

Percepción de stakeholders de “Chile Crece Contigo”, acerca de su implementación en la comuna de Concepción, Chile

Perception of “Chile Crece Contigo” stakeholders on its implementation in the Commune of Concepción, Chile

Alexis González-Burboa, Oscar Arteaga-Herrera, Aldo Vera-Calzaretta,
Carlos Acevedo-Cossio, Ingrid González-Torres,
Hans Müller-Ortiz y Patricia Villaseca-Silva

Recibido 8 julio 2016 / Enviado para modificación 14 mayo 2018 / Aceptado 22 diciembre 2018

RESUMEN

Objetivo Explorar la percepción de los stakeholders vinculados al subsistema de protección de la infancia “Chile Crece Contigo” en lo que respecta a su implementación en la comuna de Concepción, Chile.

Métodos Estudio cualitativo. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y un focus group como técnicas de recolección de información. Se realizó un muestreo teórico en base a la representación de los niveles de decisión y poder respecto a la implementación de Chile Crece Contigo en la comuna de Concepción. Los datos fueron analizados con el software ATLAS.ti 6.2.

Resultados Destacaron como logros la alta valoración de Chile Crece Contigo, junto con, la capacidad de instalar temas tan relevantes como el cuidado de la primera infancia. El aspecto no logrado más importante fue el aprovechamiento de los beneficios entregados y la difusión de la política. El mayor facilitador de la implementación fue el compromiso con el Chile Crece Contigo, mientras la mayor barrera, la situación contractual de los profesionales. Finalmente, como aspectos a mejorar se apuntaron la infraestructura, la articulación de la red Chile Crece Contigo y los recursos asociados a la política.

Conclusión La implementación de Chile Crece Contigo en la comuna de Concepción ha alcanzado una alta valoración y reconocimiento en la comunidad, sin embargo, aún se requiere trabajar en el logro de aspectos relacionados con la articulación de los distintos stakeholders que componen la red Chile Crece Contigo, la difusión de la política en todos los niveles y el mejor aprovechamiento de los beneficios entregados a la población.

Palabras Clave: Política; colaboración intersectorial; niño (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To explore the perception of stakeholders on the implementation policy of the childhood protection subsystem “Chile Crece Contigo” in the Commune of Concepción, Chile.

Materials and Methods Qualitative study. Semi-structured interviews and a focus group were used as information gathering techniques. A theoretical sampling was carried out based on the representation of decision and power levels with regard to the implementation of Chile Crece Contigo in the Commune of Concepción. The data were analyzed with the ATLAS.ti 6.2 software.

Results The most notable achievements highlighted by interviewees were the high valuation of Chile Crece Contigo, along with the possibility of placing relevant subjects such as first childhood care into the agenda. On the contrary, taking advantage of benefits delivered by the program and the dissemination of the policy were deemed as not achieved. The main facilitator of the implementation was the commitment of the bene-

AG: Matrón. Ph. D.(c) Epidemiología y Salud Pública. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. Unidad Docente Asistencial de la Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras. Talcahuano, Chile.

alexisgonzalez@udec.cl

OA: MD, Ph. D. Salud Pública. Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende Gossens”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. *oarteaga@med.uchile.cl*

AV: Psicólogo. Ph. D. Salud Pública. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. Unidad Docente Asistencial de la Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras. Talcahuano, Chile. *aldorverac@udec.cl*

CA: Psicólogo. M. Sc. Psicología Educacional. Departamento de Educación, Universidad Tecnológica de Chile INACAP. Talcahuano, Chile. *carlos.acevedo.cossio@gmail.com*

IG: Socióloga. M. Sc. Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Concepción. Concepción, Chile. *gringrid6@gmail.com*

HM: MD. Especialista en Medicina Interna y Nefrología. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. Unidad Docente Asistencial de la Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras. Talcahuano, Chile. *hmuller@me.com*

PV: MD. Especialista en Medicina Familiar. Programa de Salud y Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. *pvillase@udec.cl*

ficiaries to Chile Crece Contigo, while the most important barrier identified was the contract modality of professionals. Finally, aspects to be improved included infrastructure of facilities, the Chile Crece Contigo network articulation and the funds to secure sustainability of the program over time.

Conclusion The implementation of Chile Crece Contigo in the Commune of Concepción has achieved high recognition in the community, however, it is still necessary to work on the achievement of aspects related to the articulation of the different stakeholders that make up the Chile Crece Contigo network, the diffusion of politics at all levels, and the best use of the benefits delivered to the population.

Key Words: Politics; intersectoral collaboration; child (source: MeSH, NML).

“Chile Crece Contigo (CHCC)” es quizá uno de los hitos más relevantes en materia de infancia, posterior a la suscripción y ratificación de la Declaración de los Derechos del Niño por parte del Estado Chileno (1). Entró en vigencia el 12 de septiembre del año 2009 (2) y fue diseñado considerando un enfoque de abordaje intersectorial de la población beneficiaria, intentando de esta forma, articular stakeholders tan variados como salud, educación y desarrollo social.

La literatura existente respecto a CHCC describe evaluaciones a prestaciones específicas y al estado de avance de la instalación del sistema. En este sentido, se han realizado encuestas nacionales de implementación (3,4) y trabajos que, entre otros ámbitos, han estudiado diversas temáticas, tales como: implementación y funcionamiento de visitas domiciliarias (5), talleres grupales de competencias parentales (6), costo-efectividad de modalidades de apoyo a CHCC (7), uso e identificación de nudos críticos y mejoras al Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de CHCC (8), condiciones mínimas para la operación del programa (9), análisis de resultados asociados a la entrega de prestaciones de CHCC (10,11), determinantes sociales relacionados con el desarrollo infantil (12), y satisfacción usuaria de los beneficiarios del programa (13,14). Otros trabajos han estudiado la mejora continua en la entrega de prestaciones ofrecidas por el programa (15,16) y la interacción con las usuarias y sus familias (17).

Por otra parte, respecto a las investigaciones de stakeholders, concepto referido a los grupos de interés –tomadores de decisiones, financistas, prestadores y beneficiarios (18-20)– de una acción o política, se han abordado los obstáculos, soluciones y desafíos en la implementación de sistemas de salud (18), la percepción de los profesionales sanitarios respecto a la introducción de una nueva legislación relacionada con la práctica en salud (19), la percepción acerca del riesgo de sufrir alguna herida (20), y el uso de terapias para el tratamiento de enfermedades (21), entre otros. Además, la percepción de los stakeholders ha sido usada como una herramienta valiosa al momento de enriquecer el desarrollo de la práctica sanitaria, por lo cual, se plantea que puede representar un gran aporte a la implementación de un programa o intervención de salud (22).

Así, los estudios de análisis de stakeholders en el campo de las políticas públicas en salud ofrecen información valiosa y oportuna a los tomadores de decisiones respecto de la implementación de las políticas que deben gerenciar (23).

De acuerdo a lo expuesto, este trabajo exploró la percepción de profesionales y un grupo de usuarias vinculadas al Subsistema de Protección de la Infancia “Chile Crece Contigo” en lo que respecta a su implementación en la comuna de Concepción.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio cualitativo, utilizando entrevistas semiestructuradas como técnica de recolección de información (24-26).

Se realizó un muestreo teórico en base a la representación de los niveles de decisión y poder respecto a la implementación de CHCC en la comuna de Concepción (27,28), utilizándose las estrategias de muestreo por criterio y muestreo nominado o en bola de nieve (29). Se incluyeron: (a) directivos encargados de velar por la implementación de CHCC a nivel comunal (altos directivos) y en los centros de salud (gestores de establecimientos), (b) ejecutores de las prestaciones de CHCC (profesionales clínicos), y (c) receptores de los beneficios de la política (usuarias) (Cuadro 1). Además, a fin de asegurar la familiarización con las estructuras de CHCC, se consideró como criterio de inclusión un mínimo de 10 meses de antigüedad en el cargo. En el caso de las usuarias, se incluyeron todas aquellas que hubiesen recibido, al menos, una prestación/beneficio de CHCC dentro de la comuna de Concepción.

Pese a que se realizaron entrevistas semiestructuradas, en un esfuerzo de triangulación para incrementar la validez del estudio, se desarrolló un focus group (29). Las entrevistas y el focus group fueron grabados y transcritos verbatim. El total de participantes de este estudio fue determinado a través del criterio de suficiencia o saturación (29) y fue alcanzado con 17 entrevistas.

Para el análisis de los datos, se siguieron los preceptos de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) (24) reali-

Cuadro 1. Resumen de los participantes de la investigación

Entrevistados	Plano decisional	N°
Altos directivos	Encargados de Programa (CHCC, Infantil) pertenecientes a SEREMI de Salud, SEREMI de Desarrollo Social, Servicio de Salud, Municipalidad y Dirección de Administración de Salud Municipal de la comuna de Concepción.	7
Gestores de establecimientos	Encargados de Programa (CHCC, Infantil) pertenecientes al Hospital Base y a Centros de Salud Familiar de la comuna de Concepción.	5
Profesionales clínicos	Profesionales (Matrona, Psicóloga, Educadora de Párvulos) vinculados a CHCC pertenecientes al Hospital Base y Centros de Salud Familiar de la comuna de Concepción.	5
Usuarías	Participantes de Taller "Nadie es Perfecto" que han recibido los beneficios de CHCC en la comuna de Concepción.	7

zándose codificación abierta, axial y selectiva. El proceder inductivo en el análisis permitió construir las categorías y subcategorías temáticas (Cuadro 2). En el proceso de análisis de los datos se utilizó el software ATLAS.ti 6.2.

Este estudio fue autorizado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

RESULTADOS

El Cuadro 2 muestra las categorías y subcategorías que emergieron del análisis de las entrevistas, las que posteriormente se describen en esta sección.

Cuadro 2. Percepciones acerca de la implementación de CHCC

Categoría	Subcategorías
Logros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración 2. Instalación de temas 3. Educación a la población 4. Equidad 5. Integralidad de enfoque 6. Otros (mejoras, integración, nuevas metodologías)
Aspectos no logrados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso insuficiente de beneficios por parte de los destinatarios del programa 2. Difusión 3. Articulación 4. Infraestructura 5. Talleres 6. Cumplimiento de promesas 7. Otros (transversalidad, homogeneidad en la implementación, profesionales psicosociales)
Facilitadores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso de usuarios 2. Asignación de recursos para la política CHCC 3. Carácter transversal e integral de CHCC 4. Articulación interdisciplinaria del cuidado y rol de la gerencia 5. Otros (plataforma de registro y monitoreo de datos)
Barreras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad contractual de funcionarios 2. Cultura biomédica dominante en salud 3. Insuficiencia de Recursos 4. Escenario político inestable 5. Otros (difusión, articulación, sobrecarga laboral)
Aspectos a mejorar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infraestructura 2. Articulación 3. Recursos y sustentabilidad 4. Calidad contractual de funcionarios 5. Otros (Cobertura, capacitación, continuidad, talleres)

*Otros: Subcategoría que abarca uno o más elementos no agrupables en categorías propias

a. Logros

Se entienden como logros aquellos aspectos relacionados a CHCC cuya consecución fue percibida positivamente por las/os entrevistados/as. En este sentido se reconoce como un gran logro la alta valoración que tiene CHCC en la comunidad, tanto en su propósito como en los atributos que posee. Se reconoce también que CHCC ha logrado instalar temas valiosos como el cuidado de la primera infancia y la integralidad en el abordaje de los cuidados de los niños/as (el desarrollo temprano, la recuperación de los niños/as rezagados, la asesoría permanente en temas de crianza, etc.).

Otro logro ha sido la labor realizada por profesionales psicosociales incorporados a los equipos de trabajo, así como la instalación de espacios educativos para la comunidad en los cuales se abordan temáticas relacionadas al proceso reproductivo, la primera infancia y el desarrollo de habilidades parentales.

Sumado a lo anterior, se destaca la contribución de CHCC a la equidad en la atención de los niños/as de Chile, resaltando el apoyo brindado a través de los espacios educativos y la integración de la familia, en especial la figura del padre, al proceso de la gestación, el parto y la crianza. Se reconocen también las mejoras en el cuidado de los niños/as incorporadas a CHCC mediante el uso de nuevas metodologías, tanto de educación como de atención en salud. «(...) es un programa necesario y vital porque involucra desde que el niño se está gestando, hasta que el niño nace, entonces todo un período del cual se tiene un control de la evolución del niño». Encargada/o de Programa Infantil en CESFAM. «Los talleres, a mí por lo menos, en el embarazo me ayudaron mucho, en el embarazo, en el momento, me ayudaron mucho», usuaria CHCC, comuna de Concepción.

Además, se señala que CHCC equipara la entrega de beneficios mínimos a la población beneficiaria, alcanzando a las personas más vulnerables.

Otro logro señalado por los entrevistados/as es la integralidad alcanzada mediante el trabajo interdisciplinario para el abordaje de los niños/as, donde destaca el aporte realizado por profesionales no biomédicos al trabajo en salud. En este sentido, se resalta la figura de la Edu-

cadora de Párvulos como profesional que ha impactado las prácticas clínicas y ha ido ganando un espacio en las instituciones de salud. «Antes, por ejemplo, los talleres de preparación psicofísica solamente los hacía la Matrona. Ahora, ya participa la Psicóloga, el Kinesiólogo, la Educadora de Párvulos, entonces, el equipo como es multidisciplinario, es más rico (...)\», encargada/o de Programa CHCC en CESFAM.

b. Aspectos no logrados

Se entienden como aspectos no logrados aquellos cuya consecución fue percibida negativamente por los entrevistados/as.

Los/as entrevistados/as indicaron que, pese a que valoran la entrega de beneficios por parte del programa, no se ha logrado que estos sean aprovechados a cabalidad por la población beneficiaria. Resalta lo difícil que ha sido implementar exitosamente los talleres CHCC, pese a que se considera un logro la instalación de espacios educativos. Además, pese a ser valorada positivamente la incorporación de la figura paterna en el acompañamiento de las madres y sus hijos/as, se considera que este es un ámbito que debe seguir fortaleciéndose.

Otro aspecto no logrado es la difusión efectiva del programa a nivel de los usuarios y del equipo profesional no

directamente vinculado a él, ya que en relación a este último grupo, podría existir la percepción de que CHCC es solo responsabilidad de quienes están contratados para implementar sus acciones. Por otra parte, pese a que se considera un logro la labor de los profesionales psicosociales, en especial de la Educadora de Párvulos, no se prioriza la incorporación de éstos a los centros de salud.

De forma marginal, otro aspecto no logrado se relaciona con el cumplimiento algunas de las promesas iniciales de CHCC, en específico, algunas prestaciones y salas cuna. Ligado a lo anterior, no se ha logrado tener la infraestructura necesaria para la ejecución adecuada de todas las actividades en los centros. Además, de acuerdo a los/as entrevistados/as aún está en deuda la apropiada articulación de la red de instituciones participantes de CHCC, junto con la implementación homogénea en todas las localidades.

Finalmente, se señala que no se ha logrado dar un uso eficiente al sistema de monitoreo de los datos de las atenciones derivadas de CHCC, pese a que se destaca el aporte de la existencia de una plataforma virtual que permite la normalización de los registros.

En el Cuadro 3 se muestran algunas citas que ilustran las subcategorías correspondientes a la categoría “Aspectos no logrados”.

Cuadro 3. Citas seleccionadas de Aspectos no logrados de CHCC

<p><i>Es una tremenda herramienta que se implementó, una tremenda ayuda al público, a los usuarios de los centros de salud, pero que lamentablemente a veces no lo valoran. Es una herramienta que entrega un sin fin de materiales didácticos muchas veces, pero que lamentablemente a veces no son aprovechados ni valorados por los usuarios.</i></p> <p style="text-align: right;">Encargada/o de Programa Infantil en CESFAM</p> <p>(...) encuentro que son como cosas innecesarias de repente, porque no sé, el mismo móvil que regalan le dan un manotazo y se hizo tira. Son cosas como desechables.</p> <p style="text-align: right;">Usuarías</p>
<p><i>Yo creo que, también nos falta profundizar en la relación intersectorial con las otras instituciones que conforman el subsistema. Yo creo que eso es un tema que está al debe. Son diferentes temas, en educación, yo creo, que se ha ido quedando un poco atrás en el fondo al no sentirse un actor relevante en las prestaciones de Chile Crece Contigo... Desarrollo Social, si bien es el coordinador, incluidos los recursos, no tiene potestad de supervisión con respecto a lo que ocurre en salud. Entonces, entre comillas, cada cual vela por su parcela (...)</i></p> <p style="text-align: right;">Encargada/o de Programa CHCC en Municipalidad</p> <p>(...) yo creo, de verdad, que la idea es súper buena, la idea del Chile Crece es súper buena, pero falta esa promoción,... porque uno le dice Chile Crece a la gente y queda con cara de: ¿qué es eso? Entonces falta esa información. Yo les digo siempre que todo, la guía, todo eso, se les entregó por el programa Chile Crece, que es para acompañar, pero hay alguna gente que ...uno le dice Chile Crece, o los talleres Chile Crece... ¿Qué es eso? Entonces, falta como una promoción mejor.</p> <p style="text-align: right;">Profesional Clínico en CESFAM</p>
<p><i>Por ejemplo, la otra vez llegó el papá de un bebé, la pareja de una mujer aquí que iba a tener su parto... estaba informado en cuanto a las políticas del Chile Crece y también estaba súper ansioso y todo, era casi molesto, diciendo porque él no podía estar con la mamá en el parto y durante el parto normal, porque no lo dejaban entrar. Entonces el ahí estaba como “cateteando” todo el rato...pero no debería ser así, estaba en todo su derecho. Entonces ¿qué podemos hacer ahí nosotros? ¿Contención? (...)</i></p> <p style="text-align: right;">Profesional Clínico en Hospital</p>

c. Facilitadores

Se entienden como facilitadores aquellos factores que contribuyeron a la consecución de los logros de la implementación de CHCC.

Los entrevistados/as consideraron relevante el compromiso de los usuarios con CHCC, facilitado por la cercanía de éstos con los equipos de salud, reconociéndose además, que la capacidad profesional y experiencia de los equipos

de salud ha facilitado el desarrollo del proceso. Esto se ve reflejado en la siguiente cita: «(...) en salud siempre está la gracia que nosotros teníamos los equipos armados, entonces, lo que le hacía falta era unir estos equipos (...)» encargada/o de Programa CHCC en SEREMI de Desarrollo Social.

La asignación de recursos propios para la política ha sido otro facilitador de la implementación. En su inicio, CHCC consideró la incorporación de recursos físicos (ej. sala de estimulación), humanos, tecnológicos (ej. plataforma de seguimiento), financieros, educativos (ej. ludotecas), etc., lo cual, significó un potente paso inicial en su instalación, permitiendo que los avances alcanzados puedan permanecer en el tiempo.

Por otro lado, se destaca el carácter transversal, integral y con fuerte énfasis en la primera infancia de CHCC cuya relevancia, reconocida por los stakeholders del proceso de implementación, ha facilitado la instalación de las prestaciones en los centros.

Sumado a lo anterior, se reconoce que la posibilidad de abordar el cuidado de la población beneficiaria de manera interdisciplinaria, ha facilitado y enriquecido el trabajo realizado por los equipos de profesionales encargados de entregar las prestaciones de CHCC. En este sentido, se destaca el apoyo de la gerencia, en sus distintos niveles, como un importante facilitador de la articulación. Los/as entrevistados/as también valoraron la existencia de una plataforma electrónica de registro y monitoreo de los datos generados en las atenciones de CHCC como factor que ha facilitado la gestión de la política.

d. Barreras

Se entienden como barreras aquellos factores que han entorpecido la implementación de CHCC, reconocidos sin necesariamente implicar una intención de mejoría.

Para los entrevistados/as la calidad contractual de los profesionales vinculados a CHCC emerge como el mayor obstáculo, siendo señalada como la causa de la alta rotación e inestabilidad en los cargos asociados al programa.

Por otra parte, la cultura del sector salud, cuyo fuerte apego a la mirada biomédica de la atención sanitaria, es vista como una de las causas que ha entorpecido la incorporación de nuevas miradas, profesiones y metodologías al trabajo en la primera infancia. Esto se expresa en el discurso de algunos profesionales que refieren tener sobrecarga laboral debido a que las funciones asociadas a CHCC se suman a las que ya tienen en sus centros de salud.

Sumado a lo anterior, otra barrera percibida es la falta de infraestructura apropiada para la ejecución de las actividades ofrecidas por el programa, señalándose que la mayor brecha corresponde a la falta de salas de estimulación.

El análisis también mostró que una barrera relacionada con CHCC es el cambiante escenario político, cuya influencia ha tendido a fortalecer o debilitar la implementación. «De repente corre tanto la política... de repente, cambia el gobierno y gente nueva. Entonces, hemos tenido cada vez un retroceso... cada cambio de gobierno que hay, hay como que partir de cero, porque es gente nueva que ingresa a los programas y tenemos que, poco menos, enseñarle a la gente nueva que llega. Entonces, esa cuestión a mí me da mucha lata, porque cuesta... el sistema es así, en este país el sistema es así. Entonces, no avanzamos porque ya debíamos ir mucho más adelantados y quedamos pegados, como que vamos quedando pegados... Entonces, de repente desmotiva esa cuestión, pero como en todo ámbito te afecta eso», encargada/o de Programa CHCC en CESFAM.

e. Aspectos a mejorar

Se entienden como aspectos a mejorar aquellos que, según la opinión de los entrevistados/as, podrían y deberían ser cambiados para mejorar la implementación de CHCC.

Como podría esperarse, las subcategorías emergentes en este punto son coincidentes con algunas encontradas en los “Aspectos no logrados” y las “Barreras” de la implementación.

Los/as entrevistados/as destacaron la necesidad de mejorar la infraestructura, en el sentido que esta asegure las condiciones mínimas necesarias para el desarrollo de las prestaciones comprometidas por CHCC, por ejemplo, mediante la implementación de salas de estimulación para el cuidado de niños/as, las cuales, no han contado con espacio físico para su instalación en los centros de salud. Especial relevancia, es otorgada a la necesidad de mejorar la articulación de la red CHCC y de fortalecer las redes comunales, soporte de CHCC en los territorios. Se señala además que es necesario trabajar en el compromiso de todos los stakeholders involucrados en la implementación de la política en cada uno de sus niveles. Sumado a lo anterior, se considera necesario optimizar el aprovechamiento de las instancias educativas ofrecidas por el programa tanto por parte de profesionales así como de usuarias.

DISCUSIÓN

En cuanto a los logros percibidos por los entrevistados/as, se concuerda con estudios que destacan la alta valoración que transversalmente tiene la política CHCC (10,30), principalmente, por sus características y el propósito que persigue, destacando su capacidad de instalar temas relevantes para la población como es el caso de la primera infancia y, sobre todo, la equidad (9). Resalta también, el apoyo dado con beneficios a las familias, principalmen-

te insumos, que permiten equiparar brechas y apoyar el proceso de crianza (5), junto con el fortalecimiento de las competencias parentales por medio de la educación y la integración de la familia al acompañamiento del embarazo, el parto y la crianza (10).

Existe también coincidencia en la percepción de que CHCC permite abordar el cuidado de los niños/as y sus familias con una mirada sistémica integral y, junto con esto, incorpora la mirada de los profesionales psicosociales al trabajo de los equipos de salud (5). Sumado a lo anterior, se perciben mejoras en los resultados de salud, especialmente, en la recuperación de los niños/as con riesgo de retardo del desarrollo psicomotor (6).

Con respecto a los aspectos no logrados de la implementación, los resultados son coincidentes con literatura que reporta una subutilización de los espacios educativos dispuestos por CHCC (6) y, relacionado con esto, se concuerda también en que, pese a ser valorado como logro, la falta de aprovechamiento de los talleres por los beneficiarios es un aspecto en deuda en la implementación (14). Sumado a lo anterior, se concuerda en que, pese a que en un inicio tuvo resultados positivos, no ha logrado instalarse la adecuada articulación de la red intersectorial (30), la cual es reconocida como una de las grandes apuestas realizadas por la política. Otro aspecto que es sumamente sensible, en especial para las usuarias/os, es la percepción de que aún no se ha logrado una adecuada difusión de CHCC, lo cual se traduce en desconocimiento de la cartera de servicios y en un pobre empoderamiento de la población en cuanto a la exigencia de las prestaciones de CHCC como un derecho (10).

La instalación de una adecuada infraestructura que sea acorde a las prestaciones ofrecidas por CHCC es otro aspecto aún pendiente, razón por la cual, se entiende que exista la percepción de no haber logrado cumplir algunas promesas (ej. promesa de instalar salas de estimulación en donde se entreguen prestaciones con metodologías innovadoras). Esto concuerda con un estudio que en 2010 declaraba que este ámbito, pese los avances, aún estaba en deuda (4). El mismo estudio también apuntaba a la falta de profesionales psicosociales como un aspecto no logrado, situación que, para la comuna de Concepción seguiría siendo un problema (4). Otro aspecto que coincide con literatura existente es no haber conseguido una implementación homogénea entre las localidades cercanas al cono urbano y las más rurales, apuntando la existencia de centralismo como prioridad (5). Finalmente, pese a ser reconocido como un logro, la utilización eficiente de una plataforma que permite integrar los datos producidos en la entrega de atenciones no ha logrado ser instalada (6).

En cuanto a los factores que han facilitado la implementación, existe concordancia entre nuestros hallazgos

y literatura que destaca que el rol que han jugado los equipos de salud por su cercanía y vínculo con la población, junto con las capacidades “know how”, instaladas en los centros, han facilitado enormemente la instalación y posterior desarrollo de CHCC en la comuna, actuando como núcleo desde donde, de manera activa, se ha facilitado la implementación (17). Se concuerda también en que el carácter transversal, integral y con un fuerte énfasis en la instalación de la equidad en la primera infancia, ha facilitado la instalación de las prestaciones en los centros de salud (6).

En relación a las barreras de la implementación percibidas por los entrevistados/as, nuestros hallazgos se encuentran en concordancia con literatura que señala que el contexto, principalmente político, puede ser una barrera (31). Además, se concuerda en que debe asegurarse la combinación de recursos (financieros, técnicos y humanos) necesarios para asegurar todas las fases de la implementación (31). Un factor que también es relevado como barrera es la cultura subyacente en el sector salud, la cual ha generado tensiones entre la puesta en práctica del enfoque biopsicosocial y las prácticas de la cultura organizacional de los centros de salud (10). La deficiente difusión de la política CHCC, es también señalada como un obstáculo al empoderamiento de la ciudadanía e inclusive de los mismos profesionales de los centros (32).

Respecto a los aspectos a mejorar, los resultados concuerdan con la necesidad de contar con una mayor coordinación para responder de forma más integral a las necesidades de las familias, junto con, la ampliación gradual de las prestaciones actuales, el perfeccionamiento del personal que trabaja en relación directa con los niños/as y sus familias, y el fortalecimiento de las instancias educativas en el nivel primario, con especial énfasis en la primera infancia y el uso de los beneficios entregados (9,14). Además, se vuelve necesario mejorar las condiciones que generan la alta rotación de funcionarios, y las instancias de coordinación y comunicación de los diferentes stakeholders involucrados (33).

Los hallazgos de este estudio nos permiten señalar que, para algunos stakeholders de CHCC en la comuna de Concepción, su implementación ha resultado muy valiosa, en temas tales como la instalación de la equidad en la infancia, la incorporación de la figura paterna al acompañamiento del proceso de gestación, parto y crianza, y la valoración de la estimulación temprana como parte del desarrollo integral de los niños, destacando el trabajo interdisciplinario de los profesionales en las intervenciones llevadas a cabo. Esto indicaría que la implementación de CHCC ha alcanzado una alta valoración y reconocimiento en la comunidad, sin embargo,

aún se requiere trabajar en el logro de aspectos relacionados con la articulación de los distintos stakeholders que componen la red CHCC, la difusión de la política en todos los niveles y el mejor aprovechamiento de los beneficios entregados a la población.

Como limitación de este estudio se debe señalar que en la muestra definitiva, pese a que se buscaba conocer las percepciones de stakeholders de distintos niveles de la red CHCC, solo fue posible acceder a usuarias participantes de una misma prestación a través de un taller de crianza.

REFERENCIAS

1. Sistema Chile Crece Contigo. Cuatro Años Creciendo Juntos: Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. [Internet]. 2010. [Citado Jul 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/319ADPI>.
2. Gobierno de Chile. Ley N° 20.379. [Internet]. 2009. [Citado Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2oCTndp>.
3. Gobierno de Chile. Encuesta nacional de implementación, resultados por servicio de salud, 2008 y 2009. [Internet]. 2010. [Citado Jul 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/33ogVBk>. -2009.pdf
4. Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación. Informe de resultados segunda encuesta nacional de implementación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. [Internet]. 2010. [Citado Jul 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2iIK16R>.
5. ICCOM. Análisis de la Implementación y Funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo. [Internet]. 2013. [Citado Jul 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/324jIzs>.
6. Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP). Estudio cualitativo sobre la implementación del taller grupal de competencias parentales "Nadie es Perfecto". [Internet]. 2013. [Citado Jul 2018]. Disponible en <http://bit.ly/33pO0Nr>.
7. Medwave Estudios Limitada y CIGES (UFRO). Evaluación costo-efectividad de modalidades de apoyo al desarrollo infantil del Sistema de Protección a la Infancia. [Internet]. 2013. [Citado 14 Jul 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/33xEPE3>.
8. Ekos Consultores. Evaluación del uso e identificación de nudos críticos y mejoras al sistema de registro, derivación y monitoreo del subsistema de protección a la infancia Chile Crece Contigo. [Internet]. 2013. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2oyKMbB>.
9. Grupo Nous Ltda. Evaluación de las condiciones priorizadas en el programa de apoyo al recién nacido. [Internet]. 2013. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2M5MCtx>.
10. Gesta Fundación marista por la solidaridad, Corporación Moviliza Chile. Análisis cualitativo Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. [Internet]. 2009. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/21XgLD>.
11. Universidad Alberto Hurtado. Ejecución y resultados de modalidades de intervención implementadas a través del fondo de intervenciones de apoyo al desarrollo infantil. [Internet]. 2009. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2B09KTZ>.
12. Pontificia Universidad Católica de Chile. Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/as pertenecientes al PADB, en el contexto del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo. [Internet]. 2013. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2OIn1IL>.
13. ICCOM Investigación de Mercado. Estudio Satisfacción de Usuaris Programa Apoyo al Recién Nacido: Integración Fase Cualitativa y Cuantitativa. [Internet]. 2011. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2ph6L6I>.
14. Data voz. Estudio de satisfacción usuaria y construcción de línea base, Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN). [Internet]. 2014. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2VzkVw6>.
15. Pontificia Universidad Católica de Chile. Levantamiento y análisis de información sobre ayudas técnicas para niños y niñas del subsistema Chile Crece Contigo. [Internet]. 2013. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2iI8vNf>.
16. Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudio para el mejoramiento continuo de la calidad de las modalidades de apoyo financiadas por el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil del Ministerio de Planificación. [Internet]. 2012. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2M7pMBB>.
17. Galerna Consultores. Estudio de Seguimiento de Casos de Usuaris del Sistema Chile Crece Contigo. [Internet]. 2012. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2iI8sB3>.
18. Tummers, JF, Schrijvers AJ, Visser-Meily JM. A qualitative study of stakeholder views on the effects of provider payment on cooperation, quality of care and cost-containment in integrated stroke care. BMC Health Services Research. 2013; 13(1): 27.
19. Dunne S, Shannon B, Cullen W, Dunne C. Beliefs, perceptions and behaviours of GPs towards generic medicines. Family Practice. 2014; 00(00): 1–8.
20. Gosling CM, Donaldson A, Forbes AB, Gabbe BJ. The perception of injury risk and safety in triathlon competition: an exploratory focus group study. Clin J Sport Med. 2013; 23(1): 70-3.
21. Rojas-Anaya H, Skogen K, Miles K. Stakeholder perspectives on the use of positron emission tomography in phase III oncology trials in the UK. Nucl Med Commun. 2012; 33(6): 626-32.
22. Abbott JH, Ward AL, Crane C, Chapple CM, Stout K, Hutton L, et al. Implementation of a 'Joint Clinic' to resolve unmet need for orthopaedic services in patients with hip and knee osteoarthritis: a program evaluation. BMC Musculoskeletal Disorders. 2019; 20(1): 324.
23. Dente B, Subirats J. Decisiones públicas: análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Ariel, Colección Ariel Ciencias Sociales; 2014.
24. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Colombia; Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
25. Consejería de Sanidad de Murcia. Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Murcia: Quaderna Editorial; 2013.
26. Popay J. Investigación cualitativa e imaginación epidemiológica, una relación vital. GacSanit. 2003; 17(3): 58-63.
27. Dasconcepcion.cl [Internet]. Concepción: DAS Concepción; 2015. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2B2MCEf>.
28. Ssconcepcion.cl [Internet]. Concepción: Departamento de desarrollo y soporte; 2015. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2MEzsmu>.
29. Vásquez M, Ferreira M, Mogollón A, Fernández M, Delgado M, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Servei de Publicacions; 2006.
30. Gobierno de Chile. Evaluación y Monitoreo Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo. [Internet]. 2011. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2Ock6RM>.
31. Jean-Baptiste Harguindéguy. Análisis de Políticas Públicas. Segunda edición. Madrid: Tecnos; 2013.
32. Ugarte C. Calidad en Atención Primaria de Salud: percepción de los profesionales de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Valdivia, 2010. [Internet]. 2010. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2MxhYbB>.
33. Alcalá Consultores Asociados Limitada. Análisis cuantitativo y cualitativo redes comunales "Chile Crece Contigo". [Internet]. 2009. [Citado 14 Jul 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/35qpDRB>.