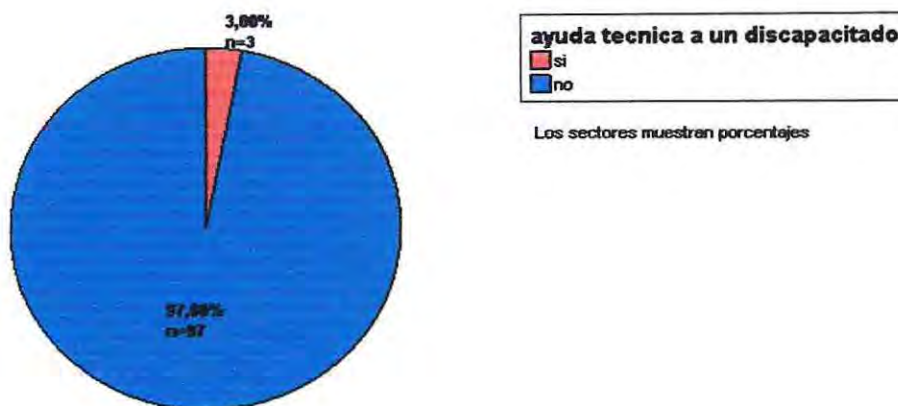


Gráfico N°57 Discapacidad

De las 100 mujeres encuestadas se obtiene el siguiente resultado, el 3% de las mujeres embarazadas tiene este beneficio, pero no personal sino por un familiar directo que utiliza la ayuda técnica, mientras que el 97% de las mujeres señala no tener este beneficio.

La Ley N 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad, en su artículo 5, señala, se consideran ayudas técnicas todos aquellos elementos necesarios para el tratamiento de la deficiencia o discapacidad, con el objeto de lograr su recuperación o rehabilitación, o para impedir su progresión o derivación en otra discapacidad. Asimismo se consideran ayudas técnicas los que permiten compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o cognitivas de la persona con discapacidad, con el propósito de permitirle salvar las barreras de comunicación y movilidad y de posibilitar su plena integración en condiciones de normalidad" (Fondo nacional de la Discapacidad, FONADIS).

5.10.7 Otros beneficios

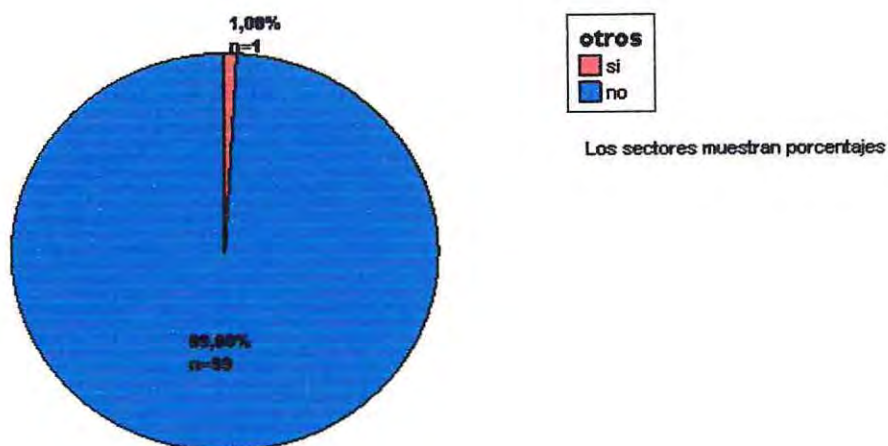


Gráfico N°58 Otros Beneficios

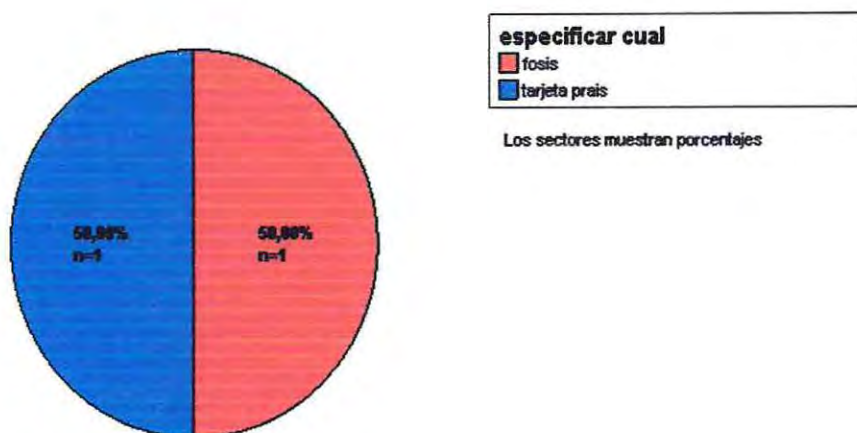


Gráfico N°59 Tipos de Beneficios

Como otros beneficios sólo se señalaron dos, uno de ellos es FOSIS (1%) que es el Fondo de solidaridad e inversión social, donde se desarrollan programas para personas, familias y organizaciones para superar la situación de pobreza o vulnerabilidad en la que viven. Y otro 1% pertenece al Programa PRAIS que es el Programa de Reparación y

Atención Integral en Salud y Derechos Humanos, nació en 1991 como respuesta del sector salud al compromiso de reparación asumido por el Estado con las víctimas de la represión política, durante el período de la dictadura militar en Chile.

Otorga acceso gratuito a sus beneficiarios a todas las prestaciones de salud en todos los establecimientos de la red pública de salud. Los beneficiarios PRAIS tienen derecho gratuito a exámenes, consultas médicas, hospitalizaciones, cirugías, medicamentos, etc., en la misma forma y condiciones en que estas prestaciones son entregadas a la totalidad de la población beneficiaria del FONASA institucional. Atención de especialidad para el tratamiento de las secuelas en salud mental, entregada por los equipos PRAIS y consistente en: atención psiquiátrica, psicoterapia individual, familiar y apoyo psicológico, entre otras. El resto de las mujeres embarazadas en un 98% señala no tener otro beneficio.

5.11 Factores de riesgo en el embarazo.

La detección, intervención, derivación y registro de situaciones de vulnerabilidad psicosocial en salud se realiza a partir de las preguntas sugeridas en la pauta para la Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA). A partir de ellas se puede orientar el desarrollo de una entrevista psicosocial en el primer control de la gestación, con el objeto de pesquisar 8 factores de riesgo que implican potenciales daños a la salud materna, fetal y el desarrollo posterior de ese niño y niña que está en gestación. La configuración de diferentes perfiles de riesgo conduce a diferentes intervenciones dentro de la red de salud y/o en la Red Chile Crece Contigo. La gestante que presenta una o más situaciones de vulnerabilidad social debe ser tratada con máxima prioridad por la red comunal de Chile Crece Contigo. Si no tiene la Ficha de Protección Social se debe completar a la brevedad, con el fin de acceder a todos los beneficios sociales asociados a ella. La información generada a partir del primer control de gestación, quedará registrada en el formulario de solicitud de credencial que identifica a una gestante como beneficiaria de Chile Crece Contigo. Este formulario, una vez procesado, es ingresado al Módulo Chile Crece Contigo del Sistema Integrado de Información Social (SIIS), con el fin de generar alarmas frente a situaciones de vulnerabilidad social que implican acceso a prestaciones diferenciadas. Cada municipio cuenta con un encargado comunal del programa, quien es responsable de recibir los formularios, ingresarlos al sistema y gestionar la activación de los apoyos diferenciados.

Factores de riesgo necesarios de identificar e intervenir en una primera instancia: ingreso a control prenatal después de las 20 semanas de gestación, gestante de edad menor a 17 años 11 meses, escolaridad de sexto básico o menos, insuficiente apoyo familiar, conflictos con la maternidad (rechazo al embarazo), presencia de síntomas depresivos, uso o abuso de sustancias, violencia de género, otro.

5.11.1 Ingreso tardío (después de las 20 semanas de gestación).

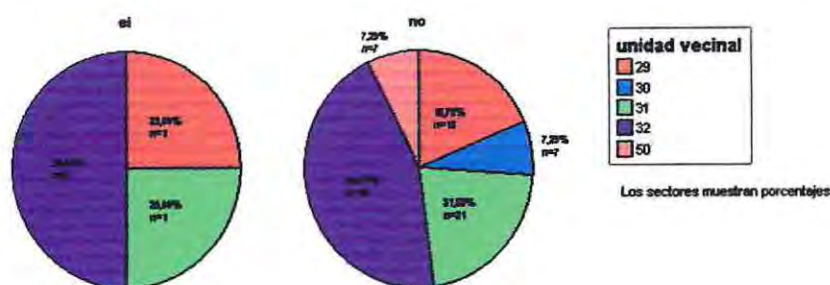


Gráfico N°60 Ingreso Tardío a Control

De las 100 mujeres estudiadas el 4% de las embarazadas ingresaron a su primer control de manera tardía, es decir después de las 20 semanas de embarazo, mientras que el 96% de las mujeres ingresó durante las 6 y 10 semanas de gestación.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos dos mujeres embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32 (de 31 y 24 años de edad), una mujer ingresó a la unidad vecinal 29 (25 años de edad), y la última mujer ingresó a la unidad vecinal 31 (16 años de edad).

El ingreso tardío se relaciona generalmente con sentimientos encontrados con la maternidad, estos pueden ser el no tener una relación estable o que fue víctima de algún tipo de abuso sexual o violación, o violencia de género, embarazo adolescente. Es por ello que el control no sólo de la matrona, sino también de la asistente social debe ser muy exhaustivo para comprobar y confirmar la verdadera causa de este ingreso tardío para poder así tomar las acciones necesarias de protección y apoyo, además de los cuidados prenatales.

5.11.2 Riesgo de escolaridad menor o igual a sexto año básico.

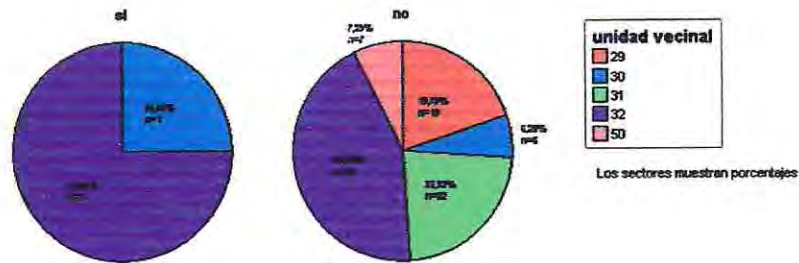


Gráfico N°61 Escolaridad Menor o Igual a Sexto año Básico

De las 100 mujeres estudiadas el 4% de las embarazadas ingresaron a su primer control de manera tardía, es decir después de las 20 semanas de embarazo, mientras que el 96% de las mujeres ingresó durante las 6 y 10 semanas de gestación.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos tres mujeres embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32 (de 17, 22, y 31 años de edad), una mujer ingresó a la unidad vecinal 30 (18 años de edad).

La mayor parte de las veces la baja escolaridad se asocia a vivir en situación de pobreza. Por ello es necesario conectar de manera prioritaria con la Red Comunal de Chile Crece Contigo para la aplicación de la Ficha de Protección Social. La baja escolaridad materna está asociada con una mayor mortalidad infantil durante los primeros años de vida. Por ello debe considerar la visita domiciliaria como una intervención prioritaria para este grupo.

5.11.3 Embarazo adolescente

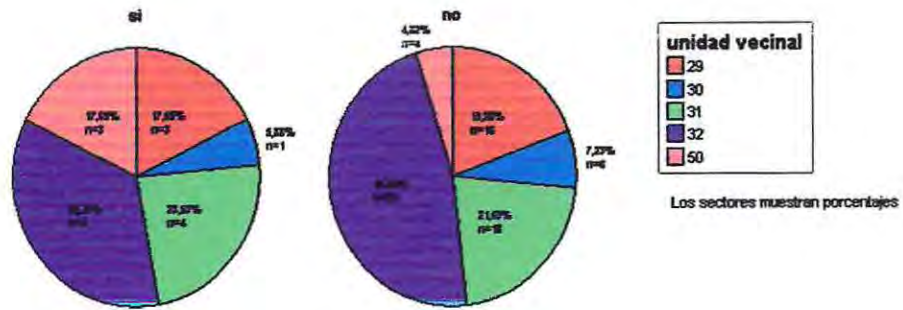


Gráfico N°62 Embarazo Adolescente

De las 100 mujeres estudiadas el 17% de las embarazadas que ingresaron al centro de salud tienen menos de 17 años 11 meses, mientras que el 83% de las mujeres son mayores de edad.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos seis adolescentes embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32, cuatro adolescentes ingresaron a la unidad vecinal 31, tres adolescentes ingresaron a la unidad vecinal 29 y tres a las unidad vecinal 50, y solo una adolescente ingresó a la unidad vecinal 30.

En este tipo de casos es fundamental informar sobre el derecho de cada madre adolescente a continuar sus estudios en establecimientos educativos de cualquier nivel, los que deben otorgarle facilidades académicas. Además es importante reforzar el desarrollo de un plan de vida que incluya la maternidad como parte de éste, así como la posibilidad de entregar su hija o hijo en adopción. La ayuda y orientación por parte del equipo de salud es de gran relevancia para que la adolescente pueda enfrentar la maternidad sin mayores inconvenientes, no solo con ella misma sino también con el núcleo familiar o figuras significativas.

5.11.4 Conflicto con la maternidad o rechazo al embarazo.

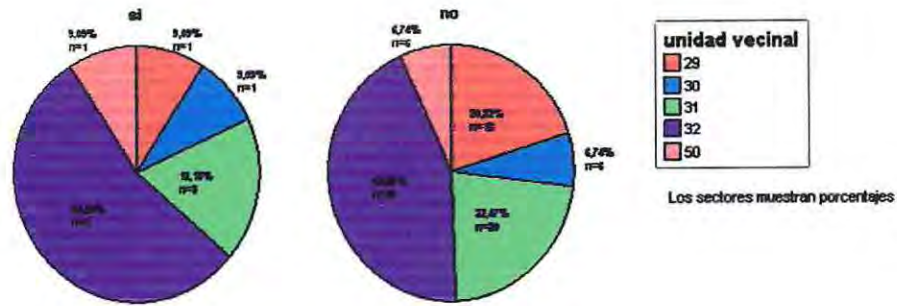


Gráfico N°63 Rechazo de Embarazo

De las 100 mujeres estudiadas el 11% de las embarazadas que ingresaron al centro de salud presentaron rechazo al embarazo y conflictos con la maternidad, mientras que el 89% no figuran con este riesgo.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos seis mujeres embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32, dos mujeres ingresaron a la unidad vecinal 31, mientras que otras tres mujeres ingresaron a las unidades 29,30 y 50. Todas mantienen tratamiento psicológico.

En gestantes que después de las 20 semanas (o cuando ya se perciben los movimientos fetales) hay sentimientos intensos de ambivalencia o rechazo explícito hacia el embarazo, es por ello que el equipo de salud tanto la matrona como la asistente social deben favorecer el hablar de estos sentimientos sin juzgarlos ya que es útil hacer ver a la mujer que estos sentimientos son frecuentes y que es conveniente explorarlos. A su vez las profesionales deben informar sobre de la alternativa de entregar al niño o niña en adopción. En la mayoría de estos casos existe violencia de género y/o depresión, es por ello que los controles con la asistente social y psicóloga deben ser seguidos durante todo el proceso de gestación. Además debe considerarse una visita domiciliaria después del parto; las mujeres con severas dificultades para aceptar su embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar conductas de maltrato y negligencia con sus hijos/as.

5.11.5 Insuficiente apoyo familiar

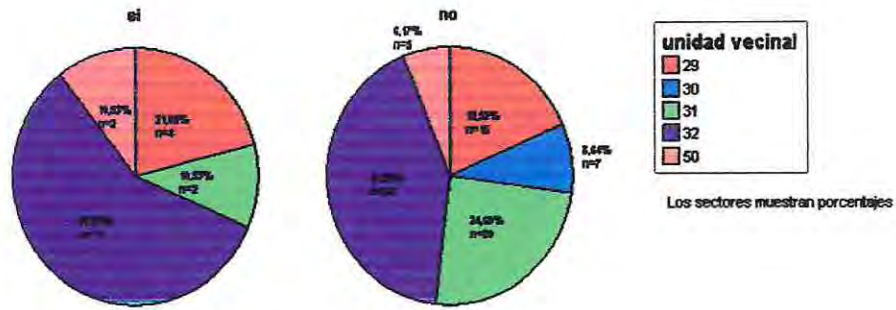


Gráfico N°64 Insuficiente Apoyo Familiar

De las 100 mujeres estudiadas el 19% de las embarazadas que ingresaron al centro de salud tienen escaso o nulo apoyo familiar, mientras que el 81% no figuran con este riesgo.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos once mujeres embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32, cuatro mujeres ingresaron a la unidad vecinal 29, mientras que otras dos mujeres ingresaron a la unidad 31 y dos más a la unidad 50. Todas mantienen tratamiento psicológico.

Como modo de apoyo, el equipo de salud debe facilitar el contacto con redes suficientes y efectivas, reforzando constantemente su importancia. En caso de que la gestante carece de redes de apoyo social efectivas se debe favorecer que ella misma encuentre, desarrolle o utilice las redes a su alcance, sin sugerir a alguien en especial, para apoyar su autoestima explorando junto a ella su entorno más cercano, para encontrar otra persona significativa. Y a toda costa se debe favorecer la integración de la pareja o algún familiar significativo de la usuaria cuando sea pertinente para apoyar el embarazo de la madre hasta el momento del nacimiento.

5.11.6 Síntomas depresivos

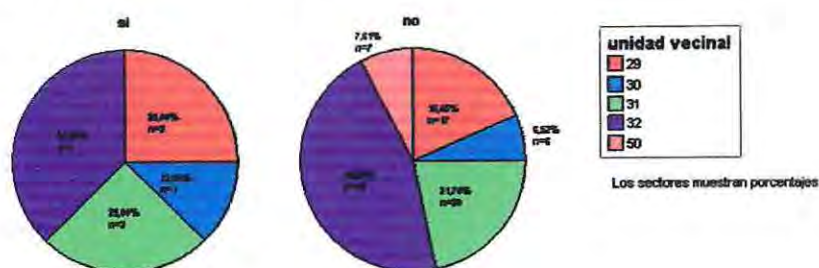


Gráfico N°65 Síntoma Depresivo

De las 100 mujeres estudiadas el 8% de las embarazadas que ingresaron al centro de salud padecen de síntomas depresivos, mientras que el 92% no figuran con este riesgo.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos tres mujeres embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32, dos mujeres ingresaron a la unidad vecinal 29, otras dos mujeres ingresaron a la unidad 31 y solo una a la unidad 50. Todas mantienen tratamiento psicológico especializado de acuerdo al diagnóstico (si este es depresión o algún diagnóstico psiquiátrico).

Los síntomas básicos para establecer un posible diagnóstico son la tristeza, el desánimo y la falta de capacidad para experimentar placer. El criterio cansancio o decaimiento suele ser parte normal del proceso de la gestación y debe ser usado con cautela para la búsqueda de posibles casos en este período de la vida, detectarlos a tiempo es fundamental para evitar conflictos aún mayores. Para responder a los problemas de salud mental durante la gestación, es esencial definir claramente las responsabilidades para las derivaciones rápidas, oportunas y personalizadas entre los cuidados primarios, los equipos de salud mental comunitarios y los servicios de psiquiatría u otras especialidades.

Ante la primera sospecha por parte de matrona o asistente social se debe, derivar a la psicóloga para la confirmación diagnóstica e iniciar el tratamiento. (Garantía AUGE). De utilizarse tratamiento farmacológico, se tiene que favorecer la adherencia informando que existen fármacos seguros para ser usados durante la gestación y que una suspensión del tratamiento puede tener consecuencias tanto para la salud de la madre como la del bebé. Si existiesen ideas o intentos suicidas, se deriva en forma inmediata y asistida para atención especializada.

5.11.7 Uso o abuso de sustancias.

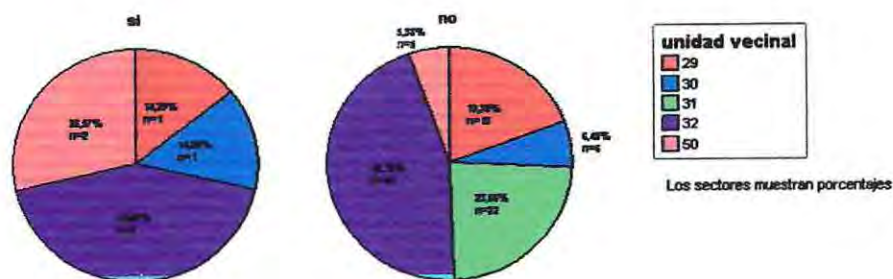


Gráfico N°66 Abuso de Sustancias

De las 100 mujeres estudiadas el 7% de las embarazadas que ingresaron al centro de salud usa o abusa de sustancias como el tabaco, alcohol, drogas adictivas o psicofármacos sin receta médica, mientras que el 93% no figuran con este riesgo.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos tres mujeres embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32, dos mujeres ingresaron a la unidad vecinal 50, una mujer ingresó a las unidad vecinal 29, y otra a la unidad 30. Todas mantienen tratamiento psicológico especializado para superar la adicción que padecen.

Es fundamental que el equipo de salud genere un ambiente de confianza, para así potenciar la adherencia a los cuidados prenatales. Además investigar y conocer el patrón de consumo, la motivación al cambio y las estrategias utilizadas para el logro de la abstinencia o para la reducción del consumo.

En el caso del hábito tabáquico aislado, es altamente efectiva una intervención breve orientada a aumentar la ambivalencia frente al consumo y a favorecer la búsqueda de estrategias alternativas. Los programas para promover el abandono del hábito de fumar en el embarazo reducen la proporción de mujeres que continúan fumando, el bajo peso al nacer y el parto prematuro.

Las profesionales deben facilitar información respecto a los efectos negativos del consumo de esa sustancia, tanto en la consultante como en el niño o niña en gestación. Lo anterior puede favorecer la reducción y cese del consumo en aquellas mujeres que se

encuentran ambivalentes o han manifestado su intención de modificar tal conducta. Esto puede estar a cargo de la matrona o nutricionista.

En el caso del consumo problemático de alcohol, medicamentos y drogas adictivas una intervención de primer orden puede ser poco efectiva para el logro de la abstinencia, pero puede ser un primer paso. Si hay dependencia a sustancias se debe motivar y derivar en forma asistida (con contacto previo y seguimiento del caso) a programas de atención a personas con problemas de consumo de alcohol y/o drogas. (Garantía AUGE para personas de 20 años y menos). Además de visitas domiciliarias y citaciones recurrentes a controles de salud.

5.11.8 Violencia de género.

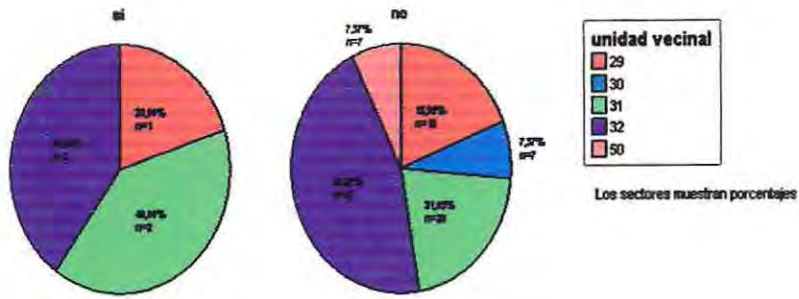


Gráfico N°67 Violencia de Género

De las 100 mujeres estudiadas el 5% de las embarazadas que ingresaron al centro de salud usa o abusa de sustancias como el tabaco, alcohol, drogas adictivas o psicofármacos sin receta médica, mientras que el 95% no figuran con este riesgo.

En relación a la unidad vecinal donde pertenecen estos casos dos mujeres embarazadas ingresaron a la unidad vecinal 32, dos mujeres ingresaron a la unidad vecinal 31, y una mujer ingresó a las unidad vecinal 29.

El equipo de salud debe ofrecer a la mujer un espacio de confianza que le permita hablar; esta es quizás la primera vez que se lo cuenta a alguien. Además recalcar que la violencia nunca es justificable, que ella no es responsable, que hay leyes que la protegen y que en el centro de salud encontrar toda la información y apoyo. Una de las posibilidades, en estos casos, es que el embarazo pudiera ser producto de una violación (por su pareja, otro familiar conocido o un extraño). Es por ello que la asistente social explora la red de apoyo de la usuaria y contactar directamente a un miembro de la red especializada en violencia, evaluando inmediatamente el riesgo que significa para la mujer volver al hogar. El equipo de salud siempre debe considerar que la decisión de recurrir a la justicia corresponde a la propia mujer, ella debe saber los riesgos que asume al denunciar. En el caso de adolescentes menores de 18 años, debe informarse a la dirección del consultorio u hospital para la comunicación con la Fiscalía. Con ello debe entregarse información acerca de los derechos y de los servicios a los que puede acceder, además de entregar apoyo emocional, visitas domiciliarias y seguimiento tanto para la madre como para el niño/niña.

5.11.9 Otros factores de riesgo



Gráfico N°68 Otros Factores de Riesgo

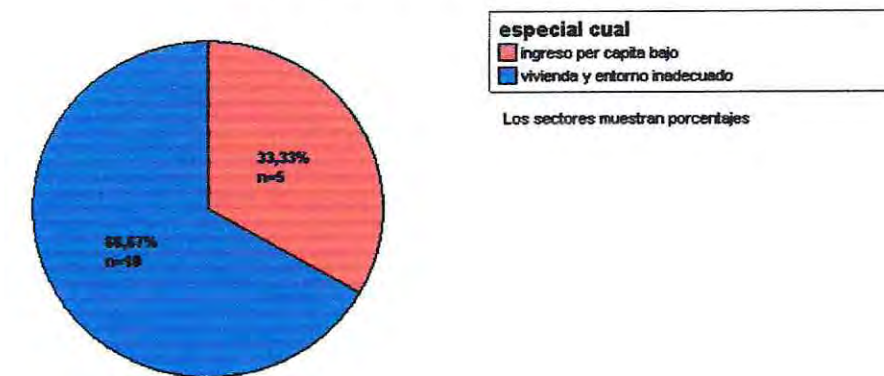


Gráfico N°69 Clasificación Otros Factores de Riesgo

Respecto a otros factores de riesgo identificados en la muestra estudiada se infiere lo siguiente, cinco mujeres tienen ingreso per cápita bajo, es decir la relación entre ingreso y número de personas que habitan el hogar, la presencia de desocupación en miembros de la familia y el nivel de endeudamiento son considerados un riesgo para una mujer embarazada. De estas cinco mujeres, dos pertenecen a la unidad vecinal 32, dos mujeres de la unidad vecinal 31, y una mujer de la unidad 29.

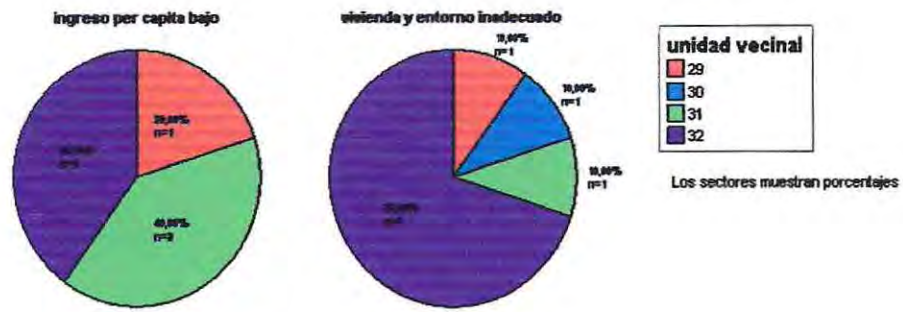


Gráfico N°70 Factor Riesgo Unid Vecinal y Entorno Inadecuado

El otro factor de riesgo identificado es que la mujer embarazada se encuentre en una vivienda y entorno inadecuado, es decir que puede vivir en condiciones de hacinamiento, aislamiento, ambientes contaminados, relaciones familiares deterioradas, existencia de algún tipo de violencia, entre otros, donde la mujer embarazada corre riesgos tanto físicos como psicológicos; se identifican 10 mujeres, siete de ellas pertenecen a la unidad vecinal 32; una pertenece a la unidad vecinal 29, otra de la unidad 30 y la última pertenece a la unidad 31.

Síntesis

Este proceso investigativo ha permitido dar cuenta de los factores asociados de la realidad de las beneficiarias del Programa Chile crece contigo insertas en el Centro de salud Familiar Violeta Parra Sandoval, institución de salud que atiende a más de 41.000 habitantes de la comuna de Pudahuel, sector sur, específicamente a la unidades vecinales 29,30,31,32 y 50.

El Programa lleva más de 14 meses de implementación y ejecución, dirigido a proteger la primera infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal desde la gestación hasta los 4 años de edad, es por ello que dentro de este contexto, nace la necesidad por parte del centro de salud familiar, realizar una investigación que permita conocer la percepción que tienen las mujeres beneficiarias del programa, con el fin de obtener una base científica de información que permita introducir los ajustes o modificaciones a partir de ésta para así poder lograr mayor efectividad en el uso de los recursos.

En base al estudio realizado y tras la aplicación de un instrumento, encuesta de satisfacción usuaria, al universo de 100 mujeres inscritas en el centro de salud familiar se concluye que existen las siguientes problemáticas:

- Grado de conocimiento y percepción: las mujeres embarazadas conocen en un grado regular el programa del cual participan, aunque tienen una buena o muy buena percepción de beneficios y prestaciones, no están informadas del todo de cada uno de ellos.
- La mayoría de las usuarias conoce el programa a través del centro de salud, específicamente por la profesional matrona, pero las mujeres con menores ingresos y menor educación son las mujeres más afectadas en no entender el significado y envergadura del programa y sus actividades.
- Las mujeres embarazadas que tienen más conocimiento del programa y sus beneficios son usuarias con nivel educacional universitario o técnico y con acceso a internet, lo que va en desmedro de las mujeres beneficiarias insertas e interesadas pero con recursos limitados.
- Las prestaciones básicas y universales son evaluadas como muy buenas, la mejor calificada es la Guía de gestación y crecimiento, material educativo que permite a la

madre conocer los procesos de gestación. Pero las usuarias reconocen poca información y conocimiento de la consejería VIH y de alimentación y entorno saludable.

- Respecto a las atenciones profesionales son bien evaluadas en calidad, pero son consideradas deficientes en tiempo, ya que solicitan más minutos de atención de dos profesionales específicas, matrona y asistente social.
- De las actividades prenatales, específicamente el taller de preparación al parto y crianza, más del 30% no sabe que existe esta iniciativa, mientras que las restantes señalan que el horario establecido por la matrona no es compatible con sus horarios teniendo aun ganas de participar.
- Escasa información de otros beneficios adicionales importantes a la hora del parto y primeros años del hijo/a de la usuaria.
- En cuanto a los recursos materiales relacionados con información y difusión del programa, las usuarias señalan poco visible los paneles murales y con información repetitiva y no actualizada, lo que perjudica a usuarias que no tienen otros instrumentos de información como televisión o internet.
- Baja difusión de folletos informativos y de medios de comunicación como el programa radial y el sitio de internet del programa.
- Incorporación tardía de las asistentes sociales en la revisión de EPSA, ya que muchas mujeres embarazadas con riesgo fueron detectadas tarde, demorando las acciones de trabajo y solución.
- Mediana sincronización y coordinación de parte de los servicios involucrados en la implementación del programa como el centro de salud y el municipio.

Todas las dificultades nombradas surgen del objetivo de esta investigación, el conocer la percepción de las usuarias permitió obtener datos desconocidos por parte del equipo de salud, y situaciones que no contribuyen al crecimiento y éxito del programa, sino más bien a la información segmentada; ya que aunque todas las usuarias reciban prestaciones universales y existan a su vez prestaciones diferenciadas, la información de cómo funciona, porque y para qué debe ser de conocimiento pleno e igualitario para todas las beneficiarias, con el objetivo de educar a la usuaria en sus derechos, pero también sus deberes para obtener usuarias informadas de las actividades y proyectos que no son sólo ejecutados a nivel local, sino a nivel nacional.

Por otro lado, los recursos económicos inyectados por parte del Estado a través del municipio, se refleja en la entrega de materiales educativos, capacitaciones e instructivos destinados al equipo de salud, además de la incorporación de profesionales exclusivos para trabajar en el programa como educadora de párvulos y asistente social (aunque si señalar por recursos monetarios estas profesionales solo trabajan algunas horas para el programa, lo demás trabajan por unidad vecinal).

Pero cabe mencionar que para otras iniciativas no se necesitan excesivos recursos con el fin de dar a conocer el programa, una de las falencias que conlleva a que las usuarias no estén completamente informadas es la mala ubicación e información del panel mural, a su vez instancias como el programa de radio y página de internet no son publicitadas masivamente. Si estas instancias fueran mayormente utilizadas, se mantendría informada y actualizada no solo a la población de mujeres embarazadas sino también a toda la comunidad que pertenece al centro de salud. El deficiente apoyo visual ha provocado que un gran número de usuarias no esté al tanto del inicio y desarrollo del taller de preparación al parto y crianza, instancia y espacio fundamental para educar e informar sobre cuidados prenatales y beneficios pre y post parto.

Otra instancia, señalada como falencia por parte de las usuarias, es el poco de tiempo de atención de dos profesionales, matrona y asistente social. El programa exige que el primer control de embarazo de matrona tenga una duración de 40 minutos, pero en el caso de otros profesionales la agenda de atención es de 15 minutos por paciente, lo que no da suficiente espacio para resolver dudas y/o consultar sobre beneficios de interés, entre otros. Aunque este tema no es responsabilidad de los profesionales, sino es la manera que tienen de atender los centros de salud y hospitales públicos de nuestro país, para abarcar y atender el mayor número de pacientes sin importar la calidad de atención que se está brindando.

Capítulo VI Conclusiones y reflexiones

El presente capítulo da a conocer las conclusiones y reflexiones obtenidas por la estudiante posterior al proceso de investigación realizado en el centro de salud familiar, pero enfocadas principalmente a la labor del Trabajo social en el Programa Chile crece contigo, en relación a sus aportes e intervenciones, como podrían mejorar y aumentar en beneficio del éxito y eficacia del programa.

En relación al cumplimiento de los objetivos propuestos para desarrollar la investigación, podemos decir que fueron logrados exitosamente. El primero de ellos que consistió en "Conocer las características demográficas, económicas y socioculturales de las beneficiarias del Programa" sustentado en objetivos específicos acordados que permitieron conocer a las mujeres encuestadas obteniendo datos relevantes de la realidad de cada beneficiaria. A su vez, el objetivo número dos "Conocer la percepción de las beneficiarias embarazadas respecto al programa" se llevó a cabo a través del instrumento aplicado, la encuesta, donde se indagó sobre la percepción que tienen las usuarias del Programa, básicamente recogiendo las evaluaciones sobre de las prestaciones y beneficios, calidad de atención, recursos materiales, recursos humanos que reciben por ser usuarias del servicio. La encuesta fue aplicada con éxito, cubriendo la totalidad de la población designada, así mismo su análisis permitió lograr el objetivo número tres de la investigación "Identificar y analizar los factores asociados a la percepción", donde la relación entre la percepción del programa y análisis demográfico permitieron revelar datos importantes de la realidad local del centro de salud y la ejecución del programa, sus falencias y capacidades técnicas. Conjuntamente estos objetivos propuestos para realizar el estudio permitieron realizar un análisis íntegro de la percepción de las usuarias del centro de salud insertas en el programa con el fin de presentar una propuesta de trabajo para optimizar los recursos humanos y materiales mejorando así la calidad del servicio que se entrega a la población beneficiaria.

Refiriéndonos propiamente al Trabajo social podemos afirmar que desde sus inicios ha estado vinculado con el área de la salud, y siempre ha tenido un rol importante en lo que significa promoción y participación ciudadana; implementación y ejecución de actividades y proyectos; pero por primera vez las competencias profesionales y técnicas propias de un asistente social han sido consideradas como piezas fundamentales para ser parte de unos los programas más ambiciosos del Gobierno de turno: Chile crece contigo, el Sistema de Protección integral a la Infancia.

A medida que se ha implementado el Programa en el centro de salud, los recursos no dieron abasto para llevar a cabo todas las exigencias del sistema, minimizando, lamentablemente, horas de trabajo a profesionales como la asistente social del programa, quedando en 11 horas a la semana, dándole tiempo a realizar visitas domiciliarias un día,

ordenando a las embarazadas de riesgo por urgencia, es decir cual tiene factores de riesgo más graves para ser visitadas pronto. Esto inevitablemente perjudica no solo a la profesional, sino también la calidad de atención que se les da a las usuarias gestantes. A esto se suma la responsabilidad de revisar nuevamente el instrumento EPSA, aplicado en primera oportunidad por la matrona, ya que muchas de las mujeres embarazadas negaban padecer ciertos factores de riesgo quedando registradas en el sistema como embarazada sin riesgo, en perjuicio de la estabilidad física y psicológica de las usuarias y sus bebés. Es por ello que la asistente social de cada unidad debe revisar cada EPSA y aplicarla nuevamente, llevándose como sorpresa que una gran cantidad de mujeres que fueron evaluadas sin riesgo, padecía uno o más de los factores de riesgo señalados en el programa, demorando las acciones a seguir como activar redes y beneficios, derivaciones y tratamientos. En este caso las profesionales asistentes sociales han sido fundamentales para detectar a tiempo situaciones de riesgo y vulnerabilidad, derivando a tiempo a las usuarias a profesionales del equipo, activación de redes sociales comunales, entre otras.

Las competencias propias de la profesión permiten que la o el asistente social signifique un aporte al Programa, primero porque es uno de los pocos profesionales reconocidos en lograr obtener y establecer una cercanía y relación de confianza con la usuaria, su familia o la figura significativa que participa, ya que explora los círculos cercanos, activa redes familiares, realiza consejerías familiares. Además planifica actividades y seguimientos de cada paciente en riesgo, es el apoyo fundamental de las visitas domiciliarias porque tiene la capacidad de identificar los problemas de salud, sociales, económicos, psicológicos de la familia.

El Programa se sustenta con el trabajo de muchos profesionales, ya que tiene un enfoque biopsicosocial, pero se considera que la profesión debería tener un rol más importante en cuanto la evaluación de factores de riesgo, ya que desde un principio se necesitó de la colaboración de las asistentes sociales de cada unidad pero de manera informal, provocando la intervención tardía de parte de éstas en la reevaluación del instrumento EPSA, lo que demora la activación de prestaciones a mujeres afectadas.

Una de las principales características de la percepción de las usuarias es conocer en un grado regular el programa, ya que se sienten mal informadas de algunos beneficios, y consideran que algunas prestaciones son repetitivas en información, por lo tanto no tienen una opinión fundada en lo que significa el programa. En esto falla principalmente las vías y medios de comunicación, malas estrategias que no permiten mantener informadas a las mujeres embarazadas de actividades tanto dentro como fuera del centro de salud, y de beneficios accesibles. Mejorar estas vías de comunicación ayudaría notablemente a acercar

el programa a las usuarias y a toda la comunidad, y explorar otras fuentes de información como la radio e internet. El estudio demuestra que las usuarias no solo se interesan en conocer información sobre beneficios económicos del programa sino también de las actividades prenatales y temas sobre cuidados del embarazo. Se preocupan además de la calidad de atención y de encontrar otras fuentes de información, como lo ha sido la asistente social de cada unidad. Incentivar el auto cuidado y preocupación en las usuarias también es parte del trabajo del equipo de salud, reforzar estas acciones permitiría tener usuarias y usuarios conscientes de los procesos que son parte, esto favorablemente genera que las personas se identifiquen, se sientan protagonistas e importantes, motivándolos a ser partícipes del sistema, manteniendo el interés y conocimiento actualizado.

Capítulo VII Propuesta de Trabajo

7.1 Fundamentación

La presente propuesta de trabajo se formula en base a las problemáticas detectadas en el estudio, planificando actividades en relación a las competencias del Trabajo social y poder ejecutarlas a corto y mediano plazo. Para ello se trabajará en relación a la principal sugerencia que señalan las mujeres embarazadas que participaron del estudio, que básicamente es mejorar las vías y medios de comunicación, ya que el no estar bien informada y enterada de los beneficios, prestaciones y actividades perjudica el desarrollo, cobertura y éxito del Programa.

7.2 Datos Generales del Proyecto

NOMBRE DEL PROYECTO	"Creciendo Contigo"			
COLABORADOR ACREDITADO	Centro de Salud Familiar Violeta Parra Sandoval.			
COBERTURA	Mujeres embarazadas y madres de niños y niñas de 0 a 4 años de edad.			
COBERTURA TERRITORIAL (Comuna o asociación de comunas)	Pudahuel, sector sur.			
REQUIERE ANTICIPO DE LA SUBVENCIÓN	SI	X	NO	
MONTO DEL APOORTE INSTITUCIONAL	\$	100.000	Porcentaje respecto del total del proyecto	100%

7.3 Antecedentes de la Institución

NOMBRE LEGAL DEL COLABORADOR ACREDITADO (INSTITUCIÓN)				
Centro de Salud Familiar Violeta Parra Sandoval.				
RUT DE LA INSTITUCIÓN		TELÉFONOS	FAX Y CORREO ELECTRÓNICO	
76.000.899-1		7490363	—	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	RUT REPRESENTANTE LEGAL		FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O DELEGATARIO	
Heriberto Llanos	7.324.896-4		—	
DIRECCIÓN LEGAL DE LA INSTITUCIÓN				
CALLE	Nº	POBLACIÓN / VILLA / SECTOR	COMUNA	REGIÓN
Av. Travesía	4774	-	Pudahuel	Metropolitana



7.4 Experiencia Anterior en las Áreas de Trabajo

La estudiante de la universidad de Valparaíso que propone este proyecto, no registra ninguna experiencia anterior con respecto a la formulación de proyectos sobre el Programa Chile crece contigo.

Antecedentes del Proyecto

DIRECTOR (A) DEL PROYECTO		RUT	
Carmen Huenchumil Jerez		16.145.467-2	
DOMICILIO DEL PROYECTO			
CALLE	N°	POBLACIÓN / VILLA / SECTOR	COMUNA
Av. Travesía	4774	—	Pudahuel
REGIÓN	TELÉFONOS		FAX
Metropolitana	7490363		
	CORREO ELECTRÓNICO		
	carmen.gloriahj@gmail.com		

7.5 Dimensión Técnica

7.5.1 Diagnóstico

El Centro de salud familiar, Cesfam Violeta Parra Sandoval desde el año 2008 comenzó a ejecutar el Programa Chile crece contigo, de manera gradual debido a la falta de recursos para implementarlo, es por ello que las matronas a cargo del Programa ingresan a las mujeres embarazadas al centro de salud en sus respectivas unidades vecinales de atención, realizando consejería individual que incluye asesoría sobre el examen de VIH sida, entrega de la Guía de la Gestación y Nacimiento, derivación a asistente social y la aplicación de la Pauta de Riesgo abreviada con el fin de medir y evaluar si existe riesgo o situación vulnerable para la mujer y el bebé en gestación. Además de realizar los talleres de "Preparación al parto", a cargo de una matrona una vez por semana.

A comienzos del año 2009 se integró al equipo de trabajo del programa una asistente social y una educadora de párvulos con el fin de entregar la intervención multidisciplinaria tanto para las madres embarazadas como a los niños nacidos dentro del programa.

Dentro de este contexto, nace la necesidad por parte del centro de salud familiar, realizar una investigación que permita conocer la percepción que tienen las mujeres beneficiarias del programa, con el fin de obtener una base científica de información que permita introducir los ajustes o modificaciones a partir de ésta para así poder lograr mayor efectividad en el uso de los recursos.

7.6 Planteamiento del Problema y Justificación del Proyecto

7.6.1 Planteamiento del Problema

La problemática central identificada es la carencia de información objetiva de la percepción que tienen las beneficiarias del programa y la evaluación que hacen de éste.

7.6.2 Justificación del Proyecto

La presente justificación se basa en la principal sugerencia que señalan las mujeres embarazadas que participaron del estudio, que básicamente es mejorar las vías y medios de comunicación, ya que el no estar bien informada y enterada de los beneficios, prestaciones y actividades perjudica el desarrollo, cobertura y éxito del Programa.

El 42% de las mujeres afirma que conoce el programa de manera regular, mientras que el 1% afirma tener un grado de conocimiento muy alto del sistema. El 22% de la muestra obtenida asegura tener un bajo conocimiento, 22% no sabe o no responde a la pregunta. El 10% corresponde a las mujeres que afirma tener un alto grado de conocimiento del programa, mientras que el grado de conocimiento muy bajo es representado por el 3%. (El 59% de las mujeres afirman que supieron la existencia del sistema a través de la matrona de su unidad vecinal; el 8% de las usuarias lo vio por televisión; mientras que un 4% recibió folletos informativos y el otro 4% visitó la página de internet (crececontigo.cl); el 2% fue informada en el municipio, el 1% en el trabajo, mientras que el 22% no sabe o no responde).

Para aumentar el grado de conocimiento de las usuarias es necesario mejorar y optimizar los medios de comunicación disponibles en el centro de salud, como manera de acercar el programa a las usuarias y a la comunidad en general.

7.7 Sujeto de Atención

7.7.1 Identificación del Sujeto de Atención

- Mujeres embarazadas entre 1 a 40 semanas de gestación.
- Mujeres madres de niños o niñas de 0 a 4 años de edad.

7.7.2 Caracterización del Sujeto de Atención

Los sujetos de atención se caracterizan por ser mujeres embarazadas entre 1 a 40 semanas de gestación que pertenecen al Programa Chile Crece Contigo en dos áreas: mujeres sin factores de riesgos psicosociales y mujeres con factores de riesgos psicosociales, con beneficios y prestaciones para cada caso.

Y el segundo grupo corresponde a las madres de niños y niñas de 0 a 4 años de edad, donde las madres y niños reciben prestaciones relacionadas al desarrollo infantil.

7.8 Objetivos del Proyecto

7.8.1 Objetivo General

- Mejorar y optimizar las fuentes de información del Programa Chile crece contigo dirigido a mujeres embarazadas y madres de niños y niñas hasta cuatro años de edad del centro de salud familiar Violeta Parra de acuerdo a los recursos disponibles.

7.8.2 Objetivo Específicos

- Optimizar y mejorar los espacios públicos de difusión a la comunidad con el fin de contar con mayor información del programa.
- Brindar y entregar a la población objetivo nuevas fuentes de información, utilizando específicamente medios tecnológicos actuales.
- Establecer acciones de difusión local con el fin de orientar y abarcar mayor población dentro de la territorialidad del centro de salud.

7.9 Matriz Lógica 1

Elementos básicos del proyecto	Indicadores	Medios de verificación	Factores externos	Tiempo	Recursos	Supuestos
<p>Objetivo general:</p> <p>- Mejorar y optimizar las fuentes de información del Programa Chile crece contigo dirigido a mujeres embarazadas y madres de niños y niñas hasta cuatro años de edad del centro de salud familiar Violeta Parra de acuerdo a los recursos disponibles.</p>	<p>Meta:</p> <p>que exista un salto cuantitativo del 10% de las mujeres encuestadas con alto nivel de conocimiento del programa aumente a un 50%.</p> <p>Fórmula del indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ muj. emb. encuestadas}}{\text{N}^\circ \text{ total muj. embarazadas}} \times 100$ </p> <p>En relación a lo cualitativo se pretende aumentar a una percepción más positiva del programa.</p>	<p>Nueva encuesta de percepción del programa.</p> <p>Planilla de Ingreso mujeres embarazadas.</p>	<p>Baja disposición del equipo del programa chile crece contigo.</p> <p>Poco interés de las beneficiarias del programa.</p>	<p>12 meses</p>	<p>Humanos:</p> <p>equipo profesional chile crece contigo.</p> <p>Mujeres embarazadas.</p> <p>Madres de niños y niñas hasta 4 años de edad.</p> <p>Materiales:</p> <p>todos los materiales ocupados en las actividades.</p>	<p>Que toda la población en edad fértil se encontrará Informada del programa chile crece contigo.</p> <p>Que el programa modifique su dinámica Interna.</p>
<p>Objetivo específico 1:</p> <p>Optimizar y mejorar los espacios públicos de difusión a la comunidad con el fin de contar con mayor información del programa.</p>	<p>Meta:</p> <p>que el 100% de los espacios públicos del centro de salud estén en buenas condiciones y disponibles para la información del programa.</p> <p>Fórmula del indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ espacio público}}{\text{N}^\circ \text{ espacio público}}$ </p>	<p>Reestructuración de los paneles murales.</p>	<p>Baja disposición del equipo del programa chile crece contigo.</p> <p>Poco interés de las beneficiarias del programa.</p>	<p>2 meses de instalación y mantención.</p> <p>Cada mes actualización de la información.</p>	<p>Humanos:</p> <p>equipo profesional chile crece contigo.</p> <p>Mujeres embarazadas.</p> <p>Madres de niños y niñas hasta 4 años de edad.</p>	<p>Que el espacio público que se utilizará para difundir el programa sea reconocido por la comunidad como instancia relevante.</p>

	<p>= 100% destinados a información en relación a lo cualitativo se pretende mejorar la percepción de regular a buena y muy buena.</p>		Mala calidad de la información.						
<p>Resultado: paneles informativos con mejor disposición espacial y con información atractiva para la comunidad, tanto de forma como fondo.</p>	<p>no aplica</p>	<p>Dos paneles colocados en los lugares estratégicos designados con la información disponible.</p>	<p>Que la comunidad usuaria del centro de salud no cuide la información del panel.</p>	<p>2 meses de instalación y mantención. Cada mes actualización de la información.</p>	<p>Humanos: equipo profesional chile crece contigo. Materiales: paneles expositivos. Cartulinas. Fotografías. Afileres. Impresiones de la página web.</p>	<p>Que la idea de establecer paneles exclusivos a la difusión del programa sea replicado en los otros centros de salud familiar y comunitarios.</p>	<p>Materiales: todos los materiales ocupados en las actividades.</p>	<p>Que la comunidad no mantendrá el espacio, destruyéndolo o utilizándolo para otros fines.</p>	
<p>Actividad: Cambiar la posición del panel mural de la sala de espera de las ecografías hacia la entrada del centro de salud y otro en el segundo en el piso, con</p>	<p>no aplica</p>	<p>Dos paneles colocados en los lugares estratégicos designados con la información disponible.</p>	<p>Que la comunidad usuaria del centro de salud no cuide la información del panel. Mala calidad de información. Mala calidad del</p>	<p>2 meses de instalación y mantención. Cada mes actualización de la información.</p>	<p>Humanos: equipo profesional chile crece contigo. Materiales: paneles expositivos. Cartulinas. Fotografías. Afileres.</p>	<p>Que la actividad permitirá informar a toda la población usuaria del centro de salud sobre el programa chile crece contigo.</p>			

<p>el fin de que todas las usuarias puedan leer sin problemas desde la sala de espera que deseen. El contenido del panel es en relación a beneficios y características del programa, con datos prácticos, imágenes, e información de talleres prenatales. Esta actividad será llevada a cabo por el equipo del programa actualizando la información cada un mes.</p>		<p>materiat del panel.</p>	<p>Impresiones de la página web.</p>	
--	--	----------------------------	--------------------------------------	--

7.10 Cronograma 1

ACTIVIDADES PRINCIPALES	CRONOGRAMA												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Presentación propuesta a la Dirección del centro de salud y equipo del Programa	X												
Corrección y ajuste al proyecto según necesidades locales	X												
Modificar orden de paneles murales del centro de salud	X	X											
Colocación de información sobre cuidados prenatales, datos prácticos e imágenes relacionadas al Programa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Actualización de la información del panel mural		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.11 Matriz Lógica 2

Elementos básicos del proyecto	Indicadores	Medios de verificación	Factores externos	Tiempo	Recursos	Supuestos
<p>Objetivo general:</p> <p>- Mejorar y optimizar las fuentes de información del Programa Chile crece contigo dirigido a mujeres embarazadas y madres de niños y niñas hasta cuatro años de edad del centro de salud familiar Violeta Parra de acuerdo a los recursos disponibles.</p>	<p>Indicadores</p> <p>Meta: que exista un salto cuantitativo del 10% de las mujeres encuestadas con alto nivel de conocimiento del programa aumente a un 50%.</p> <p>Fórmula del indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ muj. emb. encuestadas}}{\text{N}^\circ \text{ total muj. embarazadas}} \times 100$ </p> <p>En relación a lo cualitativo se pretende aumentar a una percepción más positiva del programa.</p>	<p>Medios de verificación</p> <p>Nueva encuesta de percepción del programa.</p> <p>Planilla de Ingreso mujeres embarazadas.</p>	<p>Factores externos</p> <p>Baja disposición del equipo del programa chile crece contigo.</p> <p>Poco interés de las beneficiarias del programa.</p>	<p>Tiempo</p> <p>12 meses</p>	<p>Recursos</p> <p>Humanos: Humanos: Humanos: equipo profesional chile crece contigo. Mujeres embarazadas. Madres de niños y niñas hasta 4 años de edad.</p> <p>Materiales: todos los materiales ocupados en las actividades. equipo profesional chile crece contigo. Mujeres embarazadas.</p>	<p>Supuestos</p> <p>Que toda la población en edad fértil se encontrará informada del programa chile crece contigo.</p> <p>Que el programa modifique su dinámica interna.</p>

<p>Madres de niños y niñas hasta 4 años de edad.</p> <p>Materiales: todos los materiales ocupados en las actividades. equipo profesional chile crece contigo. mujeres embarazadas.</p>	<p>Madres de niños y niñas hasta 4 años de edad.</p> <p>Materiales: todas los materiales ocupados en las actividades.</p>										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Objetivo específico 2: brindar y entregar a la población objetivo nuevas fuentes de información, utilizando específicamente medios tecnológicos actuales.</p>	<p>Meta: que exista un salto cuantitativo del 4% de las mujeres que conocen la página de internet del programa a un 80%. Se espera que un 50% de las mujeres conozca el programa radial. Fórmula del indicador: $\frac{N^{\circ} \text{ muj. emb. encuestadas}}{N^{\circ} \text{ muj. emb. embarazadas}}$ En relación a lo cualitativo se pretende aumentar el acceso a la página web del programa, además de promover el uso del programa radial.</p>	<p>Folleto informativos con dirección del sitio de internet y del programa radial.</p>	<p>baja disposición del equipo del programa chile crece contigo. Poco interés de las beneficiarias del programa. Mala calidad de la información.</p>	<p>4 meses. 2 meses actividad 1. 2 meses actividad 2</p>	<p>Humanos: equipo profesional chile crece contigo. Materiales: todas los materiales ocupados en las actividades.</p>	<p>El acceso de la población a los medios de comunicación actuales no posibilitará conocer la información.</p>
---	---	--	--	--	---	--

<p>Resultado 1: promoción y acceso a la página web.</p>	<p>no aplica</p>	<p>Folletos informativos con dirección del sitio de internet y del programa radial.</p>	<p>Baja disposición del equipo del programa chileno crece contigo. Poco interés de las beneficiarias del programa. Mala calidad de la información.</p>	<p>4 meses. 2 meses actividad 1. 2 meses actividad 2</p>	<p>Humanos: equipo profesional chileno crece contigo. Materiales: todas los materiales ocupados en las actividades.</p>	<p>Que el sitio web y el programa radial caduquen en su funcionamiento. Que por medios de comunicación populares se darán a conocer estos medios alternativos de información.</p>
<p>Resultado 2: promoción del programa radial.</p>						

<p>Actividad 1: por medio de folletos informativos o flyers se dará a conocer el link del sitio web promocionando la página del programa explicando sus principales características como la posibilidad de descargar música para los bebés, juegos para los niños, consultas a especialistas, definiciones de beneficios, entre otros.</p> <p>Actividad 2: además se promocionará el programa radial que se emite una vez a la semana por radio cooperativa a lo largo de todo el país, donde especialistas atienden dudas, consultas y discuten temas de interés de infancia.</p>	<p>no aplica</p>	<p>Folletos informativos con dirección del sitio de internet y del programa radial.</p>	<p>Baja disposición del equipo del programa Chile crece contigo. Poco interés de las beneficiarias del programa.</p>	<p>Actividad 1: de los 4 meses establecidos, dos meses se utilizarán intensivamente e para promover el sitio web del programa. Entregando el link con indicaciones prácticas para visitar el sitio. Los dos meses siguientes se promoverá el programa radial a través de una lista de los diales de las zonas más cercanas de la zona central con el fin de incentivar el uso de la radioemisora.</p>	<p>Humanos: equipo profesional Chile crece contigo. Materiales: papeles de colores para flyers o folletos. Impresora. Tinta. Imágenes.</p>	<p>Que la población objetivo aprenderá a utilizar otros medios de comunicación para informarse debidamente de los procesos que son parte.</p>
--	------------------	---	---	---	---	---

7.12 Cronograma 2

ACTIVIDADES PRINCIPALES	CRONOGRAMA												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Creación folleto informativo página web	X	x											
Difusión folleto informativo página web	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	
Creación folleto informativo programa radial	X	x											
Difusión folleto informativo programa radial	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x

7.13 Matriz Lógica 3

Elementos básicos del proyecto	Indicadores	Medios de verificación	Factores externos	Tiempo	Recursos	Supuestos
<p>Objetivo general: - Mejorar y optimizar las fuentes de información del Programa Chile crece contigo dirigido a mujeres embarazadas y madres de niños y niñas hasta cuatro años de edad del centro de salud familiar Violeta Parra de acuerdo a los recursos disponibles.</p>	<p>Meta: que exista un salto cuantitativo del 10% de las mujeres encuestadas con alto nivel de conocimiento del programa aumente a un 50%.</p> <p>Fórmula del indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ muj. emb. encuestadas}}{\text{N}^\circ \text{ total muj. embarazadas}} \times 100$</p> <p>En relación a lo cualitativo se pretende aumentar a una percepción más positiva del programa.</p>	<p>Nueva encuesta de percepción del programa.</p> <p>Planilla de ingreso mujeres embarazadas.</p>	<p>Baja disposición del equipo del programa chile crece contigo.</p> <p>Poco interés de las beneficiarias del programa.</p>	<p>12 meses</p>	<p>Humanos: equipo profesional chile crece contigo. Mujeres embarazadas. Madres de niños y niñas hasta 4 años de edad.</p> <p>Materiales: todas los materiales ocupados en las actividades.</p>	<p>Que toda la población en edad fértil se encontrará informada del programa chile crece contigo.</p> <p>Que el programa modifique su dinámica interna.</p>

<p>Objetivo específico 3: establecer acciones de difusión local con el fin de orientar y abarcar mayor población dentro de la territorialidad del centro de salud.</p>	<p>Meta: que el 60% de las mujeres encuestadas asista a charlas de capacitación e información sobre el programa. Fórmula del indicador: N° muj.emb.encuestadas N° muj.emb.embarazadas</p> <p>En relación a lo cualitativo se pretende promover todas las instancias necesarias de información por parte del equipo profesional para una efectiva intervención.</p>	<p>Lista de asistencia. Registro fotográfico. Acta de reunión.</p>	<p>Baja disposición del equipo del programa chile crece contigo. Poco interés de las beneficiarias del programa. Mala calidad de la información.</p>	<p>4 meses.</p>	<p>Humanos: equipo profesional chile crece contigo. Materiales: todos los materiales ocupados en las actividades.</p>	<p>Creando esta instancia de información lograrán coordinarse otros agentes participantes del programa como el municipio.</p>
---	--	--	--	-----------------	---	---

<p>Resultado 1: beneficiarias del programa embarazadas informadas y capacitadas en el programa chile crece contigo.</p> <p>Resultado 2: beneficiarias madres de niños o niñas hasta 4 años de edad informadas y capacitadas en el programa chile crece contigo.</p>	<p>Meta 1: que el 60% de las mujeres embarazadas encuestadas asistan a charlas de capacitación e información sobre el programa. Fórmula del indicador: $\frac{N^{\circ} \text{ muj. emb. encuestadas}}{N^{\circ} \text{ muj. emb. embarazadas}}$</p> <p>Meta 2: que el 60% de las mujeres madres de niños o niñas hasta cuatro años de edad encuestadas asistan a charlas de capacitación e información sobre el programa. Fórmula del indicador: $\frac{N^{\circ} \text{ muj. madres niños} < 4 \text{ años}}{N^{\circ} \text{ total muj. madres}}$</p>	<p>Lista de asistencia. Registro fotográfico. Acta de reunión.</p>	<p>baja disposición del equipo del programa chile crece contigo. Poco interés de las beneficiarias del programa. Mala calidad de la información.</p>	<p>4 meses. 2 meses actividad número 1. 2 meses actividad número 2.</p>	<p>Humanos: equipo profesional chile crece contigo. Materiales: todos los materiales ocupados en las actividades.</p>	<p>Se contará con mujeres madres de niños o niñas hasta 4 años de edad informadas capaces de transmitir la información a sus pares.</p>
---	---	--	--	---	---	---

<p>Actividad 1: el equipo profesional del programa chil crece contigo compuesto por matrona, asistente social y educadora de párvulos realizarán charlas informativas dirigidos a mujeres embarazadas entre 2 a 36 semanas de gestación sobre los beneficios del programa y cuidados prenatales.</p> <p>Actividad 2: el equipo profesional del programa chil crece contigo compuesto por matrona, asistente social y educadora de párvulos realizarán charlas informativas dirigidos a mujeres madres de niños o niñas de hasta cuatro años de edad sobre los beneficios del programa y cuidados infantiles.</p>	<p>no aplica</p>	<p>Lista de asistencia. Registro fotográfico. Acta de reunión.</p>	<p>Baja disposición del equipo del programa chil crece contigo. Poco interés de las beneficiarias del programa.</p>	<p>Actividad 1: de los 4 meses establecidos, dos meses se utilizarán intensivamente para realizar las charlas prenatales en el centro de salud.</p> <p>Actividad 2: Los dos meses siguientes se realizarán las charlas a las madres de niños o niñas hasta cuatro años de edad.</p>	<p>Humanos: equipo profesional chil crece contigo.</p> <p>Materiales: folletos de información. Salón de reuniones. Papeles y lápices. Computador. Máquina de proyección. Sillas y mesas. Café break: agua, jugo, galletas, vasos, servilletas.</p>	<p>La población objetivo aprenderá un correcto auto cuidado durante el periodo de gestación. La población objetivo aprenderá estimulación temprana y segura para sus hijos menores de cuatro años de edad.</p>
--	------------------	--	---	---	--	--

7.14 Matriz Lógica 3

ACTIVIDADES PRINCIPALES	CRONOGRAMA												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Reunión del equipo del Programa y encargada de proyecto para definir líneas de trabajo de charlas.	X												
Difusión de horarios y programa de charlas educativas		X	X										
Inicio de charlas educativas para mujeres embarazadas				X	X	X	X						
Inicio de charlas educativas para madres de niños de 0 a 4 años								X	X	X			
Finalización de charlas educativas y evaluación por parte del equipo y participantes													X

7.15 Estrategias o Iniciativas Referidas al Enfoque de Género

El modelo adecuado para la intervención social es la de apoyo social debido a que se utilizarán los recursos existentes dentro del centro de salud familiar, con el fin de optimizar las acciones destinadas a mejorar la utilización de las redes sociales existentes tanto de los profesionales como las beneficiarias del sistema. Esto permitirá fortalecer la ejecución de todas las actividades y tareas propuestas del proyecto.

7.16 Estrategias Referidas al Enfoque de Género

Las estrategias que serán utilizadas es la incorporación activa de todas las profesionales del Programa Chile crece contigo, ya que enriquecerán las actividades con los conocimientos de cada área. Además la promoción permanente de los beneficios y actividades involucran no sólo a las beneficiarias del servicio, sino también a toda la comunidad insertas en el centro de salud familiar.

7.17 Diseño para la Evaluación

	PLAN DE TRABAJO E INSTRUMENTOS	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
EVALUACIÓN DE PROCESOS	Planificación de las actividades.	Mensual	Equipo de trabajo Programa y encargada de proyecto.
	Buzón de sugerencias en relación a la información entregada en el panel	Mensual	Equipo de trabajo Programa y encargada de proyecto
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Encuesta de opinión	Anual	Equipo de trabajo Programa y encargada de proyecto.
EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS/AS	Cuestionario de evaluación respecto a las charlas educativas	Anual	Equipo de trabajo Programa y encargada de proyecto.

7.18 Coordinaciones en el Territorio y Otros Aportes del Proyecto

Actores/ sectores con quienes se coordinará	Área de vínculos y temas a trabajar en conjunto	Tipo de recurso(s) que se espera obtener /comprometer
Equipo del Programa y encargado de proyecto	Instaurar las actividades propias del proyecto.	Recurso Humano
Equipo del Programa y encargado de proyecto	Conseguir material visual	Recurso Material
Dirección del establecimiento	Financiamiento materiales	Recurso Financiero

7.19 Recursos Humanos y Materiales

7.19.1 Personal

Personal	Cantidad	Jornada de trabajo mínima (horas semanales)
Encargado del Proyecto	1	3
Matrona	2	5
Asistente social	1	5
Educadora de párvulos	1	5

7.19.2 Características del Equipo Técnico Profesional

Nombre	Profesión/Oficio	Experiencia en las temáticas específicas	Funciones
Carmen Huenchumil	Encargada proyecto	Tesis en relación a la percepción de las usuarias sobre el Programa	Supervisar la ejecución de las actividades.
Jessica Mella	Matrona	Encargada comunal del Programa Chile crece contigo	Supervisar la ejecución de las actividades.
Beatriz Apablaza	Matrona	Encargada actividades prenatales del programa	Realizar y actualizar el panel mural. Realizar charlas educativas
Mabel Contreras	Asistente social	Asistente social del programa	Crear y difundir los folletos informativos sobre el programa radial y página web
Carolina Acevedo	Educatora de párvulos	Encargada de las actividades con niños del programa	Realizar charlas educativas.

7.20 Descripción de la Infraestructura con que cuenta el Proyecto, para ejecutar la Intervención.

El proyecto se realiza dentro del Centro de salud familiar y cuenta con la infraestructura adecuada para la ejecución de las actividades.

La instalación de paneles murales, difusión de otras alternativas de información y charlas educativas, se realizarán dentro del recinto con la finalidad de acercar a la comunidad al centro de salud y así utilizar las instalaciones como el salón de reuniones, los espacios públicos, baños, entre otros.

7.21 Conclusiones

Es importante mantener a la comunidad usuaria de todos los servicios, correctamente informados, es decir cada grupo debe recibir información adecuada, directa y por sobre todo clara de los beneficios, actividades y conductos regulares para obtenerlos.

Cuando no se realiza una promoción eficaz por parte de los profesionales y de los servicios involucrados sobre nuevos programas y proyectos que pretenden mejorar la calidad de vida, ocasiona doble información, engorrosa y poco clara, lo que confunde y provoca que las personas no accedan a beneficios dispuestos para ellos.

Es por esto que es primordial realizar promoción de los beneficios y actividades específicas del Programa de manera local, donde las usuarias pueden resolver en el mismo lugar dudas y consultas, además de poder aprender datos prácticos para sobrellevar de la mejor manera posible los meses de embarazo. Por otro lado estas iniciativas permiten acercar a la comunidad a su centro de salud, y mejorar el servicio en base a la correcta educación e información en beneficio del crecimiento del proyecto.

Bibliografía General

8.1 Fuentes Primarias

- Asistente social y encargada del Programa de Promoción de salud y OIRS, Sra. Paola Acuña Céspedes.
- Asistente social unidad vecinal 29 y del Programa Chile crece contigo, Srta. Nidia Contreras.
- Matrona y Encargada comunal del Programa Chile crece contigo, Srta. Jessica Mella.
- Matrona y encargada de realizar taller de preparación al parto y a la crianza, Srta. Beatriz Apablaza.
- Mujeres embarazadas inscritas y participantes del estudio.

8.2 Fuentes Bibliográficas

- Ander-Egg Ezequiel. Introducción a las técnicas de investigación social, ediciones humanitas, 1990.
- Consejo asesor presidencial, Gobierno de Chile. El futuro de los niños siempre es hoy, 2006.
- Gobierno de Chile. Política nacional a favor de la Infancia y Adolescencia 2001-2010, 2000.
- Gobierno de Chile. Ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección social y Chile crece contigo, 2009Pasten, Fernando. Metodología de la investigación social, EDEVAL, 1995.
- Ilustre municipalidad de Pudahuel. Programa de Cultura, breve reseña histórica de la comuna, 2005.
- Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile. Documento Sistema de Protección integral a la Primera Infancia, 2007.
- Ministerio de planificación, secretaría ejecutiva de Protección social. Descripción general del sistema Chile crece contigo, 2007.

- Morales, Lidia. Disminuir brechas de inequidad en salud, un desafío para la salud pública, subsecretaría de salud marzo 2007.
- Moreno, Ximena, estudio Universidad Alberto Hurtado. Alcances y propuestas jurídicas para el desarrollo integral de la Infancia en Chile, 2006.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos del niño, 1990.
- Sampieri, Roberto. Metodología de la investigación científica, 1990.
- Sistema Chile Crece contigo. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la Infancia, 2007.
- Sistema Chile Crece contigo. Catalogo de prestaciones Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, 2007.
- Sistema Chile crece contigo. Plan de fortalecimiento nacional en la instalación del componente salud, 2009.
- Sistema Chile crece contigo. Nota metodológica EPSA, 2008.
- Sistema Chile crece contigo. Pauta de riesgo psicosocial, 2008.
- Sistema Chile crece contigo. Nota metodológica complementaria para profesionales y equipos de salud de la Guía de gestación y el nacimiento Aprendiendo a crecer, 2007.
- Moreno, Ximena, estudio Universidad Alberto Hurtado. Alcances y propuestas jurídicas para el desarrollo integral de la Infancia en Chile, 2006.

8.3 Digitales

- <http://www.crececontigo.cl>. Sitio web oficial del Programa Chile crece contigo.
- <http://www.embarazada.com> Sitio web que contiene las principales características de la gestación y desarrollo del feto.
- <http://www.fonasa.cl> Sitio web del Fondo Nacional de la Salud, que contiene información sobre la calificación previsional.
- <http://www.ine.cl> Sitio web del Instituto Nacional de Estadísticas.
- <http://www.minsal.cl> Sitio web del Ministerio de Salud que contiene la información sobre programas de salud.
- <http://www.mideplan.cl> Sitio web del Ministerio de Planificación, uno de los principales ejecutores del Programa.
- <http://www.minvu.cl> Sitio web del Ministerio de Vivienda y Urbanismo.
- <http://www.redprotege.cl> Sitio web que cumple la función de Portal de información a la ciudadanía de los beneficios.
- <http://www.wikipedia.cl> Sitio web que se desarrolla como enciclopedia virtual.

Anexos

ANEXO N°1: Instrumento de Recolección de Datos

CESFAM

Violeta Parra Sandoval

Universidad de Valparaíso

Escuela de Trabajo Social

ENCUESTA SOCIAL

Estimada usuaria:

El presente estudio es de carácter anónimo y tiene como objetivo colaborar en el proceso de mejoramiento del Programa Chile Crece Contigo implementado en el Centro de Salud Familiar Violeta Parra Sandoval; y se enmarca dentro del seminario de título de la estudiante Carmen Huenchumil Jerez, de la Escuela de Trabajo social de la Universidad de Valparaíso.

Agradecemos su valiosa colaboración que permitirá precisar oportunidades de mejoramiento y/o de optimización en el uso de los recursos, contribuyendo, de esta manera, gracias a su importante opinión, en la calidad del programa y de la calidad de vida de las usuarias del centro de salud.

Antecedentes Familiares (N° 1 Entrevistada)

NUMERO DE FICHA:

Edad	Unidad vecinal	Estado civil	Vínculo con la pareja	Nivel educacional	Ingreso familiar mensual (Líquido: Total haberes menos cotizaciones previsionales e impuestos)
	29	soltera	conviviente	Básica Incompleta	0 – \$150.000
	30	casada	separada de hecho	Básica Completa	\$150.000 – \$300.000
	31	viuda		Media Incompleta	\$300.00 - \$450.000
	32	divorciada		Media Completa	\$450.000 - \$600.000
	50	separada		Técnica Incompleta	\$600.00 - \$750.00
				Técnica Completa	\$750.000 - más
				Superior Incompleta	
				Superior Completa	

1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene usted?

- a. 9 a 12 semanas _____
- b. 13 a 16 semanas _____
- c. 17 a 20 semanas _____
- d. 21 a 24 semanas _____
- e. 25 a 28 semanas _____
- f. 29 a 32 semanas _____
- g. 32 a 36 semanas _____

2. ¿Usted sabe o ha escuchado de qué se trata el Programa Chile Crece Contigo?

- a. Sí
- b. No

Si contestó afirmativamente: ¿En qué grado opina Ud. que lo conoce?

Muy alto ____ Alto ____ Regular ____ Bajo ____ Muy bajo

3. ¿Cómo supo de la existencia del Programa Chile Crece Contigo?

Al calificar cada beneficio del programa usted diría que:

- a. La Agenda de salud de la mujer
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala – No sabe, no responde
- b. La Guía para la gestación y el crecimiento “Aprendiendo a crecer”
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala - No sabe, no responde
- c. La Consejería VIH pre y post examen
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala - No sabe, no responde
- d. La Consejería sobre cuidado del embarazo “entorno y alimentación saludable”
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala- No sabe, no responde
- e. La Entrega de leche
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala - No sabe, no responde

4. En relación a las atenciones profesionales recibidas durante su embarazo:

¿Cómo las evalúa?:

- a. Control matrona
Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo ____ NS/NR ____
- b. Control dental
Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR ____

c. Control asistente social

Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR

d. Control nutricionista

Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR

e. Otro profesional. Especifique cuál _____

Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR

5. ¿Cuánto tiempo, aproximadamente, destinó el o la profesional en su atención?

profesional/tiempo	1 a 5 mins.	6 a 10 mins.	11 a 15 mins.	15 a 30 mins.	Más de 30 mins.
Matrona					
Dentista					
asistente social					
nutricionista					
Otro ¿cuál?					

6. El tiempo destinado lo considera:

profesional/tiempo	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Matrona					
Dentista					
asistente social					
Nutricionista					
Otro ¿cuál?					

7. ¿Ha participado de los talleres y actividades del Programa Chile Crece Contigo?

- Sí (pase a la pregunta 8)
- No (pase a la pregunta 10)

8. ¿En cuáles ha participado y cómo los evalúa?

- Taller de preparación parto y crianza
Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR
- Taller de promoción activa del padre y familia

- Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR
- c. Visita domiciliaria integral por parte del profesional de salud
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala – NS/NR
- d. Otro , especifique_____
- Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR
- 10 ¿Por qué no ha participado de los talleres o actividades?**
- a. Por falta de tiempo
- b. No le acomoda el horario
- c. No le interesa participar
- d. No sabe que existen
- 11 ¿Le han informado de los siguientes beneficios que entrega el programa?**
- a. Atención personalizada del parto
Sí – no
- b. Alternativas de anestesia durante pre parto y parto
Sí – no
- c. Reforzamiento del control de salud del niño o niña
Sí – no
- d. Subsidio familiar
Sí – no
- e. Sala cuna y jardín infantil gratuitos
Sí - no
- f. Ayudas técnicas en caso que el niño o niña nazca con discapacidad
Sí – no
- 12 ¿Qué le parece que existan estos beneficios para proteger la maternidad?**
- Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR
- 13 ¿Cómo calificaría Usted la infraestructura del centro de salud?**
- a. Sala de espera
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala – NS/NR
- b. Box de atención
Muy bueno- Bueno- Regular – Malo- Muy malo – NS/NR
- c. Baños públicos
Muy buenos- Buenos- Regulares – Malos - Muy malos – NS/NR
- d. Sala de taller para la maternidad
Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala – NS/NR
- 14 ¿Cómo calificaría usted la calidad de los recursos materiales?**
- a. Información visual o folletos con información del programa

Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala – NS/NR

b. Implementación del box de atención

Muy buena- Buena- Regular – Mala- Muy mala – NS/NR

c. Utensilios profesionales utilizados por el profesional

Muy buenos- Buenos- Regulares – Malos- Muy malos – NS/NR

15 ¿Usted tiene la ficha de protección social?

a. Sí

b. No

16 ¿Cuáles de estos beneficios posee?

a. Subsidio único familiar _____

b. Chile solidario _____

c. Programa puente _____

d. Mejoramiento de la vivienda _____

e. Prevención y atención por violencia intrafamiliar _____

f. Ayuda técnica a discapacitado _____

g. Atención salud mental _____

h. Otro. ¿Cuál? Especifique: –

Una vez más, agradecemos a usted el tiempo dedicado y su valioso aporte, que permitirá contribuir en el mejoramiento del Programa y la calidad de atención a sus beneficiarias.

ANEXO N°2 Visor SPSS

Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perfiles	Columnas	Alineación	Medida
1. año	Número	8	0	número encaje	Ninguno	Ninguno	0	Centrado	Nominal
2. edad	Número	8	0	edad encuesta	Ninguno	Ninguno	8	Centrado	Nominal
3. sexo	Número	8	0	estado civil en	{1, 23}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
4. nivel	Número	8	0	estado civil en	{1, 23}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
5. vinculo	Número	8	0	vinculo con la	{1, 23}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
6. educ	Número	8	0	nivel educac	{1, 23}...	Ninguno	10	Centrado	Nominal
7. ingreso	Número	8	0	ingreso anual	{1, 0 - 10.000}	Ninguno	8	Centrado	Nominal
8. p.1	Número	8	0	cuanto cobra	{1, 9 a 12 obr	Ninguno	8	Centrado	Nominal
9. p.2	Número	8	0	usted sabe o	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
10. p.2.1	Número	8	0	et que grado	{1, muy alta}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
11. p.3	Cadena	255	0	crimo sup de	Ninguno	Ninguno	0	Centrado	Nominal
12. p.4.1	Número	8	0	he rec bdo la	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
13. p.4.1.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
14. p.4.2	Número	8	0	he rec bdo la	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
15. p.4.2.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
16. p.4.3	Número	8	0	he rec bdo la	{1, 2}...	Ninguno	0	Centrado	Nominal
17. p.4.3.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
18. p.4.4	Número	8	0	he rec bdo la	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
19. p.4.4.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
20. p.4.5	Número	8	0	he rec bdo la	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
21. p.4.5.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	0	Centrado	Ordinal
22. p.6.1	Número	8	0	he asistido el	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
23. p.6.1.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
24. p.6.2	Número	8	0	he asistido el	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
25. p.6.2.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
26. p.6.3	Número	8	0	he asistido el	{1, 2}...	Ninguno	0	Centrado	Nominal
27. p.6.3.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
28. p.6.4	Número	8	0	he asistido el	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
29. p.6.4.1	Número	8	0	como evaluar	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
30. p.6.5	Número	8	0	uso profesori	{1, 2}...	Ninguno	8	Centrado	Nominal
31. p.6.5.1	Cadena	255	0	especificar su	Ninguno	Ninguno	17	Centrado	Nominal
32. p.6.5.2	Número	8	0	como o eval	{1, muy buena}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal
33. p.7.1	Número	8	0	cuanto tiempo	{1, 1 a 5 minut	Ninguno	8	Centrado	Nominal
34. p.7.2	Número	8	0	cuanto tiempo	{1, 1 a 5 minut	Ninguno	8	Centrado	Nominal

ANEXO N°3: Pauta Epsa



Pauta de Riesgo Psicosocial Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)



Nombre _____

Fecha de nacimiento de la gestante
 día mes año

Edad gestacional al ingreso
 semanas / días

Fecha control de ingreso
 día mes año

Fecha control 3° trimestre
 día mes año

- 1. Ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas
- 2. Escolaridad menor a sexto básico
- 3. Edad menor a 17 años y 11 meses

si no

4. Conflictos con la maternidad

¿Pudo en algún momento interrumpir su embarazo?
 ¿Preferiría no estar embarazada?

Marque sí, si contesta positivamente a una o ambas preguntas.

si no

si no

5. Insuficiente apoyo social o familiar

¿Siente que no cuenta con todo el apoyo que necesita de su pareja y/o familia desde que está embarazada?

Marque sí, si siente que no cuenta con el apoyo necesario.

6. Síntomas depresivos

a. ¿Se ha sentido triste, deprimido o pesimista casi todos los días?
 b. ¿Ha sentido que no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?
 Marque sí, si una o más respuestas son afirmativas.

7. Uso o abuso de sustancias

¿Ha consumido alguna de estas sustancias durante el último mes?

- a. Cigarrillos
- b. Cerveza, vino, licor fuerte u otras bebidas con alcohol
- c. Marihuana, cocaína, pasta base, anfetaminas u otra droga
- d. Tranquilizantes y/o anti-depresivos sin receta médica

Marque sí, si ha consumido cualquiera de estas sustancias y sujete la o las que ha usado durante la última semana. Registre la cantidad que ha consumido en la línea que sigue a cada opción.

8. Violencia de género

- a. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha insultado, humillado o amenazado? ¿Le ha dicho que no debería estar embarazada? ¿Controla con quién conversa o el dinero que gasta? (Violencia psicológica)
- b. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha golpeado o ampujado? (Violencia física)
- c. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? (Violencia sexual)

Marque sí, si ha sido víctima de cualquiera de estas manifestaciones de violencia y sujete el tipo de violencia al que ha sido sometida.

9. ¿Existe algún otro factor de riesgo que deba ser considerado?

Nombre evaluador/a _____

Firma evaluador/a _____